



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Lääkehoidon turvalliset käytänteet Hyvinkään terveystakeskuksen vuodeosastolla

Ahonen, Irina

Etholén, Ria

2014 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Hyvinkää

## Lääkehoidon turvalliset käytännöt Hyvinkään terveyskeskuksen vuodeosastolla

Ahonen Irina 1001999  
Etholén Ria 1002020  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Maaliskuu, 2014

Ahonen, Irina Etholén, Ria

### Lääkehoidon turvalliset käytänteet Hyvinkään terveyskeskuksen vuodeosastolla

Vuosi 2014 Sivumäärä 41

---

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli luoda lääkehoidon perehdytyslomake Hyvinkään terveyskeskuksen vuodeosastolla 1. Työmme tavoitteena oli päivittää osaston perehdytyskäytänteitä yksityiskohtaisemmiksi ja luoda uusien työntekijöiden perehdytykseen helppokäyttöinen apuväline. Yhteyshenkilönämme toimi vuodeosaston osastofarmaseutti, jonka ehdotuksesta lähdimme varsinaisen työn toteuttamiseen.

Työtä tehdessämme pyrimme hyödyntämään monipuolisesti kirjallista materiaalia lääkitysturvallisuuden käytänteistä, kuin myös osaston kirjallisia ohjeistuksia. Teoreettisen viitekehiksen perustimme potilasturvallisen lääkehoidon toteuttamisen lähtökohdille. Huomioimme myös olemassa olevat Sosiaali- ja terveysministeriön suositukset ja hyödynsimme niitä kattavasti työn teoriaosuudessa.

Opinnäytetyömme toteutimme hankemuotoisena. Työn edetessä otimme huomioon myös työhön liittyvät eettiset näkökulmat. Opinnäytetyöprosessin aikana pidimme lisäksi yhteyttä yhteistyökumppaniimme ja otimme huomioon heidän toiveensa sekä kehittämisehdotuksensa. Opinnäytetyönämme syntyneen lääkehoidon perehdytyslomakkeen valmistuessa saimme palautteen suoraan yhteistyötaholtamme.

Ahonen, Irina Etholén, Ria

**Avoiding medical errors; Ward medical safety at Hyvinkää's healthcare center**

Year	2014	Pages	41
------	------	-------	----

---

The purpose of our thesis was to update the briefing procedure at Hyvinkää Healthcare Center ward 1 by creating a medical treatment briefing form for the use of new employees. Our contact (the ward's own pharmacist) introduced this task and asked us to create a practical tool for briefing situations.

While working on our thesis we sought to apply medical safety literature alongside the ward's own written guidelines. The theoretical frame of reference was based on safe medical treatment procedures. Also the existing recommendations of the Ministry of Social Affairs and Health were accounted for, and used in the thesis.

The thesis was executed as a project, not as research, although proper research ethics were carefully considered. Communication between us and our collaboration director ensured a continuous feedback during the working process. Evaluation of the completed project was performed through our collaboration party.

Medical safety, medical treatment, briefing procedure, patient safety

## Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Lääkehoito.....	7
2.1	Lääkehoidon toteuttaminen.....	8
2.1.1	Aseptiikka.....	8
2.1.2	Lääkkeen enteraalinen antotapa.....	8
2.1.3	Lääkkeen parenteraalinen antotapa.....	9
2.1.4	Lääkehoidon ohjaus, arviointi ja dokumentaatio.....	10
2.2	Lääkehoitoprosessi ja valvonta.....	10
2.3	Henkilöstön vastuut ja velvollisuudet lääkehoidossa.....	12
2.4	Lääkitysturvallisuus.....	13
2.4.1	Lääkehoitosuunnitelma.....	13
2.4.2	Lääkehuolto.....	14
2.4.3	Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön lupakäytännöt.....	14
3	Potilasturvallisuus.....	15
3.1	Potilasturvallisuus yleisesti.....	16
3.2	Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet.....	16
3.3	Inhimilliset virheet.....	17
3.4	Virheiden hallinta.....	18
3.5	Toimintatapoja turvallisuuden varmistamiseen.....	20
3.5.1	Toiminnan suunnittelu.....	20
3.5.2	Vakioitu työnjako.....	20
3.5.3	Toiminnan valvonta, varmistaminen ja tarkistus.....	21
3.5.4	Vakioitu viestintä.....	21
4	Perehdytys.....	22
5	Kohderyhmä ja hyödynsaajat.....	22
6	Opinnäytetyön tavoitteet.....	23
7	Toimintasuunnitelma.....	23
8	Opinnäytetyön eettiset näkökulmat.....	24
9	SWOT - analyysi.....	25
10	Perehdytyslomakkeen lähtökohdat ja toteutus.....	26
10.1	Osastolle tehty lääkitysturvallisuusauditointi.....	26
10.2	Lääkitysturvallisuusauditoinnin esiin tuomat haasteet.....	27
10.3	Hyvinkään koti- ja laitospalveluiden lääkehoidon suunnitelman hyödyntäminen osana perehdytyslomaketta.....	28
10.4	Perehdytyslomakkeen varsinainen toteuttaminen.....	28
11	Palaute.....	29
12	Itsearviointi.....	30

13	Pohdinta .....	31
	Kuvat.. .....	35
	Liitteet.....	36

## 1 Johdanto

Lääkitysturvallisuus on hoitotyöstä puhuttaessa aina hyvin ajankohtainen teema, ja sen kehittämiseen pyritään aktiivisesti vaikuttamaan myös ministeriötasolta. Tunnetuimpia vaikutuskeinoja lienee Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema opas ”Turvallinen lääkehoito– valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa”, joka sisältää mittavan määrän ohjeita turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen terveydenhuollon erilaisissa toimintayksiköissä (STM 2005). Lääkitysturvallisuuden kehittäminen ja tällä tavalla potilasturvallisuuden edistäminen ovat vielä uusia asioita Suomessa. Suomessa käynnistyi 1990-luvun laman jälkeen laatukeskustelu, jonka keskiöön ovat nousseet 2000-luvun loppupuolella potilasturvallisuutta koskevat teemat (Helovuori 2011, 15).

Näiden seikkojen pohjalta voidaan todeta, että opinnäytetyöhömme tilaus on syntynyt käytännön tarpeesta ja liittyy vahvasti niin lääkehoidon kuin lääkitys- sekä potilasturvallisuuden teemaan. Opinnäytetyömme tarkoituksena on luoda Hyvinkään terveyskeskuksen vuodeosastolle uusien työntekijöiden lääkehoidon perehdytyslomake. Lomakkeen on tarkoitus olla helpposti käyttöönotettava ja muodostaa vakioidut kehykset jokaisen uuden työntekijän perehdytykseen.

Työ tehdään toiminnallisella otteella, joten varsinaista tutkimusta se ei sisällä. Tavoitteenamme on hyödyntää lääkehoitoon liittyvää teoretietoisuutta ja peilata sitä myös potilasturvallisuuden näkökulmaan, joka ajankohtaisena sekä vähän tutkittuna aihepiirinä antaa oman lisäarvonsa työllemme. Konkreettisenä tuotoksena luodaan perehdytyslomake, jonka luovutamme käyttöönotettavaksi vuodeosastolle. Opinnäytetyössämme kuvaamme myös tarkasti prosessin, jonka läpi kuljemme työtä tehdessämme niin teorian keräämisestä kirjallisuuden pohjalta aina valmiin tuotoksen toteutukseen saakka. Hyödynnämme työssämme myös proviisori Carita Linden-Lahden vuonna 2012 kyseiselle osastolle tekemää lääkitysturvallisuusauditointia, kuin myös osastolla käytössä olevaa lääkehoidonsuunnitelmaa.

Toivomme, että työmme avulla edistämme lääkitysturvallisuutta osastolla, ja tätä kautta luomme myös potilasturvallista ilmapiiriä. Lisäksi tavoitteenamme on oman tieto-taitomme kehittäminen liittyen lääkehoidon sekä lääkitysturvallisuuden teemaan, ja pyrimme opinnäytetyöprosessissamme pohtimaan myös tutkimuseettisiä näkökulmia, sekä syventämään omaa ammatillisuuttamme prosessin aikana.

## 2 Lääkehoito

Lääkehoito on terveydenhuollon toimintaa, joka parhaimmillaan toteutuu moniammatillisesti eri ammattiryhmien kesken. Moniammatillisesti toimivia ammattiryhmiä ovat esimerkiksi lää-

kärit, farmaseutit sekä muut lääkehoidon koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattihenkilöt. Potilaslähtöisesti lääkehoito perustuu potilaan, lääkärin sekä lääkehoitoa toteuttavan terveydenhuollon ammattihenkilön yhteistyöhön. (STM 2006, 36.)

Lääkehoitoa toteutetaan lääkärin määräyksiä noudattaen. Lääkehoitoa toteuttavan ammattihenkilön vastuulle jää huolehtia lääkkeen oikeasta käsittelystä. Tähän lukeutuvat muun muassa lääkkeen saattaminen käyttövalmiiksi ja suoritettujen lääkehoidon asianmukainen dokumentointi. Ammattihenkilön tehtävänä on myös varmistaa, että oikea potilas saa juuri hänelle tarkoitetun lääkkeen oikeassa muodossa ja ajallaan. (STM 2006, 37.)

## 2.1 Lääkehoidon toteuttaminen

### 2.1.1 Aseptiikka

Aseptiikalla tarkoitetaan toimintatapoja, joiden avulla pyritään ehkäisemään infektion syntymistä sekä mikrobien pääsyä steriiliin materiaaliin. Aseptiikan tavoitteena on suojella steriiliä materiaalia sekä elävää kudosta tautia aiheuttavilta mikrobeilta. Hoitotyön ammattilaisen tulee tunnistaa kaikki ne aseptiset riskit, jotka voivat johtaa kontaminoitumiseen sekä vaaratilanteeseen potilasta hoidettaessa. Esimerkiksi injektioneulan pudotessa lattialle sen käyttäminen potilaaseen ei ole enää sallittua. (Iivanainen & Syväoja 2012, 308.)

Lääkehoidossa aseptiikka on huomioitava myös lääkkeiden käsittelystä. Tablettien jakamisessa tulisi käyttää pinsettejä tai lääkelusikkaa. Tablettien puolituksessa taas tulisi käyttää puhdasta puolitukseen tarkoitettua tablettileikkuria ja tabletin murskaamisessa tarkoituksenmukaista puhdasta murskainta. Nestemäisiä enteraalisesti annettavia lääkkeitä annostellaan kertakäyttöisen ruiskun avulla lääkelasiin, joka suljetaan asettamalla kansi kipun päälle. Lääkkeet tulee jakaa kertakäyttöisiin potilaskohtaisiin annoskippeihin. Pitkäaikaisessa hoidossa olevilla lääkkeitä voidaan jakaa henkilökohtaiseen dosettiin useammalle päivälle, ja dosetin puhtaudesta tulee huolehtia säännöllisesti. (Iivanainen & Syväoja 2012, 386.)

### 2.1.2 Lääkkeen enteraalinen antotapa

Lääkkeen enteraalisella antotavalla tarkoitetaan lääkkeen antamista ruoansulatuskanavan kautta, toisin sanoen peroraalisesti eli suun kautta tai rektaalisesti eli peräaukon kautta. Suun kautta annettavat lääkkeet ovat yleisimpiä, sillä lääkkeenantotavoista tämä on turvallisin, yksinkertaisin ja monessa tapauksessa myös halvin keino saada lääkeaine vaikuttamaan elimistöön. Suun kautta annettujen lääkkeiden haittavaikutukset ovat lievempiä verrattuna parenteraalisiin antotapoihin. Yleisimpiä suun kautta annettavia lääkkeitä ovat tabletit, kapselit,



oraalimesteet, entero- ja depot-valmisteet, poretabletit ja resoribletit. (Nurminen 2012, 20-25.)

Peräaukon kautta lääkkeitä annetaan tavallisesti, mikäli potilas ei syystä tai toisesta pysty ottamaan lääkettä suun kautta. Rektaalisesti annettava lääke on hyvä esimerkiksi silloin, jos potilas oksentelee jatkuvasti. Myös silloin, kun halutaan lääkkeen vaikuttavan paikallisesti esimerkiksi peräpukamia hoidettaessa, on tämänkaltainen lääkkeen antotapa perusteltu. Peräaukon kautta annettavia lääkkeitä ovat supot eli peräpuikot, peräruiskeet sekä rektiolit eli pienperäruiskeet. Peräaukon kautta annettu lääke vaikuttaa suun kautta annettua lääkettä hitaammin sekä lääkeaineen imeytyminen on usein vähäisempää. (Nurminen 2012, 29-31.)

### 2.1.3 Lääkkeen parenteraalinen antotapa

Parenteraalisella antotavalla tarkoitetaan lääkkeen antamista ruoansulatuskanavan ulkopuolelta käsin. Usein hoitotyön arjessa parenteraalinen antotapa käsitetään suppeammin injektioiden tai suonensisäisen infuusion antamisena. (Nurminen 2012, 20.)

Parenteraalisesti lääkkeitä annetaan tavallisimmin intramuskulaarisesti eli lihakseen, subkutaanisesti eli ihon alle tai intravenoosisesti eli laskimoon. Parenteraalisessa lääkinnässä lääkkeen vaikutus saavutetaan huomattavasti nopeammin kuin suun kautta annettaessa. Samalla tavalla mahdolliset riskit ovat myös suurempia toteutettaessa lääkehoitoa esimerkiksi suonensisäisesti. Mahdollisten haittavaikutusten varalta tulee lääkkeen antajalla olla hyvät valmiudet toimia myös vaaratilanteessa. (Nurminen 2012, 32.)

Parenteraaliseen lääkehoitoon kuuluu myös toisinaan käytetty PCA-pumppu (Patient Controlled Analgesia), joka tunnetaan myös niin sanottuna kipupumppuna. PCA-pumput ovat yleisimmin käytössä kivun hoitoa toteutettaessa. PCA-pumppu voidaan ohjelmoida infusoimaan esimerkiksi kipulääkettä jatkuvana infuusiona, ja potilas voi myös itse vaikuttaa kipulääkkeen määrään painamalla pumpusta ylimääräisiä kerta-annoksia. Pumppu on kuitenkin turvallinen käyttää, sillä se ohjelmoidaan toimimaan tiettyjen rajoitusten mukaisesti, joten potilas ei itse pysty aiheuttamaan mahdollista yliannostusta itselleen. (Macintyre 2013.)

Kaiken kaikkiaan parenteraalinen antotapa sisältää edellä mainittujen lisäksi lääkkeen antamisen ihon sisään, limakalvoille, keuhkoihin, valtimeen, epiduraalitalaan, spinaalitalaan, nivelen sisään sekä luuytimeen. (Veräjänkorva, Huupponen, Kaukkila & Tornainen 2006, 120.)

#### 2.1.4 Lääkehoidon ohjaus, arviointi ja dokumentaatio

Lääkehoidon ohjaus on olennainen osa lääkehoitoa. Hoitajan rooli lääkehoidon ohjauksessa on monesti hyvin monipuolinen. Hoitajan tehtävänä on informoida potilasta, ohjata ja neuvoa sekä edistää potilaan lääkehoitoon sitoutumista motivoiden ja kannustaen. Perusasioita, joita lääkehoidon ohjaustilanteessa tulisi käydä läpi, ovat esimerkiksi toteutettavan lääkehoidon perusta, lääkkeen annostus ja ottotapa sekä lääkkeen vaikutukset elimistöön. Potilaalle tulisi myös kertoa, mihin ottaa yhteyttä mahdollisissa ongelmatilanteissa. (Juuti 2012.)

Potilaan lääkehoitosuunnitelmassa tulee määritellä, miten lääkehoidon vaikuttavuutta sekä tarkoituksenmukaisuutta arvioidaan. Lääkehoidon vaikuttavuutta arvioitaessa arvioidaan lääkehoidon oletettuja hyötyjä kuin myös mahdollisia yhteis-, sivu- tai haittavaikutuksia. Lääkettä määräävän lääkärin vastuulla on varmistaa, että lääkehoitoa toteuttavat osapuolet ymmärtävät lääkkeen vaikutukset ja osaavat arvioida niitä. Lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnissa tulee huomioida mahdolliset lääkkeiden yhteisvaikutukset kuin myös se, miten toimitaan lääkityspoikkeaman jälkeen. Lääkehoitoa on myös hyvä arvioida kokonaisuutena säännöllisesti. (STM 2006, 60.)

Lääkehoidon kirjaamisprosessi on keskeinen osa lääkehoitosuunnitelmaa. Kirjaamisessa ja potilasasiakirjoihin tehtävissä merkinnöissä on noudatettava annettuja säädöksiä. Kirjaamista ja asiakirjoihin tehtäviä merkintöjä sääntelevät muun muassa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä (99/2001). Eryistä huolellisuutta vaaditaan lääkehoitoon liittyvän lääkärinkonsultaation ja raportoinnin kirjaamisessa sekä verensiirtojen vaikutusten kirjaamisessa. Verensiirtojen huolellista dokumentointia edellyttää veripalvelulaki, jonka mukaan verensiirron sekä verivalmisteen jäljitettävyyden turvattu. Lääkehoidon jatkuvuuden sekä potilaan turvallisuuden takaamiseksi on potilaan lääkekortin oltava ajan tasalla. Lääkekortti tulee tarkistaa aina potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen tai kotiutuksen yhteydessä. (STM 2006, 61.)

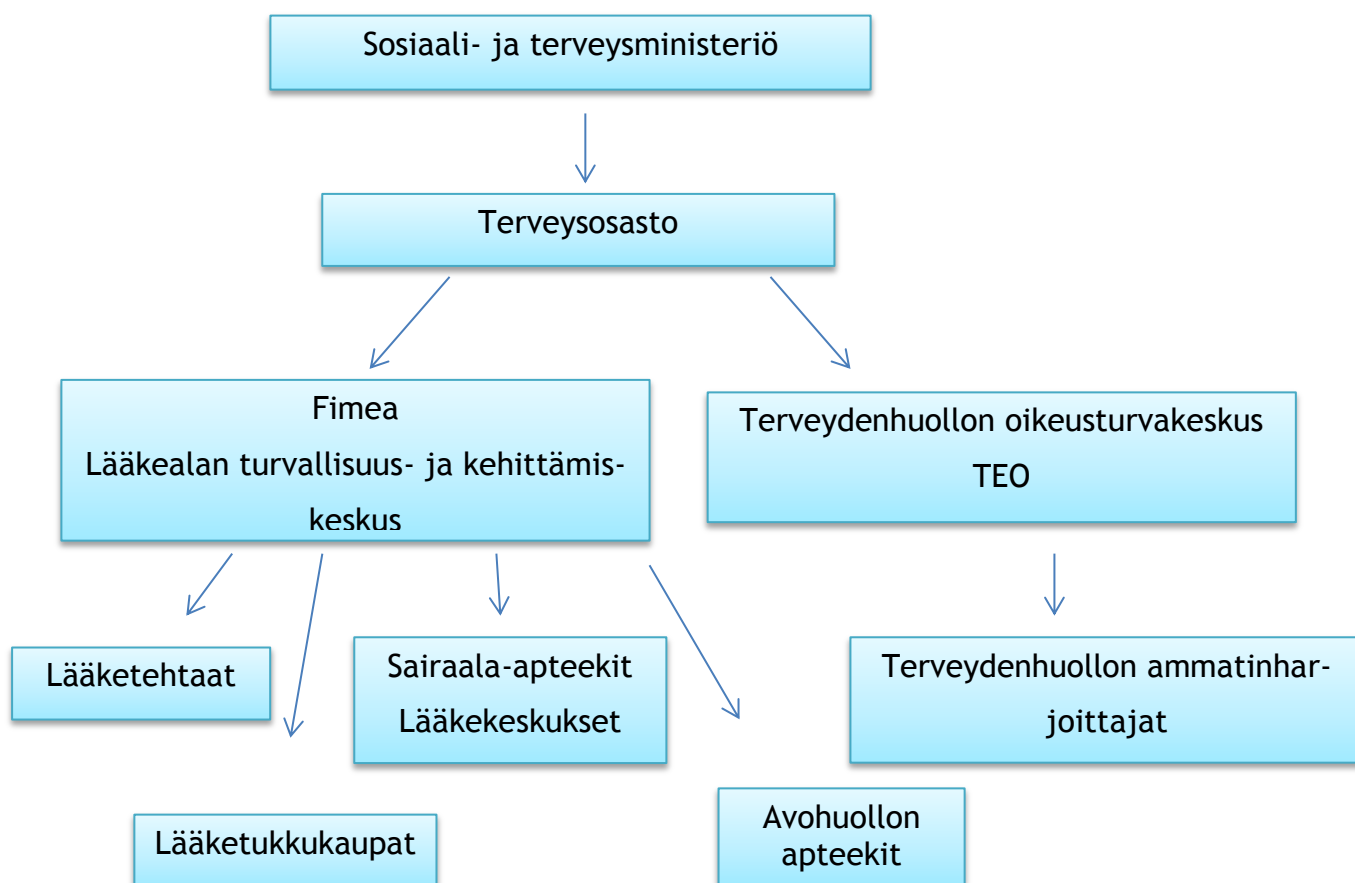
#### 2.2 Lääkehoitoprosessi ja valvonta

Lääkehoidonprosessin voi jaotella seuraavasti seitsemään eri vaiheeseen. Näitä prosessin osia ovat kotilääkityksen selvittäminen, lääkärin tutkimus ja lääkehoidon määrääminen, lääkkeiden jakelu annoksiin, lääkkeiden antaminen potilaalle, lääkehoidon vaikutusten seuranta, potilaan lääkeneuvonta ja lääkehoidon jatkuvuuden varmistaminen. (Koskinen ym. 2012, 31-33.)

Lääkehoitoprosessin monivaiheisuudesta johtuen riski virheisiin on aina olemassa. Riskien minimoimiseksi ja lääkitysturvallisuuden varmistamiseksi vaaditaan lääkehoitoon osallistuvilta

ammattihenkilöiltä erityistä huolellisuutta sekä riittävää koulutusta tehtävään. (Koskinen, Puirava & Salimäki 2012, 31-33.)

Suomessa lääkehoitoa valvovat useat viranomaistahot, jotka havainnollistetaan kuvassa 1. Ylimpänä on sosiaali- ja terveysministeriö, jonka alaisuudessa toimii erillinen terveysosasto. Kyseisen osaston alaisuudessa ovat muun muassa lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, joka puolestaan vastaa lääketehaiden, lääketukkukauppojen, sairaala-apteekkien, lääkekeskusten sekä avohuollon apteekkien valvonnasta. Terveysosasto valvoo lisäksi myös terveydenhuollon oikeusturvakeskusta, jonka valvonnan alla ovat terveydenhuollon ammattiharjoittajat. (Veräjänkorva ym. 2006, 21)



Kuva 1: Lääkehuollon valvonta Suomessa. (Veräjänkorva ym. 2006, 21.)

### 2.3 Henkilöstön vastuut ja velvollisuudet lääkehoidossa

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2006 laatima ”Turvallinen lääkehoito” -opas sisältää tarkan ohjeistuksen henkilöstön vastuista, velvollisuuksista sekä työnjaosta kaikilla sosiaali- ja terveysalan toimialueilla. Toimintayksikön henkilöstön rakenteen, sen tehtävien sekä tarkkojen vastuualueiden tulee olla määriteltyinä yksikön lääkehoitosuunnitelmassa. Toimintayksikön johto sekä terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri yhteistyössä hoitotyön johtajan sekä toimintayksikön lääkehoidosta vastaavan kanssa ovat vastuussa lääkehoidon suunnittelemisesta. (STM 2006, 48-53.)

Esimiesten vastuulla on valvoa sekä ohjata lääkehoidon toteuttamista sekä varmistaa lääkehoidon laadukkuus. Esimiehet vastaavat toimintayksikön ammattiryhmien työnjaosta sekä yhteistyöstä lääkehoitoa toteutettaessa. Tavoitteena on hyödyntää jokaisen ammattiryhmän osaaminen mahdollisimman tehokkaasti. Esimiesten tehtävänä on myös varmistaa, että lääkehoitoon osallistuvalla henkilöstöllä on tehtävän vaatima osaaminen sekä varmentaa myös, että lääkehoidon toteuttamiseen on oikeanlaiset olosuhteet. (STM 2006, 48-53.)

Vastuu lääkkeen määräämisestä sekä lääkehoidon kokonaisuudesta on lääkärillä. Lääkäri on yhdessä lääkehoitoon koulutetun terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa vastuussa lääkehoidon tarpeen arvioinnista, ohjauksesta, neuvonnasta sekä lääkehoidon vaikutusten arvioinnista. (STM 2006, 48-53.)

Kokonaisvastuu lääkehoidon toteuttamisesta on lääkehoidon koulutuksen saaneella terveydenhuollon ammattihenkilöllä. Kokonaisvastuulla lääkehoidon toteuttamisessa tarkoitetaan potilashoitoon liittyvää tehtävänjakoa, siihen liittyvää ohjausta, valvontaa sekä neuvontaa. Vastuualueeseen kuuluu myös yksikön lääkehuollon toimivuudesta vastaaminen. Kokonaisvastuu on usein osastonhoitajalla tai vastaavalla sairaanhoitajalla. Kuitenkin jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen jollain tavalla osallistuva on aina vastuussa omasta toiminnastaan. (STM 2006, 48-53.)

Sosiaali- ja terveysalan perustutkintoa eli lähihoitajan opintoja suorittava opiskelija saa harjoitella koulutuksensa mukaista lääkehoitoa työssäoppimisjaksojensa aikana. Työpaikalta tulee olla nimetty ohjaaja, jonka ohjauksessa sekä valvonnassa opiskelija toteuttaa lääkehoitoa. Ammattikorkeakoulututkintoa suorittavat terveysalan opiskelijat eli sairaanhoitaja-, ensihoitaja-, kätilö- sekä terveydenhoitajaopiskelijat saavat osallistua ohjaajan valvonnassa sekä vastuulla vaativampaan lääkehoidon toteuttamiseen. Näitä ovat suonensisäisen neste- sekä lääkehoidon toteuttaminen, suonensisäisen kanyylin asettaminen sekä verensiirtojen tekeminen ja verensiirtoon liittyvien eri valmistelutoimien suorittaminen. Jotta opiskelija voisi osallistua lääkehoitoon, edellytetään häneltä riittävää teoretietoa, lääkelaskujen hallintaa sekä

lääkehoidon käytännön taitojen osoittamista, jotka opintoihin ovat kuuluneet. (STM 2006, 50-51)

## 2.4 Lääkitysturvallisuus

Lääkehoidon turvallisuus koostuu kahdesta eri osa-alueesta, lääketurvallisuudesta ja lääkitysturvallisuudesta. Lääketurvallisuudella tarkoitetaan itse lääkkeen turvallisuutta valmistena. Lääketurvallisuus edellyttää lääkevalmisteen farmakologisten vaikutusten ja ominaisuuksien tuntemusta ja arvioimista, lääkkeen laadukasta valmistusprosessia sekä lääkevalmisteeseen liittyvän informaation oikeellisuutta (Rohto 2006). Lääketurvallisuuden laadukkuutta ja korkeaa tasoa turvaavat säädetyt lait, lääkeviranomaiset sekä lääkeyritykset. Suomessa lääkevalmisteen turvallisuutta tarkkailee lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus FIMEA. (Lääkehoidon turvallisuus 2013.)

Lääkitysturvallisuudella tarkoitetaan turvallisuutta, joka liittyy lääkkeiden käyttöön. Lääkitysturvallisuus kattaa terveydenhuollon yksiköiden sekä organisaatioiden toiminnot, joiden tavoitteena on turvata potilaan saaman lääkehoidon turvallisuus. Lääkitysturvallisuutta ovat myös toiminnot, joiden avulla pyritään välttämään sekä korjaamaan mahdollisia lääkkeiden käyttöön liittyviä haittatapahtumia. (Lääkehoidon turvallisuus 2013.)

### 2.4.1 Lääkehoitosuunnitelma

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2006 laatiman oppaan mukaan jokaisen ammatillisessa työssä lääkehoitoa toteuttavan yksikön on laadittava työpaikkakohtainen lääkehoitosuunnitelma (STM 2006, 43). Myös niin sanotuissa epätyypillisissä hoiva- tai kasvatusalanympäristöissä, joissa kuitenkin on mahdollista joutua toteuttamaan lääkehoitoa, kuten esimerkiksi kouluissa, tulisi olla olemassa oma lääkehoitosuunnitelma. (Koskinen ym. 2012, 157-158.)

Lääkehoitosuunnitelmassa tulisi kuvata kokonaisuudessaan toimintayksikön lääkehoitoprosessi, lääkehoidon sisältö sekä käytössä olevat toimintatavat. Myös vastuiden määrittäminen sekä lisäkoulutuksen turvaaminen kuuluvat tähän. Lääkehoitosuunnitelman laajuus on suoraan verrannollinen toimintayksikön lääkehoidon vaatavuustason kanssa. (Ritmala-Castrén 2006.)

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistuksen mukaan lääkehoitosuunnitelman tulisi sisältää ainakin seuraavat seikat. Näitä ovat lääkehoidon sisältö ja toimitavat: lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen, henkilöstön vastuut, velvollisuuden ja työnjako, lupakäytännöt, lääkehuolto, lääkkeiden jakaminen ja antaminen, potilaiden informointi ja neuvonta, lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi, dokumentointi ja tiedonkulku sekä seuranta- ja palauttejärjestelmä. (STM 2006, 43.)

## 2.4.2 Lääkehuolto

Lääkehuollon osa-alueita ovat tarkoituksenmukainen lääkevalikoima, lääkkeiden tilaaminen ja säilytys, lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen, lääkkeiden palauttaminen ja niiden hävittäminen. Lääkehuolto edellä mainittuine osa-alueineen kuuluu konkreettisena osana kattavaan lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoitosuunnitelmassa tulisi myös huomioida lääkehuollosta vastaavan tahon osallisuus lääkkeisiin liittyvässä ohjauksessa ja neuvonnassa sekä lääkeinformaation antamisessa. (STM 2006, 55.)

Sairaala-apteekin sekä lääkekeskuksen tehtävänä on laitoksen kokonaisvaltaisesta lääkehuollosta vastaaminen. Toisin sanoen sairaala-apteekki ja lääkekeskus varmistavat, että laitoksessa on edellytykset antaa turvallista lääkehoitoa. Sairaala-apteekin sekä lääkekeskuksen tehtäviä ovat muun muassa lääkkeiden hankinta ja erityisluvallisten valmisteiden maahantuonti, lääkkeiden valvonta sekä varastointi, peruslääkevalikoiman varmistaminen, lääkeinformaation antaminen, lääkkeiden oikean säilytyksen sekä käsittelyn ohjaaminen sekä valvonta ja tarkastaminen hoitoyksiköiden sisällä. (Veräjänkorva ym. 2006, 28.)

Sairaala-apteekki sekä lääkekeskus työskentelevät yhteistyössä hoitoyksiköiden kanssa. Lääkehuollon tulisi tehdä osastokäynti vähintään kerran vuodessa tai tarvittaessa useammin. Osastokäynnin tarkoituksena on varmistaa, että hoitoyksikössä noudatetaan lääketurvallisia toiminta- ja työtapoja. (Veräjänkorva ym. 2006, 29)

## 2.4.3 Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön lupakäytännöt

Lääkehoidon turvallisuutta sekä laatua varmistetaan erilaisin lupakäytäntein. Lupakäytännöt sekä lupien voimassaoloaika määritellään yksikön lääkehoitosuunnitelmassa riippuen lääkehoidon vaativuustasosta. Tyypillisesti luvat ovat voimassa 2-5 vuotta. Näyttö luvan vaatimista lääkehoidon menetelmistä annetaan laillistetulle terveydenhuollon ammattihenkilölle, ja itse luvan myöntää yksikön toiminnasta vastaava lääkäri tai tämän määräämä toinen lääkäri. Luvan vaativista lääkehoidon menetelmistä on myös saatava tarvittaessa lisäkoulutusta. (Koskinen ym. 2012, 160; STM 2006, 54.)

Koulutetulla sekä laillistetulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan vanhan opistoasteisen tai AMK- tai yliopistotasaisen tutkinnon suorittanutta henkilöä. Hoitajista ryhmään kuuluvat sairaanhoitajat sekä terveydenhoitajat. Lääkehoidossa koulutuksen saaneella terveydenhuollon ammattihenkilöllä on peruskoulutuksensa pohjalta lupa antaa lääkettä luonnollista tietä, ihon sisäisesti sekä ihon alle sekä pistää injektioita lihakseen. Osaaminen varmis-

tetaan ja erillinen lupa vaaditaan suonensisäisessä lääke- ja nestehoidon toteuttamisessa, verensiirroissa sekä epiduraalitalaan annettavassa lääkehoidossa. Myös rokotuksista voidaan koulutuksesta riippuen tarvita erillinen näyttö ja lupa. (Koskinen ym. 2012, 160.)

Lääkehoitoon koulutetulla nimikesuojatulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan lähihoitajatutkinnon suorittanutta lähihoitajaa tai vanhan kouluasteen tutkinnon suorittanutta ammattihenkilöä, esimerkiksi perushoitajaa, apuhoitajaa tai mielenterveyshoitajaa. Edellä mainituilta osaaminen varmistetaan monesti näytöillä ja lupa vaaditaan lääkehoidon toteuttamisessa useammasta hoitotyön toimenpiteestä. Luvanvaraista ovat muun muassa lääkkeiden tilaaminen, injektioiden antaminen ihon alle ja lihakseen, lääkkeettömän perusliuosta sisältävän jatkoinfuusiopullon tai nestepussin vaihtaminen sekä pääasiassa keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden antaminen. (Koskinen ym. 2012, 160-161.)

Lääkehoidon koulutusta saaneet sosiaalihuollon ammattihenkilöt eli esimerkiksi sosionomit, geronomit sekä sosiaalihoitajat saavat toteuttaa lääkehoitoa, jos heillä on perus- tai lisäkoulutuksen kautta valmiudet tähän. Yleisesti nämä ammattiryhmät saavat antaa valmiiksi jaettuja lääkkeitä luonnollista tietä tai jakaa lääkkeitä dosettiin kotiolosuhteissa. Näyttö annetaan myös tässä tapauksessa laillistetulle terveydenhuollon ammattihenkilölle ja luvan myöntää vastaava lääkäri. Luvan voimassaoloaika määritellään erikseen toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmassa. (Koskinen ym. 2012, 160-161.)

Lääkehoitoon kouluttamaton henkilöstö, kuten kodinhoitajat, osastoapulaiset, vanginvartijat ja laitoshuoltajat, joiden peruskoulutukseen ei kuulu lainkaan lääkehoidon opintoja, eivät voi osallistua lääkehoidon toteuttamiseen ilman asianmukaista lisäkoulutusta. Asianmukaisen koulutuksen sekä osaamisen varmistamisen jälkeen voivat edellä mainitut saada luvan osallistua lääkehoitoon rajatusti. Toisin sanoen he saavat antaa valmiiksi jaettuja lääkkeitä potilaalle luonnollista tietä, pistää injektioita ihon alle sekä jakaa lääkkeitä dosettiin potilaan kotona. Luvat myönnetään samalla tavalla kuin edellä mainituissa tapauksissa ja lupien voimassaoloaika määritellään erikseen toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmassa. (Koskinen ym. 2012, 161.)

### 3 Potilasturvallisuus

Lääkitysturvallisuudesta puhuttaessa myös potilasturvallisuuden teema nousee ajankohtaiseksi ja keskeiseksi aiheeksi. Koska työssämme keskitymme erityisesti lääkitysturvallisuuden sekä lääkehoidon näkökulmaan, tarkastelemme potilasturvallisuutta linkittyneenä nimenomaan tähän aihepiiriin.

### 3.1 Potilasturvallisuus yleisesti

Kun arvioidaan maailmanlaajuisesti, lääkehoidossa tapahtuvia vahinkoja voidaan pitää yhtenä suurimmista haittatapahtumien ja potilasvahinkojen aiheuttajista. WHO:n mukaan kymmenet miljoonat ihmiset kärsivät merkittävää haittaa lääkehoidossa tapahtuvien poikkeamien vuoksi. On arvioitu, että noin yksi kymmenestä potilaasta kärsii vahinkoa saadessaan hoitoa hyvin rahoitetuissa ja kehittyneissä sairaaloissa (World Alliance for Patient Safety, 2008). Ajateltaessa Suomen mittakaavassa lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumailmoitukset ovat myös yleisiä. Esimerkiksi Vaasan keskussairaalan ryhdyttyä kartoittamaan tarkemmin sairaalassa tapahtuneita vaaratapahtumia huomattiin, että ensimmäisten 18 kuukauden aikana suurin osa ilmoituksista liittyi lääkehoitoon (Kinnunen ym. 2009). Potilasturvallisuuden näkökulmasta voidaan puhua isoista luvuista.

Potilasturvallisuutta määriteltäessä voidaan nojautua hyvin erilaisiin määrittelytapoihin riippuen siitä, kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee potilasturvallisuuden melko suorasukaisesti organisaation näkökulmasta. Toisin sanoen potilasturvallisuus on niitä toimintoja ja periaatteita, joilla organisaatio pyrkii varmistamaan hoidon turvallisuuden ja suojelee potilasta vahingoittumiselta. Toisaalta määriteltäessä käsitettä potilaan näkökulmasta voidaan ajatella, että potilasturvallisuus on sitä, että hoidosta ei aiheudu potilaalle suoranaista haittaa. On kuitenkin selvää, että toisinaan haitalta saatetaan välttyä, vaikka suoritettu toiminta ei olisi kaikkien kriteerien mukaan turvallista hoitoa. Hoidon turvallisuutta pyritäänkin varmistamaan erilaisin keinoin. Tällä tarkoitetaan sitä, että suorittaessa jotain toimintaa tähän toimintaan sisällytetään erilaisia vaiheita ja menettelyjä, joiden tavoitteena ei ole vain saavuttaa hyvää hoidollista lopputulosta, vaan myös varmentaa, että annettava hoito on turvallista potilaalle. Esimerkki tällaisesta menettelystä on WHO:n kansainvälisesti suositeltu kirurginen tarkistuslista. (Helovuori ym. 2011, 13-14.)

Kun pohditaan potilasturvallisuutta, tärkeä oivallus on ottaa huomioon koko potilaita, omaisia ja ammattilaisia ympäröivä järjestelmä sekä sen sisällä olevat erilaiset prosessit. Huomionarvoista onkin havaita potilasturvallisuuden edistämiseksi se seikka, että turvallisuus ei ole vain yksittäisten tekijöiden summa, vaan muodostuu järjestelmän eri osien välisestä vuorovaikutuksesta. Jos halutaan luoda potilasturvallista hoitoa ja edistää tälle myönteistä ympäristöä, organisaation tulisi ymmärtää, miten turvallisuus muodostuu eri osien välisestä vuoropuhelusta. Tällä kaikella on suora vaikutus hoidon laatuun. (Helovuori ym. 2011, 13-14.)

### 3.2 Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet

Kun puhutaan potilasturvallisuudesta, käsite voidaan jakaa kolmeen erilliseen komponenttiin, joita ovat laiteturvallisuus, hoidon turvallisuus ja lääkehoidon turvallisuus. Kun työntekijä



lähtee tekemään työtään, oli se sitten esimerkiksi lääkkeiden jakamista tai lääkepumpun ohjelmoimista, on aina olemassa vaaratapahtuman riski. Näitä toimintaan liittyviä vaaroja pyritään kaventamaan erilaisilla turvallisuuden hallintakeinoilla, kuten lääkkeiden kaksoistarkastuksella tai lääkepumpun avulla, joka on ohjelmoitu neuvomaan seuraavan työvaiheen. Mikäli vaarallinen tilanne kuitenkin sattuu, voidaan se määritellä läheltä piti -tapahtumaksi tai haittatapahtumaksi. Tiivistettynä tämä tarkoittaa sitä, että läheltä piti -tapahtumassa potilas saattaa itse todeta lääkkeiden antamisen yhteydessä, ettei hänellä koskaan ole ollut tämän näköisiä tabletteja. Tässä vältetään riski, että naapurivuoteen potilaan lääkkeet menisivät väärälle potilaalle asti. Näin suoraa haittaa ei tule potilaalle, ja voidaan puhua läheltä piti -tapahtumasta. Haittatapahtumassa puolestaan potilas ottaa myötämielisenä annetut lääkkeet ja tällöin haitta välittyy potilaalle asti. Pahimmassa tapauksessa potilaalle voi tästä aiheutua henkeä uhkaava tila tai jopa kuolema. (THL 2013.)

Potilasturvallisuudesta puhuttaessa onkin tärkeää, että organisaatio yhdessä työntekijöidensä kanssa kehittää hyödyllisiä turvallisuuden hallintakeinoja, jotka on helppo siirtää käytännön työelämään. Työntekijöiden luodessa käytännöstä lähtöisin olevia potilasturvallisuuden hallintakeinoja edellä kuvatun kaltainen tilanne voidaan välttää. Esimerkiksi lääkkeiden annon yhteydessä hoitajan aina hyvä muistaa kysyä potilaan nimeä tai katsoa se hänen tunnistusrannekkeestaan. Näin tekemällä vähennetään vaaratapahtumien määrää ja lisätään onnistuneesti potilasturvallisuutta. (THL 2013.)

### 3.3 Inhimilliset virheet

Potilasturvallisuuden käsitteistössä usein käytetty termi on ”inhimillinen virhe”. Kun puhutaan yleisesti virheistä, ne voidaan nähdä inhimillisenä osana yksilön toimintaa. Loppujen lopuksi kukaan ihminen ei ole täydellinen ja virheitä pääsee monesti syntymään hyvinkin helposti. On mainittava, että toisaalta inhimillisyys mahdollistaa joustavuutta ja luovia ratkaisuja, mutta riskinä on, että toiminta ei aina ole turvallisuuden kannalta parasta mahdollista. On lisäksi hyvä muistaa, että onnistunut virheiden hallinta ei ole kuitenkaan sitä, että virheitä ei koskaan tapahtuisi. Kyse on enemmänkin siitä, että työtä tehdään sillä tavoin, että mahdolliset erheet havaitaan ajoissa ja niiden vaikutukset pystytään hallitsemaan. Siksi organisaation tulisi kehittää toimivia keinoja virheiden hallintaan ja motivoida työntekijöitään niiden hyödyntämiseen. (Helovuori 2009, 99-101.)

Puhuttaessa inhimillisistä virheistä voidaan tarkastelussa hyödyntää James Reasonin systeemikölkulmaa. Hänen yleinen virhemallinsa kattaa kaikki inhimillisten virheiden osa-alueet. Reason jakaa inhimilliset virheet toiminnan toteutuksessa sattuviin lipsahduksiin ja unohduksiin sekä toimintaa valittaessa tapahtuviin päätöksentekovirheisiin ja rikkomuksiin. Käytännöstä katsottaessa lipsahdus voi olla lääkkeen tiputtaminen väärän potilaan lääkekuppiin

tarkkaavaisuuden herpaantuessa, kun taas unohdus on muistivirhe, joka käytännössä voi tarkoittaa sitä, että lääkekorttia täyttyessään sairaanhoitaja muistaa lääkärin määräyksen väärin. (Saatsi ym. 2011, 52-55.)

Toimintaa valitessaan ihminen voi tehdä myös virheitä. Päätöksentekovirheessä sairaanhoitaja voi esimerkiksi arvioida potilaan lääkehoidon toteuttamista virheellisesti antamalla astmapotilaalle ibuprofeenia kiputiloihin, koska hän unohtaa kysyä potilaan perussairauksista. Rikkomuksessa puolestaan hoitaja tietää, kuinka lääkkeitä tulisi käsitellä aseptisesti, mutta kiireen ja mukavuudenhalun vuoksi hän päättää käsitellä sytostaatteja paljain käsin.

Inhimilliset erheet on helppoa siirtää hoitotyön arkeen, sillä niitä tapahtuu käytännön hoitotyössä jatkuvasti. Monesti virheet ovat yksinkertaisia unohduksia ja lipsahduksia, jotka hoitaja tekee kiireen tai puutteellisten resurssien vuoksi. Kuitenkin työtapoja sekä toimintoja muokkaamalla voidaan potilasturvallisuutta parantaa taas yhden askeleen verran.

### 3.4 Virheiden hallinta

Haittatapahtumien ehkäisyyn sairaaloissa kiinnitetään yleisesti paljon huomiota. Lääkehoidon laadukas toteuttaminen vaatii moniammatillista yhteistyötä, joten haittatapahtumia on syytä tarkastella terveydenhuoltohenkilökunnan sekä organisaation näkökulmasta. Monesti haittatapahtumien taustalla ei ole ammattitaidoton tai piittaamaton hoitohenkilökunnan edustaja, vaan monesti virheet voivat johtua järjestelmän tavasta organisoida hoidon toteutus eri vaiheissa. Esimerkiksi lääkkeiden jaossa tapahtuvia jakovirheitä voitaisiin välttää parantamalla olosuhteita, joissa lääkkeitä valmistetaan käyttökuntoon. Meluisassa lääkehuoneessa virheiden määrä kohoaa huomattavasti, tai jos jakaja joutuu syystä tai toisesta keskeyttämään toiminnan useasti sitä tehdessään. Helpottavia keinoja voikin olla, että lääkkeitä jakava pujottaa vaikkapa kirkkaan värisen huomionauhan käsivarteensa, mikä viestittäisi muulle henkilökunnalle että sairaanhoitaja on lääkkeidenjakotyössä, eikä häntä saa häiritä. (Kinnunen ym. 2009.)

Mitä enemmän potilas käyttää lääkkeitä, sitä todennäköisempää on, että hän joutuu kohtaamaan lääkehoitoon liittyvän haittatapahtuman. Puhuttaessa avohoidossa toteutettavasta lääkehoidosta, avainasemassa ovat kommunikaation parantaminen potilaiden kanssa, aktiivinen keskustelu terveydentilan muutoksista ja lääkkeiden oikeaan käyttöön kannustaminen. Myös kynnystä asian informoimiseksi lääkärille tai farmaseutille tulisi madaltaa. Monesti haittavaihtokukset voivat jäädä huomiotta, koska potilas ei ole niistä osannut mainita tai hoitohenkilökuntaan kuuluva ei ole asiaan kiinnittänyt huomiota. (Kinnunen ym. 2009.)

On havaittu, että monesti työntekijöillä itsellään on toimintatapoja, joilla he pyrkivät välttämään inhimillisten virheiden syntymistä. Monesti tämän kaltainen toimintamalli on syntynyt itse koetun tai kuullun ikävän kokemuksen kautta, tai tapa omaksutaan hyvänä toimintamallina esimerkiksi kollegalta. Tärkeää virheiden ennakoinnissa onkin tunnistaa tilanteet, joissa turvallisuusriskejä on, pyrkiä poistamaan ja vähentämään niiden vaikutusta ja kehittää työkäytännöt senkaltaisiksi, että inhimilliset virheet havaitaan ajoissa. (Helovuori ym. 2011, 202.)

Käytännön hoitotyössä voidaan hyödyntää erilaisia suojajärjestelmiä, joiden avulla virheitä pyritään vähentämään. On olemassa esimerkiksi fyysisiä esteitä, joilla virheet pystytään estämään melkein poikkeuksetta täysin. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi infuusioletkun kytkeminen väärin kolmitiehanaan tehdään mahdottomaksi luomalla välineiden kytkennät niin, että väärin laittaminen on jo rakenteellisesti täysin mahdotonta. Lisäksi voidaan hyödyntää varmistusrutiineja, joista esimerkkinä voidaan käyttää vaikkapa hyväksi havaittua lääkkeiden jaossa tapahtuvaa kaksoistarkastusta. Tällöin todennäköisyys siihen, että kaksi ihmistä tekisi saman virheen peräjälkeen on huomattavan pieni. Lisäksi voidaan myös hyödyntää hallinnollisia esteitä, eli organisaation tasolta voidaan määritellä työtapoja, joiden ajatellaan aiheuttavan vähemmän riskejä inhimillisiin virheisiin kuin aiemmin käytössä ollut työtapo. (Helovuori ym. 2011, 202-203.)

Lisäksi on olemassa hoidon kannalta kriittisiä tilanteita, joissa potilas tulisi aina tunnistaa. Näitä ovat tilanteet, joissa potilas siirretään yksiköstä toiseen, potilaalta otetaan näytteitä, hänelle suoritetaan lääkehoitoa tai jotain tiettyä toimenpidettä. Hyödyllisiä toimintamalleja virheiden välttämiseen erityisesti lääkehoidossa on potilaan tunnistaminen. Systemaattisella tavalla tunnistaa potilas aina samoin tavoin voidaan virheitä lääkkeiden antamisessa välttää. Tuntemattomalle potilaalle lääkkeitä viedessä on hyvä tapa pyytää potilasta itseään kertomaan nimensä. Tunnistuksessa voidaan lisäksi käyttää apuna tunnistusranneketta potilailla, jotka eivät kykene itse kommunikoimaan. Nykyään myös viivakoodien käyttö on yleistymässä lääkehoidossa ja näytteenotossa. Monesti paras tapa tunnistamiseen on kahden erilaisen menetelmän yhdistelmä. (Helovuori ym. 2011, 202-204.)

Virheiden hallinnassa oleellista on myös vaikuttaa toimintaolosuhteisiin siten, että riskit turvallisuuden vaarantumiseen saataisiin minimoitua. Riskit voivat olla fyysiseen ympäristöön liittyviä kuten käytössä olevista työvälineistä ja tietojärjestelmistä johtuvia tai henkilöstöön liittyviä, kuten väsymys tai stressi. Inhimillisten virheiden riski on kuitenkin aina olemassa oleva tosiseikka, joten virheiden hallinnan tulisi perustua käytäntöjen ja toimintamenetelmien kehittämiseen, jotka standardoidaan hyväksi toimintamenetelmiksi. Silloin kun suoritetaan turvallisuuden kannalta kriittisiä toimenpiteitä, esimerkiksi vaikka verivalmisteen tiputtamista potilaalle, olisi organisaation hyvä yhdenmukaistaa käytännöt koko organisaatiossa. (Helovuori 2009, 102-103.)

### 3.5 Toimintatapoja turvallisuuden varmistamiseen

Tyypillisimmät toimintatavat, joita turvallisuuskriittisessä toimintaympäristössä käytetään, liittyvät toiminnan suunnitteluun, vakioituun työnjakoon, toiminnan valvontaan, toimenpiteiden varmistamiseen ja tarkastamiseen sekä vakiomuotoiseen viestintään (Helovu 2009, 103). Ohessa avaamme hiukan käsitteiden taustoja esimerkkien ja teorian avulla.

#### 3.5.1 Toiminnan suunnittelu

Lähdettäessä suorittamaan jotain toimintoa on keskeinen osa inhimillisten virheiden välttämistä toiminnan suunnitteleminen. Tämä on hyvä tehdä työryhmän kanssa, niin että suunnitelman kaikki vaiheet ovat jokaisen työntekijän tiedossa. ”Briefing” on hyvä tilanne ajatusvaihtoon ja olemassa olevan suunnitelman tarkentamiseen. Toiminnan suunnitteluun kuuluu oleellisina osana toimintasuunnitelman kertaaminen, kuten myös siihen liittyvien toimenpiteiden sekä työvaiheiden jakaminen. Yhdessä pohditaan myös työjärjestys ja ajoitus sekä tehdään työnjako työntekijöiden välillä. Lisäksi on hyvä jakaa myös toiminnan valvontaan liittyviä vastuita, mikäli näitä on. On hyvä myös keskustella läpi, mikäli kriittisiä työvaiheita ilmenee, sekä sopia vaihtoehtoinen toimintasuunnitelma perusteluineen, mikäli alkuperäinen suunnitelma joudutaan syystä tai toisesta muuttamaan. (Helovu 2009, 104.)

Käytännön hoitotyössä tämänkaltaista suunnitelmallisuutta edustaa monesti työvuorojen alkuun ajoittuva raportti-käytäntö, jossa käytännön asiat, työtehtävät sekä ajankohtaiset asiat voidaan jakaa työryhmän kesken. Toimintaa suunnitellaan yleensä myös vuoroittain ja tietyt työtehtävät jaetaan hoitajittain. Raportti on hyvä mahdollisuus kysymyksien sekä työnjaon varmentamiseen. (Helovu 2009, 104.)

#### 3.5.2 Vakioitu työnjako

Erittäin tärkeää turvallisuuden ja tehokkuuden kannalta on selkeä työnjako. Työnjaossa työtehtävien tulisi olla jaettuina ja määriteltyinä niin, että niistä ei ole millään hetkellä epäselvyyttä. Selkeän työnjaon sopiminen helpottaa yksittäisten työtehtävien suorittamista ja yhteistyö rullaa tällöin mukavasti eteenpäin. Työkuormaa on helpompi hallita, ja väärinkäsitykseen perustuvia virheitä helppo välttää. Mikäli työryhmä on ollut pitkään yhdessä ja tottunut suorittamaan työtehtäviä yhdessä, voi työntekijöille helposti syntyä virheellisiä oletuksia toisten toiminnasta, ja tehtävien suorittamiseen liittyvä kommunikaatio saattaa vähentyä. Oletuksiin perustuva tehtävien suorittaminen voi olla turvallisuuden kannalta vaarallista. Mikäli on olemassa tehtäviä, jotka ovat vaativampia tai tarvitsevat enemmän huomiota, voidaan niihin määritellä useampi henkilö varmistamaan tehty työ. (Helovu 2009, 104-105.)

Hoitotyön kentällä vastaavaa työnjakoa noudatetaan esimerkiksi lääkehoidossa jatkuvasti. Vuorossa saattaa olla yksi lääkevastaava, jonka jakamat lääkkeet toinen hoitaja myöhemmin tarkastaa. On myös toimintaympäristöjä, joissa käytössä on niin sanottu omahoitaja-järjestelmä, jossa yksi hoitaja suorittaa omien potilaidensa lääkehoidon aina lääkkeiden valmistamisesta niiden antamiseen. Monesti tällaisessa järjestelmässä vaarana on, että lääkkeiden kaksoistarkastus jää tekemättä. (Helovuori 2009, 104-105.)

### 3.5.3 Toiminnan valvonta, varmistaminen ja tarkistus

Mikäli työympäristö on teknologisesti vaativa, on inhimillisten virheiden riski suurentunut. Laitteiden toiminnassa tapahtuvia vikoja ja niiden toimintaan vaikuttavia haittapuolia tulisi osata ennakoida tarpeeksi ajoissa. Onnistuneen valvonnan kannalta olisikin hyvä varmistaa tietyt asiat. On tärkeää pohtia muun muassa sitä, mitä asioita tulee tarkkailla, kuka on vastuussa näiden asioiden tarkistamisesta ja mitkä havainnot tulee informoida muulle henkilökunnalle (Helovuori 2009, 106).

Varmistamisesta käytännön esimerkkeinä voidaan todeta kaksoistarkastus (Helovuori 2009, 106). Monesti toinen ihminen havaitsee toisen tekemän virheen, ja on hyvin epätodennäköistä, että kaksi ihmistä tekisi saman virheen samassa kohdassa. Mikäli toimenpiteen varmistaa vielä kolmaskin henkilö, inhimillisen virheen riski vähenee huomattavasti. Apuna voidaan käyttää myös erilaisia tarkistuslistoja, jotka ovat hyväksi havaittu konsti esimerkiksi leikkaus-saliympäristössä. (Helovuori 209, 107).

### 3.5.4 Vakioitu viestintä

Kommunikointi on tärkein työkalu inhimillisten virheiden välttämiseksi. Lähes kaikkien virheiden hallinnan käytännöt sisältävät kommunikaatiota. Hyväksi havaittu käytäntö onkin ”suljetun ympyrän” viestintäperiaate. Normaalisissa viestintäprosessissa kahden henkilön välillä on havaittavissa yksisuuntaisuutta. Viestin kertoja välittää viestin toiselle henkilölle, ja oletuksena on, että kuulija ymmärtää viestin täysin samalla tavalla, kuin puhuja sen on tarkoittanut. Turvallisuuden kannalta oletukset ovat vaarallisia, joten on suljetun ympyrän taktiikassa kuulija monesti vahvistaa jollain tavalla, että viesti on mennyt perille. Yksinkertaistettuna lääkehoitoa toteuttaessa lääkemääräyksiä luetteleva odottaa aina kuittausta lääkkeitä jakavalta osapuolelta ennen kuin jatkaa eteenpäin, oli kuittaus sitten ”ok” tai ”selvä”. Myös viestin välittäjän kertoman toistaminen omin sanoin on hyvä keino varmistaa, että viesti on todellakin kuultu niin kuin sen oli tarkoitus. (Helovuori 2009, 107-108.)

#### 4 Perehdytys

Perehdytyksellä tarkoitetaan toimenpiteitä, joiden avulla uusi työntekijä pääsee sisälle organisaatioon sekä omaan uuteen työhönsä. Perehdyttämisen osa-alueita ovat itse organisaatioon perehdyttäminen, johon kuuluvat organisaation toiminta-ajatus, visiot sekä strategiat. Lisäksi on varsinainen työyhteisöön perehdyttäminen, johon lukeutuvat työtoverit, työpaikan tilat sekä työyksikön asiakaskunta. Perehdytykseen kuuluu olennaisena osana myös työhönopastus eli uuden työntekijän työhön ohjaaminen. Siihen liittyy myös erilaisten odotuksien läpi käyminen niin työnantajan kuin työntekijän kannalta. (Hildén 2002, 111.)

Perehdytyksen päämääränä on antaa uudelle tulokkaalle oikea kuva organisaatiosta sekä antaa työntekijälle myönteinen kuva ja kokemus työtehtävistä sekä organisaatiosta. Perehdytykseen on organisaatiossa syytä panostaa, sillä perehdyttämisen ansiosta uusi työntekijä saa kuvan, että uutta työntekijää arvostetaan. (Hildén 2002, 112.)

Perehdyttämisen merkitystä on tutkittu melko vähän. Vuonna 2004 valmistuneessa pro gradu-tutkielmassa tutkimustuloksista nousee esiin, että on tärkeää nimetä ennalta perehdyttäjä myönteisen perehdytyskokemuksen aikaan saamiseksi. Uudet työntekijät, joille perehdyttäjäksi oli nimetty etukäteen, olivat tyytyväisempiä perehdytykseensä kuin he, joille työnantaja ei ollut järjestänyt perehdyttäjää etukäteen. Kehityskohdiksi Salonen nimeää aktiivisen palautteen antamisen sekä esittää, että perehdytyksen kesto on hyvä rakentaa työn vaativuuden mukaan. (Salonen 2004, 60.)

#### 5 Kohderyhmä ja hyödynsaajat

Hyvinkään terveyskeskuksen vuodeosasto 1 sijaitsee Hyvinkään pääterveysasemalla osoitteessa Sandelininkatu 1. Osaston potilaat saapuvat pääsääntöisesti Hyvinkään sairaalassa sijaitsevilta osastoilta 11 ja 12 sekä myös erikoissairaanhoidosta. Osaston päätehtävänä on hoitaa hyvinkääläisiä potilaita, joilla on tarpeena pidempiaikainen sairaanhoito tai kuntoutusjakso ja jotka eivät vielä kykene selviytymään kotonaan tai toisessa jatkohoitopaikassa. Osastolla on 66 sairaansijaa ja 8 lisäpaikkaa. Osastolla on käytössä omahoitaja-järjestelmä, jossa nimetty omahoitaja vastaa potilaan hoidosta koko sairaalassa olon ajan. (Hyvinkää 2012.)

Osastolla on neljä eri tiimiä, jotka ovat profiloituneet hoitamaan erilaisia asiakasryhmiä. Tiimi 1, eli hoivatiimi, on tarkoitettu pitkään sairastaneille potilaille. Pääpaino on hyvässä perushoidossa ja jäljellä olevien voimavarojen ylläpitämisessä. Osastolla toimii myös dementiayksikkö, eli tiimi 2, joka on tarkoitettu dementiaa sairastaville potilaille. Tiimi 3 on infektioitiimi, jossa hoidetaan muun muassa MRSA-potilaita sekä muista infektiosairauksista kärsiviä

potilaita. Kuntoutustiimi on puolestaan tarkoitettu potilaille, jotka hyötyvät aktiivisesta kuntoutuksesta, ja pääpainona hoidossa on kuntouttava työote. (Hyvinkää, 2012.)

Perehdytyslomake on tarkoitus ottaa käyttöön koko osastolla, ja sen tavoitteena on vastata osastolla olemassa oleviin lääkehoidon ongelmiin. Osaston asiakkaat ovat pitkälti pitkäaikaisesti sairastaneita sekä vanhuksia, joten lomakkeessa tullaan ottamaan huomioon myös potilaiden ikärakenne. Monesti vanhenevalla väestöllä on käytössä useita erilaisia lääkkeitä, joten lääkehoidon toteuttaminen vaatii erityistä tarkkuutta. Lomakkeen käyttöönotossa pyrkimyksenä on saavuttaa konkreettinen hyöty myös käytännön potilastyössä.

## 6 Opinnäytetyön tavoitteet

Konkreettisena tavoitteenamme opinnäytetyöprosessissa on luoda edellä olevan teorian pohjalta perehdytyslomake, jonka käyttö olisi mielekästä osasto-olosuhteissa ja josta olisi konkreettista hyötyä perehdytettäessä uusia työntekijöitä. Toivomme hyödyn välittyvän myös potilaille asti ja toiveenamme olisi, että pystymme joihinkin osastolla sattuviin haittatapahtumiin vaikuttamaan kyseisen lomakkeen avulla.

Varsinaisessa opinnäytetyöprosessissa pyrimme kehittämään myös omaa ammatillista osaamistamme. Lääkehoidon ja lääkitysturvallisuuden teorian tiedon hyödyntäminen työssämme antaa meille osaamista tulevaisuutta varten. Koska lääkehoito on oleellinen osa sairaanhoitajan toimenkuvaa, opinnäytetyön hyöty on mielestämme hyvin konkreettinen työelämään siirryttäessä. Lääkitysturvallisuus teema on aina ajankohtainen, joten saamme työssämme tutustua monipuolisesti tähän teemaan sekä olla omalta osaltamme kehittämässä apuvälinettä lääkehoidon perehdytyksen edistämiseen.

Tavoitteenamme on myös osoittaa niitä taitoja sekä valmiuksia, joita olemme koulutuksen aikana saaneet sekä kehittää niitä vielä ennestään. Näihin taitoihin voidaan laskea toimiminen erilaisten yhteistyötahojen kanssa, hankkeen suunnitteleminen, siinä toimiminen ja sen toteuttaminen, lääkehoidon teorian tiedon hyödyntäminen, tiedonhankintamenetelmien hyödyntäminen sekä jäsenllyn raportin tuottaminen. Lisäksi näemme, että pystymme työssämme myös käyttämään sekä edelleen parantamaan ryhmätyöskentelytaitojamme sekä hiomaan omia työskentelytapoja aina tiedonhankinnasta varsinaiseen raportin kirjoittamiseen.

## 7 Toimintasuunnitelma

Perehdytyslomakkeen toteuttamiseen lähdimme tutkimusluvan saatuaamme. Tarkoituksenamme oli tutustua osastolla olemassa olevaan lääkehoidon perehdytyskansioon, kuten myös osaston lääkehoitosuunnitelmaan saadaksemme tietoa siitä, miten lääkehoidolliset asiat ovat jär-

jestetty osastolla aiemmin. Merkittävänä työkaluna lomakkeen suunnittelussa sekä toteutuksessa käytimme Carita Lindén-Lahden vuonna 2012 osastolle tekemää lääkitysturvallisuusauditointia, josta ilmenee joitain ongelmia lääkehoidon toteutuksessa. Käytimme olemassa olevaan teoretietoa luodessamme lomaketta, joka on helppokäyttöinen. Pyrimme siihen, että lomake sisältää monipuolisesti ne asiat, jotka lääkehoidon toteutuksessa tulee ottaa huomioon. Lisäksi hyödynnämme lomakkeen toteutuksessa STM:n suosituksia siitä, mitä turvallinen lääkehoito on.

Perehdyttyämme käyttöön annettuihin materiaaleihin, luomme itse lomakkeen. Lomake tulee olemaan paperilla, koska tietokoneella käytettynä lomake on mitä luultavimmin hankalampi hyödyntää. Tietoteknisesti lomakkeelle pääseminen on monesti useamman mutkan takana kuin vaikkapa taskussa kannettava lomake, joka on helppo ottaa esiin perehdytystilanteiden päätteeksi. Lomakkeen tarkkaa sisältöä emme osaa vielä muotoilla johtuen siitä, että emme ole käyneet tarvittavaa aineistoa läpi. Olemme kuitenkin hahmotelleet taulukkomuotoista ratkaisua, jossa selkeiden alaotsikoiden alle tulee perehdytettävät asiat. Nämä kohdat tulee kuitata nimeämällä perehdyttäjän sekä milloin asia on perehdytettävälle opastettu. Lomaketta on täten helppo seurata ja havaita missä kohdissa on vielä puutoksia. Lomake toki vaatii sekä perehdyttäjältä että perehdytettävältä oma-aloitteisuutta ja motivaatiota hyödyntää annettua työkalua.

Tarkoituksenamme on antaa valmis tuotos arvioitavaksi osaston farmaseutille Kirsi Ilmoniemelle sekä osaston lääkehoidosta vastaavalle sairaanhoitajalle Alexandra Laineelle. Näin saamme nopeasti ilman pitkää seurantajaksoa palautteen osastolta. Palautteen toivomme koskevan erityisesti sitä pitävätkö osaston toimijat lomaketta käyttökelpoisena ja hyödyllisenä apuvälineenä perehdytyksessä. Avaamme palautteen myös raportoidessamme prosessia opinnäytetyössämme.

## 8 Opinnäytetyön eettiset näkökulmat

Eettisillä ratkaisuilla on merkitystä erityisesti tieteissä, joissa tutkitaan tai pohdiskellaan ihmillistä toimintaa ja käytetään ihmisiä tietolähteinä. Hyvänä esimerkkinä tällaisista tieteistä ovat esimerkiksi kaikki terveystieteet, psykologia ja kasvatustieteet. Hyvä tieteellinen käytäntö noudattaa tieteellisiä toimintatapoja eli toisin sanoen rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Lisäksi tutkimusta tehtäessä tulee käyttää tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä sekä noudattaa avoimuutta tuloksia julkistettaessa. Hyvää tieteellistä käytäntöä on myös ottaa huomioon muiden tutkijoiden työt ja antaa niille niiden kuuluva arvo sekä ilmoittaa kaikki tutkimukseen liittyvät sidonnaisuudet sekä rahoituslähteet. (Leino-Kilpi 2003, 287-288.)



Tutkimussuunnitelman tulee eettisesti katsottuna sisältää vähintään tutkimustarkoituksen, tavoitteet ja tutkimusongelmat. Lisäksi on tärkeää lisätä huomioita tutkittavien anonymiteetin säilyttämisestä, heidän oikeuksiensa turvaamisesta, sekä kertoa aineistonkeruusta yksityiskohtaisesti, tuoda ilmi tutkittavien suostumus tutkimukseen sekä selventää myös, miten tutkimuksessa saatavat tiedot käsitellään, säilytetään, raportoidaan ja lopulta hävitetään. (Leino-Kilpi 2003, 296.)

Työtämme tehdessämme emme varsinaisesti suorittaneet minkäänlaista tutkimusta. Kuitenkin tietyt hyvän tieteellisen käytännön periaatteet sitoivat meitä. Tutkimuslupaa hakiessamme, olivat edellä mainittujen seikkojen oltava selvillä. Näihin kuuluivat omalta osaltaan myös toimintasuunnitelman yksityiskohtainen selostaminen sekä sen ilmi tuominen, mitä aineistoa käytämme työssämme. Oman työmme näkökulmasta voidaan ajatella eettisesti kriittisimmiksi kohdiksi tiedonkeruuseen liittyvät seikat sekä opinnäytetyöprosessimme raportointi noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä.

Tiedonkeruussa käytimme monipuolista lähdeaineistoa, johon kuului oppimateriaalia sekä uudempiä alan kirjallisuutta. Tutkimukseen perustuvaa tietoa pyrimme lisäämään työhömmemme saatavuuden mukaan. Näin toimimalla pyrimme saamaan työhömmemme tieteellisesti ja eettisesti kestävästä materiaalista. Muiden kirjoittajien arvoa kunnioitimme viittaamalla asianmukaisesti alkuperäiseen lähteeseen sellaista käyttäessämme.

Raportointiprosessissa arvioimme kaiken aineiston totuudenmukaisesti hyväksi havaittuja käytänteitä noudattaen. Lomaketta toteuttaessamme otimme myös huomioon haltuumme saatujen tietojen arkaluontoisuuden. Lisäksi tutustuessamme Carita Linden-Lahden tekemään lääkitysturvallisuusauditointiin, tiedustelimme sähköpostitse lupaa hyödyntää hänen tekemäänsä työtään osana omaa opinnäytetyötämme. Pyrimme työmme aikana säilyttämään eettisen herkkyyden ja pitämään sen yhtenä ohjenuorana läpi opinnäytetyöprosessin.

## 9 SWOT - analyysi

Teimme SWOT-analyysin, jossa pohdimme tuotteemme vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia. Näin pystyimme paremmin jäsentämään itsellemme perehdytyslomakkeen toteutusta ja siihen liittyviä uhkakuvia.

<p>Vahvuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- yksinkertaisuus</li> <li>- helppokäyttöisyys</li> </ul>	<p>Heikkoudet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- osa asioista heikosti avattavissa</li> <li>- vaatii osaston lääkehoitosuunnitel-</li> </ul>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>- monipuolisuus</li> <li>- huomioi osastolla ilmenneet heikoudet</li> </ul>	<p>man tuntemista</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- edellyttää käyttäjän omaa motivaatiota</li> </ul>
<p>Mahdollisuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- standardisoi perehdytystä</li> <li>- auttaa muuttamaan vallitsevaa lääkitysturvallisuuden kulttuuria</li> </ul>	<p>Uhat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- voi helposti jäädä hyödyntämättä</li> <li>- liikaa yksityiskohtia, jolloin perehdyttäjä ei jaksakaan käydä kaikkea tarkasti läpi</li> </ul>

Kuva 2: SWOT-analyysi

## 10 Perehdytyslomakkeen lähtökohdat ja toteutus

Seuraavassa esittelemme lähtökohdat, joihin perustimme perehdytyslomakkeemme hankitun teorian lisäksi. Näitä lähteitä olivat osastolle vuonna 2012 tehty Carita Lindén-Lahden lääkitysturvallisuusauditointi, Hyvinkään koti- ja laitospalveluiden lääkehoidonsuunnitelma kuin myös STM:n suositukset liittyen turvalliseen lääkehoitoon. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistukseen viittasimme kuitenkin tarkemmin jo teoriaosuudessamme. Näiden seikkojen valossa lähdimme perehdytyslomakkeen toteutukseen. Varsinaisen toteutusprosessin avaamme tarkemmin luvussa ”Perehdytyslomakkeen varsinainen toteuttaminen”.

### 10.1 Osastolle tehty lääkitysturvallisuusauditointi

Hyödynnämme lomakkeen toteutuksessa Carita Lindén-Lahden osastolle vuonna 2012 tekemää lääkitysturvallisuusauditointia, jonka perustana on proviisori Ercan Celikkayalarin suomentama auditoinnin työkalu, joka perustuu hänen pro gradu-työhönsä. Läkitysturvallisuusauditoinnista ilmenee joitain puutteita osaston lääkitysturvallisuudessa. Työmme kannalta oleellinen seikka on, että sijaisten ja uusien työntekijöiden perehdytyksen ohjeistus nykykäytänteillä on ollut vaihtelevaa, ja tähän haasteeseen työmme pyrkiikin vastamaan.

Läkitysturvallisuusauditointi on jaoteltu erillisiin osa-alueisiin, joiden sisällä olevat seikat on arvioitavissa kohdasta A kohtaan D. Saimme käyttöön niin sanotun itsearviointityökalun, jossa jaottelulla oli seuraavanlainen merkitys. A-kirjaimella tarkoitettiin, että kohdan kuvaama käytäntö on ohjeistettu täysin. B-kirjain merkitsi, että esitetyn väittämän kuvaama käytäntö on ohjeistettu osittain. C-kirjain merkitsi puutteellista käytännön kuvaamista ja D-kirjain merkitsi, ettei kohdan kuvaamaa käytäntöä ole ohjeistettu lainkaan. Lisäksi itsearviointityökalussa on myös kohta E, joka merkitsee, että käytäntö ei kuulu osaston toimintaan.

Jaottelua on suoritettu vielä erillisiin osioihin. Ensimmäisessä osiossa tarkastellaan yksikön yleisiä toimintaperiaatteita, esimerkiksi henkilöstön koulutukseen, työntekijöiden asenteisiin, uusien työntekijöiden ja sijaisten perehdytykseen sekä potilasturvallisuuteen liittyviä seikkoja. Toisena osiona ovat lääkehuollon seikat, ja siinä selvitetään lääkehuollollisiin seikkoihin aina lääketilauksista vanhenevien lääkkeiden käsittelyyn. Kolmas osio käsittelee lääkehoidon prosessoa, jossa tarkastellaan lääkkeen matkaa lääkekaapista potilaalle ja tässä prosessissa huomioitavia erityispiirteitä. Neljännessä osiossa ovat dokumentointi ja tiedonkulku. Viides osio on ympäristötekijät ja palautejärjestelmät sekä viimeinen eli kuudes osio käsittelee osastofarmasiaa. Kaikissa kohdissa on 17 - 25 väitettä, jotka on arvioitu edellisessä kappaleessa esittämämme arvioinnin mukaan.

## 10.2 Lääkitysturvallisuusauditoinnin esiin tuomat haasteet

Kaiken kaikkiaan osastolla monet asiat oli ohjeistettu täysin ohjeiden mukaisesti. Prosentuaalisesti voidaan ajatella, että eniten haasteita osastolla oli ympäristötekijöissä ja palautejärjestelmissä, lääkehoidon prosessissa ja yksikön yleisissä toimintaperiaatteissa. Pyrimmekin perehdytyslomaketta luodessamme kiinnittämään huomiota näihin seikkoihin.

Esimerkiksi ympäristön näkökulmasta voidaan todeta, että osaston lääkehuoneessa toimiminen on todettu hankalaksi sen meluisuuden ja pienen koon vuoksi. Lääkehuolto on osastolla järjestetty verrattain hyvin, joten emme lomakkeessamme tuo painota sitä. Lääkkeiden aseptisessä käsittelyssä on sitä vastoin havaittu joitain puutteita. Esimerkiksi suonensisäisten lääkkeiden käyttökuntoon saattamisessa oli lääkitysturvallisuusauditoinnin mukaan puutteita aseptisessä työskentelyssä, ja tähän toivottiin tarkkuutta. Käytännön kannalta on kuitenkin otettava huomioon, että osastolla ei ole käytössä laminaarivirtauskaappia, joten nestemäisten lääkkeiden sekoittaminen ei ole mahdollista tätä apuvälinettä hyväksikäyttäen. Lääkitysturvallisuusauditoinnista ilmenee, että korkean riskin lääkkeitä (esim. solunsalpaajat, insuliini ja opiaatit) osaston käytänteissä ei ole selkeää ohjeistusta, miten niiden kanssa tulisi toimia. Myös lääkkeiden lainaaminen toiselta osastolta nousi lääkitysturvallisuusauditoinnissa esiin, mutta tätä ei kuitenkaan kyseisellä vuodeosastolla tapahdu. Kuitenkin korkean riskin lääkkeiden asianmukainen kirjaaminen on hoidettu hyvin.

Lisää tarkkuutta vaaditaan lääkemääräysten tulkinnassa ja käytännön toteuttamisessa. Potilaiden ohjeistus heidän lääkehoidostaan esimerkiksi heidän siirtyessään jatkohoitoon oli joissain tapauksissa puutteellista. Tämä seikka riippuu kuitenkin siitä, kuinka hyvin hoitajat ohjeistavat potilaan hänen lääkehoidostaan. Osastolla lääkkeiden jakamisen yhteydessä potilaan henkilöllisyys olisi hyvä varmistaa muutamalla eri tavalla, mutta tämä ei ole vakiintunut käytäntö osastolla.

Edellä läpikäytyjen haasteiden kannalta on luontevaa lähteä luomaan lääkehoidon perehdytyslomakkeelle runkoa, joka vastaa osastolla ilmenneisiin lääkehoidon perehdytyksen haasteisiin. Uuden työntekijän perehdytyksessä on lääkitysturvallisuuden sekä potilasturvallisuuden säilymisen kannalta edullista huomioida aiemmin ilmenneet haasteet, jotta vakiintuneet käytännöt eivät siirtyisi uusien työntekijöiden käyttöön sellaisenaan.

### 10.3 Hyvinkään koti- ja laitospalveluiden lääkehoidon suunnitelman hyödyntäminen osana perehdytyslomaketta

Hyvinkään Koti- ja laitospalveluilla on oma lääkehoidon suunnitelmansa, johon on STM:n ohjeistuksen mukaisesti avattu lääkehoidon kannalta merkittävät seikat. Hyödynsimme tätä runkoa myös perehdytyslomakkeen toteutuksessa, koska lomakkeessa otetaan myös huomioon lääkitysturvallisuuden näkökulmat. Luvussa, jossa käsitellään lääkehoidon varmistamista ja ylläpitämistä, on mainittu, että osastonhoitaja tai hänen valtuuttamansa hoitaja tai osastofarmaseutin tulisi perehdyttää uusi työntekijä lääkehuollon tehtäviin laaditun perehdytyslomakkeen mukaisesti. Kuitenkaan lääkehoidolle erillistä lomaketta ei osastolla ole. Lääkehoitosuunnitelmissa liitteenä oleva lääkehuollon työtehtävien perehdytys ei pidä sisällään lääkehoidon näkökulmia kattavammin.

Lääkehoitosuunnitelmassa on ohjeistettu tarkasti, miten hoitotyön lupien hakeminen ja näyttöjen vastaanottaminen on järjestetty kaupungin koti- ja laitospalveluissa. Osaaminen varmistetaan vakituiselta henkilöstöltä LOVE (lääkehoidon osaaminen verkossa) -koulutuksen ja tentin avulla. Jatkuvassa työsuhteessa olevien on uusittava hoitotyön luvat viiden vuoden välein. Tämän koulutuksen saaneet työntekijät siis ovat koulutuksen pohjalta perehtyneet lääkehoidon näkökulmiin ja hankkineet luvat lääkehoidon toteuttamiseen, joten käytännön lääkehoidon osaaminen on varmasti hyvällä mallilla eikä sitä tarvitse erikseen perehdytyslomakkeessa avata. Katsommekin tarkoituksenmukaisesti myös näiden seikkojen mainitsemisen lomakkeesamme.

### 10.4 Perehdytyslomakkeen varsinainen toteuttaminen

Kun lähdimme toteuttamaan lääkehoidon perehdytyslomaketta, pyrimme ottamaan huomioon asettamamme tavoitteen yksinkertaisuudesta ja helppokäyttöisyydestä. Ilmeen tuli olla pelkistetty, joten sivumäärä ei saisi kasvaa liian suureksi, koska se on omiaan vähentämään käyttömukavuutta. Senpä vuoksi pitäydymme supistetussa pituudessa.

Toteutuksessa mukailimme osaston lääkehoitosuunnitelmassa esiin tulleita seikkoja, ja loimme muotoa sen mukaan millaisiin asioihin lääkehoitosuunnitelmassa oltiin kiinnitetty huomio-

ta. Lomakkeemme perustui myös osin STM:n ohjeistukseen siitä, mitä asioita tulee ottaa huomioon turvallista lääkettä toteuttaessa. Lisäsimme lomakkeeseen lisäksi lääkitysturvallisuusauditoinnissa esiin tulleita puutteita, joista yksi esimerkki on erillinen kohta korkean riskin lääkkeille. Lisäsimme lomakkeeseen myös pienen osion perehdyttävän omille muistiinpanoille ja huomioille.

Pohtiessamme lomakkeen ydinsanojen avaamista päätimme lisäksi luoda perehdyttäjän tueksi muistilistan, jossa otettiin esille joitain seikkoja, joita perehdyttäjän on hyvä tuoda esiin uut- ta työntekijää ohjatessaan. Osaston arjen käytännöt perehdyttäjällä on oletettavissa hyvässä muistissa, joten näimme, että niiden avaaminen ei ole tarpeellista. Näihin kuului esimerkiksi se, miten osaston lääketilaus tehdään tai kuinka lääkkeen jako osastolla tapahtuu. Sen sijaan lisäsimme lomakkeeseen asioita, jotka eivät arjen hoitotyötä toteutettaessa tule niin usein esiin ja joissa oli havaittu aiemmassa lääkitysturvallisuusauditoinnissa joitain puutteita. Näiden asioiden avaamisen tukena käytimme lääketoimintasuunnitelmaa.

Lopullinen tuotos on paitsi yksinkertainen, myös helposti arjessa hyödynnettävä ja hyvä muistilista perehdytyksen tueksi. Selkeys ja tiivis muoto tuovat perehdytykseen mielekkyyttä. Suuren paperimäärän selaaminen on paitsi kömpelöä, myös epäkäytännöllistä, joten tästä pyrimme kokonaan pois.

## 11 Palaute

Saatuamme perehdytyslomakkeen valmiiksi pyysimme sekä suullista että kirjallista palautetta opinnäytetyöstämme kokonaisuutena, kuin myös lopputuloksena syntyneestä varsinaisesta lomakkeesta. Palautteen keräämiseksi otimme yhteyttä osaston osastofarmaseuttiin, osastonhoitajaan, apulaisosastonhoitajaan, osaston lääkähoidosta vastaavaan sairaanhoitajaan ja Hyvinkään perusturvan ylilääkäriin, jolta haimme tutkimusluvan työhömmä. Viidestä pyynnöstä kahteen vastattiin niin kirjallisesti kuin suullisestikin. Lisäksi kävimme esittelemässä työmme 2.1.2014 osastotunnilla, johon osaa otti sillä hetkellä töissä oleva henkilöstö, johon kuului työntekijöitä osaston kaikista neljästä tiimistä.

Osastotunnilla työmme esittelyssä painopisteenä oli nimenomaan varsinaisen lopputuloksen esittelemine. Lisäksi toivoimme yleistä mielipidettä siitä, onko lomake sellaisenaan käyttöönotettava ja hyödyllisen oloinen. Toisin sanoen emme painottaneet esittelyssä opinnäytetyömme teoreettista viitekehystä, vaikka siihen päällisin puolin viittasimmekin. Keskityimme käymään läpi perehdytyslomakkeen alaotsikot ja avaamaan taustat sekä ajatuksemme valitsemiemme otsikoiden takana. Viittasimme lisäksi lääkitysturvallisuusauditointiin merkittävänä tiedonlähteenä kuin myös Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksiin ja osaston oman lääketoimintasuunnitelman rooliin osana työtämme. Saimme lisäksi yhteishenkilönämme toimineelta

osastofarmaseutilta kommentteja työhömmä suullisesti, ja hän lisäksi selkeytti tilanteessa omaa osuuttaan työssämme. Eriteltyämme työmme kohta kohdalta pyysimme palautetta, jonka saimmekin suullisesti niin osastonhoitajalta kuin osastofarmaseutiltakin. Kommenteissa kiiteltiin työn selkeyttä ja johdonmukaisuutta. Lisäksi saimme erityiskiitosta siitä, että olimme lomakkeessa huomioineet nimenomaan korkean riskin lääkkeet omana erillisenä kohtana.

Pyysimme lisäksi kirjallisen palautteen osastohoitaja Rauni Kiviniemeltä. Kirjallisessa palautteessa tuotiin esiin, että työ oli hänen mukaansa selkeästi rajattu ja teoreettinen viitekehys oli hänen huomioidensa pohjalta kohdistettu keskeisiin lääkehoidon kehittämiskohtiin osastolla. Lisäksi palautteessa nousi esiin aiheeseen perehtyneisyys sekä osaston omien lähteiden asianmukainen käyttö. Varsinainen lomake koettiin selkeäksi sekä sen käyttöönotto nähtiin mahdollisena. Kokonaisuudessaan palaute oli sävyltään positiivista ja selkeitä kehittämissuhteita ei nostettu esiin. Yhteyshenkilönämme toiminut osastofarmaseutti olisi kaivannut mahdollisesti pidempää seurantajaksoa lomakkeen käyttöönoton jälkeen ja pohdintaa siitä miten lomake on koettu käytännössä, mutta näissä ajallisissa puitteissa tämän toiveen toteuttaminen olisi ollut haastavaa.

Kokonaisuudessaan näkisimme, että työmme on saanut hyvän vastaanoton osastolla ja työntekijät vaikuttivat motivoituneilta kokeilemaan lomaketta myös käytännössä. Varsinainen toimivuus nähdään kuitenkin loppupeleissä käytännössä. Osastonhoitajan suunnitelmana on liittää lomake osaksi uusien työntekijöiden perehdytyskansiota, mistä olemme tyytyväisiä.

## 12 Itsearviointi

Opinnäytetyöprosessia pohtiessamme on luontevaa lähteä miettimään itsearviointia asettamiemme tavoitteiden kautta. Keskeisenä päämääränä koko prosessin ajan on ollut orientoituminen lopputulokseen eli varsinaiseen perehdytyslomakkeeseen. Olemme läpi prosessin korostaneet haluamme luoda jotain yksinkertaista ja helposti käyttöönotettavaa tuotosta, joten tässä päämäärässä olemme mielestämme onnistuneet hyvin. Lopullinen tuotos on juuri sitä, mitä alusta asti olemme pohtineet, ja sen lähtökohtana ovat olleet osaston tarpeet.

Ryhmätyöskentelyssä olemme osoittaneet omasta mielestämme hyviä tiimityöskentelytaitoja. Olemme aikatauluttaneet työmme edistymisen tarkasti ja pysyneet määrittelemisissä tavoitteissa. Parityöskentely on toiminut moitteettomasti. Olemme pyrkineet prosessin aikana oppimaan toinen toisiltamme ja luomaan kumpaakin osapuolta tyydyttäviä ratkaisuja. Myös yhteistyötahojamme otimme huomioon läpi prosessin ja olimme osastofarmaseuttiin yhteydessä sähköpostitse aktiivisesti kysyen mielipidettä sekä parannusehdotuksia. Opinnäytetyön

ohjauksesta olisimme voineet saada enemmän hyötyä, mutta aikataulullisista seikoista johtuen tämä jäi prosessin kuluessa hyödyntämättä niin hyvin, kuin se olisi ollut mahdollista.

Koemme, että olemme työn aikana kehittäneet osaamistamme ainakin tiedonhankinnassa sekä kirjallisessa raportoinnissa. Olemme myös oppineet uutta tietoa tutkimuslupakäytänteistä hakiessamme tutkimuslupaa omaan työhömmе. Lisäksi potilasturvallisuuteen sekä lääkitysturvallisuuteen liittyvä teoretieto on ollut hyödyllistä ammatillisesta näkökulmasta käsin.

### 13 Pohdinta

Läkitysturvallisuutta käsittelevät teemat koskettavat monella tavalla käytännön hoitotyötä. Monesti lääkitysturvallisuuteen liittyvät käytänteet muuttuvat arjessa hyvin joustavasti ja vakioitujen puitteiden luominen tähän voi olla toisinaan haastavaa. Koska hoitotyön arki on monesti hektistä ja kuormittaa työntekijää, saattaa lääkehoitoa toteuttavan ammattihenkilön olla haastavaa pitää turvallisuutta koskevia seikkoja ohjenuoranaan. Uusien työntekijöiden perehdytyksessä näiden asioiden painottamisen tulisi kuitenkin olla rutiini ja toivottavaa.

Pyrimme työllämme vastaamaan osittain näihin haasteisiin sekä edistämään lääkehoidon näkökulmasta turvallisempaa ympäristöä niin potilaille kuin työntekijöillekin. Työllämme pyrimme vastaamaan konkreettiseen tarpeeseen tuotoksenamme syntyneen perehdytyslomakkeen avulla. Koemme, että mikäli perehdytyslomakkeemme otetaan aktiiviseen käyttöön osastolla, on mahdollista, että edistämme omalta osaltamme uuden työntekijän asianmukaisen perehdytyksen toteutumista.

Kun lähdimme toteuttamaan perehdytyslomakettamme, yhtenä keskeisenä ja hyödyllisenä lähteenä toimi osastolla vuonna 2012 tehty lääkitysturvallisuusauditointi, johon oli listattu haasteita lääkitysturvallisuutta koskevissa asioissa. Teoretietoa keräsimme niin lääkehoitoon, lääkitysturvallisuuteen kuin potilasturvallisuuteen liittyvästä kirjallisuudesta. Näiden lähteiden avulla pystyimme lähtemään varsinaisen perehdytyslomakkeen toteuttamiseen vahvemalla tietoudella aiheesta. Hyödynsimme työtä tehdessämme myös osaston omaa lääkehoidonsuunnitelmaa, joka oli luotu Sosiaali- ja terveysministeriön suositusten mukaisesti.

Mielestämme lopputulos on tavoitteitamme mukaileva sekä toteutettu ottaen huomioon projektille asettamamme aikataulut. Pääperiaatteenamme työtä tehdessä oli saavuttaa ratkaisu, joka on yksinkertainen ja toimiva. Toivomme, että lopullinen perehdytyslomakkeemme otetaan osastolla aktiiviseen käyttöön. Lisäksi toivomme, että lomakkeen hyöty välittyy uusille työntekijöille, ja he saisivat tarvitsemansa tiedot samojen vakioitujen puitteiden mukaisesti. Konkreettinen hyöty toivottavasti näkyy potilasturvallisuudessa, ja pystyisimme täten omalta

osaltamme vaikuttamaan esimerkiksi lääkeshoidossa tapahtuviin poikkeamiin ja haittatapah-  
tumiin.

Opinnäytetyöprosessi on ollut kokonaisuudessaan ammatillista osaamista kehittävä nimen-  
omaan lääkeshoidon sekä lääkitysturvallisuuden näkökulmasta. Lisäksi toivomme, että työ on  
antanut meille lähtökohdat viedä eteenpäin lääkitysturvallisuutta koskevaa tietoutta sekä  
vaikuttaa mahdollisesti myös omiin tuleviin työympäristöihimme tässä asiassa. Prosessin aika-  
na olemme hioneet kykyjämme toimia hankkeenomaisessa projektissa sekä tuottaneet mieles-  
tämme lopputyön, jossa tuomme esille omaa osaamistamme ja oppimistamme riittävässä mää-  
rin.



## Lähteet

### Kirjallisuuslähteet

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus - Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännöllisesti. Helsinki: Edita.

Helovuori, A. ”Inhimilliset tekijät, tiimityö ja turvallisuus - mitä voimme oppia ilmailusta?”. Potilasturvallisuus ensin - Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry  
Saatsi, J., Haavisto M. & Oksama, L. 2011. Inhimillisten tekijöiden hallinta lentoteknisessä työssä. Helsinki: Opetushallitus.

Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Hygieia. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A. & Syväoja P. 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro.

Kinnunen, M. & Peltomaa K. ”Moniulotteinen potilasturvallisuus”. Potilasturvallisuus ensin - Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry

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

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Nurminen, M-L. 2012. Lääkehoito. Helsinki: Sanoma Pro.

Salonen, A. 2004. Mentorointi ja sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

STM. 2006. Turvallinen lääkehoito - Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Yliopistopaino

### Internetlähteet

Hyvinkää. Terveyskeskussairaala. Päivitetty 14.11.2012. Viitattu 5.9.2013.  
<http://www.hyvinkaa.fi/fi/Perhe--ja-sosiaalipalvelut/lkaihmisten-palvelut/Terveyskeskuksen-vuodeosastot/>

Juuti, H. 2012. Sairaanhoitaja lääkehoidon ohjaajana. Lääketietokeskus. Viitattu 24.9.2013.  
<http://www.slideshare.net/Laaketietokeskus/sairaanhoitaja-lkehoidon-ohjaajana-tutkimustuloksia-ja-tykaluja-lkeinformaatioproviisori-hanne-juuti-lketietokeskus>

Lääkehoidon turvallisuus. 2013. THL. Viitattu 16.9.2013.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/laakehoidon-turvallisuus](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/laakehoidon-turvallisuus)

Macintyre, P.E. 2013. Safety and efficacy of patient-controlled analgesia. British Journal of Anaesthesia. Volume 87, Issue 1, 36-46. Viitattu 15.12. 2013.  
<http://bjaoxfordjournals.org/content/87/1/36.full>

Mitä on potilasturvallisuus? 2013. THL. Viitattu 5.9.2013.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus)

Ritkala-Castrén, M. 2006. STM opastaa: Lääkehoitoon turvallisuutta lääkehoitosuunnitelman avulla. Sairaanhoitaja-lehti. 3/2006. Viitattu 14.9.2013.

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/3\\_2006/ajankohtaiskirjoitus/stm\\_opastaa\\_laakehoitoon\\_turvall/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/3_2006/ajankohtaiskirjoitus/stm_opastaa_laakehoitoon_turvall/)

STM. 2005. Turvallinen lääkehoito - valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Viitattu 16.9.2013. [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1083030](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1083030)

Stakes. 2006. Työpaperieita 28/2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto s.7 (PDF). Viitattu 17.9.2013. <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>

World Alliance for Patient Safety. 2008. Research for patient safety - Better Knowledge for Safer Care. World Health Organization. Viitattu 3.9.2013. [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_en.pdf)

## Kuvat

Kuva 1: Veräjänkorva O., Huupponen R., Huupponen U. & Kaukkila H-S., Torniainen K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kuva 2: Swot-analyysi

## Liitteet

Liite 1: Tutkimuslupa

Liite 2: Lääkehoidon perehdytyslomake

**HYVINKÄÄN KAUPUNKI**  
**Perusturva**

**Koti- ja laitospalveluiden johtajaylilääkärin päätös § 72 04.10.2013**

---

**072/2013 Tutkimuslupahakemus/Irina Ahonen ja Ria Etholén**

(Valmistelija: Vainio Päivi C, p. 019-459 4980)

Laurea ammattikorkeakoulussa opiskelevat Irina Ahonen ja Ria Etholén hakevat tutkimuslupaa opinnäytetyötään varten. Tutkimuksen aiheena on lääkehoidon perehdytyslomake/lääkehoidon turvalliset käytänteet Hyvinkään terveyskeskuksen vuodeosastolla 1.

**Päätös** Päätän myöntää Irina Ahoselle ja Ria Etholénille hakemansa tutkimusluvan tutkimussuunnitelman mukaisesti.

Valmis tutkimus tulee toimittaa Hyvinkään kaupungin koti- ja laitospalveluille kirjallisessa muodossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon salassa pidettävien asiakirjojen tutkimuskäyttökirje on annettu luvan hakijoille.

  
**Koti- ja laitospalveluiden johtajaylilääkäri Pirjo Laitinen-Parkkonen**

**Liitteet** tutkimuslupahakemus ja -suunnitelma

**Tiedoksi** Irina Ahonen  
Ria Etholén  
osastonhoitaja, Rauni Kiviniemi  
kotona asumista tukevien palveluiden johtaja  
perusturvalautakunta

## Hoitohenkilökunnan perehdytys lääkehoitoon

Perehdytettävä: \_\_\_\_\_

	PVM	Perehdyttäjä	Perehdytettävä	Muistiinpanoja
<b>Lääkehoidon osaamisen varmistaminen</b>				
Lupakäytännöt				
Love-koulutus				
Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako				
Lääkehoitosuunnitelma				
Lainsäädäntö				
<b>Lääkehuolto</b>				
<b>Lääkkeiden käsittely</b>				
Aseptiikka				
Lääkkeiden jakaminen				
Kaksoistarkastus				
Potilaan identifiointi				
Lääkkeen antaminen				
<b>Lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen</b>				
Injektiot				
➤ i.m.-injektiot				
➤ s.c.-injektiot				
I.V-lääkkeet				
➤ Aseptiikka				
Kipupumppu				
<b>Korkean riskin lääkkeet</b>				
Huumausaineet				
Antikoagulantit				
Insuliini				
Sytostaatit				
<b>Dokumentointi ja seuranta</b>				
Lääkehoidon vaikuttavuuden				

arviointi				
Lääkehoidon haittavaikutuk- sien arviointi				
Lääkityspoikkeamat				
Lääkemääräykset				
Kirjaaminen				
<b>Informointi ja tiedonanto</b>				
Potilaan kotiutuminen ja jat- kohoitoon siirtyminen				
Potilaan informointi				

## Perehdytyksen tueksi

Oheen on koottu muutamia muistitärppejä selkeyttämään perehdytyslomakkeen käyttöä.

### **Lääkehoidon osaamisen varmistaminen**

”Lääkehoidon osaamisen varmistaminen” otsikon alla mainitut kohdat löytyvät osaston lääkehoitosuunnitelmasta, joka tulisi esitellä perehdytettävälle perehdytyksen alkuvaiheessa.

### **Lääkehuolto**

Myös lääkehuollon asiat esitellään kattavasti osaston lääkehoitosuunnitelmassa, lääkehuollosta on osastolla jo olemassa oma perehdytyslomake, joka löytyy lääkehoitosuunnitelman lopusta.

### **Aseptiikka**

Perehdytyksessä on hyvä korostaa aseptista työtapaa. Aseptiikkaan kuuluu muun muassa käsien desinfiointi sekä hanskojen käyttö sekä oikeiden työvälineiden käyttö lääkkeiden jaossa, kuten lääkkeenpuolittaja sekä atulat tai lääkelusikka. Alan kirjallisuudesta löytyy runsaasti lisätietoa aseptiikasta.

### **Korkean riskin lääkkeet**

Korkean riskin lääkkeillä tarkoitetaan lääkkeitä, joiden kanssa tulisi noudattaa erityistä tarkkaavaisuutta. Huumausaineiden kohdalla tulee avata huumausaineiden säilytys, tilaaminen sekä käsittely ja oikeaoppinen dokumentointi.

Antikoagulanttien (esim. Marevan) kohdalla tulee muistuttaa hoidon riskeistä, kirjanpidosta sekä tavoiteltavista INR-arvoista. Tässä kohtaa tulee myös käydä läpi, miten lääkemääräykset toteutetaan käytännössä (Marevan-kortti).

Insuliinihoidossa tulee käydä läpi missä insuliinit säilytetään, milloin pistetään, mihin kirjataan. Mikäli osastolla on käytössä insuliinikynät, on hyvä muistuttaa kynien potilaskohtaisuudesta.



## **Kipupumppu**

Kipupumpun käyttöön on olemassa oma kattava manuaali, joka on hyvä kerrata.

## **Lääkkeiden jakaminen**

Tässä kohtaa on hyvä kiinnittää erityistä huomiota lääkehoidon käytännön toteuttamiseen. Lääkkeiden antaminen potilaalle tulisi tapahtua lääkkeiden kaksoistarkastuksen jälkeen ja potilaan henkilöllisyys tulisi tarkistaa kahdella eri tavalla (potilaalta nimen kysyminen sekä potilasrannekkeen tarkistaminen). Lääkehoidon vaikuttavuuden kuin myös haittavaikutusten arviointia tulisi suorittaa aktiivisesti.

Lääkityspoikkeamiin löytyy osastokohtainen ohjeistus osaston lääkehoitosuunnitelmasta.

## **I.V-lääkehoito**

Aseptisten työtapojen lisäksi I.V-lääkehoidon kohdalla tulisi vielä painottaa lääkehoidon vaikuttavuuden sekä haittavaikutusten seuranta. Erityisesti toimintatavat akuutin haittavaikutustapahtuman (esimerkiksi anafylaktinen reaktio) sattuesssa tulisi käydä perehdytyksessä läpi.

## **Dokumentointi ja seuranta**

Perehdytettävän kanssa tulisi käydä läpi osaston kirjaamiskäytännöt. Lääkehoidon vaikuttavuuden sekä haittavaikutusten arviointia tulisi suorittaa aktiivisesti ja arviot tulisi myös muistaa kirjata.

## **Informointi ja neuvonta**

Potilaan kotiutuessa tai jatkohoitoon siirtyessä tulee antaa lääkehoidosta suullinen ohjeistus, sekä antaa mukaan kirjalliset ohjeet.