

Turvallisen lääkehoidon toteutumisen vastuukysymykset sairaanhoitajien itsearvioimana

Riikka Lämsä

Opinnäytetyö

17. 02. 2013 _____

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Riikka Lämsä	
Työn nimi Turvallisen lääkehoidon toteutumisen vastuukysymykset sairaanhoitajien itsearvioimana	
Päiväys	17.02.2013
Sivumäärä/Liitteet	60/2
Ohjaaja(t) Lehtori Riitta-Liisa Venäläinen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) KYS Medisiininen keskus	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Lääkehoito on keskeinen osa sairaanhoitoa ja sen osaaminen osa sairaanhoitajan ammattitaitoa. Sähköiset potilasjärjestelmät ovat muuttaneet lääkäreiden ja sairaanhoitajien toimintatapoja lääkehoidon osalta. Lääkehoidon kirjaamisen ja sisällön tarkistamisen vastuu ja työnjako ei aina ole selvää ja ohjeistus asiasta puuttuu. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien näkemyksiä lääkehoidon käytännöistä ja vastuukysymyksistä käytännön tyoesimerkkien avulla. Työn tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten lääkehoito toteutuu osastoilla ja miten vastuu sen sisällöstä ja käytänneistä jakautuu eri toimijoiden välillä. Lisäksi tavoitteena oli lisätä opinnäytetyön tekijän henkilökohtaista lääkehoidon osaamista ja kehittää kykyä tunnistaa lääkehoidon poikkeamariskejä omassa työssä. Työssä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää ja aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella. Tutkimus suoritettiin kokonaistutkimuksena ja siihen osallistui KYSin kolmen sisätautien vuodeosaston sairaanhoitajat (n=18).</p> <p>KYSissä potilaan kotilääkityksen selvittäminen ja kirjaaminen, lääkelistojen laatiminen ja lääkemääräysten kirjaaminen ja antoaikojen määrittely on sairaanhoitajien työtä. Vaikka kirjaaminen näissä tehtävissä on sairaanhoitajan työtä, on epäselvää kenelle sen sisällön tarkistamisen vastuu kuuluu. Hoitajat kokivat, että turvallisen lääkehoidon toteuttamisen vaikeuttajia ovat kiire, riittämätön johdon tuki, peruskoulutuksen riittämättömyys ja tietokonejärjestelmän keskeneräisyys. Saamaansa lääkehoidon lisäkoulutukseen hoitajat olivat enimmäkseen tyytyväisiä.</p> <p>Vastuukysymykset lääkehoidon tarkistamisen osalta ovat edelleen epäselvät. Ohjeistusta työnjaosta tulisi sekä yksiköissä että valtakunnallisesti selkiyttää. Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää pohjana laajemmille aiheen tutkimuksille ja hyödyntää lääkityspoikkeamien riskien tunnistamiseksi ja potilasturvallisuuden lisäämiseksi.</p>	
Avainsanat (YSA) Lääkehoito, lääkityspoikkeama, lääkitysturvallisuus, hoitovirheet, kirjaaminen, potilasasiakirjat, vastuu	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Riikka Lämsä			
Title of Thesis Responsibility for the safe implementation of medical treatment as described by nurses			
Date	17.02.2013	Pages/Appendices	60/2
Supervisor(s) Senior lecturer Riitta-Liisa Venäläinen			
Client Organisation /Partners KYS			
<p>Abstract</p> <p>Medical care is a central part of patient care and the medical skills are part of nurse's professional knowhow. Computerized patient documents and computer-based patient record (CPR) systems have changed medical treatment practices. In every day work the responsibilities for making the entries and checking the patient's medicines is not always clear and there is a lack of instructions concerning these issues. The purpose of this study was to describe nurses' views about medical care practises and responsibility issues through working examples. The aim of this study was to gather information on how medical care is implemented on wards and how the responsibility of the content and practises is divided between actors. The aim was also to increase the writer's own medical skills and to develop ability to recognize medical error risks in own work environment.</p> <p>The quantitative method was used in this study and the material was collected using a questionnaire made for this study. All of the nurses in three KYS internal medicine departments were included in the study (n=18).</p> <p>The checking and making entries of the patients ongoing medicines as patient enters the hospital, making of the medicine lists and prescription entries and checking also medicine lists when patient leaves the hospital are nurse's job in KYS. As the nurse makes these entries, it is not clear who is responsible for checking the overall status of patients' medicine care or these entries. Nurses felt that hurry, insufficient support from management, insufficient basic medicine studies and incomplete computer-based patient record systems disturb the implementation of safe medical treatment. Nurses were satisfied with the additional medicine training they had had previously.</p> <p>The results of this study show that the responsibilities for the checking patient's medicines are unclear. The procedures should be clarified both in single units and also nationwide. The results of this study can be utilized for making further studies and improvement of procedures.</p>			
<p>Keywords (MeSH) Computerized patient records, medication errors, medical safety, patient safety, medical order entry, social responsibility</p>			



SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	8
2	LÄÄKEHOITO HOITOTYÖSSÄ	10
2.1	Sairaanhoitajan ammatillinen vastuu lääkehoidon toteutumisessa.....	12
2.2	Sairaanhoitajan lääkehoidon koulutus ja osaaminen	14
3	LÄÄKEHOIDON POIKKEAMIEN SYNTYMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	17
3.1	Sairaanhoitajan osuus lääkehoidon poikkeamiin	18
3.2	Työympäristön vaikutus lääkehoidon poikkeamiin	19
3.3	Työyhteisön vaikutus lääkehoidon poikkeamiin	20
3.4	Lääkehoidon tukipalveluiden vaikutus lääkehoidon poikkeamiin.....	21
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	22
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	23
5.1	Tutkimusmenetelmä.....	23
5.2	Kyselylomakkeen laadinta	23
5.3	Aineiston hankinta ja analysointi.....	25
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	27
6.1	Taustakysymykset.....	27
6.2	Lääkehoidon määräysten siirtäminen sähköiseen järjestelmään.....	28
6.3	Turvallisen lääkehoidon toteutumisen vastuun jakautuminen	32
6.4	Turvallisen lääkehoidon toteutumisen haasteet.....	35
6.5	Sairaanhoitajien kommentteja ja kehitysehdotuksia.....	37
7	POHDINTA.....	41
7.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	41
7.2	Jatkotutkimusaiheet	50
7.3	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	50
7.4	Oma ammatillinen kehittyminen	52

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua ja turvallisuutta (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006) ja lääkehoidon turvallisuus on osa tätä kokonaisuutta. Lääkehoito on keskeinen osa sairaanhoitoa ja sen osaaminen osa sairaanhoitajan ammattitaitoa. Sairaanhoitajan toteuttaman turvallisen lääkehoidon perustana on ymmärrys lääkehoidon merkityksestä ja hyödyllisyydestä potilaan hoidossa sekä lääkehoidon turvallisuus ja oikeaoppisuus käytännön potilastyössä. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Tornainen 2006, 33 – 34.)

Sähköiset potilasasiakirjat ja sähköiset potilasjärjestelmät ovat muuttaneet toimintatapoja lääkehoidon osalta, sillä lääkemääräyksiä kirjaavat näihin järjestelmiin lääkäreiden lisäksi myös sairaanhoitajat. Sairaalassa lääkemääräysten siirtäminen sähköiseen järjestelmään sekä lääkkeiden antotapojen ja -aikojen ohjelmoiminen järjestelmään on usein sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluva tehtävä. Potilaan tulolääkityksen kokonaisuuden selvittää ja kirjaa tulohaastattelussa järjestelmään joissain yksikössä sairaanhoitaja ja joissain yksiköissä lääkäri.

Eri yksiköillä on erilaisia toimintamalleja, ja työnjako vaihtelee jopa työtiimeittäin. Vastuu lääkehoitoon liittyvien tietojen tarkistamisesta, lääkelistojen ajantasaisuudesta sekä mahdollisten haitallisten yhteisvaikutusten ja niistä aiheutuvien ongelmien välttämisestä kuuluu ensisijaisesti lääkärille, mutta myös kaikille lääkehoitoa toteuttaville laillistetuille terveydenhuollon ammattihenkilöille yhteisesti. Käytännössä näiden seikkojen huomioimisen ja tarkistamisen vastuu ja työnjako ei aina ole selvää (Härkänen 2011, 70-73). Käytännön sairaalatyössä vastuukysymykset sekä työnjaon selkeys eri toimijoiden kesken ovat tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa potilasturvallisuuteen ja työn tehokkuuteen ja laatuun.

Tämän opinnäytetyön aihe on ”Turvallisen lääkehoidon toteutumisen vastuukysymykset sairaanhoitajien itsearvioimana” ja sen tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien näkemyksiä lääkehoidon käytännöistä ja vastuukysymyksistä käytännön työesimerkkien avulla. Työn tavoitteena on saada ajankohtaista tietoa siitä, miten lääkehoito toteutuu osastoilla ja miten vastuu sen sisällöstä ja käytänteistä jakautuu eri toimijoiden välillä. Lisäksi tavoitteena on lisätä opinnäytetyön tekijän henkilökohtaista lääkehoidon osaamista ja kehittää kykyä tunnistaa lääkehoidon poikkeamariskejä omassa työssä. Tietoa nykyisistä

toimintatavoista voidaan hyödyntää lääkityspoikkeamien riskien tunnistamiseksi ja potilasturvallisuuden lisäämiseksi.

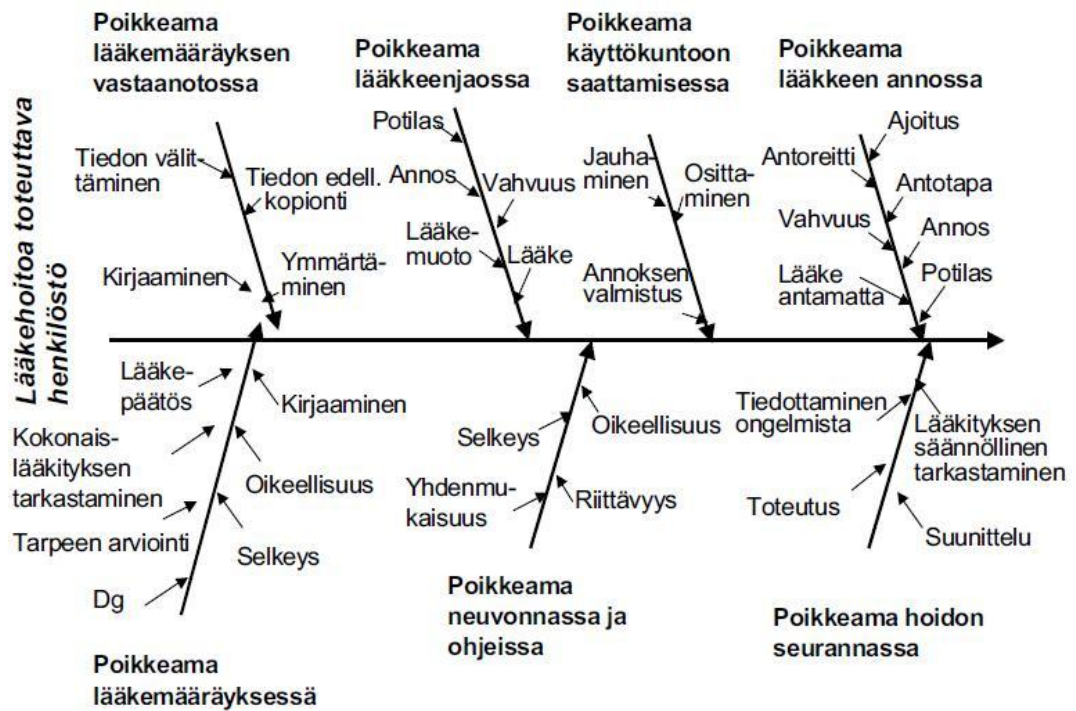
Tutkimus suoritetaan kokonaistutkimuksena ja siihen osallistuu KYSin kolmen sisätautien vuodeosaston sairaanhoitajat. KYS on yksi Suomen viidestä yliopistollisesta sairaalasta. Se vastaa vaativasta erikoissairaanhoidosta Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä ja erityistason sairaanhoidosta Etelä-Savon, Itä-Savon, Keski-Suomen, Pohjois-Karjalan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiireissä. KYS-Medisiiniseen keskuksen kuuluvat sisätaudit, keuhkosairaudet sekä iho- ja sukupuolitaudit. (Kuopion yliopistollisen sairaalan [www-sivu](http://www.kys.fi).)

2 LÄÄKEHOITO HOITOTYÖSSÄ

Lääkehoito on keskeinen osa sairaanhoitoa ja sen osaaminen osa sairaanhoitajan ammattitaitoa. Terveys- ja sairaanhoitona pidetään myös lääkkeen toimittamista silloin, kun siitä on lääkemääräys (Potilasvahinkolaki 1986/585). Sairaanhoitajan toteuttaman turvallisen lääkehoidon perustana on ymmärrys lääkehoidon merkityksestä ja hyödyllisyydestä potilaan hoidossa, sekä lääkehoidon turvallisuus ja oikeaoppisuus käytännön potilastyössä. (Veräjänkorva ym. 2006, 33–34.) Sairaanhoitajat tarvitsevat farmakologista tietoa voidakseen toteuttaa potilaan lääkehoitoa, ohjata potilasta lääkkeiden oikeaoppisessa ja -aikaisessa käytössä, sekä tunnistaakseen lääkkeiden haitalliset yhteisvaikutukset (Grandell-Niemi, Hupli, Leino-Kilpi & Puukka 2005).

Opetusministeriön (2006) kirjaamissa sairaanhoitajan osaamistavoitteissa on määritelty sairaanhoitajan tehtäväksi mm. lääkärin antamien hoito-ohjeiden mukaisen lääkehoidon toteuttaminen turvallisesti, sekä lääkehoidon vaikutusten ja vaikuttavuuden seuranta hoitotyössä. Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) oppaassa todetaan puolestaan, että terveydenhuollon valvontaviranomaiset ovat havainneet hoitohenkilöstön lääkehoidon tiedoissa ja taidoissa puutteita ja että lääkehoidon toteuttamisen ohjeet ovat usein eri terveydenhuollon yksiköissä puutteellisia. Grandell-Niemen (2005) ja kumppanien tutkimuksessa sekä sairaanhoitajat että sairaanhoidon opiskelijat kokivat myös itse farmakologiset taitonsa puutteellisiksi. Lääkehoitoa toteuttavan sairaanhoitajan tulee ymmärtää lääkemääräys, osata valmistaa lääke käyttökuntoon ja huolehtia, että oikea potilas saa oikean lääkkeen ja annoksen, että lääke on oikeassa muodossa ja annetaan oikeana ajankohtana ja että sen annostelutekniikka on oikein.

Lääkehoitoprosessissa on useita kriittisiä kohtia, joissa voi tapahtua poikkeama. Kuviossa 1 on kuvattu lääkehoidon riskikohdat lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön näkökulmasta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 13, 37-38). Tässä opinnäytetyössä on keskitytty tarkastelemaan kahta ensimmäistä kokonaisuutta: Poikkeama lääkemääräyksen vastaanotossa ja poikkeama lääkemääräyksessä.



KUVIO 1. Lääkehoidon riskikohdat lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön näkökulmasta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 38.)

Poikkeama lääkemääräyksen vastaanotossa voi syntyä potilaan saapuessa sairaalaan. Kun potilas saapuu sairaalaan, hänellä on joko aiemmasta hoitopaikasta saatu lääkelista mukanaan tai häneltä tiedustellaan haastattelussa lääkitystiedot suullisesti. Tässä vaiheessa voi tulla poikkeamia lääkemääräyksen vastaanotossa, jos kirjallinen lääkelista on puutteellinen tai epäselvä tai jos tiedon edelleen siirto sähköiseen potilastietojärjestelmään tapahtuu virheellisesti. Lisäksi poikkeamia lääkemääräyksen vastaanotossa voi syntyä suullisen lääkitysinformaation väärinymmärryksestä tai potilaan antamien tietojen virheellisyydestä ja näiden tietojen kirjaamisesta potilastietojärjestelmään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 38.)

Poikkeama lääkemääräyksessä voi syntyä useassa lääkityksen kirjaamisen vaiheessa. Kokonaislääkityksen tarkastamisen unohtuminen potilaan hoitoon tulon tai sieltä lähdön vaiheessa voi johtaa poikkeamaan lääkemääräyksessä. Myös lääkityksen kirjaaminen epäselvästi sähköiseen järjestelmään, tai joidenkin lääkkeiden jättäminen kirjaamatta tai niiden virheellisesti kirjaaminen, voi johtaa poikkeamaan lääkemääräyksessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 38.)

Onnistuneella lääkehoidolla on suuri merkitys potilaan hyvinvoinnille, eri sairauksien hoidoille, ehkäisylle ja paranemisen ennusteelle. Mahdollisesti heikentyvä lääkehoidon teho lisää potilaan kärsimyksiä lisäksi sairaanhoidon kuluja, kun tehoton hoito saattaa pidentää hoitajaksoja (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006, 7), heikentää potilaan ennustetta, vaikeuttaa mahdollisesti jatkohoitoa ja voi pahimmillaan johtaa pysyvään laitoshoitoon kotikuntoisuuden sijasta. Lääkkeiden oikeaoppinen antoaika on tärkeä asia, vaikka kyseisessä hoitopaikassa hoitoaika olisikin lyhyehkö. Tämä siksi, että usein jatkohoitopaikoissa jatketaan samaa lääkitystä samoilla ajoituksilla ja jos antoaika tai -tapa on virheellinen, se voi jatkua virheellisenä paikasta toiseen ja virhe jatkua pahimmillaan jopa vuosia eteenpäin. Potilaan kotiutuessa hänelle annetaan usein ”kotilääkekortti”, jossa mahdollinen virhe siirtyy kotiin. Jokaisen lääkehoidon toteuttajan tulisi alkuperäisestä määrääjästä huolimatta huomioida ja tarkastaa lääkkeiden antoajat ja -ohjeet, jotta mahdolliset virheet havaitaan ja tilanne korjataan. Lisäksi sairaanhoitajan työn yksi keskeinen osa on ohjata potilasta lääkehoidossa ja ohjata potilasta ottamaan lääkkeitä oikein (Grandell-Niemi ym. 2005). Jos hoitaja ei itse havaitse tai tunnista lääkehoidon poikkeamaa määräyksessä, ei potilas tule ohjatuksi oikein.

2.1 Sairaanhoitajan ammatillinen vastuu lääkehoidon toteutumisessa

Nykysuomen sanakirja määrittelee vastuun velvollisuudeksi huolehtia jostakin asiasta, toiminnasta tai henkilöstä (Nykysuomen sanakirja 2002, 505-406). Filosofisessa vastuunmäärittelyssä katsotaan vastuulla olevan kaksi välttämätöntä ehtoa: Henkilö tietää, mitä tekee, ja hänen halunsa ja aikomuksensa ovat osana tekoa (Flew 1984, 306).

Hoitotieteessä vastuu on monimerkityksinen ja laaja käsite, jota voidaan käsitellä hyvin monista lähtökohdista ja näkökulmista. Sairaanhoitajan kyky ottaa vastuuta muodostuu tiedoista, taidoista, arvoista, kokemuksesta ja koulutuksesta hoitotyön tehtävän määrittämällä alueella. Sairaanhoitajan vastuu on asiantuntijuusalueelle kuuluva vastuu, joka toteutuakseen edellyttää sekä sairaanhoitajan tietoa potilaan terveydestä ja arvoista, että yleistä tietoa terveydestä ja terveyteen liittyvistä asioista. Vastuu viittaa myös hyveeseen, jossa sairaanhoitajaa kehoitetaan ottamaan tehtävänsä ja velvollisuutensa vakavasti, pitämään itseään vastuussa toisille ja sitoutumaan hoitotyöhön. Sairaanhoitajan toiminta osoittaa vastuullisuutta, kun

vaihtoehtoja on punnittu haitalliset seuraukset huomioiden ja sairaanhoitaja kykenee myös tarvittaessa muuttamaan toimintasuuntaansa. (Savikko 2008, 47-67.)

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2005 "Turvallinen lääkehoito – valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa" oppaan, jossa kuvataan lääkehoidon vastuunjako seuraavasti: "Lääkäri määrää aina lääkehoidon ja vastaa siten sen kokonaisuudesta. Terveydenhuollon ammattihenkilöt toteuttavat lääkehoitoa lääkärin määräysten mukaisesti ja vastaavat omasta toiminnastaan. Potilaan hoidon tarpeen arvioinnista, lääkehoidon ohjauksesta, neuvonnasta ja vaikuttavuuden arvioinnista vastaavat lääkäri ja lääkehoitoa toteuttavat terveydenhuollon ammattihenkilöt yhdessä." (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.) Lääkehoidon toteutumisesta yksikössä kantavat yhdessä kokonaisvastuun lääkehoidon koulutuksen saaneet laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Kokonaisvastuuseen sisältyy myös potilashoitoon liittyvä tehtävänjako (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).

Laki määrittelee, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden on tehtävä potilasasiakirjoihin asiaankuuluvat merkinnät lääkityksestä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Asetus 99/2001; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009). Lääkehoidon tarpeesta, lääkemääräyksestä ja jo annetusta lääkehoidosta tulee tehdä merkinnät (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005) ja lääkitykseen liittyvien tietojen tulee olla lääkärin varmentamia (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 726/2003). Lääkehoitoon liittyvät tiedot on tarkistettava jokaisen hoitojakson alkaessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007) ja päällekkäisen lääkityksen sekä mahdollisten haitallisten yhteisvaikutusten ja niistä aiheutuvien ongelmien välttämiseksi lääkelistojen on oltava ajantasaisia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005). Suomessa vain ammatillisen lisäkoulutuksen saanut sairaanhoitaja saa määrätä rajatusta lääkevalikoimasta lääkkeitä potilaille (Valviran www-sivu). Muutoin sairaanhoitaja ei Suomessa saa määrätä lääkkeitä potilaille. Kansainvälisesti sairaanhoitajien työnkuva ja vastuut vaihtelevat eri maissa. Australiassa, Kanadassa, Irlannissa, Uudessa Seelannissa, Ruotsissa, Yhdistyneessä Kuningaskunnassa, Botswanassa, Keniassa, Namibiassa, Ugandassa, Cameronissa, Zimbabwessa, Ruandassa, Swazimaassa, Malawissa, Tansaniassa, Zambiassa, Ghanassa, Lesothossa, Etiopiassa, Etelä-Afrikassa ja USA:ssa sairaanhoitajat saavat määrätä lääkkeitä potilaille (Bhanbhro, Drennan, Grant & Harris 2011). Joissakin maissa sairaanhoitaja saa diagnosoida potilaan ja

määrätä lääkkeitä lähes yhtä vapaasti kuin lääkäri, kun taas toisissa sairaanhoitajan lääkemääräysoikeudet on rajattu hyvin tiukasti (Kroezen, Dijk, Groenewegen & Francke 2011). On vaikeaa verrata lääkehoidon vastuukysymyksiin liittyviä seikkoja eri maitten välillä työnkuvien erilaisuuden vuoksi.

Uudet sähköiset potilastietojärjestelmät ovat uudistaneet lääkehoidon kirjaamiseen ja määräämiseen liittyviä toimintatapoja. Suomessa toimintatavat vaihtelevat jopa eri terveydenhuollon yksiköiden välillä. Lääkitystietojen kirjaamisen vastuukysymykset eivät ole olleet joka yksikössä selkeästi määriteltäviä (Kuusisto 2008; Härkänen 2011, 70; Mäkelä & Peltola 2010). Terveydenhuollon oikeusturvakeskus onkin lähettänyt lääkehoitoa ja sähköisiä potilasasiakirjoja koskevan kirjeen (Terveydenhuollon oikeusturvakeskus 2007b) terveydenhuollon yksiköille, jotta lääkehoidon toimintatapoja yhdenmukaistettaisiin ja ehkäistäisiin lääkitysvirheitä. Myös eduskunta on käsitellyt puutteellisia potilasasiakirjamerkintöjä (Suomen eduskunta 2007). Samankaltainen lääkehoidon vastuiden ja toimintatapojen kirjavuus vallitsee myös Espanjassa (Canet, Gomar, Castro & Montero 2006), missä yleisissä ja yksityisissä sairaaloissa työskenteleville sairaanhoitajille on tehty kysely heidän rooleistaan, vastuistaan ja työnkuvastaan anestesiologiassa, postoperatiivisessa hoidossa ja kivunhoidossa. Kaikkein eniten vastuiden ja työnkuvan vaihtelua sairaanhoitajat kuvasivat olevan lääkehoidossa. (Canet ym. 2006)

2.2 Sairaanhoitajan lääkehoidon koulutus ja osaaminen

Sairaanhoitajan lääkehoidon koulutus ja osaaminen vaikuttavat lääkehoidon poikkeamiin. Sairaanhoitajien lääkeosaamisen varmistaminen on huomioitu laissa selkeästi. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain mukaan (559/1994) terveydenhuollon ammattihenkilöillä on oltava ammattitoiminnan edellyttämä koulutus ja valmiudet, sekä heillä on velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan. Valtioneuvosto on lisäksi määritellyt vuonna 2002 tekemässään terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisesta koskevassa periaatepäätöksessä toimenpiteet henkilöstön osaamisen turvaamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002). Terveydenhuoltohenkilöstölle järjestetään täydennyskoulutusta periaatepäätöksen mukaan keskimäärin 3-10 päivää vuodessa riippuen peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvan muuttumisesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.) Tämän periaatepäätöksen toimeenpanemiseksi luotiin kansallinen

terveyshankkeen täydenniskoulutusta koskeva osahanke, jossa valmisteltiin erikoissairaanhoidolakiin (993/2003) ja kansanterveyslakiin (992/2003) täydenniskoulutusta koskevat säännökset sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydenniskoulutuksesta 2003). Edellämainitut säännökset ja asetus eivät määrittele koulutuksen sisältöä, vaan kukin toimintayksikkö järjestää täydenniskoulutuksen oman koulutussuunnitelmansa mukaisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004).

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (KYSissä) on otettu vuonna 2008 käyttöön uudistettu lääkehoidon lupakoulutus, mikä kaikkien laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulisi suorittaa työn ohessa (Saano 2010). Lääkehoidon koulutukseen sisältyy verkko-opiskelua, kirjallinen ja suullinen tentti, sekä näyttöjä. (Saano 2010.) Tämä lääkehoidon osaamisen varmistaminen täyttää terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) mukaisen ammattitoiminnan edellyttämän koulutuksen sekä Sosiaali- ja terveysministeriön edellyttämän terveydenhuollon henkilöstön täydenniskoulutuksen (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydenniskoulutuksesta 2003).

Sairaanhoitajien lääkeosaamista ja sairaanhoitajien arvioita omasta ammattitaidostaan on Suomessa tutkittu jonkin verran (Vihiniemi 2009; Kasper & Molonen 2011; Sormunen & Vainionpää 2009; Dillström 2007). Lääkehoidon osaamista on mitattu kysymällä sairaanhoitajien näkemyksiä lääkkeiden oikeasta annostuksesta ja ottoajasta (Vihiniemi, 2009, 20, 22) sekä kysymällä tietoa mittaavia kysymyksiä lääkkeiden oikeaoppisesta ottamisesta (Kasper & Molonen, 2011, 31, 33). Lisäksi Suomessa on tutkittu sairaanhoitajien näkemyksiä omasta lääkehoidon osaamisestaan (Sormunen & Vainionpää 2009, 34, 51) sekä määritelty sairaanhoitajien tietoja ja taitoja näyttöön perustuvan lääkehoidon toteutuksessa (Dillström 2007).

Vihiniemen (2009) tutkimuksessa Salon alueen VALO-projektissa mukana olevat sairaanhoitajat arvioivat kiinnittävänsä aina huomiota ikäänntyneiden potilaiden lääkkeiden oikeaan annostukseen ja ottoaikaan. Kaikki hoitajat eivät kokeneet kiinnittävänsä huomiota lääkkeiden yhteensopivuuteen (N=6, 33%) tai lääkkeen tarkoitukseen (N=12, 67%). Vain puolet hoitajista (N=9, 50%) toi tutkimuksessa esille vanhuksen kyvyn ottaa lääke oikeaoppisesti esimerkiksi nielemisvaikeuden vuoksi. (Vihiniemi, 2009, 20, 22.)

Kasper ja Molonen (2011) selvittivät Karhulan sairaalan osasto kuuden sairaanhoitajien näkemyksiä lääkehoidosta. Tutkimuksessa osa hoitajista oli sitä mieltä, että enterovalmisteet saa murskata ja osa oli sitä mieltä, ettei niitä saa murskata. Kaikki hoitajat eivät myöskään olleet samaa mieltä siitä, pitääkö depotabletti ottaa tyhjään vatsaan ja saako sen jakaa. Vain kaksi hoitajaa koki saaneensa peruskoulutuksesta riittävät valmiudet lääkehoidon toteuttamiseen ja vain kolme koki lääkehoidon ohjeistuksen osastolla selkeäksi. (Kasper & Molonen, 2011, 31, 33.)

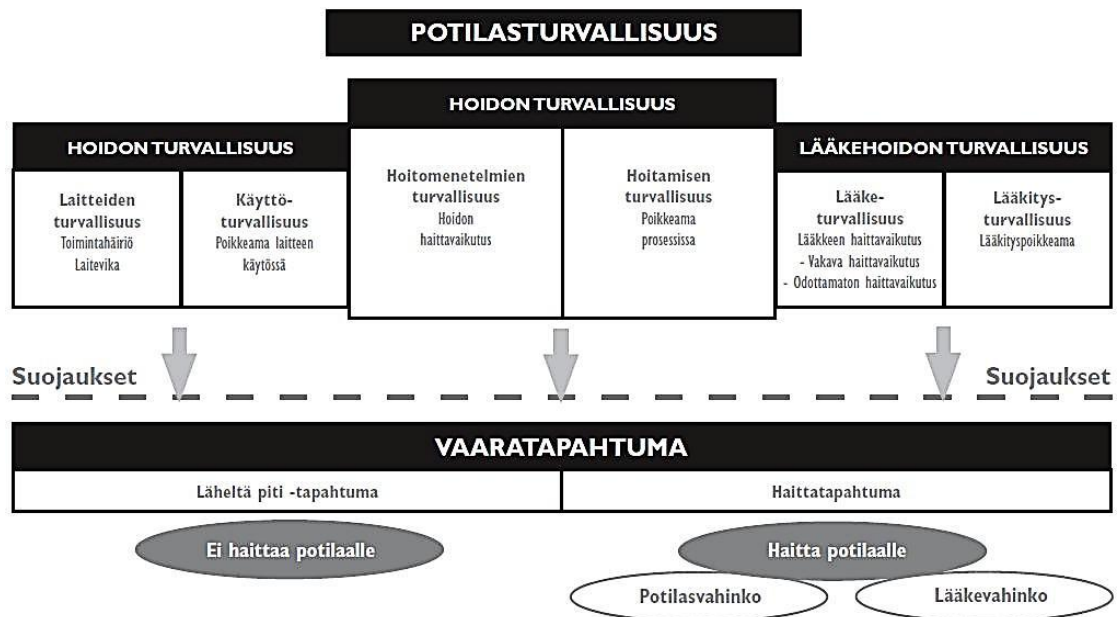
Sormunen ja Vainionpää (2009) puolestaan tutkivat Päijäthämeen sosiaali- ja terveysyhtymän konservatiivisen tulosalueen osastojen ja yksiköiden sairaanhoitajien näkemyksiä omasta lääkehoidon teoreettisesta ja käytännön osaamisestaan. Sairaanhoitajat arvioivat lääkehoidon teoreettisen osaamisensa hyväksi, mutta kaipasivat lisä- ja täydennyskoulutusta lääkkeiden vaikutusmekanismeista, sivu-, haitta- ja yhteisvaikutuksista. (Sormunen & Vainionpää 2009, 34, 51.)

Dillström (2007) tutki lopputyössään sairaanhoitajien tietoja ja taitoja näyttöön perustuvan lääkehoidon toteutuksessa. Tutkimuksessa kävi ilmi, että yli puolet tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista oli osallistunut joskus lääkehoidon täydennyskoulutukseen ja koulutusta pidettiin tärkeänä osaamiselle. Toisaalta peräti kolmannes sairaanhoitajista ei ollut koskaan osallistunut lääkehoidon täydennyskoulutukseen, vaikka kaikki pitivät sitä tärkeänä. (Dillström 2007) Useissa tutkimuksissa on tullut esille, että sairaanhoitajat kokevat saaneensa liian vähän koulutusta lääkehoidosta ja kaipaavat lisätietoa (Riukka, Ojala & Saano 2001, 2935; Grandell-Niemi ym. 2005), kun taas Nikkolan (1992) tutkimuksen mukaan valmistuvat sairaanhoitajat arvioivat heillä olevan hyvät valmiudet lääkehoidon toteuttamisessa.

Kansainvälisesti sairaanhoitajien arvioita omasta lääkehoidon osaamisestaan ja koulutuksen riittävydestä työtehtäviin on tutkittu paljonkin. Kansallisessa tutkimuksessa Englannissa sairaanhoitajat (N=246) kokivat, että heidän peruskoulutuksensa vastasi melko hyvin tai täysin työn tarpeisiin. Noin puolet koki jatkuvan koulutuksen tarpeellisenä työn laadun ylläpitämiseksi. Näiden sairaanhoitajien työnkuva poikkeaa kuitenkin suomalaisten sairaanhoitajien työstä siten että englantilaiset sairaanhoitajat saavat diagnosoida potilaita ja määrätä itsenäisesti lääkkeitä. (Latter, Maben, Myall & Young 2007).

LÄÄKEHOIDON POIKKEAMIEN SYNTYMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua ja turvallisuutta. Lääkehoidon turvallisuus on osa potilasturvallisuuden kokonaisuutta ja se sisältää lääketurvallisuuden ja lääkitysturvallisuuden (kuvio 2). (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006.)



KUVIO 2. Potilasturvallisuus (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006, 5)

Lääkehoidon turvallisuuteen liittyviä riskejä ja poikkeamia voidaan tarkastella sekä lääkeaineiden että lääkehoidon kannalta. Lääkkeen turvallisuuden yhteydessä puhutaan haittavaikutuksesta (hoidon tai lääkkeen haittavaikutuksesta) ja lääkitysturvallisuuden yhteydessä puhutaan lääkityspoikkeamasta. Haittavaikutus puolestaan on hoitomenetelmän aiheuttama haitallinen ja tahaton vaikutus, ja se aiheuttaa normaaliin hoitoon verrattuna lääketieteellistä haittaa potilaalle, hoidon keston pidentymistä tai lisääntyneitä hoitokustannuksia. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006, 7.)

Poikkeama voi johtaa vaaratapahtumaan ja se voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä. Poikkeama voi myös liittyä kirjaamiseen, seurantaan tai raportointiin. Vaaratapahtuma aiheuttaa, tai voi aiheuttaa, haittaa potilaalle. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006, 6) Merkittävä osa hoitovirheistä on lääkehoitoon liittyviä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006), ja ne ovat

yleisimmin estettävissä olevia poikkeamia (Brady ym. 2009). Jokainen ammattilainen osallistuu poikkeamaprosessiin käynnistämällä, jatkamalla tai katkaisemalla virheiden ketjun (Härkänen, 2011, 15).

Tässä opinnäytetyössä sovelletaan osin Changin ja Markin vuonna 2009 luomaa lääkityspoikkeamiin liittyvien tekijöiden jaottelutapaa ja näistä tekijöistä on otettu mukaan työntekijään, työympäristöön, työyhteisöön ja lääkehoidon tukipalveluihin liittyvät tekijät. Chang ja Mark (2009) keskittyivät tutkimuksessaan lääkkeen toimittamisen vaiheisiin, kun taas tässä tutkimuksessa on keskitytty poikkeamaan lääkemääräyksen vastaanotossa ja poikkeamaan lääkemääräyksessä.

2.3 Sairaanhoidajan osuus lääkehoidon poikkeamiin

Sairaanhoidajan työssä koulutuksella ja työkokemuksella on yhteyttä lääkehoidon poikkeamiin. Changin ja Markin (2009) lääkehoidon poikkeamia tarkastelevassa tutkimuksessa ilmeni, että kokemattomat tai vähemmän koulutusta saaneet hoitajat ovat alttiimpia kuin kokeneemmat tekemään poikkeamia. Lääkehoidon tietotaito lisääntyy työkokemuksen myötä vähentäen poikkeamia (Chang ja Mark 2009). Sama havaittiin Treiberin ja Jonesin (2010) tutkimuksessa.

Myös sairaanhoidajan henkilökohtaiset toimintatavat voivat vaikuttaa lääkehoidon poikkeamiin. Valviran (Linden-Lahti, Airaksinen, Pennanen & Käyhkö 2009) vuosina 2000-2004 käsittelemien poikkeamatapahtumien joukossa tapahtumatyypeistä nousi esiin väärä toimintatapa. Ammattihenkilö oli näissä tapahtumissa toiminut vastoin toimintaohjeita tai yleistä hyvää käytäntöä, esimerkiksi jättänyt lääkehoitoon liittyviä tietoja merkitsemättä asiakirjoihin. (Linden-Lahti ym. 2009.) Mäkelän ja Peltolan tutkimuksessa (2010) sisätautien ja kirurgian osastojen sairaanhoitajat kertoivat, että kun sairaanhoitajat kirjaavat potilaan lääkkeitä sähköiseen tietojärjestelmään, tietojärjestelmä saattaa varoittaa haitallisista yhteisvaikutuksista potilaan muiden lääkkeiden kanssa. Nämä varoitukset jätetään usein kuitenkin huomioimatta jos lääkäri ei ole paikalla (Mäkelä & Peltola 2010, 29).

Sanghera ym. (2007) ovat kartoittaneet Yhdistyneessä Kuningaskunnassa lääkityspoikkeamiin johtavia syitä ja yksi yleinen toimintatapa, joka johti lääkityspoikkeamiin, oli lääkehoidon toteuttaminen ilman yksiselitteistä

lääkemääräystä. Australiassa taas sairaanhoitajat ilmaisivat kvalitatiivisessa pilottitutkimuksessa haluttomuutensa ottaa vastuuta potilaan lääkityksen tarkistamisesta tai lääkehoidon ohjauksesta potilaan kotiutuessa. He eivät myöskään olleet halukkaita tekemään yhteistyötä apteekkihenkilökunnan kanssa kotilääkityksen tiimoilta. (Kendall, Deacon-Crouch & Raymond 2007.) Englannissa tehdyn tutkimuksen mukaan sairaanhoitajilla ja lääkäreillä ei ole yhteistä käsitystä siitä, kenen vastuulle potilaan kotiutuksen aikana annettu lääkehoidon ohjaus kuuluu (Auyeung, Patel, McRobbie, Weinman & Davies 2011).

2.4 Työympäristön vaikutus lääkehoidon poikkeamiin

Sairaanhoitajan työympäristöllä on merkitystä lääkehoidon poikkeamien synnyssä. Chang ja Mark (2009) kuvaavat työympäristöön liittyviä tekijöitä työn dynaamisuuden ja laillistettujen sairaanhoitajien (eng. registered nurse) työtuntien määrän kautta. Mitä enemmän työssä on muutoksia määräyksissä, toiminnoissa ja hoitosuunnitelmissa, sitä useammin hoitajien työ voi keskeytyä tai muuttua äkillisesti ja tämä voi lisätä lääkehoidon poikkeamien riskiä. Laillistettujen sairaanhoitajien työtunnit liittyivät lääkehoidon poikkeamiin kääntäen verrannollisesti siten, että mitä enemmän laillistettujen sairaanhoitajien työtunteja yksikössä oli, sitä vähemmän esiintyi poikkeamia (Chang & Mark 2009). Myös Yhdistyneessä Kuningaskunnassa tehdyn tutkimuksen mukaan jatkuvat keskeytykset työssä lisäävät lääkityspoikkeamia (Sanghera ym. 2007). Hillin ja Hicks tutkivat USA:ssa lääkityspoikkeamien syntyä päivystyspoliklinikoilla ja löysivät selkeän yhteyden potilaiden määrän ja lääkityspoikkeamien välille. Mitä enemmän potilaita päivystysyksiköihin saapui, sitä enemmän lääkityspoikkeamia syntyi hoidon pirstaloituessa ja potilasturvallisuutta lisäävien toimintatapojen jäädessä kiireen vuoksi noudattamatta. (Hillin & Hicks 2010.)

Myös KYSin sairaanhoitajat toivat Härkäsen (2011, 70) tutkimuksessa esille, että henkilöstön riittämätön määrä altistavat lääkehoidon poikkeamille. Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) on korostanut, että tehokkuuden korostaminen työssä, työntekijöiden nopea vaihtuminen, sekä henkilövoimavarojen niukkuus tuovat haasteita lääkehoidon turvalliselle toteutukselle. Valviran vuosina 2000-2004 käsittelemien lääkityspoikkeamien perusteella on päätelty, että alimitoitettujen henkilöresurssit, sekä heikko perehdytys uuden työntekijän tullessa yksikköön ovat

lisänneet poikkeamatilanteita (Linden-Lahti ym. 2009). Myrkytystietokeskuksen tutkimuksessa (Hoppu, Kuitunen & Kuisma 2009, 2211) nousi esille myös loma-aikojen lisääntynyt lääkityspoikkeamien määrä, mikä selittynee kiireen lisäksi kokemattomampien ja yksikön toimintatapoja heikommin osaavien sijaisten määrän kasvusta yksiköissä.

2.5 Työyhteisön vaikutus lääkehoidon poikkeamiin

Sairaanhoitajan työyhteisö voi vaikuttaa osaltaan lääkehoidon poikkeamiin. Changin ja Markin (2009) mukaan tutkimuksissa on selvinnyt, että huono kommunikaatio sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä lisää lääkehoidon poikkeamia. Sairaanhoitajien ammattitaito puolestaan vähentää poikkeamia sitä kautta, että kokenut sairaanhoitaja aistii potilaan voinnin muutokset herkemmin, sekä pystyy valvomaan myös muiden työtä omansa lisäksi (Chang ja Mark 2009). Myös Härkäsen (2011, 70) tutkimuksessa tuli esille tiedonkulun merkitys lääketurvallisuudelle s.e. tiedonkulun katkokset sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä, sekä tiedonkulku aamu- ja ilta- sekä yövuoron hoitajien välillä lisäävät lääkityspoikkeamia. Arford (2005) toteaa artikkelissaan, että USA:ssa toimimaton hoitajan ja lääkärin välinen kommunikaatio on johtanut lääkityspoikkeamiin, potilaiden vammautumisiin ja kuolemiin (Arford 2005). Myös Yhdistyneessä Kuningaskunnassa on havaittu yhteys huonon kommunikaation ja lääkityspoikkeamien välillä (Sanghera ym. 2007).

Työyhteisön tuki, sekä hoitotyön johdon tuki on tärkeää lääkitystiedon käytölle, sekä tietoperustan kehittämiseksi kiireisessä hoitotyössä. Dillströmin (2007) tutkimuksessa kuopiolaiset sairaanhoitajat kertoivat, että hoitotyön johto tuki keskinkertaisesti tutkimustiedon käyttöä, eikä tutkimustietoon perehtymiseen kannustavia kollegoita ollut paljon. Kiire oli suurin este tietoperustan kehittämiseksi osastotyössä (Dillström 2007, 76-83). Kansallisessa englantilaisten sairaanhoitajien näkemyksiä koulutuksesta ja ammatillisesta kehityksestä kartoittavassa tutkimuksessa (Latter ym. 2007) kaksi kolmasosaa sairaanhoitajista kertoi saavansa tukea ja ohjausta lääkehoidon toteuttamiseen työyhteisössään. Kuitenkin vain noin puolet sairaanhoitajista koki saavansa johdolta virallisia mahdollisuuksia kehittää ammatillista osaamistaan. (Latter ym. 2007.)

2.6 Lääkehoidon tukipalveluiden vaikutus lääkehoidon poikkeamiin

Lääkehoidon tukipalveluita on kehitetty vähentämään lääkehoidon poikkeamia ja lisäämään potilasturvallisuutta. Lääkehoidon tukipalvelut voidaan jakaa korkean teknologian ja matalan teknologian tukipalveluihin (Chang & Mark 2009). Korkean teknologian tukipalveluihin kuuluvat mm. tietokoneistetut lääkkeenjakoautomaatit ja tietokoneella tehtävät lääkärin määräykset, kun taas matalan teknologian tukipalveluita ovat potilaskartat, IV-tiimipalvelut tai farmaseutin konsultaatio. Nämä palvelut vähentävät lääkityspoikkeamia mm. automatisoimalla lääkkeenjakoja koneellisesti, tai standardoimalla työtapoja. (Chang & Mark 2009.) Lancasterissa USA:ssa älykkäiden infuusioautomaattien, viivakoodeilla ohjatun lääkkeenantojärjestelmän ja sähköisen kirjausjärjestelmän käyttöönotto lisäsi lääkitysturvallisuutta ja vähensi 32% ilmoitettuja lääkityspoikkeamia kutakin kuukautta kohden (Prusch, Suess, Paoletti, Olin & Watts 2011). Uudessa Englannissa USA:ssa vastaava järjestelmä vähensi lääkityspoikkeamia 49% (Richardson, Bromirski & Hayden 2012).

Tietokonepohjainen potilastietojärjestelmä on korkean tason teknologinen tukipalvelu. Terveysturvakeskus on lähettämässään kirjeessä kehottanut terveydenhuollon yksiköitä kiinnittämään huomiota lääkehoidon turvallisuuteen (Terveysturvakeskus 2007b) sillä käytössä on useita erilaisia ohjelmistoja ja keskeneräisiä järjestelmiä. Tekesin (2006-2008) sähköisen lääkitystiedon hanke, sekä sen jatkohanke ovat osaltaan pyrkineet selvittämään, miten terveydenhuollon ammattilaiset tulisi ottaa huomioon, jotta he voisivat parhaiten käyttää potilastyössään sähköisiä arkistoja.

Sähköisten järjestelmien tulo perinteisten potilastietojärjestelmien rinnalle on aiheuttanut myös tiedonkulun ongelmia. Satakunnan sairaanhoitopiirin lääketietojen kirjaamisesta tehty tutkimus (Kuusisto 2008) tuo esille mm. että lääkäreiden tekemät muutokset eivät välttämättä välity sähköiseen potilastietojärjestelmään, sillä lääkäreiden sanelut menevät eri paikkaan kuin lääkitystieto muuten. Hoitajien pitää muistaa hakea sanelut säännöllisesti ja kirjata muutokset järjestelmään. Kiireessä tai potilaan siirtyessä toiseen hoitopaikkaan näitä muutoksia ei välttämättä huomata hakea ja kirjata. Lisäksi jotkut lääkärit käyttävät vielä vanhamuotoista määräyskirjaa, jonka merkinnät pitää muistaa myös siirtää sekä tietojärjestelmään että potilaan erilliseen lääkekorttiin. (Kuusisto 2008, 17-30.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien näkemyksiä lääkehoidon käytännöistä ja vastuukysymyksistä käytännön työesimerkkien avulla. Työn tavoitteena on saada ajankohtaista tietoa siitä, miten lääkehoito toteutuu osastoilla ja miten vastuu sen sisällöstä ja käytänteistä jakautuu eri toimijoiden välillä. Lisäksi tavoitteena on lisätä opinnäytetyön tekijän henkilökohtaista lääkehoidon osaamista ja kehittää kykyä tunnistaa lääkehoidon poikkeamariskejä omassa työssä. Tietoa nykyisistä toimintatavoista voidaan hyödyntää lääkityspoikkeamien riskien tunnistamiseksi ja potilasturvallisuuden lisäämiseksi.

Tavoitteisiin pyritään löytämään vastauksia seuraavilla tutkimuskysymyksillä:

- (1) Miten Kuopion Yliopistollisen sairaalan sisätautien osastojen sairaanhoitajat toimivat lääkehoidon määräysten siirtämisessä sähköiseen järjestelmään?
- (2) Miten sairaanhoitajat kokevat turvallisen lääkehoidon toteutumisen ja lääkityspoikkeamien välttämisen vastuun jakautuvan eri toimijoiden ja järjestelmien välillä osastotyössä?
- (3) Miten sairaanhoitajat kokevat nykyisen toimintaympäristön aikatauluresursseineen, saamansa koulutuksen ja lääkehoidon toteuttamiseen käytettävän tietokonejärjestelmän, mahdollistavan turvallisen lääkehoidon toteuttamisen?

Tutkimuksessa tarkastellaan lääkehoidon prosessin kahta vaihetta. Ensimmäinen vaihe on se, jossa potilaan lääkitystietoja kirjataan sähköiseen järjestelmään joko potilaan hoitoon tulovaiheessa tai silloin kun lääkäri määrää lääkitykseen muutoksia osastohoidossa. Toinen vaihe on se, jossa potilas siirtyy jatkohoitoon sairaalasta ja saa mukaansa joko paperilla tai sähköisesti kotilääkelistan.

Tieto nykyisistä toimintatavoista voi olla hyödyksi toimintaohjeiden ja mallien laadinnassa työmenetelmien yhdenmukaistamiseksi sekä tiimityön vastuukysymysten määrittelyssä. Työmenetelmien yhdenmukaistaminen ja ohjeistuksen parantaminen voi puolestaan parantaa potilasturvallisuutta ja vähentää lääkityspoikkeamia.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, koska opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien näkemyksiä lääkehoidon käytännöistä ja vastuukysymyksistä käytännön työesimerkkien avulla. Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä kuvaa yleisesti muuttujien välisiä suhteita. Aineisto on joko valmiiksi numeraalista, tai se ryhmitellään numeraaliseen muotoon. Määrällisessä tutkimuksessa teoreettiset käsitteet ovat keskeisessä roolissa ja operationalisoinnilla muutetaan tutkittava asia teoreettisesta ja käsitteellisestä aineistosta mitattavaksi aineistoksi. (Vilka 2007, 1315, 17, 26.) Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen strukturoituihin kysymyksiin on annettu vastausvaihtoehdot, jotka on ryhmitelty havaintomatriisissa numeraaliseen muotoon.

Tutkimuksen kohteena, eli havaintoyksiköinä, voivat olla esimerkiksi ihmiset, tuotteet tai yritykset ja muuttujilla tarkoitetaan havaintoyksikköön liittyviä mitattavissa olevia ominaisuuksia. Mittaaminen voidaan tehdä monella tavalla, esimerkiksi havainnoimalla, haastattelemalla, kyselylomakkeen avulla tai mittalaitteita käyttämällä. Jos tutkimuksen kohteena eivät ole kaikki kohteen havaintoyksiköt, on kyseessä otantatutkimus. Jos kohteena ovat kaikki havaintoyksiköt, kyseessä on kokonaistutkimus. (Taanila 2011, 4.) Tässä opinnäytetyössä havaintoyksiköinä ovat KYSin kolmen sisätautien vuodeosaston sairaanhoitajat. Sairaanhoitajien itse täytettäväksi luotiin kyselylomake, jonka sairaanhoitajat täyttivät internetin kautta.

4.2 Kyselylomakkeen laadinta

Kyselytutkimus on yleisesti käytetty ei-kokeellinen tutkimusasetelma. Siinä havaintoyksiköinä ovat ihmiset ja tieto kerätään strukturoituja kysymyksiä käyttämällä. Myös avoimia kysymyksiä voidaan käyttää. Strukturoidut kysymykset ovat sellaisia kysymyksiä, joissa on annettu valmiit vastausvaihtoehdot, joista tulee valita sopivin tai sopivimmat vastaukset. Avoimissa kysymyksissä ei anneta valmiita vastausvaihtoehtoja, vaan tutkittava saa itse muotoilla vastauksensa. (Taanila 2011, 7, 24.) Tässä opinnäytetyössä luotiin sairaanhoitajien itse täytettäväksi verkkokysely, joka muodostui pääosin strukturoiduista kysymyksistä, sekä kahdesta avoimesta

kysymyksestä. Stukturoidut kysymykset olivat pakollisia, mutta avoimet vapaaehtoisia. Pakolliset kysymykset valittiin siksi, että aineisto olisi vertailukelpoista keskenään. Koska avoimia kysymyksiä ei luokitella tai vertailla, ei niitä asetettu myöskään pakollisiksi.

Kyselylomakkeen avulla voidaan kerätä helposti laaja tutkimusaineisto (Hirsjärvi ym. 2008, 190). Koska kaikilta vastaajilta kysytään samat kysymykset samassa järjestyksessä ja samalla tavalla, on kyseessä vakioitu aineiston keräämistapa (Vilkkä 2007, 28). Jokaisen kysymyksen kohdalla täytyy arvioida vastaako kysymyksen avulla saatu tieto tutkimuskysymyksiin (Taanila 2011, 21). Kysymykset voidaan jaotella mitattavan tiedon mukaisesti mm. tosiasioita mittaaviin kysymyksiin, vastaajan tietämystä mittaaviin kysymyksiin ja mielipiteitä, uskomuksia ja asenteita, sekä aikeita mittaaviin kysymyksiin. Mielipiteitä, uskomuksia ja asenteita, sekä aikeita mittaavat kysymykset ovat alttiita luotettavuusongelmille, sillä vastaaja ei välttämättä tunne omia aikomuksiaan, tai ole pohtinut mielipiteitään aiemmin. Lisäksi vastaajan tulkinta voi vaihdella tunnetilojen ja ympäristön mukaan. Näiden kysymysten kohdalla vastaaja voi myös vaihtaa vastaustaan sosiaalisen hyväksyttävyyden tai oletettujen odotusten mukaisesti. (Taanila 2011, 22-23.)

Tässä opinnäytetyössä kyselylomake tehtiin alusta lähtien itse. Kyselylomakkeen kysymykset perustuivat opinnäytetyön keskeisiin teemoihin ja sen teoreettiseen viitekehykseen. Teoreettinen viitekehys koostui lääkehoidon kirjaamisen käytännöistä, lääkehoidon kirjaamisen ja lääkehoidon toteuttamisen vastuukysymyksistä, koulutuksen riittävydestä työhön, sekä työntekijän, työyhteisön, työympäristön ja lääkehoidon tukipalveluiden vaikutuksesta lääkehoidon poikkeamiin. Lisäksi kysymyslomakkeessa kysyttiin joitakin taustakysymyksiä, kuten sukupuoli, ikäluokka ja suoritettu tutkinto, sekä onko vastaaja suorittanut LOVE-koulutuksen ja siihen liittyvän kokeen.

Kyselyn validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen kykyä mitata mitattavaa asiaa (Vilkkä 2007, 150). Validiteettia voidaan parantaa kyselylomakkeen esitestauksella. Esitestauksella pyritään selvittämään kysymysten selkeyttä ja yksiselitteisyyttä, vastaamiseen kuluvaa aikaa ja vastausvaihtoehtojen toimivuutta (Heikkilä 2008, 61). Koska kyselylomake tehtiin tätä opinnäytetyötä varten, kysymykset ja vastausvaihtoehdot muokattiin juuri opinnäytetyön tutkimuskysymykset kattaen. Lisäksi tutkimuskysymyksiä muokattiin siten, että useita eri sairaanhoitajia

haastateltiin opinnäytetyön prosessin aikana vuoden aikajanalla eri työyksiköissä KYSissä ja Harjulan sairaalassa ja tiedusteltiin, miten he toteuttavat lääkehoidon kirjaamista ja miten he kokevat vastuun siinä jakautuvan. Näitä havaintoja hyödynnettiin kyselyn kysymysten ja vastausvaihtoehtojen laatimisessa. Valmista kyselyä testattiin samana lukukautena valmistuvilta sairaanhoitajaopiskelijoilla, joiden mielipiteiden mukaan muokattiin kahta kysymystä ja lisättiin vastausvaihtoehtoja. Muutokset kyselyyn tehtiin ennen kyselyn lähettämistä KYSin sairaanhoitajille.

Kyselylomake toteutettiin Webropol 2.0 -verkkokyselynä. Verkkokyselyssä vastaajat menivät kyselyyn sähköpostilla välitetyn, kyselylle luodun oman linkin kautta, ja vastasivat kyselyyn www-selaimen kautta. Verkkokyselyn etuna on se, että siihen voi vastata kyselyn aukioloaikana mihin aikaan vuorokaudesta tahansa ja millä tahansa tietokoneella, jossa on internetyhteys ja www-selain. Opinnäytetyön kyselyyn osallistuminen oli sairaanhoitajille vapaaehtoista ja siihen vastattiin anonyymisti. Kyselylomakkeen saatekirjeessä (sähköpostissa) kerrottiin vastaanottajille tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset. Saatekirjeessä (Liite 1) oli myös opinnäytetyön tekijän yhteystiedot mahdollisia yhteydenottoja varten.

4.3 Aineiston hankinta ja analysointi

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen kohteena olivat KYSin sisätautien vuodeosastojen 2, 3 ja 6 kaikki sairaanhoitajat, eli kyseessä oli kokonaistutkimus. Kokonaistutkimuksessa määritellystä perusjoukosta ei muodosteta edustavaa otantaa erilaisten otantojen avulla, vaan jokainen perusjoukon jäsen tutkitaan (Heikkilä 2008, 33). Kokonaisotokseen päädyttiin, koska näillä kolmella osastolla on yhteensä vain 44 sairaanhoitajaa ja heidät haluttiin kaikki tutkimukseen mukaan. Osastojen osastonhoitajien kanssa oli etukäteen sovittu puhelimitse, että saatekirjeen ja linkin sisältävä sähköposti lähetetään heille ja he välittävät sen eteenpäin sairaanhoitajille.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin loka-marraskuun 2012 vaihteessa ja kysely oli auki tasan kaksi viikkoa. Kyselytutkimuksissa on tavallista, että vastausprosentti jää melko alhaiseksi (Hirsjärvi ym. 2008, 191). Luotettavan aineiston saavuttamiseksi pitäisi tutkimusjoukon olla riittävän suuri. Yksi tämän opinnäytetyön riskeistä oli se, vastauksia tulisi liian vähän. Vastausmotivaation kohottamiseksi järjestettiin jokaiselle

tutkimusosastolle esittelytilaisuus, jossa kerrottiin tutkimuksen taustasta, merkityksestä ja tavoitteista, sekä annettiin mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta. Nämä esittelytilaisuudet saivat hyvää palautetta niihin osallistuneilta sairaanhoitajilta. He kertoivat tilaisuuden jälkeen vastausmotivaationsa nousseen merkittävästi. Aina kunkin esittelytilaisuuden jälkeen näkyikin kyselytilastoissa vuorokauden ajan kestävä lisääntynyt vastausaktiivisuus. Esittelytilaisuuksien lisäksi kyselyn puolivälissä pyydettiin kunkin osaston osastonhoitajaa lähettämään kysely uudelleen kaikille sairaanhoitajille ja muistuttamaan sairaanhoitajia kyselystä.

Opinnäytetyön kyselyyn vastasi 18 sairaanhoitajaa, joten vastausprosentiksi muodostui 41 %. Koska vastanneet sairaanhoitajat olivat satunnainen ja taustakysymysten perusteella iältään ja koulutukseltaan vaihteleva joukko perusjoukosta, on otanta oletettavasti kohtalaisen hyvin kokonaisjoukkoa edustava.

Aineiston numeerinen data analysoitiin Webropol 2.0 –ohjelmassa, joka käyttää Microsoft Excel-tietokantaa analysointivälineenä. Peruskoulutukseltaan erilaisten ryhmien välisiä eroja tutkittiin varianssianalyysin avulla (ANOVA) tilastollisen merkittävyyden laskemisessa. Tilastollisen merkittävyyden rajana pidetään p-arvoa joka on pienempi kuin 0,05. Varianssianalyysin avulla tutkitaan, ovatko selitettävän muuttujan keskiarvot eri luokissa tilastollisesti merkitsevästi erisuuruisia. Lähtöoletuksena on, että luokkien keskiarvot ovat yhtä suuret. Jos tämä lähtöoletus osoittautuu vääräksi, selitettävän muuttujan keskiarvojen välillä on eroja. (Mattila ym. 2002.) Avointen kysymysten tietoa ei luokiteltu, sillä niiden tarkoituksena oli nostaa esiin sairaanhoitajien itsensä kertomana kehitysehdotuksia osastotyöhön, tai heidän havaitsemiaan puutteita toimintatavoissa ja näitä tietoja käytettiin sellaisenaan opinnäytetyössä.

Kvantitatiivisen tutkimuksen tulokset esitetään usein taulukoina, kuvioina, tunnuslukuina ja tekstinä (Vilkkä 2007, 135). Tässä opinnäytetyössä päädyttiin käyttämään taulukoita ja kuvia tutkimustulosten havainnollistamiseksi. Tulokset esitettiin prosentuaalisesti ja kuvioina käytettiin vaakapalkkeja. Kuviot on tuotettu Microsoft Word -ohjelmassa suoraan opinnäytetyöraporttiin. Tulokset on jaettu viiteen lukuun: taustakysymykset, lääkehoidon määräysten siirtäminen sähköiseen järjestelmään, turvallisen lääkehoidon toteutumisen vastuun jakautuminen, turvallisen lääkehoidon toteutumisen haasteet, sekä sairaanhoitajien kommentteja ja kehitysehdotuksia.

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien näkemyksiä lääkehoidon käytännöistä ja vastuukysymyksistä käytännön työesimerkkien avulla. Työn tavoitteena oli saada ajankohtaista tietoa siitä, miten lääkehoito toteutuu osastoilla ja miten vastuu sen sisällöstä ja käytänteistä jakautuu eri toimijoiden välillä.

Tutkimuskysymykset olivat:

- (1) Miten Kuopion Yliopistollisen sairaalan sisätautien osastojen sairaanhoitajat toimivat lääkehoidon määräysten siirtämisessä sähköiseen järjestelmään?
- (2) Miten sairaanhoitajat kokevat turvallisen lääkehoidon toteutumisen ja lääkityspoikkeamien välttämisen vastuun jakautuvan eri toimijoiden ja järjestelmien välillä osastotyössä?
- (3) Miten sairaanhoitajat kokevat nykyisen toimintaympäristön aikatauluresursseineen, saamansa koulutuksen ja lääkehoidon toteuttamiseen käytettävän tietokonejärjestelmän, mahdollistavan turvallisen lääkehoidon toteuttamisen?

Tutkimus toteutettiin sähköisen kyselyn avulla ja se lähetettiin 44 sairaanhoitajalle. Kahdeksantoista (41%) sairaanhoitajaa vastasi kyselyyn. Jatkossa tulososiossa prosenteilla kuvataan 18 (100%) kyselyyn vastanneen sairaanhoitajan joukkoa.

5.1 Taustakysymykset

Kaikki 18 (100%) vastannutta sairaanhoitajaa olivat naisia. Alle 30-vuotiaita vastanneista oli 4 (22%), 30-50 -vuotiaita 10 (56%) ja yli 50-vuotiaita 4 (22%). Taustakoulutukseltaan yksikään vastanneista ei ollut terveydenhoitaja. Sairanhoitajia (keskiasteen koulutus, ns. vanhamuotoinen sairaanhoitajakoulutus) oli vastanneista 8 (44%), erikoissairanhoitajia 2 (11%) ja ammattikorkeakoulusta valmistuneita sairaanhoitajia 8 (44%). Kaikki vastanneet olivat suorittaneet KYSin lääkehoidon osaamisen varmistamisen tentin, eli LOVE-tentin.

Kysymykseen siitä, mistä vastaaja hakisi ensisijaisesti lääkkeisiin liittyviä ohjeita tai tietoa, 14 (78%) hoitajaa hakisi tietoa Pharmaca Fennicasta, 2 (11%) hakisi tietoa lääkepakkausten käyttöohjeista, yksi (6%) ottaisi yhteyttä sairaala-apteekkiin ja yksi

(6%) hoitaja kysyisi kollegoilta ja osastofarmaseutilta lääkkeistä. Yksikään vastaajista ei etsisi tietoa oppikirjasta.

5.2 Lääkehoidon määräysten siirtäminen sähköiseen järjestelmään

Taulukossa 1 on kuvattu tilanne, jossa potilas on saapunut osastolle ja hänen lääkityksensä selvitetään tulohaastattelussa potilaalta itseltään ja/tai käyttämällä apuna potilasasiakirjoja, kuten lääkelistaa tai aiempia epikriisejä.

TAULUKKO 1. Lääkkeiden kirjaaminen tulohaastattelussa

Vastausvaihtoehdot	Vastaajien	
	lukumäärä	%
Kirjaat ne koneelle sellaisenaan ja kirjaat antoajat sellaisenaan tarjotinkorttiin, jotta lääkkeet saadaan heti jakoon. Jätät lääkityksen tarkastamisen lääkärille.	10	55,6
Kirjaat ne heti koneelle antoaikoiheen, mutta tarkastat JOSKUS lääkkeiden annoskoot, soveltuvuuden aterioiden kanssa otettavaksi ja mahdolliset haitalliset yhteisvaikutukset ennen kuin lääkkeet jaetaan potilaalle.	4	22,2
Kirjaat ne heti koneelle antoaikoiheen, mutta tarkastat AINA lääkkeiden annoskoot, soveltuvuuden aterioiden kanssa otettavaksi ja mahdolliset haitalliset yhteisvaikutukset ennen kuin lääkkeet jaetaan potilaalle.	4	22,2
Et koskaan tee potilaan tulohaastattelua/lääkeselvitystä	0	0,0
Yhteensä	18	100

Kaikki kyselyyn vastanneet hoitajat (N=18, 100%) jättivät valitsematta vastausvaihtoehdon ”En koskaan tee potilaan tulohaastattelua/lääkeselvitystä”. Suurin osa (N=10, 55,6%) vastasi kirjaavansa potilaan lääketiedot ja antoajat sellaisenaan tarjotinkorttiin ja jättävät lääkityksen tarkastamisen lääkärille. Lopuista neljä (22,2%) tarkastaa joskus ja neljä (22,2%) aina lääkkeiden annoskoot, soveltuvuuden aterioiden kanssa otettavaksi ja mahdollisesti haitalliset yhteisvaikutukset ennen kuin lääkkeet jaetaan potilaalle.

Tulohaastattelun yhteydessä tehdyn lääkeselvityksen lääkitystiedot kirjataan sähköiseen järjestelmään ja joskus voi olla, että potilaalla on aiempien käyntiensä myötä kirjattu järjestelmään lääkemääräyksiä ja ne on unohdettu poistaa asiakkaan

silloisen kotiutumisen yhteydessä. Taulukossa 2 on kuvattu hoitajien toiminta tällaisessa tilanteessa.

TAULUKKO 2. Aikaisempien hoitajaksojen voimaan jääneiden lääkemääräysten käsittely

Vastausvaihtoehdot	Vastaajien lukumäärä yhteensä	% kaikista vastaajista	Vastaaja koulutukseltaan (% ja N kaikista saman koulutuksen omaavista)
Jätät aiemmat määräykset koneelle sellaisenaan ja kirjaat uudet määräykset lisäksi, lääkäri saa poistaa tai tauottaa haluamansa lääkkeet myöhemmin.	2	11,1	Sairaanhoitaja (amk) (25,0%, 2)
Jätät aiemmat määräykset koneelle näkyviin, mutta pistät ne tauolle ja varmistat asian tarvittaessa lääkäriltä myöhemmin.	8	44,4	Sairaanhoitaja (37,5%, 3) Sairaanhoitaja (amk) (62,5%, 5)
Lopetat nykyisestä poikkeavat lääkitykset ja varmistat asian tarvittaessa lääkäriltä myöhemmin.	8	44,4	Sairaanhoitaja (62,5%, 3) Erikoissairaanhoitaja (100%, 2) Sairaanhoitaja (amk) (12,5%, 1)
Yhteensä	18	100	

Kaksi hoitajaa (11,1%) jättäisi aiemmat määräykset ennalleen ja kirjaisi uudet niiden lisäksi ja jättäisi näin lääkärille aiempien määräysten poistamisen tai tauottamisen vastuun. Loput hoitajat joko tauottaisivat (N=8, 44,4%) tulohaastattelusta poikkeavat lääkemääräykset tai lopettaisivat ne (N=8, 44,4%) ja varmistaisivat lääkäriltä asian tarvittaessa myöhemmin. Koulutustaustalla oli tilastollisesti merkittävä vaikutus (Anova $F=5,13$ $p=0,02$) vastausten jakautumiseen. Kaikki erikoissairaanhoitajat (N=2, 100% erikoissairaanhoitajista) ja suurin osa vanhamuotoisen sairaanhoitajakoulutuksen saaneista hoitajista (N=5, 62,5% vanhamuotoisen koulutuksen saaneista hoitajista) lopettaisivat nykyisestä poikkeavat lääkitykset, kun taas suurin osa ammattikorkeakoulusta valmistuneista sairaanhoitajista (N=5, 62,5% sairaanhoitaja (amk)) tauottaisi poikkeavat lääkitykset. Sellaisenaan, tauottamatta tai

poistamatta poikkeavia määräyksiä, koneelle jättäisi ainoastaan kaksi ammattikorkeakoulusta valmistunutta sairaanhoitajaa (25% sairaanhoitaja (amk)).

Lääkäri voi antaa lääkemääräyksen suullisesti tai kirjallisesti niin että määräyksessä kerrotaan lääkkeen annos ja se, montako kertaa vuorokaudessa sitä annetaan potilaalle. Määräyksen kirjaajan on kuitenkin laitettava potilaan lääkekorttiin ja sähköiseen järjestelmään kellonajat, milloin lääkettä annetaan potilaalle. Taulukossa 3 on kysytty miten hoitaja määrittäisi lääkkeen antoajat.

TAULUKKO 3. Lääkemääräyksen antoaikojen määrittely

Vastausvaihtoehdot	Vastaajien	
	lukumäärä	%
Kysyt lääkäriltä mitkä kellonajat ohjelmoit antoajoiksi.	0	0,0
Laitat ne samoille antoajoille, kuin muutkin x2 -lääkkeet potilaalla.	4	22,2
Päättelet lääkkeen ohjeen mukaan, mihin aikaan lääkkeet tulisi ottaa ja ohjelmoit ne ajat, vaikka ne tulisivat eri aikaan kuin muut lääkkeet.	14	77,8
Yhteensä	18	100

Kukaan kyselyyn vastanneista hoitajista ei kysyisi tällaisessa tilanteessa kellonaikoja määräyksen tehneeltä lääkäriltä, vaan päättelisi ne itsenäisesti. Noin neljäsosa vastaajista (N=4, 22,2%) laittaisi lääkkeet samoille kellonajoille kuin muutkin vastaavalla jaolla annettavat lääkkeet ja suurin osa (N=14, 77,8%) päättelisi lääkkeen ohjeen mukaan mihin aikaan lääke tulisi antaa ja ohjelmoisi ne ajat sähköiseen järjestelmään riippumatta siitä, mihin kellonaikaan mahdolliset muut lääkkeet annetaan potilaalle.

Vaikka suurin osa (N=14, 77,8%) hoitajista päättelisikin lääkkeen ohjeen mukaan (Taulukko 3) sen antoajat riippumatta siitä, onko potilaalla muita yhtä monta kertaa vuorokaudessa annettavia lääkkeitä, on kyselyn mukaan osastoilla kuitenkin vakiintuneita toimintatapoja lääkkeiden ajastamiseksi.

Vastaajista lähes kolmasosan (N=13, 72,2%) mukaan osastoilla on vakiintuneet lääkkeiden ajastamisen kellonajat ja niitä käyttävät sekä lääkärit että sairaanhoitajat.

Kahden (11,1%) hoitajan mukaan hoitajilla on vakiintunut käytäntö, mutta lääkärit käyttävät itsenäisiä toimintatapoja. Vain kolmen (16,7%) hoitajan mukaan vakiintunutta käytäntöä ei ole.

Taulukossa 4 hoitajat arvioivat nykytietämyksensä mukaisesti, saako esimerkissä annetut lääkkeet ja ravintolisät antaa aamupalan yhteydessä kaikki yhtä aikaa.

TAULUKKO 4. Lääkkeiden anto yhtäaikaisesti aamupalan yhteydessä

Vastausvaihtoehdot	Vastaaajien	
	lukumäärä	%
Saa, ei haitallisia yhteisvaikutuksia ja saa ottaa ruuan kanssa.	1	5,6
Saa, on merkityksettömiä yhteisvaikutuksia ja saa ottaa ruuan kanssa.	1	5,6
Ei, ei saa ottaa ruuan kanssa, tai on merkityksellisiä yhteisvaikutuksia.	16	88,9
Yhteensä	18	100

Yksi hoitajista (5,6%) oli sitä mieltä, että saa antaa aamupalan yhteydessä ja lääkkeillä ja ravintolisillä ei ole haitallisia yhteisvaikutuksia keskenään. Yksi (5,6%) hoitajista oli sitä mieltä että saa antaa aamupalan yhteydessä ja lääkkeillä ja ravintolisillä on vain merkityksettömiä yhteisvaikutuksia keskenään. Loput (88,9%) oli sitä mieltä, että ei saa antaa aamupalan yhteydessä tai lääkkeillä ja ravintolisillä on haitallisia yhteisvaikutuksia keskenään. Jos vastaaja vastasi Taulukon 4 kohtaan 2 tai 3, kyselyssä pyydettiin kertomaan mikä/mitä lääkkeitä ei saa antaa ruuan kanssa tai millä on yhteisvaikutuksia keskenään.

Kalkin ja raudan saostumisen toistensa kanssa otettuna vastaajat tunnistivat melko hyvin, sillä 10 vastaajaa (56%) mainitsi, ettei niitä saa ottaa yhtä aikaa. Kalkin heikentävän vaikutuksen toisten lääkeaineiden imeytymiseen mainitsi (ilman rautaa) lisäksi kaksi vastaajaa (11%). Vatsansuojälääke Omeprazol tulisi ottaa tyhjään vatsaan, ja sen muisti kyselyssä 5 vastaajaa (28%). Myös kilpirauhashormoni Thyroxin tulisi ottaa tyhjään vatsaan mielellään 2 tuntia ennen ruokailua, eikä sitä saa ottaa raudan tai kalkkivalmisteiden kanssa. Thyroxinin ottamisen ennen ateriala muisti 6 vastaajaa (33%), mutta vain 3 vastaajaa (17%) tunnisti kalkin tai raudan ongelmalliseksi Thyroxinin kanssa otettavana.

5.3 Turvallisen lääkehoidon toteutumisen vastuun jakautuminen

Kun asiakas saapuu osastolle ja hänen sen hetkinen lääkityksensä selvitetään ja siirretään sähköiseen potilasjärjestelmään, lääkityksen selvittää ja kirjaa järjestelmään joko sairaanhoitaja tai lääkäri. Kaikki hoitajat (N=18, 100%) olivat sitä mieltä, että heidän osastollaan sen tekee useimmiten sairaanhoitaja.

Potilaan kotiutuessa tai siirtyessä jatkohoitopaikkaan hänelle tulostetaan mukaan kotilääkekortti, johon on kirjattu voimassa oleva lääkitys antoaikoineen. Kyselyssä tiedusteltiin (Taulukko 5), tarkastaako sairaanhoitaja tai lääkäri potilaan lääkityksen tässä vaiheessa ja tekeekö sairaanhoitaja tai lääkäri sen satunnaisesti vai aina. Hoitajat pystyivät valitsemaan useita vastausvaihtoehtoja ja taulukossa 5 on esitetty annetut vastausyhdistelmävaihtoehdot, sekä vaihtoehto, jossa potilaan lääkitystä ei tarkasta kukaan.

TAULUKKO 5. Kotilääkityksen tarkistaminen potilaan siirtyessä jatkohoitoon

Vastausvaihtoehdot	Vastaajien	
	lukumäärä	%
Hänen lääkityksensä tulostetaan kotilääkekorttiin ja annetaan sellaisenaan mukaan.	0	0
Hänen lääkityksensä tarkistetaan SATUNNAISESTI sairaanhoitajan JA SATUNNAISESTI LÄÄKÄRIN toimesta ja sen jälkeen annetaan mukaan.	2	11,2
Hänen lääkityksensä tarkistetaan AINA sairaanhoitajan toimesta ja sen jälkeen annetaan mukaan.	2	11,2
Hänen lääkityksensä tarkistetaan AINA sairaanhoitajan JA SATUNNAISESTI LÄÄKÄRIN toimesta ja sen jälkeen annetaan mukaan.	1	5,6
Hänen lääkityksensä tarkistetaan AINA lääkärin toimesta ja sen jälkeen annetaan mukaan.	12	66,7
Hänen lääkityksensä tarkistetaan AINA sairaanhoitajan JA AINA LÄÄKÄRIN toimesta ja sen jälkeen annetaan mukaan.	1	5,6
Yhteensä	18	100

Hoitajista runsaan kahden kolmasosan (N=13, 72,2%) mukaan lääkäri tarkastaa aina potilaan lääkityksen ennen kotilääkekortin mukaan antamista. Neljä hoitajaa (22,4%) ilmoitti sairaanhoitajan tarkistavan aina potilaan lääkityksen ennen kotilääkekortin mukaan antamista. Yksi hoitaja (5,6%) kertoi sekä lääkärin että sairaanhoitajan

molempien aina tarkistavan lääkityksen ennen kotilääkekortin mukaan antamista. Kaksi hoitajaa (11,2%) kertoi sairaanhoitajan ja lääkärin tarkistavan satunnaisesti potilaan lääkityksen ennen kotilääkekortin mukaan antamista ja yksi (5,6%) oli sitä mieltä, että lääkäri tarkistaa lääkityksen satunnaisesti, mutta hoitaja aina ennen kotilääkekortin mukaan antamista.

Taulukossa 6 on esitetty tulokset siitä, kenen vastuulla hoitajat kokivat olevan potilaan lääkkeitten jakamisen niin, että niissä on huomioitu sekä soveltuvuus aterian kanssa otettavaksi että huomioitu yhteisvaikutukset toisten lääkkeitten kanssa.

TAULUKKO 6. Henkilö, jolla on vastuu lääkkeiden soveltuvuudesta aterian kanssa otettavaksi ja yhteisvaikutusten huomioimisesta

Vastausvaihtoehdot	Vastaaajien	
	lukumäärä	%
Sairaanhoitaja joka kirjaa määräykset koneelle.	6	33,3
Lääkäri joka vastaa lääkeshoidosta osastolla.	4	22,2
Sairaanhoitajan JA Lääkärin vastuulla	5	27,8
Sairaanhoitajan JA Lääkärin JA Tietokantajärjestelmän joka sisältää tiedot ottotavasta, ja yhteisvaikutuksista ja joka pystyy varoittamaan niistä, vastuulla	1	5,6
Lääkärin JA Tietokantajärjestelmän vastuulla	2	11,1
Yhteensä	18	100

Kolmasosa (N=6, 33,3%) hoitajista oli sitä mieltä, että vastuu on yksinomaan sen sairaanhoitajan, joka kirjaa määräykset koneelle. Neljä vastaajaa (22,2%) oli sitä mieltä, että vastuu kuuluu yksinomaan lääkeshoidosta osastolla vastaavalle lääkärille. Rungas neljäsosa (N=5, 27,8%) hoitajista koki vastuun jakautuvan sairaanhoitajan ja lääkärin välille ja yksi hoitajista (5,6%) otti vastuunkantajaksi myös tietokantajärjestelmän sairaanhoitajan ja lääkärin lisäksi. Lisäksi kaksi hoitajaa (11,1%) oli sitä mieltä, että vastuu jakautuu lääkärin ja tietokantajärjestelmän välille.

Taulukossa 7 on kuvattu kuvitteellinen tilanne, jossa hoitaja havaitsee että potilaan lääkkeet on ohjelmoitu sellaiseen anto aikaan, jossa potilas ottaa muita sellaisia lääkkeitä joilla voi olla haitallisia yhteisvaikutuksia määrätyn lääkkeen kanssa. Kyselyssä tiedusteltiin, mitä hoitaja tekisi tuossa tilanteessa.

TAULUKKO 7. Saman antoajan lääkkeillä mahdollisia yhteisvaikutuksia

Vastausvaihtoehdot	Vastaajien	
	lukumäärä	%
Annat asian olla, sillä lääkäri on vastuussa yhteisvaikutuksista.	0	0,0
Jätät lääkityksen ennalleen, mutta kysyt lääkäriltä myöhemmin.	3	16,6
Muutat lääkkeet heti eri antoajoille ja kysyt lääkäriltä myöhemmin.	15	83,3
Yhteensä	18	100

Yksikään hoitajista ei antaisi asian olla tekemättä mitään. Kolme hoitajaa (16,6%) jättäisi lääkityksen ennalleen, mutta tarkistaisi asian lääkäriltä. Suurin osa hoitajista (N=15, 83,3%) muuttaisi lääkitystä itse heti tilanteen havaittuaan.

Taulukossa 8 on kuvattu kuvitteellinen tilanne, jossa hoitaja havaitsee potilaan saavan lääkkeen esim. aamupalan yhteydessä, vaikka se ohjeen mukaan tulisi ottaa tyhjään vatsaan. Kyselyssä tiedusteltiin, mitä hoitaja tekisi tuossa tilanteessa.

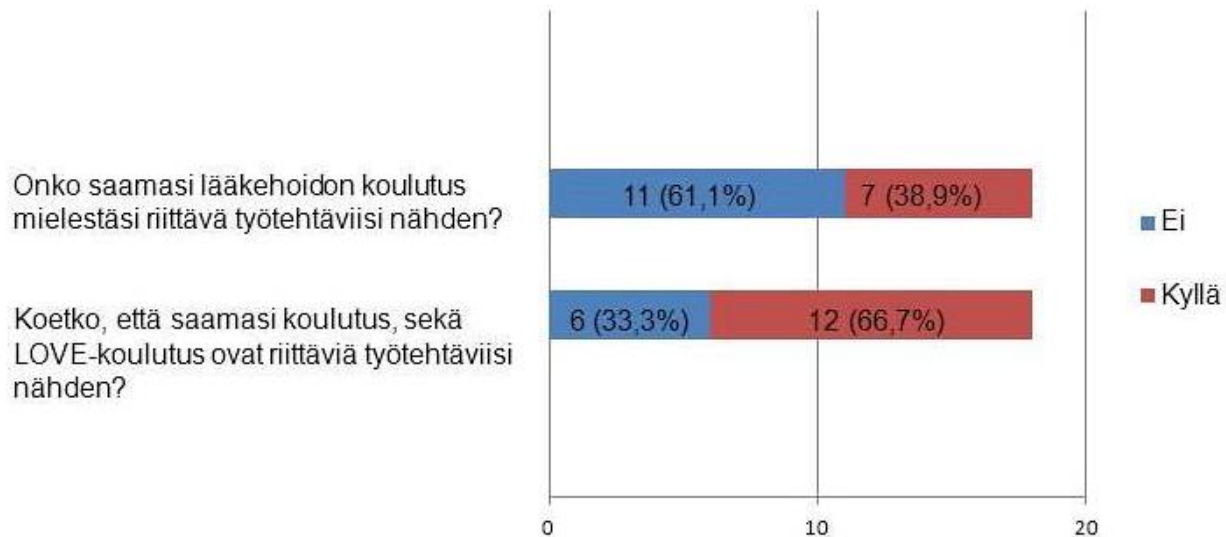
TAULUKKO 8. Lääkkeen soveltumattomuus ruokailun yhteydessä otettavaksi

Vastausvaihtoehdot	Vastaajien	
	lukumäärä	%
Annat jatkossakin aamupalan yhteydessä, koska se on vakiintunut käytäntö.	2	11,1
Annat jatkossakin aamupalan yhteydessä, mutta kysyt asiasta myöhemmin lääkäriltä.	1	5,6
Ohjelmoit antoajaksi heti muun kuin ruoka-ajan ja kysyt asiasta myös lääkäriltä myöhemmin	15	83,3
Yhteensä	18	100

Kaksi hoitajaa (11,1%) antaisi lääkityksen säilyä ennallaan vakiintuneena käytäntönä. Yksi hoitaja (5,6%) kysyisi asiaa lääkäriltä, mutta jatkaisi muuten lääkitystä ennallaan. Suurin osa hoitajista (15 vastaajaa, 83,3%) muuttaisi lääkitystä heti itse ja kysyisi asiasta myös lääkäriltä myöhemmin.

5.4 Turvallisen lääkehoidon toteutumisen haasteet

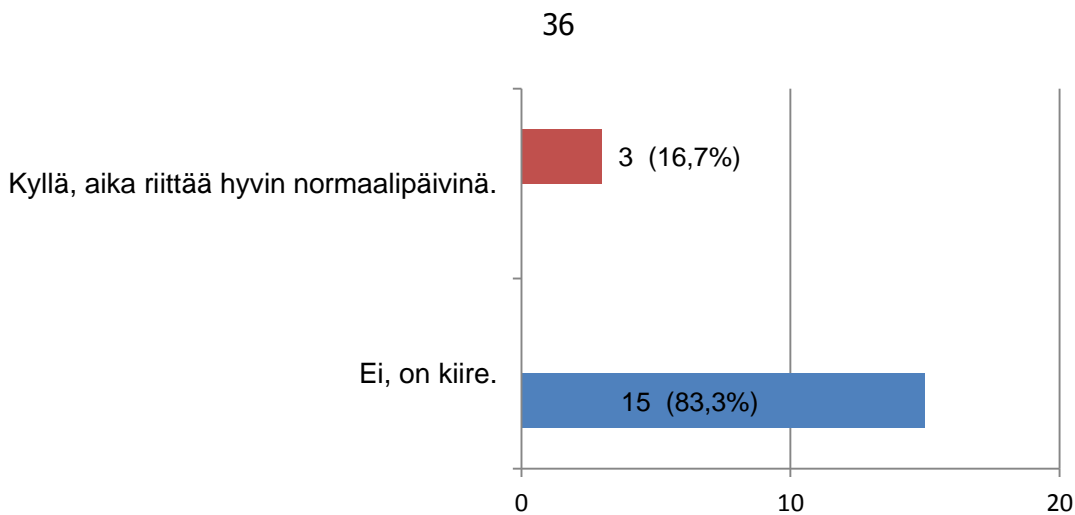
Hoitajilta kysyttiin kahdessa eri kyselyn kohdassa hieman eri sanoin (Kuvio 3), kokevatko he että heidän saamansa koulutus on riittävä työtehtäviin nähden.



KUVIO 3. Koulutuksen riittävyys työtehtäviin nähden kahdella eri tavalla kysyttynä

Kyselyn alkupuolella hoitajilta kysyttiin, onko heidän saamansa lääkehoidon koulutus heidän mielestään riittävä työtehtäviin nähden. Vastausvaihtoehdoiksi annettiin pelkästään ”Ei” ja ”Kyllä”. Vastajista yli puolet (N=11, 61,1%) oli sitä mieltä, että heidän saamansa lääkehoidon koulutus ei ole riittävä ja loput seitsemän (38,9%) vastasi kyllä. Kyselyn loppupuolella hoitajilta kysyttiin hieman toisella tavalla koulutuksen riittävydestä. Nyt hoitajilta kysyttiin, kokivatko he, että heidän saamansa koulutus sekä LOVE-koulutus, ovat riittäviä työtehtäviin nähden. Vastausvaihtoehdoina olivat: ”Kyllä, koulutus vastaa työn haasteisiin hyvin” ja ” Ei, lisäkoulutus olisi tarpeen”. Kysymykseen vastasi ”Kyllä” suurin osa hoitajista (N=12, 66,7%) ja kuusi hoitajaa (33,3%) vastasi ”Ei”.

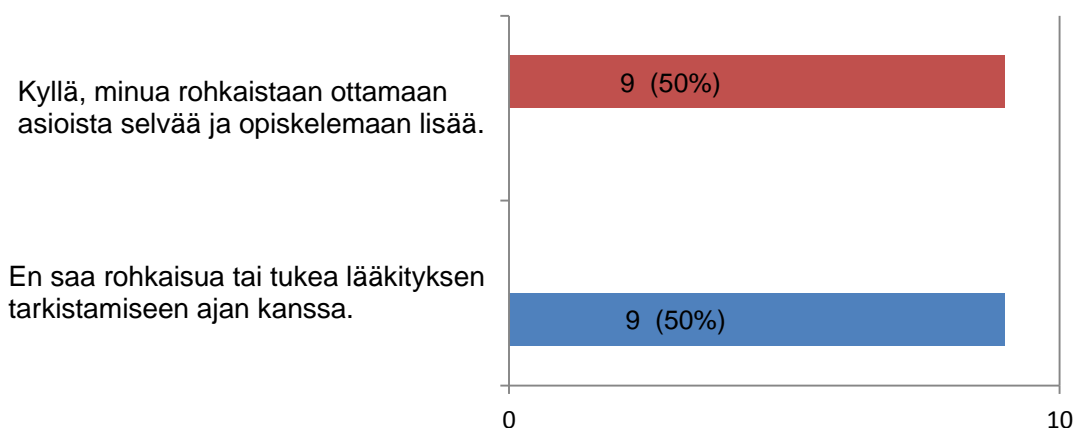
Kuviossa 4 kuvataan, miten hoitajat kokevat heillä olevan aikaa työssään käyttää lääkityksen tarkastamiseen ja yhteisvaikutusten huomioimiseen.



KUVIO 4. Ajan riittäminen lääkityksen tarkastamiseen ja yhteisvaikutusten huomioimiseen

Lähes kaikki (N=15, 83,3%) hoitajat vastasivat kiireen estävän riittävän ajan käytön potilaan lääkityksen tarkastamiseen. Vain kolme (16,7%) vastaajaa kertoi ajan riittävän hyvin normaalipäivinä. Kaikki kyselyyn vastanneet hoitajat (N=18, 100%) jättivät valitsematta vastausvaihtoehdon ”Lääkityksen tarkistaminen ja yhteisvaikutusten huomioiminen ei kuulu tehtäviini” (ei kuviossa mukana).

Hoitajilta kysyttiin myös, rohkaiseeko työyhteisö ja johto käyttämään aikaa potilaan lääkityksen tarkistamiseen (Kuvio 5).

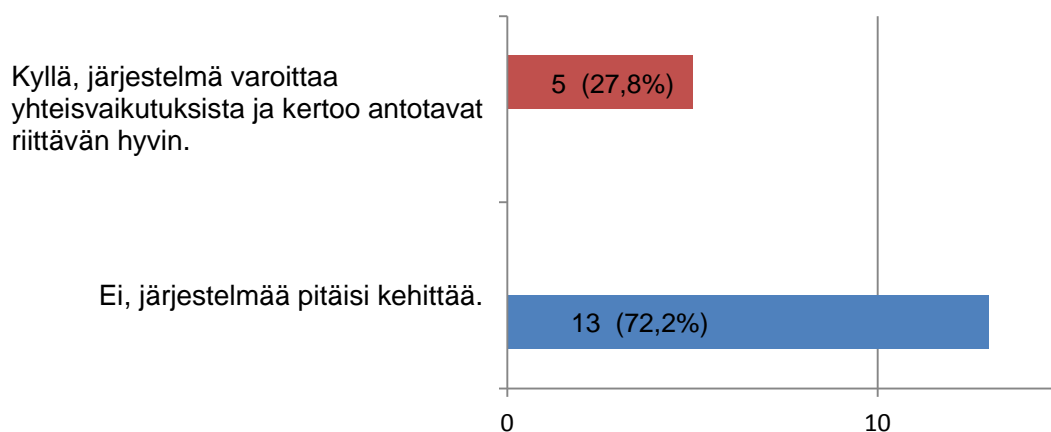


KUVIO 5. Työyhteisön ja johdon tuki potilaan lääkityksen tarkistamiseksi

Puolet hoitajista (N=9, 50%) koki, että heitä rohkaistaan ottamaan asioista selvää ja opiskelemaan lisää. Loput hoitajista (N=9, 50%) koki ettei saa rohkaisua tai tukea

lääkityksen tarkistamiseen ajan kanssa. Kaikki kyselyyn vastanneet hoitajat (N=18, 100%) jättivät valitsematta vastausvaihtoehdon ”Vastuualueeseeni ei kuulu potilaan lääkityksen tarkastaminen” (ei kuviossa mukana).

Hoitajilta kysyttiin (Kuvio 6), kokevatko he nykyisen sähköisen lääkkeiden kirjausjärjestelmän olevan riittävän monipuolinen ja ottavan huomioon lääkkeiden yhteisvaikutukset ja antotavat ja informoivan niistä riittävästi.



KUVIO 6. Sähköisen lääkkeiden kirjausjärjestelmän kyky havaita yhteisvaikutusriski ja neuvoa lääkkeen oikea antotapa

Suurin osa hoitajista (N=13, 72,2%) ilmoitti, että järjestelmä ei ole riittävän monipuolinen ja sitä pitäisi kehittää. Runsas neljäsosa (N=5, 27,8%) vastaajista oli järjestelmään tyytyväinen ja ilmoitti sen varoittavan yhteisvaikutuksista ja kertovan antotavat riittävän hyvin.

5.5 Sairaanhoidajien kommentteja ja kehitysehdotuksia

Lääkehoidon määräysten siirtäminen sähköiseen järjestelmään

Potilaan osastolle tulon tilanteessa on hoitajien mielestä joskus vaikeaa selvittää kotilääkitystä.

”Monta kertaa ensiavusta tulee yöllä potilaita väsyksissä. Lääkemääräyksissä on lääkärin määräys: kotilääkitys jatkuu. Väsyneeltä potilaalta on vaikea ruveta keskellä

yötä selvittämään lääkitystä jos mukana on 2-4 vuotta vanha kotilääkekortti, josta puolet on yliviivattu tai omin "harakanvarpain" kirjoitettu joitakin lääkkeitä kortin sivuun..... Mielestäni näissä jos missä tulee paljon virheellisiä lääkityksiä, EA:ssa pitäisi jo selvittää kunnollalääkitys ennen kuin tulevat osastolle."

"Kotilääkityksen tarkistaminen potilaan tullessa sairaalaan ja kotiutuessa ei ole rutiinia tai siihen ei ole aikaa. Päivitys puutteellista."

Lääkärin antamiin lääkemääräyksiin ja tarvittavien lääkkeiden antamiseen kaivattiin lisää selkeyttä.

"Epäselviä lääkemääräyksiä, esim: Vancocin antibiootti, lääkäri kehoittaa liottamaan nesteeseen ja antamaan potilaalle nenämahaletkun kautta. Valitettavasti lääke ei liukene veteen ja ei pystytä antamaan potilaalle"

"Tarvittaviin lääkkeisiin selkeä ohjeistus. Mitä saa antaa osastokohtaisesti tai potilaskohtaisesti. potilaiden käyttämät luontaislääkkeet paremmin esille."

Turvallisen lääkehoidon toteutumisen vastuun jakautuminen

Käytännön työssä lääkehoidon toteutumisen vastuukysymykset ovat hoitajien kommenttien mukaan epäselviä ja työnjako paikoitellen toimimaton ja ne johtavat puutteisiin lääkityskirjauksissa.

"Valitettavasti vaikka lääkäri vastaa lääkehoidosta, niin käytännössä sairaanhoitaja tarkastaa aina potilaan lääkityksen ja sen jälkeen kysyy lääkäriltä mahdolliset muutokset. Olisi tosi näppärää, jos tämä tapahtuisi vastaanotto tilanteessa. Lääkäri kysyisi potilaan lääkityksen ja tekisi siihen mahdolliset muutokset, samalla hoitaja kirjaisi ajantasaisen lääkityksen sairauskertomuksen lääkeosioon. Näin on JOSKUS toimittu ja koettu erinomaiseksi. Toiminta ei vain ole vakiintunut. Se riippuu lääkäristä, mihin katsoo aikansa käyttävän. "

"Potilaan tullessa sairaalaan lääkärin tulisi tarkistaa potilaan lääkitys ja kirjata se suoraan lääkeosioon. Välillä on ollut sellaisia tapauksia, että potilaan lääkitys on vain sisätautilehdellä ja eikä lääkkeitä ole kirjattu lainkaan lääkeosioon tai lääkemutokset

lukevat määräyksissä. Monet lääkkeet näkyvät lääkeosiossa kirjattuna sekä milligrammoina (mg) että tabletteina. Siihen tulisi pyrkiä, että kaikki lääkkeet näkyisivät lääkekortilla tablettimuodossa. Tämä vaikuttaa lääkehoidon turvallisuuteen varsinkin lääkkeitä jakaessa.”

Hoitajat mieltävät sairaanhoitajan lääkeosaamisen varmistamisen tärkeäksi ja vastuun lisääntyessä myös työn sisältöä ja palkkausta tulisi arvioida sen mukaan.

”Kaikilla lääkäreillä tulee olla jatkossakin päävastuu potilaan lääkityksestä. Sairaanhoitajien lääkeosaamista tulisi tutkia/seurata enemmän ja säännöllisesti ja arvioida lääkehoidon vastuuasioita. Tällä hetkellä sairaanhoitajan palkkaus on ristiriidassa työn vastuullisuuden kanssa. Mitä enemmän on vastuuta, niin sitä korkeampi palkka.”

Tietokonejärjestelmää tulisi hoitajien mielestä kehittää.

”Järjestelmä voisi vaatia lääkityksen tarkistamista tietyin ehdoin mm. uuden hoitojakson alkaessa, kotiutuessa... Sairaalassa voidaan tarvita toistuvilla käynneillä useita iv -lääkkeitä, mutta ne sotkevat potilasta niiden näkyessä tulostetulla kotilääkekortilla, toisaalta on työlästä joka kerta sairaalaan tullessa kirjata ne aina uudelleen koneelle. Kehityksen paikka.”

”Ohjelmistojen pitäisi olla täysin yhteensopivia, jottei tietokatkoja esiinny potilaan lääkityksen ja hoidon osalta. Parasta olisi päästä eroon monista erilaisista ohjelmista ja saada yksi hyvä tilalle.”

Turvallisen lääkehoidon toteutumisen haasteet

”Liian kiire”

”Tulostetut lääkekortit ovat melko pientä printtiä. Myös iv. lääkekortit sisältävät välillä turhan paljon toistuvaa tekstiä ja ovat epäselviä.”

Muita kehitysehdotuksia ja havaintoja

"Tavallisimmista yhteensopimattomista lääkkeistä / ruuan kanssa otettavista / tyhjään mahaan otettavista lääkkeistä tulisi laittaa listat lääkehuoneeseen näkyvälle paikalle."

"Jos lääke on otettava tyhjään vatsaan, niin toimintatapa on, että lääke jaetaan potilaalle lääkekierron yhteydessä, mutta ohjeet annetaan potilaalle, että hän ottaa lääkkeen joko ennen ateriaa tai parin tunnin kuluttua ruokailusta."

6 POHDINTA

Uudet sähköiset potilastietojärjestelmät ovat muuttaneet sairaanhoitajien työn sisältöä ja lisänneet vastuuta potilaan lääkehoidon toteutuksesta. Aiemmin vain lääkärille kuuluvia tehtäviä on siirtynyt sairaanhoitajille ja joissakin työyhteisöissä sairaanhoitaja on se, joka kirjaa potilaan kotilääkityksen ja lääkitysmuutokset sähköiseen tietojärjestelmään ja laatii lääkelistat. Työnkuvan muutoksen myötä myös epätietoisuus siitä, kenelle tehtävät kuuluvat ja kenelle kuuluu vastuu kunkin työtehtävän sisällöstä, on lisääntynyt. Vastuukysymysten ja työnjaon epäselvyys voi johtaa lääkehoidon poikkeamiin ja heikentää potilasturvallisuutta. Sitä, miten työjako ja vastuu lääkehoidon toteuttamisesta toteutuu eri yksiköissä, ei Suomessa ole juurikaan tutkittu.

Sairaanhoitajan työn kehittyessä ja vastuun kasvaessa tulisi myös palkkiojärjestelmää kehittää työn vaatimusten mukaisesti. Kun rajattu lääkkeenmääräämisoikeus astui voimaan tehtävään koulutetulle sairaanhoitajaryhmälle työnkuvaa laajentavana uudistuksena, hyväksyttiin yleisesti se ajatus, että tämä työnkuvan muutos ja vastuun kasvaminen tulisi näkyä myös palkkauksessa. Sairaanhoitajan työnkuvan laajeneminen ja vastuun kasvaminen sähköisten potilasjärjestelmien tulon myötä on sen sijaan tapahtunut hiljaisuudessa, eikä vastuu- ja palkkakysymyksiä ole nostettu esille. Aiheesta tarvitaan lisää tutkimustietoa, jotta työnkuvan muutoksien vaikutuksista palkkatasoon voitaisiin keskustella.

Tulosten tarkasteluosiossa on nostettu esiin keskeisimmät tutkimustulokset.

6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Läkehoidon määräysten siirtäminen sähköiseen järjestelmään

Ymmärtämys ja tieto lääkkeiden yhteiskäytön haitta- ja yhteisvaikutuksista on tarpeen lääkehoidon toteuttamisessa ja lääkehoidon määräysten siirtämisessä sähköiseen järjestelmään. Jos potilaalle on määrätty samaan aikaan otettavaksi lääkkeitä, jotka mahdollisesti johtavat tarkoituksettomaan yhteis- tai haittavaikutukseen tai lääkkeiden tehon laskuun, on jokaisen lääkehoitoa toteuttavan terveydenhuollon

ammattihenkilön omalta osaltaan huolehdittava että asiaan puututaan ja tilanne mahdollisesti korjataan.

Kyselyssä kartoitettiin esimerkkien avulla hoitajien toimintaa lääkkeiden sähköiseen järjestelmään kirjaamisen, lääkkeiden yhteiskäytön haitta- ja yhteisvaikutusten huomioimisen ja lääkehoidon toteuttamisen osalta. Kaikki kyselyyn vastanneet hoitajat kertoivat tekevänsä potilaan tulohaastatteluja/lääkeselvityksiä ja kirjaavansa lääkitystiedot sähköiseen potilastietojärjestelmään. Sosiaali- ja terveysministeriön (2007) ohjeen mukaan lääkehoitoon liittyvät tiedot on tarkistettava jokaisen hoitajakson alkaessa ja lääkelistojen tulee olla ajantasaisia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005). Koska jokainen lääkehoitoa toteuttava ammattihenkilö on vastuussa omasta toiminnastaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.), kuuluu lääkityksen tarkistaminen sitä kautta ainakin osaltaan myös sen järjestelmään kirjaavan ja tarjotinkortilta potilaalle jakavan sairaanhoitajan vastuulle. Toisaalta Sosiaali- ja terveysministeriön (2005) julkaisemassa "Turvallinen lääkehoito – valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa" oppaassa todetaan, että lääkäri määrää aina lääkehoidon ja vastaa sen kokonaisuudesta. On ymmärrettävää, että tällaisessa tilanteessa voi olla epäselvää, kenen vastuulle lääkityksen tarkistaminen tuossa tilanteessa kuuluu. Jokainen hoitaja on omalta osaltaan (Taulukko 1, s. 28) tehnyt ratkaisunsa sen suhteen, jättääkö potilaan tulohaastattelun mukaan kirjaamiensa lääkkeiden tarkistamisen lääkärille, vai tekeekö sen ainakin osin myös itse.

Sama epätietoisuus siitä, kenelle lääkelistojen ajantasaisuuden tarkistaminen kuuluu, ilmeni myös taulukon 2 (s. 29) kysymyksessä. Kun hoitaja tekee potilaan lääkitysselvitystä tulohaastattelussa ja kirjaa samalla lääkitystiedot sähköiseen järjestelmään, näkee hän samalla onko potilaalla aikaisempia, vielä voimassa olevia määräyksiä järjestelmässä. Jos potilaalla on järjestelmässä aikaisempia lääkitystietoja ja ne on unohdettu poistaa tai tauottaa järjestelmästä kun potilas on kotiutunut, täytyy jonkun ne tauottaa tai poistaa listoilta jos ne eivät ole enää ajankohtaisia potilaalle. Eri koulutustaustan omaavien sairaanhoitajien välillä oli tilastollisesti merkittävä ero toimintatavoissa tässä tilanteessa. Suurin osa ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneista sairaanhoitajista joko tauottaisi lääkitykset, tai jättäisi ne sellaisenaan koneelle, mikä poikkesi muiden sairaanhoitajien toiminnasta. Koska ammattikorkeakoulututkinto on uusin sairaanhoitajien tutkintomuoto, on mahdollista, että ammattiuran pituus ja

työkokemus näkyy näissä vastauksissa siten että pidemmän työuran tehneet hoitajat tekevät itsenäisempiä ratkaisuja lääkityksen osalta kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavat sairaanhoitajat.

Taulukossa 3 (s. 30) on kuvattu, miten hoitaja valitsee potilaalle annettavan lääkkeen oikeat antoajat. Suurin osa hoitajista katsoisi lääkkeen ohjeesta, miten lääke tulee antaa, ja päättelisi siitä oikeat antoajat. Noin neljäsosa sen sijaan laittaisi lääkkeen samoille antoajoille kuin muut potilaalla olevat kahdesti vuorokaudessa annettavat lääkkeet, tarkistamatta ohjeesta. Voi olla, että samoihin kellonaikoihin ajoittuvat lääkkeet samalla potilaalla yksinkertaistavat lääkkeiden jakoa osastolla ja vähentävät työn määrää ja sitä kautta helpottavat kiirettä. Osastoilla onkin hoitajien mukaan osin vakiintunut tapa ajastaa lääkkeet tietyille kellonajoille ja vakiintunutta tapaa käyttävät kyselyn mukaan sekä lääkärit että sairaanhoitajat. Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) on nostanut esille, että tehokkuuden korostaminen työssä tuo haasteita lääkehoidon turvalliselle toteutukselle ja työympäristöllä on mm. tätä kautta merkitystä lääkehoidon poikkeamien synnyssä. Lääkityksen tehon varmistamisen kannalta on tärkeää tarkistaa lääkkeen oikea antotapa ja -aika jokaisen lääkkeen kohdalla, sekä tarkistaa sopiiko lääke annettavaksi samaan aikaan potilaan toisten lääkkeiden kanssa. Tämän kaiken huomioiminen lääkärin määräyksen kirjaamisessa ja toteuttamisessa vaatii hoitajalta tarkkuutta, tietoa ja lääkehoidon osaamista. Tällaisen tehtävänjaon myötä vastuu oikeaoppisesta lääkkeen annon ajoituksesta jakautuu käytännössä lääkärin lisäksi myös hoitajalle.

Tässä opinnäytetyössä on tarkasteltu sairaanhoitajan lääkehoidon koulutusta ja osaamista suomalaisissa ja ulkomaisissa tutkimuksissa, sekä kysytty koulutukseen liittyviä kysymyksiä myös opinnäytetyön sähköisessä kyselyssä. Opinnäytetyön kyselyyn otettiin mukaan yksi oikeaoppisen lääkkeen ottamisen ja yhtä aikaa otettavien lääkkeiden yhteisvaikutusten tunnistamista mittaava kysymys, mutta muuten sairaanhoitajien osaamista ei kyselyssä kartoitettu.

Osaamista mittaavassa kysymyksessä (Taulukko 4, s. 31) annettiin kuvitteellinen lähtötilanne, jossa potilaalle on määrätty aamuisin otettavaksi useita lääkkeitä ja lisäravinteita. Kysymyksessä kysyttiin, saako kyseiset lääkkeet antaa kaikki yhdessä aamupalan yhteydessä. Jos vastaaja vastasi niillä olevan yhteisvaikutuksia tai ettei saa antaa aamupalan yhteydessä, pyydettiin kyselyssä kertomaan mitä lääkkeitä ei saa antaa ruuan kanssa tai millä on yhteisvaikutuksia keskenään. Suurin osa

hoitajista oli sitä mieltä, että niitä ei saa antaa aamupalan yhteydessä tai yhtä aikaa. Tarkentavassa vapaakenttäkysymyksessä vastaajat saivat nimetä syyn valitsemaansa kielteiseen vastaukseen.

Noin puolet vastaajista tunnisti sen seikan, että rautaa ja kalkkia ei saa ottaa yhtä aikaa, sillä niiden teho häviää kun ne sakkautuvat keskenään. Vain pieni osa hoitajista kuitenkin tiesi sen, että kalkilla tai raudalla on heikentävä vaikutus toisiin lääkkeisiin, jos ne otetaan yhtä aikaa. Esimerkiksi kilpirauhasen vajaatoimintaan käytettävä levotyroksiini menettää osittain tehonsa, jos se otetaan kalkin tai raudan kanssa yhtäaikaan (Neafsey 2004; Mazokopakis, Triantafillos, Giannakopoulos & Starakis 2008; Fiaux, Kadri, Lévasseur, Le Guillou & Chassagne 2010). Koska levotyroksiini on yleinen ja paljon käytetty lääke ja sen tehon menetys voi johtaa merkittäviin oireisiin, on huolestuttavaa, ettei sen oikeaoppista (otetaan tyhjään vatsaan, mielellään jopa 2 tuntia ennen ruokailua, ei yhtä aikaa mineraalivalmisteiden kanssa) ottamista tunneta. Voi olla, että raudan ja kalkin tunnistaminen ongelmavalmisteiksi johtuu osin myös LOVE-tentin suorittamisesta, sillä sen teoriamateriaalissa korostetaan metallikationien sakkauttavaa vaikutusta. LOVE-materiaalissa (Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin Moodle-oppimisympäristö) painotetaan kuitenkin, että metallikationit sakkautuvat joidenkin lääkeaineiden kanssa, eikä keskenään sakkautumista mainittu ollenkaan. LOVE-tentin materiaalin opiskelu ei selitä sitä, miksi vain pieni osa hoitajista tunnisti kalkin ja raudan saostavan vaikutuksen muihin lääkkeisiin.

Turvallisen lääkehoidon toteutumisen vastuun jakautuminen

Kyselyn kahdessa kysymyksessä (Taulukko 1, s. 28 ja kappale 6.3) tarkasteltiin potilaan lääkityksen selvittämistä ja kirjaamista potilaan saapuessa osastolle tai potilaan tulohaastattelussa. Molempien kysymysten vastauksista ilmeni, että tämän selvityksen tekee vastanneiden hoitajien osastoilla useimmiten sairaanhoitaja ja jokainen vastanneista ilmoitti tekevänsä näitä potilaan lääkeselvityksiä. Satakunnan sairaanhoitopiirissä tehdyssä hoitotyön sähköisen yhteenvedon pilotoinnin arvioinnissa osastonhoitajat totesivat, että potilaan lääkitystietojen kirjaaminen, selvittäminen ja tarkistaminen on heidän osastoillaan lähes kokonaan hoitajan vastuulla (Kuusisto 2008, 30) mikä on osin samansuuntainen tulos kuin mitä tässä opinnäytetyössä on havaittu. Kolmen eri kysymyksen yhteydessä hoitajille annettiin mahdollisuus valita vaihtoehto, jossa he voisivat ilmoittaa, etteivät tee potilaan

lääkeselvitystä, tai ettei heidän tehtäviinsä kuulu potilaan lääkityksen tarkistaminen tai yhteisvaikutusten huomioiminen. Yksikään hoitaja ei näitä vaihtoehtoja valinnut yhdenkään kysymyksen kohdalla, mikä kertoo siitä että jokainen kyselyyn vastannut hoitaja tekee potilaan lääkityksen tarkistamisia ja yhteisvaikutusten huomioimisia työssään.

Toisin kuin tulohaastattelun lääkeselvitystä, lähtöhetken lääkeselvitystä tekee kyselyn mukaan sekä lääkärit että sairaanhoitajat (Taulukko 5, s. 33). Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeen mukaan päällekkäisen lääkityksen sekä mahdollisten haitallisten yhteisvaikutusten ja niistä aiheutuvien ongelmien välttämiseksi lääkelistojen on oltava ajantasaisia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005), joten kotilääkekortti tulisi tarkistaa ennen kuin se annetaan potilaalle mukaan. Potilaan lääkityksen tarkistaminen tässä vaiheessa hoitoa oli suurimman osan hoitajista mukaan lääkärin työtä, mutta neljäsosan mielestä sen tekee ensisijaisesti sairaanhoitaja. Kotilääkekorttia ei anneta sellaisenaan mukaan kenenkään hoitajan mielestä. Koska osa kyselyyn vastanneista hoitajista oli sitä mieltä, että potilaan lääkitys tarkistetaan kotiin tai jatkohoitoon lähtiessä vain satunnaisesti, on mahdollista, että tehtävän vastuun jako ei ole täysin selvä ja lääkityksen tarkistaminen voi jäädä siksi tekemättä.

Tämän opinnäytetyön kyselytutkimuksessa tarkastellaan lääkehoidon kirjaamisen ja toteutumisen vastuukysymyksiä sekä käytännön työesimerkkien että mielipiteitä kartoittavien kysymysten avulla. Hoitajilta kysyttiin suoraan (Taulukko 6, s. 34), kenen vastuulla he kokivat olevan potilaan lääkkeitten jakamisen niin, että niissä on huomioitu sekä soveltuvuus aterian kanssa otettavaksi että huomioitu yhteisvaikutukset potilaan toisten lääkkeitten kanssa. Kolmasosa hoitajista oli sitä mieltä, että näiden asioiden huomioiminen ei ole sairaanhoitajan vastuulla, vaikka hän kirjaisikin määräykset koneelle. Iso osa näistä vastaajista nimeää vastuun yksinomaan lääkärille, mutta osa säilyttäisi vastuuta myös tietokantajärjestelmälle lääkärin lisäksi. Kolmasosa hoitajista oli sitä mieltä, että vastuu on yksinomaan sillä sairaanhoitajalla joka kirjaa määräykset koneelle. Kolmasosa vastaajista oli taas sitä mieltä että vastuu jakautuu sairaanhoitajan ja lääkärin välille ja näistä vastaajista yksi jakaisi vastuun sairaanhoitajan ja lääkärin lisäksi myös tietokantajärjestelmälle.

Taulukon 6 (s. 34) kuvaama tulos kertoo sen, että vastuukysymykset lääkehoidon tarkistamisen osalta ovat epäselvät ja selkiytymättömät, mikä on linjassa myös

muista yksiköistä saatujen tulosten kanssa (Kuusisto 2008; Härkänen 2011, 70; Mäkelä & Peltola 2010). Vaikka käytännön työssä lääkehoidon määräysten kirjaaminen on sairaanhoitajan työtä tämän opinnäytetyön tutkimukseen osallistuneilla osastoilla, osa hoitajista näkee vastuunsa päättyvän kirjaamisen mekaaniseen suorittamiseen ja pitävät sen sisältöä lääkärin vastuualueena. Sisätautien ja kirurgian osastojen sairaanhoitajat kokivat kirjaamisen sisällön kuuluvan lääkärin vastuulle myös Mäkelän ja Peltolan (2010) tutkimuksessa eteläsuomalaisessa sairaalassa. Näiden osastojen sairaanhoitajat kertoivat kirjaavansa potilaan lääkityksen sähköiseen tietojärjestelmään. Jos tietojärjestelmä ilmoitti potilaan lääkityksen muodostavan haitallisen yhteisvaikutusriskin, ilmoitusta ei otettu huomioon jos lääkäri ei ollut paikalla sitä huomioimassa. (Mäkelä & Peltola 2010, 29).

Läákehoidon tarkistamiseen kuuluu myös havaittujen epäkohtien korjaaminen ja tarvittaessa muuttaminen. Taulukossa 7 (s. 34) on kuvattu käytännön esimerkin kautta tilanne, jossa hoitaja havaitsee että potilaan lääkkeet on ohjelmoitu sellaiseen antoaikaan, jossa potilas ottaa muita läákkeitä joilla voi olla haitallisia yhteisvaikutuksia määrätyn lääákeen kanssa. Kyselyssä tiedusteltiin, mitä hoitaja tekisi tuossa tilanteessa. Suurin osa kyselyyn vastanneista hoitajista toimisi heti ja muuttaisi lääákitystä itse (ja varmistaisi lääákäriltä asian myöhemmin). Tältä osin tutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat toimisivat toisin kuin eteläsuomalaisen sairaalan sairaanhoitajat Mäkelän ja Peltolan tutkimuksessa (2010). Tässä tilanteessa suurin osa hoitajista ottaisi vastuun potilaan lääákehoidon toteuttamisesta, eikä jättäisi sitä yksinomaan lääákärille. Vastauksiin vaikuttanee se, että esimerkissä on kyseessä selkeä virhe lääákityksessä. Poikkeamiin puuttuminen nähdään ehkä helpommin kaikille kuuluvana vastuuna.

Turvallisen lääákehoidon toteutumisen haasteet

Sairaanhoitajan työkokemuksella ja koulutuksella on vaikutusta lääákehoidon turvallisuuteen ja lääákehoidon poikkeamiin (Chang & Mark 2009). Tässä opinnäytetyössä kyselyyn otettiin mukaan koulutustaustaa (kappale 6.1), lääákehoidon erityiskoulutuksen suorittamista (kappale 6.1) ja koulutuksen riittävyttä (hoitajien mielestä) kartoittavia kysymyksiä (Kuvio 3, s. 35). Kun hoitajilta kysyttiin lyhyesti onko heidän saamansa lääákehoidon koulutus heidän mielestään riittävä työtehtäviin

nähdessä ja annettiin vastausvaihtoehdoiksi vain ”Ei” ja ”Kyllä”, suurin osa hoitajista vastasi ”Ei”. Kun taas hoitajilta kysyttiin kokivatko he saamansa koulutuksen ja LOVE-koulutuksen (lääkehoidon jatkokoulutus) olevan riittäviä työtehtäviin nähden ja kun heille annettiin vastausvaihtoehdoiksi ”Kyllä, koulutus vastaa työn haasteisiin hyvin” ja ”Ei, lisäkoulutus olisi tarpeen”, suurin osa vastasikin ”Kyllä”.

Suurin osa hoitajista oli ilmeisesti tyytyväisiä saamaansa LOVE-koulutukseen, koska ei kokenut tarpeellisenä saada lisäkoulutusta (Kuvio 3, s. 36). Tämä seikka varmaankin johti siihen, että jälkimmäiseen kysymykseen tuli enemmän ”Kyllä” – vastauksia kuin ensimmäiseen, jossa ei eritelty saatua lääkehoidon koulutusta, eikä mainittu lisäkoulutusta ”Ei”-vastauksen yhteydessä. Ensimmäiseen kysymykseen lääkehoidon koulutuksen riittävydestä vaikutti mahdollisesti myös sen sijainti peruskoulutusta tiedustelevan kysymyksen läheisyydessä. Hoitajat ehkä ajattelivat siinä yhteydessä peruskoulutuksessaan saamaansa lääkehoidon koulutusta ja sen riittävyttä työtehtäviin, ja kokivat että sairaanhoitajan peruskoulutuksessa saatu lääkehoidon opetus ei ole riittävä heidän työtehtäviinsä nähden. Myös Kasperin ja Molosen tutkimuksessa (2011) hoitajat kokivat peruskoulutuksensa antaman valmiuden riittämättömäksi lääkehoidon toteuttamiseen. Useassa muussakin suomalaisessa tutkimuksessa on ilmennyt, että sairaanhoitajat ovat kokeneet saaneensa liian vähän koulutusta lääkehoidosta (Riukka, Ojala & Saano 2001, 2935; Grandell-Niemi ym. 2005).

Sairanhoitajan työympäristöllä ja työyhteisöllä voi olla vaikutusta lääkehoidon poikkeamiin. Työympäristön kiireisyys ja henkilöstön määrän riittämättömyys voi johtaa lääkityspoikkeamien syntymiseen (Hillin & Hicks 2010; Härkänen 2011; Linden-Lahti ym. 2009; Mäkelä & Peltola 2010). Tässä opinnäytetyössä hoitajien kiirettä kysyttiin suoraan vain yhdessä kysymyksessä (Kuvio 4, s. 37). Hoitajilta kysyttiin, kokivatko he että heillä on riittävästi aikaa työssään käyttää lääkityksen tarkastamiseen ja yhteisvaikutusten huomioimiseen. Lähes kaikki hoitajat vastasivat kiireen estävän riittävän ajankäytön potilaan lääkityksen tarkastamiseen. KYSin 2011 tehty sairaanhoitajien lääkehoidon poikkeamia tarkasteleva tutkimus (Härkänen 2011) toi esille jo aiemmin, että henkilöstön riittämätön määrä altistaa lääkehoidon poikkeamille. Myös Valviran käsittelemien lääkityspoikkeamien perusteella on päätelty että alimitoitettut henkilöresurssit ovat lisänneet lääkehoidon poikkeamia (Linden-Lahti ym. 2009). Dillströmin tutkimuksessa KYSin kirurgian ja sisätautien sairaanhoitajat kokivat kiireen suurimmaksi esteeksi tietoperustan kehittämiseksi

osastotyössä (Dillström 2007). Näiden tutkimusten valossa ei ole yllättävää, että myös tähän tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat kokivat kiirettä.

Työyhteisöllä voi olla vaikutusta lääkehoidon toteuttamiseen. Hoitajilta kysyttiin, rohkaiseeko työyhteisö ja johto käyttämään aikaa potilaan lääkityksen tarkistamiseen (Kuvio 5, s. 40). Tasan puolet hoitajista koki saavansa rohkaisua ottaa asioista selvää ja opiskelemaan lisää ja toinen puoli hoitajista sanoi, ettei saa rohkaisua tai tukea lääkityksen tarkistamiseen ajan kanssa. Tämä tulos on linjassa Dillströmin (2007) tekemän tutkimuksen kanssa, jossa sairaanhoitajat kokivat hoitotyön johdon tukevan tutkimustiedon käyttöä lääkehoidossa keskinertaisesti.

Lääkehoidon tukipalveluilla on pyritty vähentämään lääkityspoikkeamia (Chang & Mark 2009; Prusch ym. 2011; Richardson ym. 2012). Sähköinen potilasjärjestelmä voi, riippuen ohjelmistosta, auttaa lääkitysturvallisuuden lisäämisessä varoittamalla mahdollisista haitallisista yhteisvaikutuksista tai lääkkeen normaaliannostuksesta poikkeamisesta. Ohjelmistojen laaja kirjo ja keskeneräisyys on kuitenkin herättänyt huolta mm. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2007b) ja käyttäjiltä vaaditaan tarkkuutta ohjelmistojen käytössä. Ei pitäisi myöskään liikaa luottaa järjestelmien kykyyn varoittaa yhteisvaikutuksista tai annostuksesta, sillä ohjelmistot eivät ole riittävän kehittyneitä antamaan täyttä turvaa näiltä osin.

Tässä tutkimuksessa hoitajilta kysyttiin sähköisen tietojärjestelmän ominaisuuksista (Kuvio 6, s. 36) ja vastuun jakautumisesta (Taulukko 6, s. 34) lääkäreiden, sairaanhoitajien ja järjestelmän välillä. Hoitajilta kysyttiin mielipidettä siitä, kokevatko he nykyisen sähköisen lääkkeiden kirjausjärjestelmän olevan riittävän monipuolinen ja ottavan huomioon lääkkeiden yhteisvaikutukset ja antotavat ja informoivan niistä riittävästi. Suurin osa hoitajista ilmoitti, että järjestelmä ei ole riittävän monipuolinen ja sitä pitäisi kehittää. Runsas neljäsosa vastaajista oli puolestaan järjestelmään tyytyväinen ja ilmoitti sen varoittavan yhteisvaikutuksista ja kertovan antotavat riittävän hyvin. Kun hoitajilta kysyttiin (Taulukko 6, s. 34) kenen vastuulla on huolehtia että potilaan lääkkeiden jakamisessa on huomioitu soveltuvuus aterian kanssa otettavaksi ja yhteisvaikutukset toisten lääkkeiden kanssa, oli kolme hoitajaa sitä mieltä, että myös tietokantajärjestelmä on vastuussa asiasta muiden ohella. On mahdollista, että näin vastanneet hoitajat uskoivat järjestelmän kykyyn varoittaa yhteisvaikutuksista luotettavasti.

Sairaanhoitajien kommentteja ja kehitysehdotuksia

Hoitajat kertoivat kahdessa vapaakentässä havaintojaan lääkehoidon toteuttamisesta ja kehitysehdotuksia lääkehoidon turvallisuuden lisäämiseksi. Samoja asioita kuin kyselyn vastauksissa ilmeni myös näissä kirjoituksissa. Potilaan kotilääkityksen selvittäminen koettiin ongelmalliseksi ja siihen toivottiin lisää aikaa tai rutineja. Lääkäreiden lääkemääräyksiin ja tarvittavien lääkkeiden antamiseen toivottiin lisää selkeyttä ja ohjeistusta. Lääkehoidon toteutumisen vastuukysymykset olivat hoitajien mielestä epäselviä tai työnjako toimimaton. Käytössä olevien eri yksiköiden erilaisten tietokonejärjestelmien yhteensopivuusongelmat, sekä toiveet ohjelmistojen kehittämisestä nousivat myös esille vastauksissa. Vastauksissa ilmeni työssä koettu kiire ja tulostettujen lääkekorttien käytön hankaluudet. Lisäksi hoitajat toivoivat lisäohjeita lääkkeiden yhteisvaikutuksista.

Johtopäätökset

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada ajankohtaista tietoa siitä, miten lääkehoito toteutuu osastoilla ja miten vastuu sen sisällöstä ja käytänteistä jakautuu eri toimijoiden välillä. Lisäksi tavoitteena oli lisätä opinnäytetyön tekijän henkilökohtaista lääkehoidon osaamista ja kehittää kykyä tunnistaa lääkehoidon poikkeamariskejä omassa työssä.

Tutkimustuloksista ilmeni, että KYSin sisätautien sairaanhoitajien työnkuvaan kuuluu potilaan tulohaastattelun pitäminen ja kotilääkityksen kirjaaminen sähköiseen tietojärjestelmään. Sairaanhoitajat laativat myös lääkelistat potilaalle ja kirjaavat lääkemääräykset sähköiseen järjestelmään. Myös kotilääkelistan tarkistaminen potilaan jatkohoitoon tai kotiin siirtyessä on ainakin osin sairaanhoitajan työtä. Se, kuuluuko kirjaamisen mekaanisen työn lisäksi myös sisällön tarkistaminen sairaanhoitajalle, on sen sijaan epäselvää. Yli puolet sairaanhoitajista koki kotilääkityksen sopivuuden, yhteisvaikutusten ja antoaikojen huomioimisen vastuun kuuluvan yksinomaan lääkärille vaikka kirjaamisen tekeekin sairaanhoitaja. Osan mielestä vastuu kuuluu osin tai kokonaan tiedot kirjaavalle sairaanhoitajalle. Kun hoitajilta kysyttiin yleisesti, kenen vastuulla he kokevat olevan potilaan lääkkeitten jakamisen niin, että niissä on huomioitu sekä soveltuvuus aterian kanssa otettavaksi että huomioitu yhteisvaikutukset potilaan toisten lääkkeitten kanssa, kolmasosan mielestä vastuu kuuluu yksinomaan lääkärille, kolmasosan mielestä yksinomaan

sairaanhoidajalle ja kolmasosan mielestä sairaanhoidajalle ja lääkärille yhteisesti. Nämä tulokset kertovat, että vastuukysymykset lääkehoidon tarkistamisen osalta ovat epäselvät ja selkiytymättömät. Myös työnjako on tietyissä työtehtävissä jäsentymätön.

6.2 Jatkotutkimusaiheet

Tässä opinnäytetyössä tuli selkeästi esille se, että vastuukysymykset ja työnjako lääkehoidon tarkistamisen osalta ovat osastoilla epäselvät. Ohjeistusta tulisi sekä yksiköissä että valtakunnallisesti vielä tarkentaa ja selkiyttää. Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää pohjana laajemmille aiheen tutkimuksille.

6.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksessa on pyritty eettisyyteen. Eettisyyden toteutuminen pyrittiin saavuttamaan sillä, että tutkimukseen osallistuminen tapahtui vapaaehtoisesti, sekä nimettömästi, eikä vastaajia voitu tunnistaa tuloksista henkilö- tai osastotasolla. Eettiset pyrkimykset toteutuivat, sillä sairaanhoitajat vastasivat kyselyyn vapaaehtoisesti oman aikataulunsa puitteissa. Tietojen keräystapa mahdollisti vastaajien nimettömyyden ja tunnistamattomuuden. Potilastietoja ei käytetty tutkimuksessa lainkaan, joten potilaiden identiteetti ei ollut vaarassa paljastua.

Tutkimusta varten haettiin tutkimuslupa Kuopion Yliopistolliselta sairaalalta. Tutkimusluvan hakeminen tapahtui kirjallisella tutkimuslupahakemuksella palveluyksikön ylihoitajalta.

Keskeinen ongelma määrällisissä tutkimuksissa on kysymysten asettelu. Jotta saisi kattavan kuvan tutkimusongelmasta, eivät kysymykset saisi rajata liian tiukasti vastauksia, sillä riskinä on se, että kysymyksen vastausvaihtoehdot eivät kuvaakaan riittävästi tutkimusongelmaa. Kysymysten on oltava asiaankuuluvia, mutta johdattelemattomia, neutraaleja, mutta kuitenkin selkeitä ja yksiselitteisiä. Vastaajan tulee ymmärtää ja muistaa kysymys vastatessaan, sekä sovittaa oma näkemyksensä annettuihin vastausvaihtoehtoihin (Taanila 2011, 21). Kyselyssä kartoitettiin toimintatapoja, joten yksi riski oli se, että vastauksiin valittaisiin ne vaihtoehdot, joita

vastaaja pitää oikeina toimintatapoina, eivätkä niitä vaihtoehtoja, mitkä kuvastaisivat vastaajaan toimintaa todellisuudessa. Toimintatapojen ja arvojen, sekä aikeiden mittaamisessa on erityisen suuri riski sille, että vastaaja muokkaa vastaustaan yleisesti hyväksyttävään vaihtoehtoon tai olettamaansa oikeaan vaihtoehtoon (Taanila 2011, 23). Tätä riskiä ei voitu kokonaan poistaa, mutta kyselyn markkinoinnissa tuotiin esille se, miten tärkeää olisi vastata rehellisesti, eikä ihannoidusti.

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen kohteena olivat KYSin sisätautien vuodeosastojen 2, 3 ja 6 kaikki sairaanhoitajat, eli kyseessä oli kokonaistutkimus. Opinnäytetyön kyselyyn vastasi 18 sairaanhoitajaa, joten vastausprosentiksi muodostui 41 %. Koska vastanneet sairaanhoitajat ovat satunnainen ja taustakysymysten perusteella iältään ja koulutukseltaan vaihteleva joukko perusjoukosta, on otanta kohtalaisen edustava ja suuntaa antava. Kohtalaisen edustava otanta antaa mahdollisuuden tehdä johtopäätöksiä KYSin sisätautien sairaanhoitajien näkemyksistä. Lisäksi kyselyn luotettavuutta lisää se, että sairaanhoitajat ovat vastanneet kyselyn kysymyksiin hyvin samansuuntaisesti. Joissakin kysymyksissä sairaanhoitajat ovat olleet 100%:sti samaa mieltä. Jos kyselyn vastauksissa olisi ollut enemmän hajontaa, se olisi vähentänyt kyselyn luotettavuutta, sillä suuremman hajonnan tapauksessa pitäisi olla suuri vastaajajoukko, jotta eroja vastausvaihtoehtojen välillä voitaisiin luotettavasti mitata.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös aineistonkeruun virheettömyys. Aineistonkeruun virheitä voivat olla mittausvirheet, tiedon käsittelyvirheet, tiedon katovirheet ja otantavirheet (Heikkilä 2005, 185). Tässä opinnäytetyössä strukturoidut kysymykset olivat pakollisia kaikille vastaajille, joten tiedon katoa ei tapahtunut ollenkaan. Myös otanta oli kohtalaisen edustava. Mittausvirheitä kyselyssä olisi voinut syntyä, jos vastaajat eivät olisi ymmärtäneet kysymystä. Tämä virhemahdollisuus pyrittiin minimoimaan esitestauksella. Lisäksi kyselyyn vastaajia kehoitettiin esittelytilanteessa etukäteen antamaan palautetta vapaakenttäkysymyksiin, jos jokin kysymys olisi ollut huonosti muotoiltu, vaikeasti ymmärrettävä tai virheellinen. Yhtään kommenttia kysymysten laadusta ei kuitenkaan kyselyn vapaakenttäkysymykseen tullut. Myös loppuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijat kertoivat olleensa tyytyväisiä kysymyksiin ja pitäneensä niitä ymmärrettävinä ja yksiselitteisinä.

Tiedon käsittelyvirhettä pyrittiin vähentämään sillä, että numeerinen tieto, sekä avointen kysymysten vastaukset käsiteltiin suoraan Webropol 2.0 –ohjelmassa, jossa kysely toteutettiin. Ainoastaan monivalintakysymysten vastaukset siirrettiin manuaalisesti excelin havaintomatriisiin numeraaliseen muotoon. Siirrossa tapahtuneet virheet olisi havaittu tulosten analysointivaiheessa ja havaintomatriisia tarkastelemalla.

6.4 Oma ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyön aihe nousi esiin käytännön osastotyössä, jossa tehdyt havainnot lääkehoidon kirjaamisesta ja kirjaamisen työnjaon epäselvyyksistä tulivat esille. Osastotyön aikana kuullut sairaanhoitajien mielipiteet asioiden tilan korjaamisen tarpeesta lisäsivät innostusta tutkia asiaa lisää. Aihesuunnitelmasta opinnäytetyön viitekehys ja rajaus tarkentuivat. Työsuunnitelman teoriaosan tiedonhaun myötä selkeni oma näkemys siitä, että lääkehoidon kirjaamisen epäselvien käytäntöjen takana on usein epätietoisuus siitä, kenen vastuulle asiat kuuluvat.

Viitekehysten ja rajauksen tekeminen oli opinnäytetyön kaikkein haastavin vaihe, sillä ilmiöstä ei ole paljonkaan tutkittua tietoa valmiina ja lääkehoidon kirjaaminen sairaanhoitajan työnä ja siihen liittyvät lääkityspoikkeamariskit ovat laaja kokonaisuus. Oman mielenkiinnon rajaaminen ja kyselylomakkeen laatiminen rajauksen perusteella vei aikaa, sillä oli tärkeää pohtia syvällisesti sitä, mitä tietoa ja millä keinoin, opinnäytetyön kyselyllä voitaisiin saada. Tämän pohtiminen, sekä kotimaisen ja kansainvälisen kirjallisuuden laajaton etsiminen ja lukeminen veivät melkein vuoden. Opinnäytetyön prosessin aikana tuli luettua läpi laajasti aiheen tutkimuksia, artikkeleita ja opinnäytetöitä, mikä syvensi paljon sekä opinnäytetyön aiheen että laajemmalti lääkehoidon ja lääkityspoikkeamien osalta oman ammattialan tietämystä ja osaamista. Tältä osin tekijän oma tavoite lääkehoidon osaamisen ja lääkehoidon poikkeamien tunnistamisen kehittymisen osalta toteutui.

Sairanhoitajan asiantuntijuus muodostuu Savonia ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opetussuunnitelman (Savonia ammattikorkeakoulu) mukaan mm. laaja-alaisesta ammattialan tiedosta ja osaamisesta, sekä kyvystä suulliseen ja kirjalliseen viestintään sekä suomeksi että yhdellä vieraalla kielellä. Nämä oppimistavoitteet täyttyivät ja asiantuntijuus lisääntyi opinnäytetyön tekemisen myötä.

Myös oppimistavoitteissa mainitut kyky kriittiseen tiedon arviointiin ja kyky vaikuttaa yhteiskunnallisesti osaamistaan hyödyntäen lisääntyivät. Tutkimus- ja kehittämistyön merkitys terveydenhuoltoalan kehittämisessä kirkastui tutkimuksen aikana entisestään, kun selvisi, miten vähän näitä asioita tutkitaan ylipäänsä. Opinnäytetyön aihe on tärkeä ja työelämäsuuntautunut, sillä havaittu ilmiö on ajankohtainen, eikä siitä ole juurikaan Suomessa tai kansainvälisestikään tutkittua tietoa.

Kyselylomake on tehty alusta alkaen itse ja sen laadinnan myötä ammattitietämys kvantitatiivisen kyselytutkimuksen laatimisesta ja toteuttamisesta syventyi. Samalla yhteistyötaidot ja työelämätaidot syventyivät, kun työn toteutus tapahtui sairaaloiden osastoilla ja osallistujien motivointi ja informointi oli keskeistä kyselyn onnistumiselle. Henkilökohtaisten työelämäyhteyksien luominen, itsenäinen työskentely asiantuntijana, sekä tutkimushankkeen vetäminen soveltaen alan tietoa ja menetelmiä tulivat tutuksi prosessin aikana. Sairaanhoidajan asiantuntijuuteen liittyy myös kyky eettiseen toimintaan. Opinnäytetyön tekemisessä on pyritty toimimaan eettisesti kestävästi ja ihmisarvoa kunnioittavasti, sekä noudatettu eettisiä ohjeita.

LÄHTEET

Auyeung, V., Patel, G., McRobbie, D., Weinman, J. & Davies, G. 2011. Information about medicines to cardiac in-patients: patient satisfaction alongside the role perceptions and practices of doctors, nurses and pharmacists. *Patient Educ Couns* . 2011 nro 3, 360-6.

Arford, P. H. 2005. Nurse-physician communication: an organizational accountability. *Nurs Econ* . 2005 nro 2, 72-7.

Bhanbhro, S., Drennan, V. M., Grant, R. & Harris, R. 2011. Assessing the contribution of prescribing in primary care by nurses and professionals allied to medicine: a systematic review of literature. *BMC Health Serv Res* . 2011, 330-340.

Brady, A. M., Malone, A. M., Fleming, S. 2009. A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. *J Nurs Manag* . 2009 nro 6, 679-97.

Canet, J., Gomar, C., Castro, A. & Montero, A. 2006. Survey of nursing roles in anesthesiology, postoperative recovery care and pain management in Catalonia, Spain: analysis of the current situation. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* . 2006 nro 6, 337-45.

Chang, Y. & Mark, B. A. 2009. Antecedents of Severe and Nonsevere Medication Errors. *Journal of Nursing Scholarship* . 2009 nro 1, 70-78.

Fiaux, E., Kadri, K., Levasseur, C., Le Guillou, C. & Chassagne, P. 2010. Hypothyroidism as the result of drug interaction between ferrous sulfate and levothyroxine. *Rev Med Interne* . 2010 nro 10: 4-5.

Flew A. 1984. *Dictionary of Philosophy*. London: Pan Books Ltd.

Dillström, J. 2007. *Sairaanhoitajien tiedot ja taidot näyttöön perustuvassa lääkehoidossa kirurgian ja sisätautien vuodeosastoilla*. Kuopio: Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Grandell-Niemi, H., Hupli, M., Leino-Kilpi, H. & Puukka, P. 2005. Finnish nurses' and

nursing students' pharmacological skills. *Journal of Clinical Nursing* . 2005 nro 6, 685-694.

Heikkilä, T. 2008. *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hillin, E. & Hicks, R. W. 2010. Medication errors from an emergency room setting: safety solutions for nurses. *Crit Care Nurs Clin North Am* . 2010 nro 2, 191-6.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. *Tutki ja kirjoita*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hoppu, K., Kuitunen, T. & Kuisma, P. 2009. Myrkytystietokeskukseen tulee yhä enemmän kyselyjä lääkitysvirheistä terveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* . 2009 nro 24, 2208-2211.

Härkänen, M. 2011. *Lääkityspoikkeamat – Internet-pohjaisen raportointijärjestelmän hyödyntäminen lääkityspoikkeamien ymmärtämisessä organisaatiotasolla*. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Kasper, J. & Molonen, H. 2011. *Sairaanhoidaja lääkehoidon toteuttajana, kehittämiskohteet ja keinot Karhulan sairaalan osasto kuudella*. Kotka: Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Kendall, S., Deacon-Crouch, M. & Raymond, K. 2007. Nurses' attitudes toward their role in patient discharge medication education and toward collaboration with hospital pharmacists: a staff development issue. *J Nurses Staff Dev* . 2007 nro 4, 173-9.

Kroezen, M., van Dijk, L., Groenewegen, P. P. & Francke, A. L. 2011. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res* . 2011, 127-134.

Kuusisto, A. 2008. *Kirjaamalla Näkyväks. Lääketietojen kirjaaminen Satakunnan sairaanhoitopiirissä*. Raportti. Satakunnan sairaanhoitopiirin julkaisu.

Kuopion yliopistollinen sairaala. [viitattu 7.12.2012] Saatavissa: <http://psshp.fi>.

Kärkkäinen, A., Tuominen, A., Seppälä, A. & Karvonen, J. 2006. Lääkärien ja hoitajien välisen työnjaon kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. *Suomen Lääkärilehti* . 2006, 2647-2652.

Latter, S., Maben, J. Myall, M. & Young, A. 2007. Evaluating nurse prescribers' education and continuing professional development for independent prescribing practice: findings from a national survey in England. *Nurse Educ Today*. 2007 nro 7, 685-96.

Linden-Lahti, C., Airaksinen, M., Pennanen, P. & Käyhkö, K. 2009. Vakavat lääkityspoikkeamat potilasturvallisuuden haasteena. *Suomen Lääkärilehti* . 2009 nro. 41, 3429-3433.

Mattila, M., Paaso, E., Borg, S., Alastalo, M., Sivonen, J., Keckman-Koivuniemi, H., Antikainen, S., Pasanen, T. & Alaterä, T. J. 2002. Varianssianalyysi [Verkko-oppimateriaali]. [Viitattu 08.12.2012]. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/variassi/anova.html>.

Mazokopakis, E. E., Giannakopoulos, T. G. & Starakis, I. K. 2008. Interaction between levothyroxine and calcium carbonate. *Can Fam Physician* . 2008 nro 1, 39.

Mäkelä, N. & Peltola, J. 2010. *Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen hoitajien näkökulmasta*. Forssa: HAMK. Opinnäytetyö. [Viitattu 9.12.2012]. Saatavissa: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22224/Makela_Peltola.pdf?sequence=1.

Neafsey, P. J. 2004. Levothyroxine and calcium interaction: timing is everything. *Home Healthc Nurse* . 2004 nro 5, 338-9.

Nykysuomen sanakirja. 2002 (1951-1961) Toim. Matti Sadeniemi ym. Porvoo: WSOY.

Opetusministeriö. 2006. *Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet [verkkojulkaisu]* . Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.

[viitattu 18.12.2011]. Saatavissa:

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>.

Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585, asetus [1998/879](#). Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 7.8.2012]. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585#a27.11.1998-879>.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin Moodle-oppimisympäristö. LOVe – LOP lääkehoidon osaamisen perusteet – Haitta- ja yhteisvaikutukset [Verkko-oppimateriaali]. [Viitattu 11.9.2012]. Saatavissa: <http://moodle.psshp.fi>.

Prusch, A. E., Suess, T. M., Paoletti, R. D., Olin, S. T. & Watts, S. D. 2011. Integrating technology to improve medication administration. *Am J Health Syst Pharm* . 2011 nro 9, 835-42.

Richardson, B., Bromirski, B. & Hayden, A. 2012. Implementing a safe and reliable process for medication administration. *Clin Nurse Spec* . 2012 nro 3, 169-76.

Riukka, L., Ojala, R. & Saano, S. 2001. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien odotukset sairaala-apteekkien lääkeinformaatiopalvelulta. *Suomen Lääkärilehti* . 2001, 2934-2937.

Saano, S. 2011. HAIPRO-palsta. Kuopion yliopistollinen sairaala. *Lääketiedote* nro 29, 10-13.

Sanghera, I. S., Franklin, B. D. & Dhillon, S. 2007. The attitudes and beliefs of healthcare professionals on the causes and reporting of medication errors in a UK Intensive care unit. *Anaesthesia* . 2007 nro 1, 53-61.

Savikko, R. 2008. *Vastuullisuus ja vastuu sairaanhoitajan ammatillisessa toiminnassa*. Tampere: Tampereen yliopisto. Opinnäytetyö. [Viitattu 11.9.2012]. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02541.pdf>.

Savonia ammattikorkeakoulu. *Opetussuunnitelmat. Sosiaali- ja terveysala*. [Viitattu 11.11.2012]. Saatavissa:

<http://portal.savonia.fi/amk/opiskelijalle/opetussuunnitelmat/sosiaali-ja-terveysala->

kuopio?konr=2751&yks=KS&toim=OT.

Sormunen, J. & Vainionpää, M. 2009. *Lääkehoidon teoreettinen ja käytännön osaaminen konservatiivisen tulosalueen sairaanhoitajien itsearvioimana*. Lahti: Lahden ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 726/2003. Finlex. Lainsäädäntö [Viitattu 11.9.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030726>.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001. Finlex. Lainsäädäntö [Viitattu 18.12.2011]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010099>.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010. Finlex. Lainsäädäntö [Viitattu 11.9.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101088?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=l%C3%A4%C3%A4kkeen%20m%C3%A4%C3%A4r%C3%A4m%C3%A4isest%C3%A4>.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Finlex. Lainsäädäntö [Viitattu 11.9.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta 1194/2003. Finlex. Lainsäädäntö [Viitattu 11.9.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20031194>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. *Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi*. [esite] Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2002:6. [viitattu 18.09.2012]. Saatavissa: http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/terveysvn/esite2002_6.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. *Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus*. [opas] Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. [viitattu 18.09.2012]. Saatavissa:

<http://pre20090115.stm.fi/pr1076941420387/passthru.pdf>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. *Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa* [opas]. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. [viitattu 18.12.2011]. Saatavissa:

<http://pre20090115.stm.fi/pr1139565646410/passthru.pdf> .

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. *Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa*. Versio 2.2. 31.1.2007. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2007.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. *Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä*. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.

Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. 2006. *Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto* [verkkajulkaisu]. Työpapereita 28/2006 [viitattu 7.8.2012] Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/tyopaperit/T28-2006-VERKKO.pdf>.

Suomen eduskunta. 2007. *"Puutteelliset potilasasiakirjamerkinnot"*, Dnro 2828/2/07.

Suomen säädöskokoelma. *Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä*. 559/1994, Helsinki. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 7.8.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.

Suomen säädöskokoelma. *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista* 785/1992; Asetus 99/2001. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 7.8.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Taanila, A. 2011. *Määrällisen aineiston kerääminen* [Verkko-oppimateriaali]. Haaga-Helia ammattikorkeakoulu. [Viitattu 11.9.2012]. Saatavissa: <http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/t/suunnittelu.pdf>.

Tekes-hanke *"Lääkitystiedon hallinta"* 2006-2008. Saatavissa: <http://www.tse.fi/FI/tutkimus/yksikot/1%C3%A4%C3%A4kitystieto/Documents/Laakitystiedonhallintatutkimusesite.pdf>.

TEO 2007b. Lääkehoito ja sähköiset potilasasiakirjat. Kirje 4.6.2007.

Treiber, L. A. & Jones, J. H. 2010. Devastatingly human: an analysis of registered nurses' medication error accounts. *Qual Health Res* . 2010 nro 10, 1327-42.

Valvira. Luvat. Ammattioikeudet. Sairaanhoidajan rajattu lääkkeenmääräämisoikeus [viitattu 7.11.2012] Saatavissa: <http://www.valvira.fi>.

Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H.-S. & Torniainen, K. 2006. *Lääkehoito hoitotyössä*. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Vihiniemi, M. 2009. *Sairaanhoidajan huomioita ikäihmisen lääkehoidosta Salon alueella*. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

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

Hyvä sairaanhoitaja

Sähköiset potilastietojärjestelmät ovat muuttaneet työtapoja ja vastuunjakoa lääkehoidon osalta. Sairaanhoitajan työn osuus lääkehoidon määräyksien kirjaamisessa ja antoaikojen suunnittelussa on kasvanut. Tätä työnkuvan muutosta ei kuitenkaan ole Suomessa juurikaan kartoitettu. Tällä kyselyllä on tarkoitus saada tietoa toimintatavoista nykytilanteessa.

Kysely on lähetetty kaikille sisätautien osastojen 2102, 2103 ja 2106 sairaanhoitajille. Osallistumalla kyselyyn autat tuomaan sairaanhoitajan näkemyksen lääkehoidon vastuukysymyksistä ja käytännön toimintatavoista sähköisen potilasjärjestelmän parissa.

Kyselytutkimus liittyy Riikka Lämsän Savonia ammattikorkeakoulussa toteuttamaan sairaanhoitajan lopputyöhön. Vastaukset käsitellään anonymisti ja luottamuksellisesti eikä yhdenkään yksittäisen vastaajan vastaukset paljastu tuloksista, sillä tulokset julkaistaan kokonaistuloksina. Lisätietoa tutkimuksesta saa tarvittaessa sähköpostitse riikka.k.lamsa@edu.savonia.fi.

Kyselyyn vastaaminen kestää noin 5-15 minuuttia. Kysely on vastattavissa 2 viikkoa (viimeinen vastauspäivä on 8.11.2012).

Aloittaaksesi kyselyn, klikkaa alla olevaa linkkiä tai kopioi osoite selaimen otsikkoriville:

<http://www.webropolsurveys.com/S/4EC1AF58B3FB3A07.par>

Kiitos osallistumisestasi!

Terveisin Riikka Lämsä

Hyvä sairaanhoitaja

Sähköiset potilastietojärjestelmät ovat muuttaneet työtapoja ja vastuunjakoa lääkehoidon osalta. Sairaanhoitajan työn osuus lääkehoidon määräyksien kirjaamisessa ja antoaikojen suunnittelussa on kasvanut. Tätä työnkuvan muutosta ei kuitenkaan ole Suomessa juurikaan kartoitettu. Tämän tutkimuksen tavoitteena on saada lisätietoa siitä, miten sairaanhoitajat toimivat lääkehoidon määräysten siirtämisessä sähköiseen järjestelmään, sekä miten he kokevat turvallisen lääkehoidon toteutumisen vastuun jakautuvan eri toimijoiden ja järjestelmien välillä. Lisäksi kyselyssä selvitetään lääkehoidon toteutumiseen vaikuttavien tekijöiden, sekä koulutuksen, vaikutusta lääkityspoikkeamien syntyyn. Kysely on lähetetty kaikille sisätautien osastojen 2102, 2103 ja 2106 sairaanhoitajille. Osallistumalla kyselyyn autat tuomaan sairaanhoitajan näkemyksen lääkehoidon vastuukysymyksistä ja käytännön toimintatavoista sähköisen potilasjärjestelmän parissa. Kyselytutkimus liittyy Riikka Lämsän Savonia ammattikorkeakoulussa toteuttamaan sairaanhoitajan lopputyöhön. Vastaukset käsitellään anonymisti ja luottamuksellisesti eikä yhdenkään yksittäisen vastaajan vastaukset paljastu tuloksista, sillä tulokset julkaistaan kokonaistuloksina. Lisätietoa tutkimuksesta saa tarvittaessa sähköpostitse riikka.k.lamsa@edu.savonia.fi. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 5-15 minuuttia. Kiitos osallistumisestasi!

1. Sukupuolesi *

Nainen

Mies

2. Ikäsi *

Alle 30 v.

30 - 50 v.

Yli 50 v.

3. Ammatillinen koulutuksesi *

- Sairaanhoitaja
- Erikoissairaanhoitaja
- Sairaanhoitaja (Amk)
- Terveystenhoitaja/kätilö

4. Lääkehoidon täydennyskoulutus (LOVE-tentti) *

- En ole suorittanut
- Olen suorittanut

5. Onko saamasi lääkehoidon koulutus mielestäsi riittävä työtehtäviisi nähden? *

- Ei
- Kyllä

6. Lääkkeisiin liittyviä ohjeita tai tietoa tai tietoa lääkkeiden yhteisvaikutuksista haet ensisijaisesti

- Oppikirjasta
- Pharmaca Fennicasta (paperinen tai sähköinen) tai Terveysportista
- Ottamalla yhteyttä sairaala-apteekkiin
- Ammattilehdistä
- Lääkepakkauksen käyttöohjeista
- Muu. Mistä:

Seuraavissa kysymyksissä kartoitetaan toimintatapoja sekä yleisesti että henkilökohtaisesti. Pyri vastaamaan niin, että vastaat siihen vaihtoehtoon, joka kuvaa parhaiten tilannetta työssäsi. Viimeisenä kysymyksenä on kenttä, johon voit tarkentaa näkemyksiäsi haluamiisi seikkoihin.

7. Asiakas saapuu osastolle ja hänen tämänhetkinen lääkityksensä selvitetään ja siirretään sähköiseen potilasjärjestelmään. Lääkityksen selvittää ja kirjaa järjestelmään *

- useimmiten sairaanhoitaja
- useimmiten lääkäri

8. Jos sairaanhoitajana teet potilaan tulohaastattelua/ lääkeselvitystä ja saat tiedot nykyisestä lääkityksestä potilaalta ja/tai potilasasiakirjoista *

- Kirjaat ne koneelle sellaisenaan ja kirjaat antoajat sellaisenaan tarjotinkorttiin, jotta lääkkeet saadaan heti jakoon. Jätät lääkityksen tarkastamisen lääkärille.
Kirjaat ne heti koneelle antoaikoihin, mutta tarkastat JOSKUS lääkkeiden
- annoskoot, soveltuvuuden aterioiden kanssa otettavaksi ja mahdolliset haitalliset yhteisvaikutukset ennen kuin lääkkeet jaetaan potilaalle.
Kirjaat ne heti koneelle antoaikoihin, mutta tarkastat AINA lääkkeiden
- annoskoot, soveltuvuuden aterioiden kanssa otettavaksi ja mahdolliset haitalliset yhteisvaikutukset ennen kuin lääkkeet jaetaan potilaalle.
- En koskaan tee potilaan tulohaastattelua/lääkeselvitystä

9. Kenen/minkä (voit valita useita vaihtoehtoja) vastuulla on huolehtia, että potilaan lääkkeet jaetaan niin, että niissä on huomioitu soveltuvuus aterian kanssa otettavaksi sekä huomioitu yhteisvaikutukset toisten lääkkeiden kanssa? *

- Sairaanhoitajan jos hän kirjaa määräykset koneelle.
- Lääkärin, joka vastaa lääkehoidosta osastolla.
- Tietokantajärjestelmän, joka sisältää tiedot ottotavasta, ja yhteisvaikutuksista ja joka pystyy varoittamaan niistä.

10. Jos lääke on annettu aiemmin esim. aamupalan yhteydessä, mutta lääkkeen ohjeen mukaan se tulisi ottaa tyhjiin vatsaan: *

- Annat jatkossakin aamupalan yhteydessä, koska se on vakiintunut käytäntö.
- Annat jatkossakin aamupalan yhteydessä, mutta kysyt asiasta myöhemmin lääkäriltä.
- Muutat antoajaksi heti muun kuin ruoka-ajan ja kysyt tarvittaessa asiasta myös lääkäriltä myöhemmin.

11. Jos lääke on ohjelmoitu antoaikaan, jossa on sellaisia lääkkeitä, joiden kanssa sillä on mahdollisesti haitallisia yhteisvaikutuksia ja huomaat asian muussa yhteydessä: *

- Annat asian olla, sillä lääkäri on vastuussa yhteisvaikutuksista.
- Jätät lääkityksen ennalleen, mutta varmistat asian lääkäriltä myöhemmin.
- Muutat lääkkeet heti eri antoajoille ja tarvittaessa varmistat lääkäriltä myöhemmin.

12. Jos sähköisessä potilasjärjestelmässä on asiakkaan aiempia tietoja ja ns. entisiä, koneen mukaan voimassa olevia lääkemääräyksiä ja ne poikkeavat tulohaastattelun mukaisista lääkemääräyksistä: *

- Jätät aiemmat määräykset koneelle sellaisenaan ja kirjaat uudet määräykset lisäksi, lääkäri saa poistaa tai tauottaa haluamansa lääkkeet myöhemmin.
- Jätät aiemmat määräykset koneelle näkyviin, mutta pistät ne tauolle ja varmistat asian tarvittaessa lääkäriltä myöhemmin.
- Lopetat nykyisestä poikkeavat lääkitykset ja varmistat asian tarvittaessa lääkäriltä myöhemmin.

13. Jos lääkäri antaa lääkemääräyksen suullisesti tai kirjallisesti muodossa x2, eikä ilmoita määräyksessä antoaikoja:

- Kysyt lääkäriltä mitkä kellonajat ohjelmoit antoajoiksi.
- Laitat ne samoille antoajoille, kuin muutkin x2 -lääkkeet potilaalla.
- Päättelet lääkkeen ohjeen mukaan, mihin aikaan lääkkeet tulisi ottaa ja ohjelmoit ne ajat, vaikka ne tulisivat eri aikaan kuin muut lääkkeet.

14. Onko osastolla vakiintuneita toimintatapoja, miten lääkkeet ajastetaan, (esim. x3 on klo 8, 14 ja 20, x2 on klo 8 ja 20)? *

- On, sitä käyttävät sekä lääkärit että sairaanhoitajat.
- Ei, se on lääkärikohtaista, mutta hoitajilla on vakiintunut toimintatapa.
- Ei, se on lääkäri- ja hoitajakohtainen, vaihteleva ajoitus tarpeen mukaan.

15. Potilaalle on aiemmassa hoitopaikassa määrätty seuraavat lääkkeet ja hivenaineet otettavaksi aamuisin:

Thyroxin 0,1 mg (tyroksiini), Bisoprolol 5 mg (bisoprololi), Calcichew 500 mg (kalkki), Obsidan Fe 100 mg (rauta), Omeprazol 40 mg (omepratsoli)

Saako nämä lääkkeet antaa kaikki yhdessä aamupalan yhteydessä (arvioi nykytietämyksesi mukaisesti, älä tarkista tietoja muualta)?

*

- Saa, ei haitallisia yhteisvaikutuksia ja saa ottaa ruuan kanssa.
- Saa, on merkityksettömiä yhteisvaikutuksia ja saa ottaa ruuan kanssa.
- Ei, ei saa ottaa ruuan kanssa, tai on merkityksellisiä yhteisvaikutuksia.

Jos vastasit kohtaan 2 tai 3 ,kerro mikä/mitä

lääkkeitä (ei saa antaa ruuan kanssa

tai on yhteisvaikutuksia keskenään):

16. Kun potilas siirtyy jatkohoitoon kotiin tai toiseen hoitopaikkaan: *

- Hänen lääkityksensä tulostetaan kotilääkekorttiin ja annetaan sellaisenaan mukaan.
- Hänen lääkityksensä tarkistetaan SATUNNAISESTI sairaanhoitajan toimesta ja sen jälkeen annetaan mukaan.
- Hänen lääkityksensä tarkistetaan SATUNNAISESTI lääkärin toimesta ja sen jälkeen annetaan mukaan.
- Hänen lääkityksensä tarkistetaan AINA sairaanhoitajan toimesta ja sen jälkeen annetaan mukaan.
- Hänen lääkityksensä tarkistetaan AINA lääkärin toimesta ja sen jälkeen annetaan mukaan.

17. Koetko, että työyhteisösi ja johto rohkaisevat käyttämään aikaa potilaan lääkityksen tarkistamiseen? *

- Kyllä, minua rohkaistaan ottamaan asioista selvää ja opiskelemaan lisää.
- En saa rohkaisua lääkityksen tarkistamiseen ajan kanssa.
- Vastuualueeseeni ei kuulu potilaan lääkityksen tarkastaminen

18. Koetko että sinulla on riittävästi aikaa työssäsi käyttää lääkityksen tarkastamiseen ja yhteisvaikutusten huomioimiseen? *

- Kyllä, aika riittää hyvin normaalipäivinä.
- Ei, on kiire
- Lääkityksen tarkastaminen ja yhteisvaikutusten huomioiminen ei kuulu tehtäviini

19. Koetko, että saamasi koulutus, sekä LOVE-koulutus ovat riittäviä työtehtäviisi nähden? *

- Kyllä, koulutus vastaa työn haasteisiin hyvin.
- Ei, lisäkoulutus olisi tarpeen.

20. Koetko, että nykyinen sähköinen lääkkeiden kirjausjärjestelmä ottaa huomioon lääkkeiden yhteisvaikutukset ja antotavat ja informoi niistä riittävästi? *

- Kyllä, järjestelmä varoittaa yhteisvaikutuksista ja kertoo antotavat riittävän hyvin.
- Ei, järjestelmää pitäisi kehittää.

21. Jos mielessäsi on jokin toimintatapa tai puutteellinen ohjeistus, epäselvä työnjako tai muu seikka, joka voi mielestäsi vaikuttaa lääkehoidon turvallisuutta heikentävästi, kerro siitä tässä:

22. Onko sinulla ehdotuksia, miten nykyistä järjestelmää/toimintatapoja/ohjelmistoja voisi parantaa, tai onko sinulla muuta kommentoitavaa? Alla voit vapaasti kertoa ajatuksistasi:

Kiitos osallistumisestasi!

