

TURVALLINEN LÄÄKEHOITO HOIVAKODEISSA

Saara Autio, Elisa Hyry ja
Johanna Skyttä
Opinnäytetyö, kevät 2016
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Autio, Saara; Hyry, Elisa ja Skyttä, Johanna. Turvallinen lääkehoito hoivakodeissa. Helsinki, kevät 2016, 64 s., 3 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten turvallinen lääkehoito toteutuu ja millaisia lääkehoidon riskitekijöitä Diakonissalaitoksen Hoiva Oy:n hoivakodeissa on. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa lääkehoidon toteuttamisesta ja riskitilanteiden ennaltaehkäisystä.

Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla haastattelulomakkeella, jossa oli kaksitoista avointa kysymystä. Lomake laadittiin teorialiedon, aiheen aikaisempien tutkimusten ja yhteistyökumppanin asiantuntijan toiveen pohjalta. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Kohderyhmänä olivat Viikin, Alppikadun ja Pitäjänmäen hoivakodeissa työskentelevät sairaanhoitajat. Haastatteluihin osallistui kuusi sairaanhoitajaa. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Aineisto käsiteltiin teemoittelun avulla.

Opinnäytetyöstä saatujen tulosten mukaan lääkehoito toteutui hoivakodeissa pääsääntöisesti turvallisesti. Toimintatavat ovat vakiintuneita ja asukkaan hyvinvointia ja turvallisuutta tukevia. Merkittäviksi tekijöiksi turvallisen lääkehoidon toteutumisen kannalta nousivat hoitajan lääkehoito-osaaminen, lääkkeiden kaksostarkastus, täydennyskoulutus, asukkaan terveydentilan huomioiminen, rauhallinen ympäristö sekä hoitajan motivaatio ja asenne.

Lääkehoidossa ei ilmennyt merkittäviä riskikohtia. Yleisimmät lääkevirheet tapahtuivat lääkkeiden jako- ja antotilanteissa. Suurimmiksi lääkevirheiden aiheuttajiksi koettiin kiire, inhimillinen erehdys ja rauhaton ympäristö. Haasteena koettiin myös rinnakkaisvalmisteiden tunnistaminen. Tulosten mukaan hoivakodeissa oli yhtenäiset ja toimivat käytänteet lääkepoikkeamatilanteissa.

Kehittämisehdotuksena sairaanhoitajat esittivät vastuun jakautumisen selkeyttämistä työvuorossa. Raportoinnissa ja lääkehoidon vaikutusten kirjaamisessa oli myös kehitettävää. Lääkkeenjakoiloissa oli puutteita ja henkilökunta toivoi erillistä lääkkeenjakoilaa. Lääkeluvan saamisessa oli joiltakin osin kehitettävää ja siihen toivottiin lisää haastavuutta. Lääkehoidon lisäkoulutuksia toivottiin säännöllisesti.

Tuloksia voidaan hyödyntää turvallista lääkehoitoa kehitettäessä. Opinnäytetyön tulosten pohjalta on tehty turvallisen lääkehoidon toteuttamisen suositus, joka on liitteenä työssä.

Asiasanat: lääkehoito, turvallinen lääkehoito, lääkehoitoprosessi, lääkityspoikkeama, lääkehoidon osaaminen

ABSTRACT

Autio, Saara; Hyry, Elisa ja Skyttä, Johanna. Safe medical therapy in nursing homes. 64 p., 3 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2016. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing: Nurse.

The goal of this thesis work was to assess how safe medical therapy is realized in the nursing homes of the Helsingin Diakonissalaitoksen Hoiva Oy, and to identify possible risk factors for medication errors. The aim of the thesis work was to produce information about the quality of the medical therapy, and prevention of medication errors.

Material was gathered in semi-structured individual interviews, with the target group consisting of registered nurses from three nursing homes in the Helsinki area. Altogether six persons were interviewed. The interview form was compiled based on previous knowledge on the topic and suggestions received from an expert collaborator. The study was realized using the qualitative research method. Thematic analysis was applied to the research material.

The results indicate that the medical therapy is mainly realized in a safe manner. The ways of working are established and supportive of the safety and wellbeing of the occupants. The following were identified as significant factors contributing to the realization of safe medical therapy: good competence and motivation among the nurses, double checking of the medications, supplementary training, observance of the occupants' health and a peaceful working environment.

No major risk factors were identified with regard the safe realization of the medical therapy. Medication errors were most probable to occur during the distribution and administration of the medications. Hurry, human error and a restless environment were identified as the most significant causes for the errors. Identifying the various generic products was also considered a challenge. The nursing homes shared coherent and efficient practises for situations where medication errors would have occurred.

As a proposal for improvement, the interviewees called for clearer identification and definement of their areas of responsibility during a shift. There was also room for improvement in the reporting and registration of the effects of the medical therapy. Deficiencies were identified in the premises used for the distribution of medications. Dedicated premises were hoped for. The authentication to give medical therapy was too easily obtainable. Regular training on medical therapy related topics were also hoped for.

The results of this study are exploitable in the development of safe medical therapy. A guideline for the implementation was made based on the conclusions of the study. The guideline is presented as an appendix of this thesis.

Keywords: safe medical therapy, medication process, medication error, medical therapy competence

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 LÄÄKEHOITO	8
2.1 Lääkehoitoa ohjaavat säädökset	8
2.2 Lääkkeiden antotavat ja lääkemuodot	9
2.3 Lääkkeiden vaiheet elimistössä	11
2.4 läkkäiden lääkehoidon erityispiirteitä	12
3 LÄÄKEHOITOPROSESSI	14
4 TURVALLINEN LÄÄKEHOITO HOIVAKODEISSA	16
4.1 Lääkehoidon osaaminen	16
4.2 Lääkehoidon toteuttaminen	18
5 LÄÄKEHOIDON RISKIT	21
5.1 Lääkityspoikkeamat ja vaaratilanteet	21
5.2 Lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutukset	23
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	25
7 YHTEISTYÖKUMPPANI	26
8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	28
8.1 Laadullinen tutkimus	28
8.2 Aineiston keruu	29
8.3 Aineiston analyysi	30
9 TULOKSET	33
9.1 Turvallisen lääkehoidon toteutuminen hoivakodeissa	33
9.1.1 Vastuu lääkehoidosta	33
9.1.2 Lääkehoidon osaaminen	35
9.1.3 Lääkehoitoon liittyvät tilannetekijät	36
9.1.4 Hoitajiin liittyvät tekijät lääkehoidon toteuttamisessa	38
9.2 Lääkehoidon riskitekijät	39
9.2.1 Lääkehoidon yleisimmät virheet	39

9.2.2 Virheiden aiheuttajat lääkehoidossa	40
9.2.3 Toiminta lääkevirheen sattuessa	42
9.2.4 Lääkevirheiden ennaltaehkäiseminen.....	42
9.3 Kehittämisideat.....	44
10 POHDINTA	46
10.1 Tulosten pohdinta ja jatkokehittämishaasteet.....	46
10.2 Opinnäytetyön eettisyys	50
10.3 Opinnäytetyön luotettavuus	52
10.4 Oma ammatillinen kehittyminen opinnäytetyöprosessin aikana	54
LÄHTEET	60
LIITE 1: Haastattelukysymykset.....	65
LIITE 2: Suostumus tutkimukseen osallistumisesta	66
LIITE 3: Yhteenveto turvallisen lääkehoidon toteuttamisesta.....	67

1 JOHDANTO

Suomessa haasteita lääkehoidon turvalliselle toteuttamiselle tuo nopea teknologian ja lääketieteen kehitys (Härkänen, Turunen, Saano & Vehviläinen-Julkunen 2013, 51). Potilasturvallisuus on ollut viimeisten vuosien aikana terveydenhuollon palvelujärjestelmän tärkeimpiä kehittämiskohteita (Pitkänen, Teuvo, Ränkimies, Uusitalo, Oja & Kaunonen 2014, 177–178). Väestön ikääntyminen, kotihoidon lisääntyminen, eri ammattiryhmien vastuualueiden muutokset, sähköisen potilasasiakirjajärjestelmän yleistyminen, henkilöstön vähäisyys, työntekijöiden nopea vaihtuminen sekä tehokkuuden korostuminen lisäävät riskiä lääkehoidon toteutuksessa (Härkänen ym. 2013, 51). Viime vuosina lääkkeiden käyttö on lisääntynyt eliniän pidentymisen ja sairastavuuden yleistymisen vuoksi. Ikääntyessä lääkityksen tarve kasvaa, sillä sairastavuus yleistyy. Ikääntyvillä erityisesti masennus-, uni-, kolesteroli- ja mahahaavalääkkeiden käyttö on lisääntynyt. Monilääkitys kasvaa, sillä ikäihmisillä monien sairauksien kuten verenpainetaudin, astman ja sepelvaltimotaudin hoitoon käytetään useiden lääkkeiden yhdistelmähoitoa. (Klaukka 2005.)

Lääkehoito tutkimuskohteena on tärkeä, sillä lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat ovat nykypäivänä terveydenhuollon yleisimpiä potilasturvallisuutta uhkaavia tekijöitä (Pitkänen ym. 2014, 177). Jopa noin kaksi kolmasosaa potilaiden hoidossa tapahtuneista virheistä ovat lääkehoitoon liittyviä (Härkänen ym. 2013, 51). Lääkehoidon vaaratapahtumat liittyvät useimmiten lääkkeiden määräämiseen, lääkkeiden jakoon, lääkkeiden antoon tai lääkehoidon kirjaamiseen. Potilas voi saada epähuomiossa väärän lääkkeen, toisen potilaan lääkkeen, virheellisen annoksen lääkettä, lääkkeen väärään aikaan tai potilas ei saa lainkaan lääkettä. (Pitkänen ym. 2014, 179.) On arvioitu, että potilasturvallisuutta kehittämällä on vältettävissä noin puolet lääkehoidossa tapahtuvista virheistä. Lääkehoitoon liittyvät haittatapahtumat aiheuttavat inhimillistä kärsimystä, pitkittyneen hoitojakson tai jopa kuoleman. Niistä aiheutuu myös huomattavia lisäkustannuksia ja ylimääräistä työtä terveydenhuollossa. (Härkänen ym. 2013, 50.)

Saimme idean opinnäytetyöhömme tavattuamme Hoiva Oy:n yhteistyökumppanin Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyötorilla, jossa hän tarjosi aiheeksi lääkehoidon laatu Hoiva Oy:n toimintayksiköissä. Hoiva Oy:n yksiköissä toivottiin tutkimusta lääkehoidon laadusta ja sen turvallisesta toteutumisesta hoivakodeissa. Hoiva Oy:n hoivakodit tarjoavat tehostettua palveluasumista ikääntyville, jotka eivät enää selviydy arjesta yksin tai kotihoidon turvin (Diakonissalaitoksen Hoiva i.a.). Ikääntyneiden asuminen vanhainkodeissa ja tavallisessa palveluasumisessa on laskenut viime vuosina, kun taas tehostetussa palveluasumisessa asuminen on lisääntynyt (Elo, Saarnio & Isola, 2013, 17). Keskeisiä pitkäaikaiseen laitoshoitoon johtavia syitä ovat muistisairaus, Parkinsonin tauti, mielenterveysongelmat, heikentynyt fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky, vaikeudet päivittäisissä toiminnoissa ja yksin asuminen (Lehtiranta, Leino-Kilpi, Koskenniemi, Jartti, Hupli, Stolt & Suhonen 2014, 115–116).

Kiinnostuimme aiheesta, koska lääkehoidon toteuttaminen on merkittävä osa sairaanhoitajan työnkuvaa. Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen edellyttää sairaanhoitajalta erilaisia tietoja ja taitoja tunnistaa lääkehoidon toteutuksessa esiintyviä vaaratapahtumia sekä ammatillista kykyä toimia vaaratilanteissa. Työmme tavoitteena on kehittää turvallisen lääkehoidon toteutusta ja riskitilanteiden ennaltaehkäisyä Hoiva Oy:ssä.

2 LÄÄKEHOITO

Lääkehoidon tavoitteena on sairauden oireiden, kivun ja kärsimyksen lievittäminen tai sairauden parantaminen (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukila & Torniainen 2006, 32). Iäkkäiden lääkehoidolla pyritään parantamaan toimintakykyä, elämänlaatua sekä pidentämään elinikää. Lisäksi iäkkäillä tulee olla mahdollisuus terveelliseen ravintoon, sosiaalisiin suhteisiin, hyvään vuorokausirytmiiin, liikuntaan ja ulkoiluun. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 126.) Lääkehoidossa sairaanhoitaja vastaa potilaan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta turvallisuudesta. Lääkehoidon seurantaan kuuluvat peruselintoimintojen eli hengityksen, tajunnan tason ja verenkierron tutkiminen, ylläpitäminen ja arvioiminen. (Veräjänkorva ym. 2006, 32.)

2.1 Lääkehoitoa ohjaavat säädökset

Suomen perustuslaki (731/1999) määrittelee kaikille oikeuden riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää terveydenhuollossa potilasta koskevan tietosuojan sekä toiminnan. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) määrittää asetetut vaatimukset terveydenhuoltoalan ammattilaiselle osaamisesta sekä toiminnasta. Kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) määrittävät yksilön oikeudet kunnan ja valtion ylläpitämiin terveydenhuollon- sekä erikoissairaanhoitopiirien tarjoamiin palveluihin.

Lääkehoidon toteuttamista ohjaavat Suomessa eri lait ja asetukset. Lääkelain (395/1987) tarkoituksena on edistää ja ylläpitää lääkkeiden käytön turvallisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta. Laeissa määritellään ja pyritään varmistamaan lääkkeiden asianmukainen valmistus ja saatavuus maassa. Laki erittelee lääketehaiden toiminnan vastuun koskien lääkkeiden valmistusta, maahantuontia, jakelua, välittämistä, myyntiä sekä lääketuotannon valvontaa ja lääkkeiden välittäjiä. Tä-

hän sisältyvät myös lääkkeiden tutkimukset sekä niiden jakelu sairaaloissa ja terveyskeskuksissa. Lääkeasetuslaki (693/1987) koskee lääkkeiden valmistusta, maahantuontia ja tukkukauppaa. Lääkeasetuksessa annetaan lääkelakia täydentäviä tarkempia määräyksiä (Nurminen 2004, 556).

Kansalaisen perusoikeudet nojaavat siihen, että lain edessä kaikki ihmiset ovat yhdenvertaisia ja heillä tulisi olla yhtäläinen kohtelu (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 5). Mahdollisia hoitovirheitä varten on olemassa potilasvahinkolaki (585/1986), jonka tarkoitus on turvata potilaalle oikeus korvauksiin hoidosta tai hoidon laiminlyönnistä johtuvat hoitovirheet tai virheellisistä toimenpiteistä johtuvat komplikaatiot, jotka voivat pahimmassa tapauksessa johtaa kuolemaan.

Sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa on määriteltä, että sairaanhoitajan tehtäviin kuuluvat väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Eettiset ohjeet ohjaavat myös sairaanhoitajan toimintaa potilastyössä. Sairaanhoitajan tulee auttaa ihmisiä ikään ja elämäntilanteeseen katsomatta sekä palvella yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Ihmisten hoidossa pyritään tukemaan ja lisäämään omia voimavaroja sekä parantamaan elämänlaatua. Sairaanhoitaja on vastuussa tekemästään työstä sekä oman ammattitaidon ylläpitämisestä ja kehittämisestä. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 18–19.) Turvallisen lääkehoidon kehittäminen on jokaisen hoitotyötä tekevän eettinen velvollisuus (Pitkänen ym. 2014, 180). Lääkehoidon toteuttamisessa on monenlaisia eettisiä kysymyksiä, joita sairaanhoitaja kohtaa erilaisissa tilanteissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 5).

2.2 Lääkkeiden antotavat ja lääkemuodot

Lääkkeitä voidaan antotavasta riippuen jakaa joko enteraalisesti tai parenteraaliseksi annettaviin lääkkeisiin. Enteraalisesti lääkkeitä annetaan ruoansulatuskanavaan, joko suuonteloon, peräsuoleen eli rektaaliseksi tai ruokintaletkuun. Ruokintaletkulla tarkoitetaan joko nenämahaletkua tai PEG-letkua, joiden kautta ravinto

ja lääkeaineet viedään suoraan mahalaukkuun. Parenteraalisella antotavalla tarkoitetaan kaikkia ruoansulatuskanavan ohi annettavia lääkkeitä, jotka voidaan antaa hengitysteihin, iholle, silmään, emättimeen tai korvaan. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 53.)

Enteraalisesti annettavia lääkkeitä ovat muun muassa tabletit, kapselit, liuokset sekä puru- ja poretabletit. Depot-valmisteiden lääkeaineen päällyste on valmistettu siten, että lääkeaine vapautuu hitaasti ja tasaisesti kun taas entero-valmisteissa lääkeaine vapautuu vasta ohut- tai paksusuoleessa. Parenteraalisesti annettavia lääkemuotoja ovat esimerkiksi inhaloitavat sumutteet, tipat nenäonteloon, silmään, korvakäytävään sekä erilaiset injektiot ihonalaiskudokseen tai lihakseen. Lääkehoidon turvallisuuden kannalta on tärkeää tietää eri lääkemuotojen käyttäytyminen ja vaikutus elimistössä. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 54–57, 64–74.)

Lääkkeen antotapa määrittää lääkkeen halutun vaikutuksen, voimakkuuden, alkamisnopeuden ja lääkeaineen puoliintumisajan. Puoliintumisaika tarkoittaa aikaa, jolloin yhden lääkeannoksen pitoisuus laskee muuttumattomana puoleen lääkeaineen korkeimmasta pitoisuudesta verenkierrossa. (Tokkola 2010, 146.) Suun kautta otettavien lääkkeiden vaikutusaika on usein pitkäkestoisempi ja alkamisnopeus hitaampi kuin esimerkiksi suoraan laskimoon annettavilla lääkeaineilla. Laskimoon annettavien lääkeaineiden vaikutus alkaa heti ja kesto on yleensä lyhyempi. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 54.)

Jokaisella lääkeaineella on yksilöllinen terapeutinen leveys. Se tarkoittaa pienimmän mahdollisen ja suurimman mahdollisen vaikuttavan lääkeannoksen välistä eroa, ja tällä saadaan aikaan hoitovaikutus ilman vakavia sivuvaikutuksia. Turvallisen lääkehoidon kannalta lääkeaineet, joilla on suuri terapeutinen leveys ovat turvallisempia kuin lääkeaineet, joiden terapeutinen leveys on kapea. Kapeaterapeutin lääkkeen annoksen ylittäminen aiheuttaa herkästi haittavaikutuksia. (Tokkola 2010, 142.)

2.3 Lääkkeiden vaiheet elimistössä

Farmakokinetiikalla tarkoitetaan lääkkeen vaiheita elimistössä lääkeaineiden imeytymisestä jakautumiseen sekä metaboliaan eli aineenvaihduntaan ja erittymiseen elimistön ulkopuolelle. Lääkeaineen absorptio eli imeytyminen tarkoittaa lääkeaineen kulkua antopaikasta verenkiertoon. Suun kautta otettavat lääkeaineet kulkeutuvat ruokatorven kautta mahalaukkuun, jossa ne liukenevat ja imeytyvät mahan limakalvolta tai ohutsuolen alkuosasta verenkiertoon kulkeutuen porttilaskimoa pitkin maksaan. Maksa muuntaa osan lääkeaineesta tehottomaan muotoon, joka erittyy elimistöstä. Tämä on ensivaiheen metabolia. Parenteraalisesti annettavilla lääkeaineilla ensivaiheen metabolia jää pois, koska ne imeytyvät vaikutuspaikaltaan suoraan isoon verenkiertoon kulkematta ensin maksan kautta. Enteraalisesti annettavista lääkkeistä vain osa lääkeaineesta pääsee maksan ensivaiheen metabolian kautta jatkamaan suureen verenkiertoon ja jakautumaan siten verenkierron kautta ympäröiviin kudoksiin, kohde elimiin ja niiden soluihin. (Tokkola, 2010, 143–144.)

Vesiliukoiset lääkeaineet jakautuvat kehon veteen ja rasvaliukoiset lääkeaineet liukenevat kehon rasvoihin. Lääkkeen ominaisuuksista riippuen lääkeaine sitoutuu joko kehon proteiineihin tai jää niin sanotusti vapaaksi lääkeaineeksi, joka pystyy läpäisemään verisuonten seinämän ja kulkemaan halutulle vaikutuspaikalle soluihin. Kun lääkeaine on vaikuttanut kohdesolussa, se siirtyy takaisin verenkiertoon ja sieltä takaisin maksaan. Maksa on tärkein lääkeaineiden aineenvaihduntaelin, sillä se muuntaa lääkeaineet tehottomaan muotoon. Lääkeaineiden aineenvaihdunnassa syntyneet rasvaliukoiset aineet muutetaan maksassa vesiliukoisiksi ja näin ne voivat erittyä munuaisten kautta virtsaan ja poistua elimistöstä. (Tokkola, 2010, 144–146.)

2.4 Iäkkäiden lääkehoidon erityispiirteitä

Ikääntyessä sairaudet yleistyvät ja hyvän hoidon toteuttamisessa saatetaan tarvita useita lääkkeitä. Lisääntynyt lääkkeiden käyttö johtaa haittavaikutusten yleistymiseen. (Kivelä 2006, 40.) Lääkkeiden farmakokinetiikkaan vaikuttavat iän ja sairauksien aiheuttamat muutokset. Vanhetessa munuaisten toiminta heikkenee ja lääkeaineiden erittyminen virtsaan hidastuu. Myös maksan toiminta saattaa heiketä ja näin lääkeaineiden metabolia eli hajoaminen voi olla hitaampaa. Vanhuksilla riski lääkeaineiden yliannosteluun kasvaa lääkkeiden eliminaation hidastuessa, mikäli lääkannosta ei pienennetä. Yleisesti yli 80-vuotiaiden lääkeannosten tulisi olla puolet normaalista annoksesta. Annostelussa tulee huomioida myös yksilölliset erot, sillä ikääntyessä fysiologiset muutokset vaihtelevat yksilöittäin. Ikääntyessä lääkkeiden vaikutukset ovat usein voimakkaampia kuin nuoremmilla, sillä ikääntyneet saattavat olla herkistyneitä lääkeainevaikutuksille. Yleisohjeena voidaan pitää, että lääkitys aloitetaan pienellä annoksella ja annostelun tulisi olla yksinkertaista. (Nurminen 2012, 570–572.)

Keskushermostoon vaikuttavilla lääkeaineilla on usein voimakkaampi vaikutus ikääntyneeseen. Rauhoittavina ja unilääkkeinä käytettävät bentsodiatsepiinit, voimakkaat kipulääkkeet eli opiaatit, antikolinergiset Parkinsonismilääkkeet saattavat aiheuttaa herkästi sekavuutta ja muistihäiriöitä. Monet psyykenlääkkeet, kuten neuroleptit ja antikolinergisesti vaikuttavat lääkeaineet voivat aiheuttaa myös ummetusta, virtsaamisvaikeuksia, suun kuivumista sekä silmänpaineen nousumista vanhuksilla. Verenpainetta alentavilla kalsiumkanavan salpaajilla ja diureeteilla on usein tehokkaampi vaikutus iäkkäisiin verrattuna nuorempiin. Päinvastainen vaikutus on iäkkäiden kohdalla beetasalpaajien ja ACE:n estäjien kanssa. Verenpaineen alentamiseen käytettävät lääkeaineet voivat laskea verenpainetta liikaa ja aiheuttaa huimausta, sillä verenpaineen säätelyjärjestelmä heikentyy iän myötä. Jotkut lääkeaineet voivat aiheuttaa piilevien sairauksien puhkeamisen. Beetasalpaajien käyttö voi johtaa sydämen vajaatoimintaan sekä kortikosteroidit ja diureetit saattavat heikentää sokeritasapainoa elimistössä ja näin vaikuttaa diabeteksen syntymiseen. (Nurminen 2012, 571.)

lääkkäiden lääkityksen tietokanta on kehitetty turvallisen lääkehoidon tueksi ja kliinisen päätöksenteon parantamiseksi. Tietokanta on julkaistu Fimean eli lääkealan turvallisuus - ja kehittämiskeskuksen internetsivuilla. Se on tarkoitettu lääkäreiden ja yleensä terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön. Tietokannasta löytyy tietoa eri lääkkeiden soveltuvuudesta ja turvallisuudesta iäkkäälle. (Nurminen 2012, 573–574.)

3 LÄÄKEHOITOPROSESSI

Lääkehoitoa toteutetaan erilaisissa ympäristöissä kuten sairaalassa, hoitokodissa, neuvolassa, terveyskeskuksessa, työterveyshuollossa ja kotona. Lääkehoidon toteuttaminen on moniammatillista toimintaa, johon osallistuvat potilaan lisäksi ainakin lääkäri ja hoitaja. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 43–44.) Lääkärin tehtävänä on päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja hoidosta. Vastuu lääkehoidon toteuttamisesta on lääkärin määräyksen mukaan useissa paikoissa pääasiassa sairaanhoitajilla, kättilöillä, terveydenhoitajilla ja ensihoitajilla. Kirjallisen luvan saannin ja lisäkoulutuksen jälkeen he voivat osallistua suonensisäiseen neste- ja lääkehoitoon, verensiirtoihin sekä PVK – eli keskushermostoon vaikuttavien aineiden lääkehoitoon. Myös lähihoitajilla on tärkeä rooli lääkehoidon toteuttamisessa. He osallistuvat varsinkin enteraaliseen lääkehoitoon ja voivat jakaa lääkkeitä potilaskohtaisiin annoksiin sekä antaa lääkkeitä luonnollista antoreittiä. Lisäksi he voivat antaa injektioita ihon alle ja lihakseen erillisen kirjallisen luvan ja osaamisen varmistamisen jälkeen. (Veräjänkorva ym. 2006, 40–42.)

Sairaalassa lähihoitaja, sairaanhoitaja tai farmaseutti tarkistaa potilaan lääkityksen ja kirjaa sen potilastietoihin. Puuttuvat lääkkeet tilataan sairaala-apteekista tai lääkekeskuksesta, jonka jälkeen lääkkeet jaetaan lääkelaseihin tai dosettiin. Esivalmistelua vaativa lääke valmistetaan käyttökuntoon. Esimerkiksi laskimonsisäinen lääke laimennetaan ja valmistetaan infuusioletkusto. Potilas tunnustetaan nimeä ja henkilöturvastunnusta kysymällä tai tarkistamalla potilaan nimi turvarannekkeesta. Lääke annetaan potilaalle joko enteraalisesti esimerkiksi suun tai peräsuolen kautta tai parenteraalisesti esimerkiksi inhalaationa, periferiseen laskimoon tai injektiona ihonalaiskudokseen tai lihakseen. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 44–45, 52.)

Hoitajilla on tärkeä rooli lääkehoidon poikkeamien havaitsemisessa ja raportoinnissa, sillä he osallistuvat sairaaloissa ja muissa terveydenhuollon yksiköissä

potilaiden hoitoon ympärivuorokautisesti sekä huolehtivat lääkehoidon käytännön toteutuksesta (Härkänen ym. 2013, 51). Lääkehoidon vaikutuksen seuranta on oleellinen osa lääkehoitoprosessia, johon osallistuvat hoitajien lisäksi paikasta riippuen myös usein fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä tai lastenhoitaja (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 44). Huolellisuus ja tarkkaavaisuus korostuvat lääkehoidon prosessin jokaisessa vaiheessa (Härkänen ym. 2013, 59).

Hoitotyön prosessin eri vaiheissa tehdään potilaslähtöinen systemaattinen kirjaiminen käyttämällä suomalaista hoitotyön FinCC - luokituskokonaisuutta. Lääkehoidosta kirjataan muun muassa potilaan tulotiedot ja kokonaislääkitys sekä lääkkeenanto. Lääkelistat sekä mahdolliset lääkemuutokset kirjataan sähköiseen potilastietojärjestelmään. Tiedot tulee päivittää, kun potilas kotiutuu tai siirtyy jatkohoitoon. Hoidon lopuksi tehdään hoitotyön yhteenveto. Lääkehoidon kirjauksessa tulee näkyä lääkkeen nimi, määrä, antoajankohta, vaikutus, haittavaikutukset sekä potilaan tuntemukset ja potilaan ohjaaminen. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 310, 206.)

4 TURVALLINEN LÄÄKEHOITO HOIVAKODEISSA

Turvallinen lääkehoito kuuluu lääkehoitoprosessiin ja se sisältää monia asioita, jotka täytyy huomioida lääkehoitoa toteutettaessa. Lääkehoidon turvallisuus on osa potilasturvallisuutta. Lääkehoidon turvallisuus voidaan jakaa lääkitysturvallisuuteen ja lääketurvallisuuteen. Lääkitysturvallisuus tarkoittaa lääkkeiden käyttöön liittyvää turvallisuutta. Lääketurvallisuus on lääkkeeseen valmistena liittyvää turvallisuutta. Se sisältää lääkkeen farmakologisten ominaisuuksien sekä vaikutusten tuntemisen ja arvioimisen, valmistusprosessin, valmisteen merkitsemisen sekä valmisteeseen liittyvän informaation. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2015; Pitkänen ym. 2014, 177–178.) Vanhusten turvallinen lääkehoidon toteuttaminen tuo haasteita, sillä hoivakodeissa asukkaat ovat usein dementoituneita. Heidän haasteellinen käyttäytyminen on yksi suurimmista hoitotyön haasteista laitoshoidossa. Hoitajat joutuvat päivittäin selvittämään käyttäytymiseen liittyviä ongelmia. Dementoituneilla vanhuksilla esiintyy yleisimmin häiritsevää levottomuutta, huutelua ja vaeltelua sekä aggressiivista käyttäytymistä. (Saarnio, Mustonen & Isola, 2011, 46–47.) Haasteelliseen käyttäytymiseen ei tulisi käyttää kemiallista rajoittamista eli lääkehoitoa ilman lääketieteellistä hoitoperustetta (Nurminen 2012, 572).

4.1 Lääkehoidon osaaminen

Lääkehoidon toteuttaminen, suunnittelu ja arviointi edellyttävät hoitajalta lääkehoitoprosessin vaiheiden hallintaa. Lääkehoitoa toteutettaessa teknisen osaamisen lisäksi hoitajan osaamiseen kuuluvat farmakologinen, fysiologinen, patofysiologinen tietoperusta. Hoitajan tulee olla ammatillisesti pätevä ja hallita lääkelaskenta. Hoitajan eettinen ja juridinen osaaminen tarkoittaa lääkkeisiin, lääkehoidon toteuttamiseen liittyvien lakien, ohjeiden ja asetusten ymmärtämistä. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 14–15.) Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira laillistaa sairaanhoitajan terveydenhuollon ammattihenkilöksi

(Valvira 2008). Ammattikorkeakoulun tehtävänä on antaa ammatillisen peruskoulutuksen valmiudet sairaanhoitajana toimimiseen ja lääkehoidon toteuttamiseen (Veräjänkorva ym. 2006, 32–33).

Sairaanhoitajan osaamisvaatimukseen sisältyy lääkehuollon hallinta. Eri lääkkeiden ominaisuuksien tunteminen ja oikeanlainen käsittely on välttämätöntä, jotta lääkehoidolla saadaan odotettu vaste. Työyksikössä varmistetaan henkilöstön osaaminen ennen lääkehoidon toteuttamista. Osaaminen varmistetaan usein teoria - ja näyttöosaamisella sekä lääkelaskukokeella, jossa ei saa olla yhtään virhettä. Lääkehoito-osaamista testataan työsuhteen alussa sekä työsuhteen aikana säännöllisin väliajoin. Lääkeosaamisen pohjana ovat koulutuksessa saatu tieto sekä toimintayksikön lääkehoitoon perehtyminen. Toimintayksikössä on määriteltynä yksikön lääkehoidon toteuttamisen ohjeet sekä kirjallinen suunnitelma. Ammatissa työskentelevän henkilön velvollisuutena on ylläpitää lääkehoidon osaamista jatkuvasti ja osallistua työnantajan järjestämiin lisä- ja täydennyskoulutuksiin. (Sosiaali - ja terveysministeriö 2006, 46–48.)

Läkehoidon toteuttaminen on osa kliinistä osaamista sairaanhoitajan työnkuvassa. Sairaanhoitajalla on velvollisuus toteuttaa lääkärin määräysten mukaista lääkehoitoa ja seurata sen vaikuttavuutta. Vastuualueina ovat muun muassa laskimoon annettava lääke -ja nestehoito sekä verensiirtoa edeltävät toimenpiteet. Sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluvat myös sentraaliseen laskimoon neste- ja lääkehoidon toteuttaminen sekä tunnistaa lääkehoitoprosessiin liittyvät riskit ja käyttää lääkityspoikkeamista saatua tietoa lääkehoidon kehittämiseen. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen 2010, 32.)

Sairaanhoitajaopiskelijat saavat harjoitella lääkehoidon toteuttamista työelämässä tapahtuvan harjoittelun aikana opiskeluvaiheensa oppimistavoitteiden mukaisesti harjoitteluyksikön ohjaajan vastuulla sekä valvonnassa. Ennen ohjatun harjoittelun alkamista koulutuksesta vastaavan ammattikorkeakoulun tulee varmistaa opiskelijan lääkelaskennan moitteeton hallinta sekä lääkehoidon osaaminen. Harjoittelusopimuksissa otetaan huomioon opiskelijoilta lääkehoidossa

vaadittava osaamisen taso, lääkehoidon oppimistavoitteet ja lääkehoitoon osallistuminen. (Opetusministeriö 2006, 69.) Käytännön ohjaustyön tekee pääosin sairaanhoitaja ja opiskelijalla on nimetty henkilökohtainen ohjaaja (Saarikoski, Syrjälä & Ylönen 2004, 5).

Lääkehoidon kehittämistarpeita ovat erityisesti lääkehoidon lupakäytäntöjen yhtenäistäminen, vastuukysymysten määrittäminen, työntekijöiden perehdyttäminen, lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen sekä koulutus. Eri-tyisesti toisen asteen ammatillisen peruskoulutuksen saaneiden, ammatti- ja erikoisammattitutkinnon suorittaneiden sekä opiskelijoiden osallistuminen lääkehoidon toteuttamiseen on epäselvää monissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä. (Sosiaali - ja terveysministeriö 2006.)

4.2 Lääkehoidon toteuttaminen

Jokaisella toimintayksiköllä on oma lääkehoitosuunnitelma, joka sisältää yksikön lääkehoitoprosessin eri vaiheet. Lääkehoitosuunnitelma kattaa toimintayksikön lääkehoidon sisällön ja toimintatavat, lääkehoitoon osallistuvien työntekijöiden vastuiden jakautumisen ja mahdolliset rajoitukset, lupakäytännöt sekä lääkehuollon, lääkehoidon dokumentointia, vaikuttavuuden arviointia ja potilaan ohjausta koskevat asiakokonaisuudet. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2015.) Jokaisen työntekijän täytyy perehtyä lääkehoitosuunnitelmaan ja tietää, missä sitä säilytetään. Yksikön johdolla on vastuu lääkehoitosuunnitelman päivittämisestä ja muutosten kirjaamisesta. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 35–36.)

Lääkehoidon toteuttamisen suunnittelusta vastaa lääkäri. Sairaanhoitaja toteuttaa lääkehoitoa oman osaamisensa ja tietämyksensä mukaan. Päävastuu lääkehoidosta on potilasta hoitavalla lääkärillä. Potilaan lääkehoitosuunnitelmassa tulisi näkyä lääkehoidon tarpeen määrittely, lääkityksen tarkistus ja arviointi, mahdolliset lääkitysmuutokset sekä lääkehoidon toteuttamissuunnitelma. Sairaanhoitajan vastuulla on varmistaa oikea ja riittävä kirjaaminen potilasasiakirjoihin. Lääkehoidon toteuttamissuunnitelmassa tulee huomioida potilaan yksilölliset tarpeet,

lääkehoidon tavoitteet, lääkehoidon toteuttamistapa sekä lääkevalmisteen ominaisuudet. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 284–285.)

Lääkehoitoa toteutetaan monin eri tavoin riippuen yksiköstä sekä toimintatavoista. Sairaaloissa lääkehoito määritellään ja toteutetaan eri lailla kuin esimerkiksi hoiva- tai hoitokodeissa. Usein sairaanhoitajat toteuttavat lääkehoitoa, joissain toimintayksiköissä lääkehuollon toteutukseen osallistuvat myös lähi- ja perushoitajat. Kuitenkin vastuu heidän toiminnastaan ja osaamisen näyttämisestä on sairaanhoitajalla. Nykypäivänä käytettäessä monilääkitystä apteekki tarjoaa usein erilaisia annosjakelupalveluita. (Fimea, 2012.) Esimerkiksi useimmilla kotihoidon asiakkailla on käytössä annosjakelupussit ja osassa Hoiva Oy:n hoivakodeissa asukkailla on käytössä annosdoseetit eli apteekki jakaa viikon lääkkeet yhteen pahviseen kertakäyttöiseen dosettiin, josta lääkkeet annetaan asukkaalle (Suomen apteekkariliitto, 2010).

Sairaalassa tavallisesti sairaanhoitajat jakavat päivittäiset lääkkeet potilaille. Potilaiden kotiutuessa heille mahdollisesti jaetaan muutaman päivän lääkkeet mukaan. Tällöin lääkkeet on jaettu pienempiin neljälokeroisiin päivädosetteihin tai pusseihin. (Fimea, 2012.) Lääkkeiden jako on tarkkuutta ja keskittymistä vaativaa. Lääkkeitä jaettaessa tulee tarkoin huomioida eri lääkkeiden vahvuudet sekä antomäärät. Joskus tämä vaatii lääkelaskua. Yleensä nestemäisiä laksatiiveja ja -lääkkeitä ei jaeta kotiin mukaan. Aseptinen toiminta kaikissa vaiheissa on oleellinen osa lääkkeiden jakoa ja käyttövalmiiksi saattamista. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 310–311.)

Jaettaessa lääkkeitä potilaskohtaisesti annoksiin tulee huomioida työtilan rauhallisuus ja asianmukaisuus, riittävä valaistus, työskentelytila ja välineet sekä aseptisuus. Lääkemääräyksen oikeellisuus tarkistetaan varmistamalla potilaan lääkkeen nimi ja vaikuttava aine, lääkemuoto ja lääkkeen vahvuus, lääkkeen antoon liittyvät ajankohdat sekä mahdolliset lääkehoidon päällekkäisyydet ja antoaikojen suunnittelu. Lääkkeitä jaettaessa on huomioitava, ettei kaikkia lääkkeitä voida puolittaa. Myös lääkkeiden käyttökuntoon saattamisessa tulee epäselvissä tilan-

teissa selvittää valmistajalta tai Pharmaca Fennicasta lääkkeen käsittelyyn liittyvät ohjeistukset. Lääkehoidon turvallisuus varmistetaan lääkejaon jälkeen kaksoistarkastuksella. Usein lääkkeet tarkistetaan ristiin eli sama jakaja ei tarkasta itse jakamiaan vaan toisen työntekijän jakamat lääkkeet. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2006, 58.)

Lääkkeitä annettaessa tulee muistaa niin sanottu seitsemän o:n sääntö. Se tarkoittaa, että varmistetaan oikea lääke, oikea annos, oikea antoaika, oikea antotapa, oikea potilas, oikea potilaan ohjaus sekä oikea dokumentointi potilaskohtaisesti. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 309–311.) Nykyisin on laajasti käytössä Kanta Terveysarkisto, jossa henkilö voi rajoittaa hoitotietojensa antamista eri hoitotahoille. Kannasta näkee omat terveystiedot sekä reseptien voimassaolon. (Kanta i.a.)



KUVA 1. Uniikkidosetti

5 LÄÄKEHOIDON RISKIT

Lääkehoidon turvallisuudessa tulee huomioida siihen liittyvät riskikohdat sekä niiden hallinta. Hoitoyksiköillä tulee olla selkeä potilasturvallisuussuunnitelma, jonka mukaan voidaan käsitellä läheltä piti – tilanteita sekä tapahtuneita virheitä. Lääkehoitoon liittyy aina vaaratapahtumia, jotka tulee ennaltaehkäistä. Vaaratapahtumat tulee raportoida ja niiden kautta pyritään oppimaan turvallista lääkehoitoa. Turvallisuutta lisääviä menetelmiä kehitetään tukemaan turvallisen lääkehoidon toteutumista. Lääketurvallisuuteen liittyy olettamus lääkevalmisteen laadusta sekä tehokkuudesta. Joskus markkinoilta joudutaan ottamaan lääke-erä pois, jos lääkkeessä ilmenee laatuongelmia. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 314, 318, 321.)

Lääkehoidon toteutukseen liittyy riskejä ja useimmiten lääkehoitovirheitä tapahtuu lääkkeiden jaossa sekä antamisessa. Lääkkeiden huolellinen tarkistaminen on tärkeää. Lääkkeitä annettaessa potilaille tulisi käyttää seitsemän o:n sääntöä, jotta virheitä välttyttäisiin. Antotilanteessa tulee myös huomioida, että potilas saa lääkkeet oikealla tavalla. Iäkkäillä tulee seurata lääkkeiden nieleminen, jos lääkkeet annostellaan oraalisesti. Lääkehoitoon liittyvät myös erilaiset riskilääkkeet, joiden käsittelyyn vaaditaan omat suojaruokavaroitukset sekä työskentelytilat. Lääkehoidon puutteellinen kirjaaminen on myös yksi riskitekijöistä. Oikea kirjaaminen turvaa hoitajan juridisesti eikä tällöin jää epäselvyyttä lääkkeiden antamiseen tai saamiseen liittyen. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 336.)

5.1 Lääkityspoikkeamat ja vaaratilanteet

Lääkitysvirheellä tarkoitetaan terveydenhuollon ammattilaisten toteuttamaa lääkehoitoon liittyvää vältettävissä olevaa tapahtumaa, joka voi johtaa virheelliseen lääkkeiden käyttöön tai potilaan haittaan. Lääkityspoikkeamasta puhuttaessa tarkoitetaan lääkitysvirhettä laajempaa tapahtumaa, johon sisältyvät myös läheltä piti - tilanteet, joista ei seuraa potilaalle haittaa. (Härkänen ym. 2013, 51.) Läheltä

piti – tilanne saattaa syntyä esimerkiksi niin, että potilas on saamassa väärää lääkettä tai lääkettä väärällä tavalla, mutta lääkettä antava hoitaja tai potilas huomaa ajoissa virheen. Lääkepoikkeaman vakavin seuraus on potilaan kuolema. Lievimät seuraukset eivät aina aiheuta ylimääräisiä hoitotoimenpiteitä. (Veräjänkorva ym. 2006, 17, 99.) Lääkityspoikkeamien syntyyn vaikuttavat useat eri tekijät, jotka liittyvät potilaaseen, työntekijään, työyhteisöön sekä työympäristöön (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 320).

Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien syinä ovat useimmiten erehdykset ja vahingot sekä tietoon liittyvät tekijät. Henkilöstön puutteelliset johtamistaidot, koulutuksen, osaamisen, kokemuksen tai ohjauksen riittämättömyys voivat myös johtaa vaaratilanteeseen. Hoitajien työuupumus, suuri potilasmäärä ja henkilöstön vähäisyys, hoitajien keskeyttämiset sekä heikko kommunikaatio työntekijöiden välillä ovat yhteydessä lääkehoidossa tapahtuviin vaaratapahtumiin. Vaaratapahtumia voi syntyä myös puutteellisista toimintatavoista sekä luottamuspuhasta johtuen. (Pitkänen ym. 2014, 179.)

Potilasturvallisuuden edistämiseksi vaaratapahtumat raportoidaan raportointijärjestelmiin. Kansainvälisesti käytössä on useita vaaratapahtumien raportointijärjestelmiä. (Kinnunen, Keistinen, Ruuhilehto & Ojanen 2009, 14.) Hoiva Oy:n käytössä on esimerkiksi Doma Care -järjestelmä (Doma Care i.a.). Yleisesti Suomessa on laajalti käytössä HaiPro -raportointijärjestelmä, jonka kehittäminen aloitettiin vuonna 2005. Sen tarkoituksena on oppia vaaratapahtumista sekä havaita toimintatapojen epäkohtia. Kirjaukset auttavat vaaratapahtumien ennaltaehkäisyssä. (Pitkänen ym. 2014, 179–180.) Tutkimusten mukaan lääkehoidon poikkeamia tapahtuu kymmenenkertaisesti enemmän kuin niitä raportoidaan. Yksisy tähän arvioidaan olevan hoitajien liian korkea kynnyks vaaratilanteiden raportointiin. (Veräjänkorva 2006, 99.) Epäily raportoinnin hyödyttömyydestä, rangaistuksen pelko sekä henkilöstön kiire vaikeuttavat virheiden raportointia (Paster-nack 2006).

5.2 Lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutukset

Monilla lääkkeillä voi oikein käytettynäkin esiintyä haittavaikutuksia. Haittavaikutuksella tarkoitetaan tilaa, jossa lääkkeen käytöstä seuraa haitallista ja tahatonta vaikutusta oikein käytetystä annoksesta ja antotavasta riippumatta. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 105–108.)

Turvallisen lääkehoidon toteutuksessa on tärkeää tietää käytettyjen lääkkeiden yleisimmät valmisteyhteenvedossa mainitut haittavaikutukset lääkkeen vaikutuksen seurannan ja potilasohjauksen kannalta. Yleisimmät haittavaikutukset ilmenevät ruoansulatuskanavan ärsytyksenä ja iho-oireina. Myös päänsärky ja väsymys ovat yleisiä haittavaikutuksia. Haittavaikutuksia voi esiintyä myös tajunnantasossa tai psyykessä. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 105–108.)

Lääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset voidaan jakaa vakaviin tai odottamattomiin haittavaikutuksiin. Lääkkeen vakavalla haittavaikutuksella tarkoitetaan lääkkeen aiheuttamaa vakavaa haittaa, joka voi johtaa sairaalahoitoa vaativaan henkeä uhkaavaan tilaan tai jopa kuolemaan. Lääkkeen odottamattomalla haittavaikutuksella tarkoitetaan ilmentymistä, jossa lääkkeenkäytön seurauksena ilmenee haittoja, jotka eivät ole lääkkeelle tyypillisiä tai aiemmin tiedossa kuten anafylaktinen reaktio, kasvojen ja kurkunpään turpoaminen. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 105–108.)

lääkäillä lääkkeiden haittariskiä suurentavat monet sairaudet ja ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 146). Yleisimmin esiintyvät lääkkeiden haittavaikutukset ovat toimintakyvyn ja henkisten kykyjen heikkeneminen, sekavuustilat, masennus, virtsainkontinenssi, virtsaumpi, ummetus, ripuli, suun kuivuminen, mahakivut, yskä, näköhäiriöt, vapina, jäykkyys sekä jalkojen levottomuus (Kivelä 2006, 61).

Antikolinergisten-, psyyke-, opioidi- sekä verenpainelääkkeiden asianmukainen käyttö on tärkeää iäkkään fyysisen toimintakyvyn, psyykkisen terveyden ja muistin säilymisen tukemisessa. Ongelmallista iäkkään lääkehoidossa on, että monet

käyttävät useita samaan lääkeaineryhmään kuuluvia lääkkeitä, jolloin haittavaikutuksien mahdollisuus suurenee merkittävästi. Myös lääkkeitä saatetaan määrätä virheellisesti jopa lääkkeiden haittavaikutusoireisiin, sillä ei olla varmoja johtuuko oire sairaudesta vai lääkkeestä. (Kivelä 2006, 47, 50.) Lisäksi munuaisten vajaatoiminta, maksasairaus, perintötekijät ja käytössä olevien lääkeaineiden suuret annokset ovat altistavia tekijöitä haittavaikutuksien syntymiselle (Kivelä 2006, 47, 118, 126).

Kahden tai useamman lääkkeen samanaikaiseen käyttöön voi liittyä haitallisia yhteisvaikutuksia eli interaktioita. Yhteisvaikutuksia voidaan jaotella farmakokineettisiin ja farmakodynaamisiin yhteisvaikutuksiin. Farmakokineettisellä yhteisvaikutuksella tarkoitetaan sitä, että lääkeaineiden pitoisuudet plasmassa ja kudoksissa muuttuvat toisen aineen vaikutuksesta. Jos imeytymisessä, jakautumisessa, metaboliassa tai erittymisessä on jokin muuttunut, niin tällöin lääkeaineen teho voi heikentyä tai voimistua liiallisesti. Farmakodynaamisella yhteisvaikutuksella tarkoitetaan sitä, että lääkeaineen tehokkuus muuttuu ilman lääkeaineen pitoisuuden muutosta. Lääkeaine saattaa kilpailla samasta reseptorista toisen lääkeaineen kanssa ja lääkeaineet voivat herkistää kudoksia toisille lääkeaineille. (Nurminen 2004, 487–488, 492.) Farmakodynaamisia yhteisvaikutuksia aiheuttavia lääkkeitä ovat erilaiset keskushermostoon vaikuttavat lääkeaineet, kuten bentsodiatsepiinijohdannaiset, masennus-, psykoosi-, opioidilääkkeet sekä vahvasti antikolinergiset lääkkeet. Näiden lääkkeiden yhteiskäyttö saattaa aiheuttaa puheen sopertelua, muistin ja henkisten kykyjen heikkenemistä, käytöshäiriöitä, sekavuutta ja kaatuilua. (Kivelä 2006, 47, 118, 126.)

lääkäillä riski lääkkeiden haitallisten yhteisvaikutusten todennäköisyydelle kasvaa, sillä sairaudet ja niistä johtuva monilääkitys lisääntyvät. Lisäksi lääkeaineiden eliminoituminen eli poistuminen elimistöstä on fysiologisista syistä hidastunut. (Nurminen 2004, 487.) Ongelmallisimpia lääkeaineita iäkkäillä ovat muutammat antibiootit, jotkut psyykelääkkeet, sienisairauksien hoidossa käytetyt lääkkeet ja muutamat statiinit. Kahden eri lääkeaineen samantyyppiset haittavaikutukset yhdessä saattavat johtaa voimakkaisiin ja haitallisiin yhteisvaikutuksiin. (Kivelä 2006, 47, 118, 126.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten turvallinen lääkehoito toteutuu Diakonissalaitoksen Hoiva Oy:n hoivakodeissa ja millaisia lääkehoidon riskitekijöitä niissä esiintyy. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää lääkehoidon toteuttamista ja riskitilanteiden ennaltaehkäisyä.

Pyrimme tuottamaan tietoa lääkehoidon toteuttamisesta eri yksiköissä. Teemme yhteenvedon lääkehoidon turvallisesta toteutuksesta sekä riskeistä ja niiden hallinnasta teorian ja tutkimuksen tulosten perusteella. Lääkehoidon toteutuksesta tehtyä yhteenvetoa Hoiva Oy:n henkilökunta voi hyödyntää päivittäisessä työssään.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1 Miten turvallinen lääkehoito toteutuu Hoiva Oy:n hoivakodeissa?

2 Miten lääkehoidon riskitekijöitä voidaan vähentää Hoiva Oy:n hoivakodeissa?

7 YHTEISTYÖKUMPPANI

Opinnäytetyömme kohderyhmänä ovat Hoiva Oy:n hoivakodeissa työskentelevät lääkehoitoa toteuttavat sairaanhoitajat. Hoiva Oy on osa Helsingin Diakonissalaitoksen konsernia. Se tarjoaa tehostettua ja kodinomaista palveluasumista ikääntyville, jotka eivät enää selviydy arjesta yksin tai kotihoidon avuin. Tutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat työskentelevät Hoiva Oy:n Viikin, Alppikadun ja Pitäjänmäen toimipaikoissa. Pitäjänmäen Kyläkallion ja Kotikallion hoivakodit sekä Alppikadun Daalia ja Scilla tarjoavat ympärivuorokautista hoivaa ja huolenpitoa muistisairaille. Viikin hoivakodissa on lisäksi psykogeriatrinen osasto. Lisäksi Alppikadulla sijaitsee Hoiva Oy:n yksikkö Leenankoti, joka tarjoaa lyhytaikaista hoivaa muistisairaille, jotka muuten asuvat omassa kodissaan. (Diakonissalaitoksen Hoiva i.a..)

Vanhuusiän yleisempiä sairauksia ovat muistisairaudet, aivoverenkiertohäiriöt, masennus, äkilliset sekavuustilat, Parkinsonin tauti, sydänsairaudet, diabetes, alaraajojen toimintaa heikentävät sairaudet, syöpä ja infektiot. Parkinsonin taudin tavallisimpia oireita ovat vapina, hitaus, jäykkyys, tasapainohäiriöt, masennus ja kognition heikkeneminen. Muistisairauksiksi luokitellaan muun muassa Alzheimerin tauti, verisuoniperäinen dementia ja Lewyn kappale -tauti. (Karppi, 2012). Dementoituneella vanhuksella mielialavaihtelut ja käytöksen häiriöt ovat myös yleisiä (Holst & Edberg 2011, 549).

On arvioitu, että ympärivuorokautisen hoivan asiakkaista 80–85 prosenttia sairastaa jotakin muistisairautta. Dementoituvan vanhuksen hyvinvoinnin tukemisessa ovat oleellista hoitajan toiminta sekä ympäristötekijät, sillä suurin osa pitkäaikaishoitopaikassa asuvista elää siellä kuolemaansa asti ja laitoksesta tulee heidän kotinsa. (Elo ym. 2013, 17–18.) Kodinomaisuus, arjen askareiden toteuttaminen, yhdessäolo ja harrastus- ja ajanvietto toiminta ovat tärkeitä tekijöitä vanhusen elämän tukemisessa hoitolaitoksissa (Klemola, Nikkonen, Pietilä & Hautala-Jylhä 2005, 6). Helsingin Diakonissalaitosten hoivakodeissa toimii moniam-

matillinen työryhmä, johon kuuluvat sairaanhoitajat, hoitajat, fysioterapeutit, toimintaterapeutit, sisätautien ja geriatrian erikoislääkäri ja oma pastori. Hoivakotien toiminnan lähtökohtana on turvallisen ja mielekkään elämän tukeminen vanhuksen toimintakykyä ja voimavaroja ylläpitäen. Toimintaa ohjaa lähimmäisenrakkaus ja ihmisarvoinen kohtaaminen. (Diakonissalaitoksen Hoiva i.a..)

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus kuvaa todellista elämää ja pyrkii löytämään tosiasioita (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 152). Tässä luvussa käsittelemme valitsemaamme tutkimusmenetelmää, aineiston keruuta sekä aineiston analyysia.

8.1 Laadullinen tutkimus

Toteutamme opinnäytetyömme laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen, sillä haluamme kuvata turvallisen lääkehoidon toteutumista sekä selvittää, millaisia lääkehoitovirheitä hoivakodeissa ilmenee ja millaisissa tilanteissa ne tapahtuvat. Laadullinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedonhankintaa ja tutkittavia asioita tarkastellaan niille todellisissa ympäristöissä. Tutkittavien kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisesti. (Hirsjärvi ym. 2004, 155.) Tutkittavat ovat yksittäisiä henkilöitä eikä haastatteluista etsitä asioille yleistyksiä. (Hämeen ammattikorkeakoulu i.a., 20).

Tutkimusaineiston keräsimme avoimella puolistrukturoidulla haastattelulomakkeella, joka koostui 12 kysymyksestä (LIITE 1). Rakensimme haastattelukysymykset tutkimuksen tavoitteiden, teorian tiedon, aiheen aikaisempien tutkimusten sekä asiantuntijan näkemyksen pohjalta. Tiedonkeruumenetelmänä käytimme haastattelua, sillä se tarjoaa aineiston keruuseen joustavuutta ja enemmän mahdollisuuksia tulkita vastauksia. Lisäksi haastattelussa on mahdollisuus asettaa lisäkysymyksiä ja selventää vastauksia. (Hirsjärvi ym. 2004, 194). Pyrimme tekemään kysymykset mahdollisimman selkeiksi. Haastattelut toteutimme yksilöhaastatteluina, jotka nauhoitimme. Päädyimme yksilöhaastatteluihin, sillä ajattelimme haastateltavien olevan näin vapaita vastaamaan täysin oman näkemyksen ja kokemuksen pohjalta. On paljon kokemuksia siitä, että yksilöhaastatteluissa haastattelutilanne voi olla vapautunut ja luonteva. Haastattelumenetelmää valit-

taessa tulee miettiä sitä tutkimukseen osallistuvien sekä tutkittavan aiheen kannalta. (Hirsjärvi ym. 2004, 199.) Hoiva Oy: n hoivakodeissa on suhteellisen vähän sairaanhoitajia töissä ja käsittelemämme aihe on arka. Tämä tuki päätöstämme valita tutkimuksemme menetelmäksi yksilöhaastattelut, sillä näin jokaisella vastanneella oli mahdollisuus ilmaista näkemyksensä ilman ryhmän painetta.

8.2 Aineiston keruu

Prosessin alussa kävimme tapaamassa yksikön palveluvastaavaa, jonka kanssa kävimme läpi tutkimuksen toteuttamisen yksityiskohtia. Sovimme, että haastattemme yhteensä kuutta sairaanhoitajaa kolmen Hoiva Oy: n toimipaikan kuuressa eri yksikössä. Toimipaikat sijaitsevat Viikissä, Alppikadulla ja Pitäjänmäellä ja niissä toimii erilaisia hoivakoteja. Saimme palveluvastaavalta sähköpostitse vastaavien sairaanhoitajien yhteystiedot. Olimme yhteydessä haastateltaviin sähköpostitse ja sovimme haastatteluiden ajankohdat sekä lähetimme heille lyhyen kuvauksen tutkimuksesta. Toteutimme haastattelut 2015 joulukuun alussa kolmena peräkkäisenä päivänä. Haastattelut teimme yksilöhaastatteluina. Jokaisen haastattelun alussa haastateltava sai tutustua suostumuslomakkeeseen tutkimukseen osallistumisesta ja tämän jälkeen allekirjoittaa sen (LIITE 2). Kysymykset olivat haastateltavien nähtävissä koko haastatteluiden ajan. Haastatteluiden pituudet vaihtelivat 15 minuutista 50 minuuttiin. Jokainen opinnäytetyöntekijä haastatteli yhteensä kahta sairaanhoitajaa. Yksiköissä ollessamme tutustuimme kunkin yksikön lääkehoitosuunnitelmaan, muutamissa yksiköissä lääkehuoneeseen tai lääkkeenjako-tilaan sekä erilaisiin dosetteihin.

Sovimme kaksi ensimmäistä haastattelua Viikin toimipisteeseen. Hoiva Viikissä toimii psykogeriatriaan ja muistisairaiden hoitoon erikoistuneet ryhmäkodit. Menimme kaikki kolme Viikissä sijaitsevaan yksikköön ja esittelimme itsemme. Yksi meistä teki haastattelun, nauhoittaen sen. Haastateltava sairaanhoitaja valitsi rauhallisen tilan, jossa haastattelun pystyi toteuttamaan ilman häiriötekijöitä. Toisessa haastattelussa haastattelijä vaihtui. Haastatteluiden aikana kaksi muuta

opinnäytetyöntekijää perehtyivät lääkehoitosuunnitelmaan ja toimintaympäristöön.

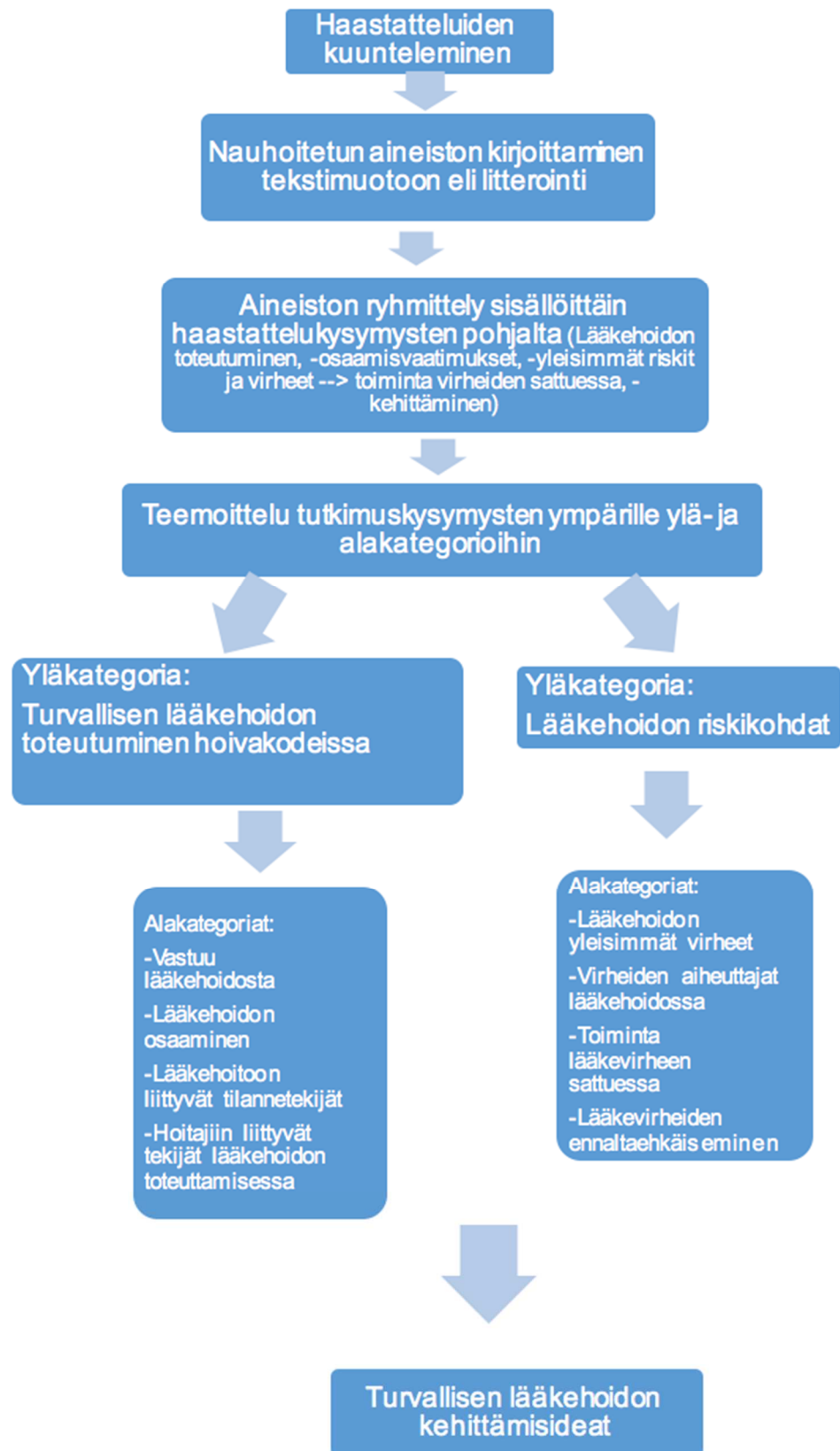
Seuraavana päivänä menimme kaikki kolme Pitäjänmäen toimipaikkaan, jossa ovat hoivakodit Kotikallio ja Kyläkallio. Haastattelimme ensin Kotikallion sairaanhoitajaa heidän yksikössään. Haastattelun aikana kaksi muuta opinnäytetyöntekijää tutustui kyseisen yksikön lääkehoidon toteutukseen tarkemmin. Yksi meistä toteutti haastattelun nauhoittamalla sen. Toinen haastattelu oli sovittu Kyläkallion yksikköön. Kyläkallion yksikön lääkehoitosuunnitelmaan olimme tutustuneet jo aiemmin sähköisessä muodossa.

Viimeiset kaksi haastattelua toteutimme Alppilassa sijaitsevilla Daalian ja Scillan hoivakodeissa. Haastatteluja tekemään meistä kolmesta vain kaksi pääsi paikalle. Toteutimme haastattelun sairaanhoitajan työhuoneessa, joka toimi myös yksikön lääkehuoneena. Toinen opinnäytetyöntekijöistä toteutti haastattelun nauhoittamalla sen ja toinen oli samassa tilassa seuraten haastattelun kulkua. Haastattelun jälkeen siirryimme Daaliaan, siellä sairaanhoitajan haastattelu toteutettiin rauhallisessa ympäristössä. Vaihdoin haastattelijaa ja toinen meistä oli vuorostaan kuuntelijana.

8.3 Aineiston analyysi

Laadullisen nauhoitetun aineiston puhtaaksi kirjoittaminen sanasanalta on tarkoituksenmukaista. Tätä kutsutaan litteroinniksi. (Hirsjärvi ym. 2004, 210.) Jokainen opinnäytetyöntekijä kirjoitti nauhoitusten vastaukset Word-tiedostoon, josta ne oli helppo lukea. Aineistoa saimme yhteensä 21 A4-sivua fontilla Arial 12. Valikoimme teksteistä opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiin liittyviä vastauksia ja keräsimme ne erilleen muusta aineistosta. Käytimme analyysimenetelmänä teemoittelua. Teemoittelu on laadullisen aineiston pilkkomista ja ryhmittelyä aihepiirien mukaisesti (Kajaanin ammattikorkeakoulu i.a.). Luokittelimme ensin vastaukset aihepiireittäin haastattelukysymysten pohjalta (KUVIO 1). Aihepiireiksi muo-

dostuivat lääkehoidon toteutuminen, osaamisvaatimukset, yleisimmät riskit ja virheet, toimintatavat virheiden sattuessa sekä kehittämisideat. Muodostimme aihepiireistä yläkategoriat vastaamaan tutkimuskysymyksiimme. Yläkategorioiden alle muodostuivat selkeät teemat eli alakategoriat. Yläkategoriat olivat turvallisen lääkehoidon toteutuminen hoivakodeissa ja lääkehoidon riskitekijät. Turvallisen lääkehoidon alateemoiksi muodostuivat vastuu lääkehoidosta, lääkehoito-osaaminen, tilannetekijät sekä hoitajiin liittyvät tekijät. Lääkehoidon riskikohdista teemoiksi muodostuivat lääkehoidon yleisimmät virheet, virheiden aiheuttajat, toiminta lääkevirheiden sattuessa ja lääkevirheiden ennaltaehkäiseminen. Aineistosta nousi selkeitä kehittämisideoita, joista muodostui oma kategoriansa. Saimme haastatteluista riittävän aineiston sekä kattavat vastaukset tutkimuskysymyksiimme.



KUVIO 1. Aineiston analyysin tulokset

9 TULOKSET

Käytimme sairaanhoitajilta haastatteluista saamiamme vastauksia, jotka olemme teemoitelleet. Kyselyyn osallistuneet sairaanhoitajat kertoivat, miten lääkehoitoa toteutetaan heidän yksiköissään, turvallisen lääkehoidon toteutumisesta, lääkehoidon virheistä sekä he toivat esille lääkehoidon turvallisuutta parantavia kehittämissideoita.

9.1 Turvallisen lääkehoidon toteutuminen hoivakodeissa

9.1.1 Vastuu lääkehoidosta

Sairaanhoitajat kertoivat, että heidän työnkuvaan sisältyy vastuu lääkehoidosta. He vastaavat lääkkeiden tilaamisesta sekä tarkistavat reseptien voimassaolon. Käytäntönä on, että lääkkeet tilataan yksiköihin kahden viikon välein apteekista, joka toimittaa lääkkeet uniikkidoseteissa. Jos uniikkidosettia ei ole käytössä, lääkkeet jaetaan yksikössä dosettiin viikoksi kerrallaan. Uniikkidosetin ulkopuoliset lääkkeet esimerkiksi antibiootit ja Marevan jaetaan myös erilliseen dosettiin. Lääkkeet säilytetään lukitussa tilassa. Lääkehoidon toteutumisesta vastaa yleisesti sairaanhoitaja. Lähihoitajat toteuttavat myös lääkehoitoa ja ovat siitä vastuussa oman koulutuksensa ja yksikössä suorittamansa lääkeluvan mukaisesti. Lähihoitajan lääkehoidon vastuu keskittyy lähinnä lääkkeiden antamiseen ja lääkkeen vaikutuksen seurantaan.

Jos sairaanhoitaja on työvuorossa hän vastaa lääkehoidosta. Sairaanhoitaja tarkastaa onko reseptit voimassa ja tilaa lisää lääkkeitä. Meille osa lääkkeistä tulee apteekin uniikkidosetteihin jaettuna. Apteekki jakaa ne valmiiksi ja osan jaamme täällä viikoksi dosettiin. Lääkkeet, joita ei tilata apteekista esimerkiksi antibioottikuuri, se jaetaan erilliseen dosettiin.

Lääkkeiden antamisesta asukkaille vastaa jokainen työvuorossa oleva lääkeluvallinen työntekijä. Ennen lääkkeiden antamista hoitaja tarkistaa dosetin takana olevasta päivitetyistä lääkelistasta asukkaan nimen, lääkkeiden määrän ja mitä muita lääkkeitä asukkaalla menee dosettien lääkkeiden lisäksi, esimerkiksi laksatiiveja, mikstuuroja, silmätippoja tai insuliinia. Kaksoistarkastus toteutuu, kun lääkkeet tarkistetaan jaettaessa sekä ennen asukkaalle antamista. Opiskelijat saavat osallistua yksiköissä lääkkeiden antamiseen asukkaille varmistettuaan lääkkeet ensin ohjaajalta.

*Se, joka antaa lääkkeen on vastuussa sen antamisesta.
Kaksoistarkastus tulee, kun joka kerta tarkastetaan lääkkeet jaettaessa asukaskohtaisiin annoksiin ja annettaessa asukkaalle.
Opiskelijakin voi antaa, mutta aina varmistaa joltain ohjaajalta lääkkeen annon, ennen kun antaa.*

Lääkkeen vaikutuksen seuranta on jokaisen hoitajan vastuulla. Työvuorossa hoitaja seuraa hoitamiensa asukkaiden lääkkeiden vaikutusta, joista keskustellaan työryhmässä. Seuranta on aktiivisempaa, kun jonkin lääkkeen annostusta lisätään, vähennetään tai asukkaalle annetaan tarvittavia lääkkeitä. Lääkäriä konsultoidaan tarvittaessa asukkaan voinnista sekä lääkkeiden tehokkuudesta.

*Jokainen seuraa hoitamiensa lääkevaikutuksia ja niistä keskustellaan myös yhdessä ja tietoa viedään lääkärille.
Jos alkaa uusi lääke tai vähennetään lääkettä, silloin lääkkeen vaikutuksen seuranta on aktiivisempaa.
Jos annat esimerkiksi, tarvittavista särkylääkkeen seurataan, auttoiko lääke... ja tarvitseeko mahdollisesti lisää...*

Turvallisen lääkehoidon toteutumista lisäävä tekijä on vakituisen hoitohenkilökunnan lääkehoidon toteutus, sillä he tuntevat asukkaat hyvin. Sijaisten lääkehoidon toteuttamista on rajattu, koska he eivät tunnista asukkaita. Yksiköissä vastaavan sairaanhoitajan tehtävänä on perehdyttää uusi hoitaja työhön.

*Tunnetaan asukkaat hyvin ja tiedetään, kuka on kuka.
Uutena tullut ei tunne asukasta. Vanhat työntekijät antavat lääkkeet asukkaille, koska tuntevat heidät.*

9.1.2 Lääkehoidon osaaminen

Sairaanhoitajien koulutus antaa riittävät valmiudet lääkehoidon toteuttamiseen yksiköissä. Heidän osaamista ei yksiköissä testata esimerkiksi lääkelaskukokein. Sairaanhoitajien on tärkeä tiedostaa oma osaamisensa rajat sekä tarvittaessa ottaa selvää lääkehoitoon liittyvistä asioista. Lähihoitajan tulee uusia lupa kahden vuoden välein ja esimiehen tulee tarkistaa osaaminen vuoden välein. Sairaanhoitajat korostivat koulutuksiin osallistumisen tärkeyttä. Koulutuksia on tarjolla hoitajille hoitoalan eri yhteistyökumppaneilta.

Sairaanhoitajan koulutus antaa riittävän lääkehoidon osaamisen. Sairaanhoitajan osaamista ei tällä hetkellä testata millään kokeella. Työntekijöiden pitää tiedostaa oma osaaminen ja rajat, ja jos ei tiedä, täytyy ottaa selvää.

Lääketuntemus on tietoa siitä, mitä lääkkeitä annetaan ja mihin ne ovat määrätty. Tämä korostuu hoitajien osaamisessa, vaikka osa lääkkeitä tulee yksiköihin apteekista valmiiksi jaettuna. Siihen sisältyy lääkkeiden tunnistaminen sekä niiden tarkistaminen ennen antamista. Esille nousi erityisesti tarvittavien lääkkeiden vaikutuksen arvioiminen eli saadaanko lääkkeellä haluttu hyöty asukkaalle. Lääkehoidon turvallisen toteutumisen kannalta on tärkeää huomioida, että apteekki vaihtaa lääkkeitä rinnakkaisvalmisteisiin eikä kauppanimi päivity lääkelistaan. Lisäksi turvallisessa lääkehoidossa korostuu hoitajien tietämys iäkkäiden fysiologisten muutosten vaikutuksesta lääkehoitoon.

Pidän tärkeänä, että kun lääkkeitä annetaan, henkilö tietää mitä antaa ja miksi. Lääkkeitä jaettaessa on tärkeää ymmärtää, että lääkkeillä on eri valmistenimiä.

Yksiköissä on käytössä enteraalisia sekä parenteraalisia lääkemuotoja. Enteraalisista mainittiin suun kautta otettavat lääkkeet, lääkeliuokset sekä peräsuolen kautta annettavat lääkkeet. Parenteraalisista lääkemuodoista tulivat esille ne-näsumutteet, iholle annosteltavat lääkevoiteet ja lääkelaastarit, ihonlainen eli subkutaaninen sekä lihakseen annettava intramuskulaarinen injektio.

Meillä on käytössä suurimmaksi osaksi suun kautta otettavat, ihonalaiset injektiot, lihakseen pistettävät ja per rectum. Meillä on suun kautta otettavia, mixtuurana epilepsia - lääke, bakteerivoide ja antibioottivoide kasvoille, subkutaaninen injektio eli insuliini ja lihakseen pistettävä Cohemin injektio.

9.1.3 Lääkehoitoon liittyvät tilannetekijät

Turvallisen lääkehoidon toteutumiseen vaikuttavat hoitajista, asukkaista ja ympäristöstä johtuvat tekijät. Lääkkeitä jaettaessa ja annettaessa tarkistetaan, että oikea asukas saa oikeat lääkkeet oikeaan aikaan. Lääkkeiden tarkistamista ja antamista helpottaa asukkaan lääkelista dosetin takana. Aamupalan jälkeen sairaanhoitaja tarkistaa, että asukkaat ovat saaneet lääkkeensä. Lounasaikaan yksi hoitaja huolehtii lääkkeidenannosta, sillä yleensä kaikki asukkaat ovat ruokasalissa samaan aikaan.

Jokaisella antokerralla tulee tarkistaa, että oikeat lääkkeet menevät oikealle asukkaalle oikeaan aikaan. Usein lounaalla kaikki ovat samaan aikaan koolla ja silloin yksi henkilö on antamassa lääkkeitä. Aina, kun asukas on saanut lääkkeet, niin me käännämme dosetin tiettyyn asentoon ja näin me tiedämme, että asukas on saanut ne. Sitten kun käännän ne taas oikein päin, niin näen, että kaikki lokerot tästä maanantailta ovat tyhjiä.

Asukkaan terveydentila vaikuttaa turvallisen lääkehoidon toteutumiseen. Lähes poikkeuksetta hoivakotien asukkaat ovat iäkkäitä ja muistisairaita, joiden yleistila on laskenut. Lisäksi heillä on paljon kroonisia sairauksia kuten verenpainetauti, sydämen tai kilpirauhasen vajaatoiminta sekä masennus, jotka lisäävät päällekkäislääkityksen riskiä. Lääkehoidon toteutumisessa tulee huomioida myös asukkaan fysiologiset ja anatomiset muutokset sekä mahdollinen sairaudentunnettomuus ja lääkekielteisyys. Kun asukas tulee yksikköön hänellä saattaa olla monia päällekkäisiä ja turhia lääkkeitä, jolloin mietitään, onko lääke tarpeellinen ja voisiko lääkkeen käytön mahdollisesti lopettaa.

lökkäämmällä henkilöllä metabolia on huomattavasti hitaampaa kuin nuoremmilla.

Asukkaalla on kroonisia sairauksia esimerkiksi, verenpainetauti, sydämen tai kilpirauhasen vajaatoiminta tai masennus. Asukkaalla voi olla turhia ja päällekkäisiä lääkkeitä esimerkiksi, muistilääkkeitä, nesteenpoistolääkkeitä tai verenpainelääkkeitä. Alamme yleensä hitaasti purkamaan tarpeettomia lääkkeitä. Kipulääkkeet esimerkiksi, Panadol jää yleensä loppuvaiheen hoitoon.

Lääkkeet pyritään antamaan valmistemuodossa, mutta esimerkiksi nielemisvaikeuksissa lääkkeitä voidaan murskata, tabletteja voi puolittaa, jos niissä on jakouurre. Lisäksi voidaan miettiä, onko lääkkeellä muita antomuotoja kuten nestemäinen, injektio tai laastari. Lisäksi hoitaja valvoo, että asukas nielee lääkkeen eikä esimerkiksi lääke putoa lattialle tai jää pyörimään suuhun. Jos asukas kieltäytyy ottamasta lääkettä, perustellaan lääkkeenoton tarpeellisuus, siirretään lääkkeen anto myöhemmälle ajankohdalle tai mietitään, onko lääke asukkaalle välttämätön. Asukkailla saattaa ilmetä aggressiivista käytöstä lääkkeidenantotilanteissa, jolloin hoitajien tulee huomioida oma turvallisuutensa.

Nielemisvaikeuksia ollessa huomioidaan lääkemuoto esimerkiksi Exelon – laastaria käytetään silloin ja mielellään hyvin vähän annetaan suun kautta.

Voi olla fyysisesti jo niin huonossa kunnossa, että nielemisrefleksi on huonontunut tai ei toimi.

Meillä on myös psyykepotilaita... seurataan, onko hän kauhean levoton tai jos on Alzheimerin tauti, niin onko siihen liittyvää käytöshäiriötä esimerkiksi sosiaalisesti epäsuotuisakäytös, huuhteleminen, aggressiivinen käytös.

Rauhallisella ympäristöllä on vaikutus turvallisen lääkehoidon toteutumiseen. Erillinen lääkkeenjako-tila antaa hoitajalle rauhan lääkkeen jakamiselle. Kaikissa yksiköissä erillistä lääkkeenjako-tilaa ei kuitenkaan ole.

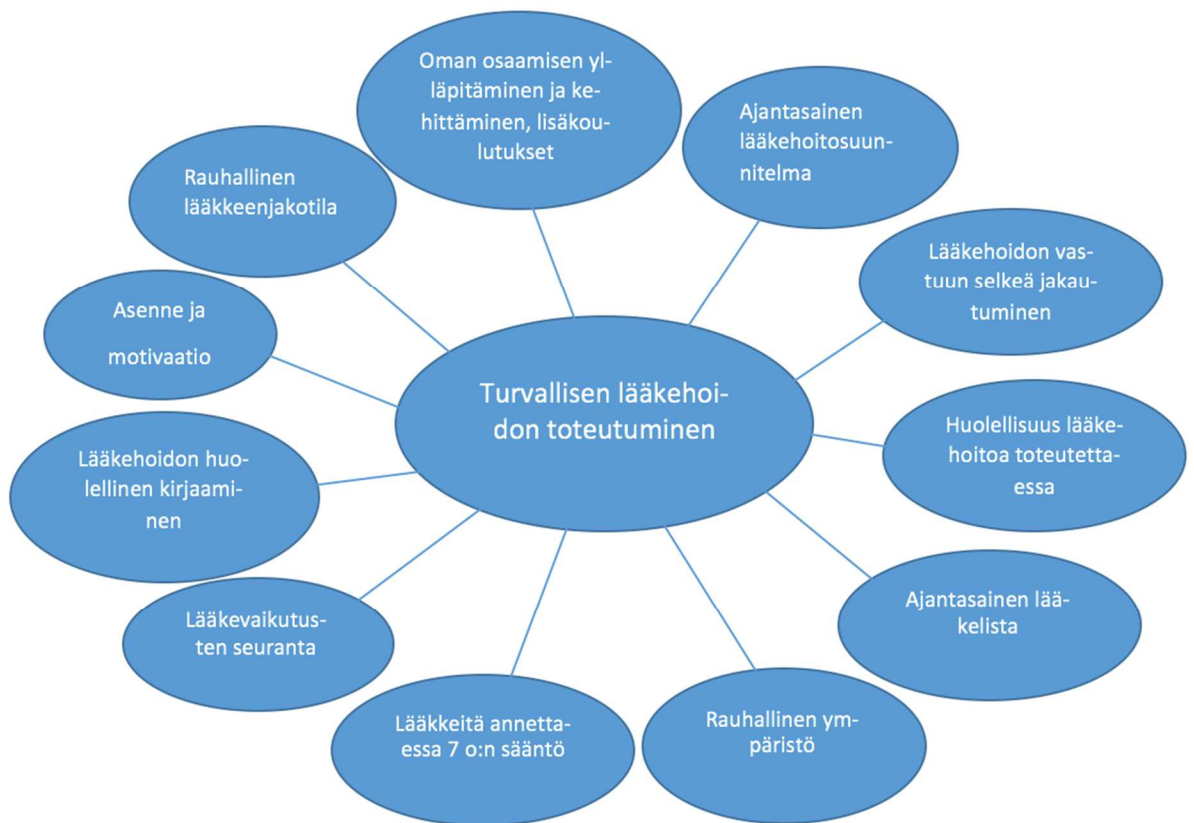
Rauhallinen ympäristö ja rauha lääkkeen antamiseen, olisi hyvä, jos yksi hoitaja jakaisi lääkkeitä. Tämä ei aina toteudu varsinkaan aamiaisella.

Ei asiallista lääkkeenjako-tilaa. Se on sama työskentelytila, jossa kaikki muukin tapahtuu.

9.1.4 Hoitajiin liittyvät tekijät lääkehoidon toteuttamisessa

Turvallisen lääkehoidon toteutumiseen vaikuttaa hoitajan asenne ja motivaatio työtä kohtaan. Rauhallinen lähestymistapa lääkkeitä annettaessa asukkaalle on tärkeää.

Saamalla hoitajat ajattelussaan sellaisiksi, että olisivat kiinnostuneempia lääkkeistä, joita annetaan. Hoitajat, jotka antavat lääkkeitä, olisivat motivoituneita ja asenne että he tietäisivät mitä he tekevät.



KUVIO 2. Turvallisen lääkehoidon elementit

9.2 Lääkehoidon riskitekijät

9.2.1 Lääkehoidon yleisimmät virheet

Yleisimmät lääkehoidon virheet tapahtuivat lääkkeiden jako- ja antotilanteissa. Lääkkeitä jaettaessa jokin lääke saattoi jäädä jakamatta tai lääke jaettiin väärän vahvuisena. Marevan ja Thyroxin lääkkeiden jakamisessa tapahtuu haastatteluiden mukaan virheitä. Lääkkeiden annos saattaa vaihdella päivittäin, jolloin jaettaessa lääkkeiden annos on ymmärretty väärin. Kerrottiin myös, että Marevania ei ollut jaettu lainkaan, sillä hoitajat olivat jääneet odottamaan INR: n eli trombolastiinin tulosta. Myös apteekin annosjakelussa tapahtuneen jakovirheen vuoksi viikon ajalta oli puuttunut jokin lääke dosetista.

Yleisimpiä virheitä ovat jakovirhe ja kellonaikavirhe.

Ymmärretään Thyroxin ja Marevan annokset väärin, kun menee eri päivinä eri annokset tai joskus ei ole jaettu Marevania ollenkaan, kun odotetaan päivää, jolloin INR arvo otetaan.

Voi olla jopa kymmenen hoitajaa samaan aikaan jakamassa lääkkeitä, jolloin keskittyneisyys häiriintyy ja jako keskeytyy ja saattaa jäädä jakamatta jonkun päivän lääke.

Asukas saa väärän vahvuista esimerkiksi, 400 mg sijasta annettu 600 mg.

Yleisimpiä antovirheitä olivat asukkaalle annetut väärät tai toisen asukkaan lääkkeet tai asukas sai lääkkeet väärään aikaan. Esimerkiksi, yhdessä haastattelemassamme yksikössä lyhytvaikutteisista insuliinia oli annettu asukkaalle pitkävaikutteisen insuliinin sijaan. Joissakin yksiköissä tapahtui lääkkeitä annettaessa virheitä, kun uniikkidosetit otettiin käyttöön ja iltalääkkeet annettiin aamulääkkeiden sijasta, sillä lääkkeiden antoajat ovat uniikkidoseteissa päinvastaisessa järjestyksessä kuin yleisesti käytetyissä doseteissa. Jos asukkaalla on apteekin uniikkidosetti annosjakelupalvelu käytössä ja hänelle tehdään lääkelisäys, täytyy lääke jakaa aluksi erilliseen dosettiin yksikössä, sillä lääkemuutos ei välttämättä ehdi apteekkiin ajoissa seuraavaa annosjakelua varten. Tämän vuoksi esille tuli, että

asukas oli saanut ylimääräisen annoksen lääkettä, sillä lääkemuutos oli jo huomioitu apteekissa sekä jaettu erilliseen dosettiin yksikössä. Hänelle oli ehditty antaa jo molemmista doseteista ennen kuin asia huomattiin.

Asukas saa toisen asukkaan lääkkeit.

Varsinkin silloin, kun meillä alkoi annosjakelu, joskus on saatettu antaa aamulääkkeet iltalääkkeiden sijasta, koska ne ovat dosetissa toisin päin.

Asukas saanut pitkävaikutteisen insuliinin sijasta lyhytvaikutteista insuliinia suuren annoksen.

9.2.2 Virheiden aiheuttajat lääkehoidossa

Kiire ja inhimillinen erehdys ovat suurimpia syitä lääkehoidon virheiden tapahtumiseen. Virheiden syntyä vaikuttaa myös väsymys ja vireystilan lasku. Yksiköissä on havaittu puutteellisen ja rauhattoman lääkkeenjako-tilan vaikuttaneen lääkkeenjaossa tapahtuneisiin virheisiin, koska lääkkeenjako häiriintyy ja keskeytyy. Lääkevirheiden syntyyn vaikuttavat myös hoitajan lääkehoidon osaaminen ja koulutuksen puutteellisuus. Hoitajat eivät aina tunnista jakamiaan lääkkeitä.

Voi olla, että hän oli kiireinen...inhimillinen erehdys.

Voi olla, että hoitaja on ollut väsynyt...Iltaisin hoitajan skarppius ja vireystila alkaa olla laskussa, jolloin virheitä sattuu helpommin.

Kun esimerkiksi lääkkeiden jaon jälkeen kysyn, mitä lääkkeitä täällä dosetissa on, niin jakanut hoitaja ei osaa kertoa, mitä lääkkeitä dosetissa on.

Lääkkeiden antamisessa on tapahtunut myös päällekkäisyyksiä, sillä lääkehoidon toteuttamiseen osallistuu monta hoitajaa työvuorossa ja raportointi on havaittu puutteelliseksi. Antotilanteissa asukkaiden levottomuus lisää rauhatonmuutta erityisesti aamuisin. Huolimattomuus on vaikuttanut siihen, että hoitaja on lukenut asukkaan nimen väärin tai asukkailla on sama nimi ja näin asukas on saanut lääkkeitä virheellisesti. Lääkelistat eivät myöskään ole aina päivitettyjä ja merkinnät ovat epäselviä lääkelistassa tai dosetissa. Usein juuri rinnakkaisvalmisteet eivät päivity listaan. Lääkkeenoton ja lääkkeiden nielemisen varmistami-

sessä koettiin myös puutteellisuutta ja asukkaalla saattoi jäädä lääkkeet ottamatta. Hoitajan motivaation, suunnitelmallisuuden sekä keskittymisen puute vaikuttavat virheiden syntyyn.

Joskus menee sekaisin, onko asukas saanut insuliinin.

Asukkaiden levottomuus ja sählinki antotilanteissa varsinkin aamulla.

Jos lukee väärin asukkaan nimen.

Varmistus ettei kukaan muu ole antanut lääkettä.

Jos Marevan annos muuttuu, on tärkeä informoida muutoksista muille.

On monesti käynyt niin, että kun asukas ottaa lääkkeen suuhun, ei voida olla varmoja, että se menee perille asti. Näissä tapauksissa lääkkeen ottoa valvotaan.



KUVIO 3. Lääkehoidon yleisimmät riskitekijät

9.2.3 Toiminta lääkevirheen sattuessa

Lääkevirheen tapahtuessa mietitään ensin, kuinka vakavasta virheestä on kysymys. Ohjeena yksiköissä on, että virheestä ilmoitetaan sairaanhoitajalle ja tarvittaessa otetaan yhteyttä lääkäriin. Jos virhe on vakava, voidaan olla suoraan yhteydessä hätäkeskukseen. Virheestä tehdään lääkepoikkeamailmoitus DomaCare – ohjelmaan. Asukkaan vointia seurataan ja hoitajat toimivat lääkärin antamien ohjeiden mukaan. Osassa yksiköissä tuotiin esille, että virheistä keskustellaan työtiimissä ja niistä pyritään oppimaan.

Katsotaan ensin, mitä lääkkeitä on annettu vahingossa, joka kirjataan.

Soitetaan lääkärille, kirjataan virhe ja pyritään korjaamaan virhe mahdollisimman pitkälle.

Riippuu poikkeamasta, ilmoitetaan esimiehelle, tehdään DomaCareen lääkepoikkeamailmoitus, soitetaan lääkärille ja seurataan lääkärin ohjeita, lähihoitaja konsultoi sairaanhoitajaa.

Toki voidaan soittaa 112 ja kysyä sieltä, jos ei tiedetä.

9.2.4 Lääkevirheiden ennaltaehkäiseminen

Lääkehoitovirheitä voitaisiin välttää riittävällä työajalla, keskittymällä työhön ja osaamisen varmistamisella. Olisi tärkeää varmistaa antotilanteessa, että asukas ja lääkkeet sekä antotapa- ja aika ovat oikeat. Kaksoistarkastuksen toteutuminen on olennaista lääkevirheiden ennaltaehkäisemisessä ja dosetin ulkopuolisten lääkkeiden suhteen täytyy varmistaa, ettei kukaan toinen ole antanut lääkkeitä aiemmin. Lääkemuutoksista, esimerkiksi Marevan -annoksen muutoksesta tulisi raportoida toisille hoitajille. Rauhallinen ympäristö lääkkeenjako- sekä antotilanteessa pienentävät lääkevirheiden riskiä. Lääkelistan seuraaminen myös tietokoneelta sekä sen päivittäminen ovat tärkeässä osassa lääkehoidon toteutusta. Lääkkeiden asianmukainen säilytys lukitussa tilassa lisää turvallisen lääkehoidon toteutumista.

Vaaratilanteet voisi välttää sillä, että on tarpeeksi aikaa työn tekemiseen ja rauhallinen tilanne.

Rauhallinen ympäristö, rauha lääkkeen antamiseen.

Jos lääkkeen antotilanteessa voi olla varma, että asukas on oikea, lääkkeet ovat oikeat, antotapa ja antoaika on oikea...niin voi olla varma ettei mitään virhettä pääse syntymään.

Jos Marevan annos muuttuu, on tärkeä informoida muutoksista muille.

Vaaratilanteet voitaisiin välttää myös seuraamalla koneelta lääkelistää.

Turvallisen lääkehoidon toteutumista lisää se, että lääkehoidon vastuu on vain vakituisella hoitohenkilökunnalla, koska he tuntevat ja tunnistavat asukkaat paremmin. Lääkevirheiden on havaittu selkeästi vähenevän, kun lääkkeitä eivät anna harjoittelussa tai sijaisena toimivat opiskelijat. Haastatellut sairaanhoitajat kokevat, että lääkehoidon osaamisessa ja sen varmistamisessa on puutteita. Haastatteluista ilmeni myös, että hoitajat eivät aina tunnista jakamiaan lääkkeitä. Hoitajien työn suunnitelmallisuus, oma asenne sekä kiinnostus työtä ja lääkehoitoa kohtaan vaikuttavat työnlaatuun.

Vaaratilanteet voitaisiin välttää sillä, että tunnetaan asukkaat, pysyvät hoitajat, ei paljon sijaisia.

Lääkkeitä ei saa antaa opiskelijat eikä keikkalaiset, jotka eivät ole valmiita.

Vaaratilanteet ovat melkein loppuneet, kun opiskelijat tai keikkalaiset, jotka ei tunne asukkaita, anna lääkkeitä.

Meillä on tosi huono se, miten osaamista varmistetaan. Riittää kun näyttää kolme kertaa lääkkeiden jaon dosettiin ja sitten saa sen luvan.

Mielenkiinto lääkkeitä kohtaan.

Vastauksissa korostui hoitajien jatkuvan koulutuksen tärkeys, sillä lääkehoito kehittyi jatkuvasti ja markkinoille tulee uusia lääkevalmisteita. Hoitajien olisi tärkeä ymmärtää, että markkinoilla on myös paljon rinnakkaisvalmisteita ja heidän täytyisi etsiä niitä esimerkiksi Pharmaca Fennicasta. Esille nousi keskustelun tärkeys moniammatillisessa työryhmässä asukkaan lääkkeiden tarpeellisuudesta sekä vaikutuksista. Avoimuus ja keskustelu ongelmatilanteista koetaan lisäävän virheistä oppimista.

Ymmärretään, että apteekit vaihtavat aina edullisempaan rinnakkaisvalmisteeseen.

Avoimuus ja keskustelu ongelmatilanteista.

9.3 Kehittämisideat

Haastateltavat toivoivat lääkehoidon lisäkoulutusta sekä koulutusta vanhusten lääkehoidosta. Haastatteluissa ehdotetaan farmaseutin koulutuksia vanhusten hoidossa käytössä olevien lääkkeiden farmakokinetiikasta ja farmakodynamiikasta. Lääkeluvan saamista voisi kehittää sisällyttämällä lääkeluvan saamiseen koko lääkehoitoprosessin ymmärtämisen ja se, miten toimia lääkevirheen sattuessa. Osa haastateltavista koki tarpeelliseksi LOVE (Läkehoidon osaaminen verkossa) koulutuksen yksiköiden hoitajille.

Meillä aika alkeellista vielä lääkeluvan uusiminen. Riittää, kun näytät, että osaat jakaa lääkkeitä, pistää insuliinin ja laittaa lääkelaastarin. Meillä ei ole esimerkiksi Lovea vaikka olisi hyvä täälläkin.

Lääkeluvan saamisen vaatimustaso on alhainen. Sen pitäisi olla haastavampi. Siinä pitäisi pystyä osoittamaan jotenkin koko lääkehoitoprosessin ymmärtäminen.

Apteekista voisi tulla farmaseutti kertomaan muistilääkkeistä, joita meillä on paljon. Sitä voisi olla puolivuositain tai säännöllisesti.”

Voi joko hakeutua ulkopuolisiin koulutuksiin tai Diakonia-ammattikorkeakoulun järjestämiin.

Peruskoulutusta kaivataan vähintään viiden vuoden välein...tulee lisää lääkkeitä ja uusia valmisteita ja tieto lisääntyy. On tullut paljon viime vuosien aikana muutoksia vanhusten lääkehoidon toteuttamiseen.

Keskeisenä kehittämisajatuksena nousi yksiköiden tarve lääkehuoneesta. Turvallisen lääkehoidon toteutumista koettiin lisäävän myös se, että yksi hoitaja vastaisi lääkehoidosta työvuorossa. Tällöin hoitaja pystyisi keskittymään kokonaisvaltaisesti lääkehoitoon. Yksiköissä on huomattu olevan puutteita lääkkeen vaikutusten seurannassa ja niiden kirjaamisessa. Lääkehoitosuunnitelman tulisi olla helposti saatavilla. Toivottiin omaa yksikkökohtaista lääkehoitosuunnitelmaa yleisen Hoiva Oy: n lääkehoitosuunnitelman lisäksi. Sairaanhoidajat korostivat omahoitajan roolia lääkehoidon toteuttamisessa ja kokivat hyväksi, että omahoitaja jakaisi oman asukkaan lääkkeet.

Omahoitaja tietäisi, mitä oman asukkaan lääkitys on...Omasta asukkaasta tulisi olla hyvin perillä.

Jokainen seuraa hoitamiensa lääkevaikutuksia. Myös tarvittavien lääkkeiden seurataan vointia ja vaikutusta mitä tulisi kirjata. Usein vaikka vaikutusta oli seurattu niin kirjaaminen jää.

Olisi hyvä, jos yksi ihminen jakaisi lääkkeet.

Lääkehoitosuunnitelman tulee olla helposti luettavissa, jotta pystyy helposti hakea tarvittavat tiedot. Myös yksikkökohtainen lääkehoidon toteuttamisen suunnitelma olisi hyvä, ei vain yleinen Hoivan.

10 POHDINTA

10.1 Tulosten pohdinta ja jatkokehittämishaasteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten turvallinen lääkehoito toteutuu ja millaisia lääkehoidon riskikohtia Diakonissalaitoksen Hoiva Oy:n hoivakodeissa on. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää lääkehoidon toteuttamista ja riskitilanteiden ennaltaehkäisyä. Haastatteluissa kysyimme myös sairaanhoitajien näkemyksiä yksiköiden kehittämistarpeista.

Opinnäytetyöstä saatujen tulosten mukaan voimme päätellä, että lääkehoito toteutui hoivakodeissa pääsääntöisesti turvallisesti. Suurin osa vastanneista sairaanhoitajista oli työskennellyt toimintayksiköissä pitkään. Heidän kokemuksensa hoivakodeissa työskentelystä ja tietonsa lääkehoidon toteutumisesta siellä tukevat mielestämme tulosten luotettavuutta. Toimintatavat ovat vakiintuneita ja asukkaan hyvinvointia ja turvallisuutta tukevia.

Merkittäviksi tekijöiksi turvallisen lääkehoidon toteutumisen kannalta nousivat hoitajan lääkehoito-osaaminen, lääkkeiden kaksoistarkastus, täydennyskoulutus, asukkaan terveydentilan huomioiminen, rauhallinen ympäristö sekä hoitajan motivaatio ja asenne. Aikaisempien tutkimusten mukaan turvallisen lääkehoidon mahdollistavia tekijöitä ovat varmistaminen ja lääkkeiden kaksoistarkastus, raportointi, riskinhallinta ja työolosuhteiden rauhoittaminen (Sipola-Kauppi 2009, 58–60).

Yleisimmät lääkevirheet tapahtuivat lääkkeiden jako- ja antotilanteissa. Jokin lääke jäi jakamatta tai se jaettiin väärän vahvuisena. Yleisimmät antovirheet olivat, että asukas oli saanut toisen asukkaan lääkkeet tai väärän lääkkeen tai lääkkeen väärään aikaan. Useiden aikaisempien tutkimusten mukaan lääkevirheitä tapahtuu eniten lääkkeiden anto- ja jakotilanteissa (Härkänen 2013 ym., 55, 57; Mustajoki 2005, 2624; Pitkänen 2014 ym., 179).

Suurimmiksi lääkevirheiden aiheuttajiksi koettiin kiire, inhimillinen erehdys ja rauhaton ympäristö. Rauhattomassa ympäristössä lääkkeen jakaminen ja antaminen saattoivat keskeytyä tai häiriintyä. Tulosten mukaan myös hoitajan väsymys ja vireystilan lasku koettiin keskeisiksi lääkevirheisiin johtaviksi syiksi. Mustajoen (2005) mukaan inhimillinen erehdys, kiire ja rauhaton työympäristö vaikuttavat virheiden syntyyn. Myös Pitkänen ym. (2014) toteaa meluisan, kiireisen ja huonosti suunnitellun työympäristön ja hoitajan väsymyksen lisäävän vaaratapahtumien todennäköisyyttä. Haastateltavat toivat esille, että lääkevirheitä voisi ennaltaehkäistä riittävällä työajalla ja työhön keskittymisellä. Härkäsen ym. (2013) tutkimuksen mukaan keskittyminen työhön on olennainen osa vaaratapahtumien ennaltaehkäisyä. Vaikka lääkevirheitä oli tapahtunut yksiköissä, mielestämme lääkehoitoprosessi toteutui pääasiassa turvallisesti.

Tulosten mukaan yksiköissä käytössä olevat uniikkidosetit koettiin aluksi hankaliksi käyttää, sillä lääkkeiden antoajat ovat niissä päinvastaisessa järjestyksessä kuin tavallisissa doseteissa. Ennen kuin uniikkidosetteihin totuttiin, joitakin lääkevirheitä tapahtui antoajoissa eli iltalääkkeet tai yölääkkeet annettiin aamulääkkeiden sijasta. Tuloksista näkyy se, että lääkkeiden tunnistaminen ja tieto siitä, mihin ne ovat määrätty ovat lääkehoito-osaamisen kulmakiviä. Tärkeänä pidettiin tietoa sairauden ja iän aiheuttamien fysiologisten muutosten vaikutuksesta lääkkeiden farmakokinetiikkaan. Haasteena koettiin lääkkeiden rinnakkaisvalmisteiden tunnistaminen. Myös Härkäsen ja kollegoiden (2013) sekä Luokkamäen (2015) tutkimuksissa uusien valmisteiden nopea tulo markkinoille sekä vaihtuvat kauppanimet nähtiin lääkehoidon kasvavaksi haasteeksi.

Tulosten mukaan hoivakodeissa on yhtenäiset ja toimivat käytänteet lääkepoikkeamatilanteissa. Lääkepoikkeaman mahdollisen aiheuttaman haitan vaikutus asukkaan vointiin arvioidaan ja otetaan tarvittaessa yhteys lääkäriin. Poikkeamista tehdään lääkepoikkeamailmoitus DomaCare -järjestelmään. Osa haastateltavista kertoi, että heidän yksiköissä keskustellaan lääkepoikkeamista työryhmässä. Tämä osoittaa, että emme voi olla varmoja, keskustellaanko kaikissa yksiköissä lääkepoikkeamista työryhmässä. Mustajoki (2005) ja Pitkänen ym.

(2014) toteavat, että virheistä keskustelu ja niiden läpikäynti työryhmässä on tärkeää virheistä oppimisen ja riskien ennaltaehkäisemisen kannalta.

Tulosten mukaan sairaanhoitaja vastaa yksiköissä pääsääntöisesti lääkehoidon toteutumisesta, mutta päivittäiseen lääkehoitoon osallistuu myös muu hoitohenkilökunta lupien mukaisesti. Usean hoitajan osallistuminen päivittäisten lääkkeiden antamiseen työvuorossa koettiin lisäävän lääkevirheiden mahdollisuuksia, esimerkiksi lääke annettiin kahteen kertaan. Myös raportointi koettiin puutteelliseksi dosettien ulkopuolisten lääkkeiden antamisen suhteen. Tuloksista voimme päätellä, että päivittäisessä työnjaossa on epäselvyyttä. Kehittämisehdotuksena sairaanhoitajat toivoivat vastuun jakautumisen selkeyttämistä työvuorossa. He ehdottivat, että yksi hoitaja olisi vastuussa lääkehoidosta työvuorossa. Myös lääkkeen vaikutusten seurannassa ja kirjaamisessa koettiin olevan kehitettävää.

Lääkehoidon virheiden vähenemiseen arvioitiin vaikuttavan antotilanteessa oikean asukkaan ja oikean lääkkeen ja oikean antoajan varmistaminen vielä ennen lääkkeen antamista. Myös Härkäsen ja kollegoiden (2013) tutkimuksessa todetaan, että hoitajan tulisi noudattaa viiden ”oikean” – sääntöä eli tarkastaa oikea asukas, lääke, annos, antoaika ja antoreitti.

Tuloksista voimme päätellä, että sairaanhoitajan koulutus antaa riittävät valmiudet lääkehoidon toteuttamiseen hoivakodeissa eikä heidän tarvitse suorittaa lääkelupaa, sillä hoivakodeissa ei toteuteta vaativaa eli suonensisäistä lääkehoitoa. Lähihoitajan tulee suorittaa koulutuksen lisäksi työpaikkakohtainen lääkelupa ja uusina se kahden vuoden välein. Lääkeluvan saamista pidettiin liian helppona ja siihen toivottiin lisää haastavuutta. Sairaanhoitajat ehdottivat, että lääkeluvan saamiseen voisi sisällyttää koko lääkehoitoprosessin ymmärtämisen ja sen, miten toimia lääkevirheen sattuessa. Osa haastateltavista koki tarpeelliseksi LOVE (Lääkehoidon osaaminen verkossa) koulutuksen yksiköiden hoitajille.

Suurin osa sairaanhoitajista kertoi, ettei lisäkoulutuksia ole riittävästi. Haastateltavat toivoivat lääkehoidon säännöllistä koulutusta vanhusten lääkehoidosta. Sairaanhoitajat ehdottivat farmaseutin koulutuksia vanhusten hoidossa käytössä

olevien lääkkeiden farmakokinetiikasta ja farmakodynamiikasta. Myös hoitajan kiinnostus oman ammattitaidon kehittämiseen ja lääkehoidon osaamisen ylläpitämiseen on olennainen osa hoitajan lääkehoito-osaamista. Aikaisempien tutkimusten (Härkänen ym. 2013; Pitkänen ym. 2014) mukaan sekä perus- että täydennyskoulutuksella varmistetaan henkilökunnan riittävä lääkehoidon osaaminen.

Lääkevirheiden ennaltaehkäisyyn kannalta koettiin tärkeäksi rauhallinen työympäristö, jotta hoitaja pystyy keskittymään lääkejakoon- ja antoon ilman häiriötekijöitä. Tuloksista ilmeni, että useissa yksiköissä erillinen lääkkeenjako puuttui kokonaan tai lääkkeenjako tehtiin rauhattomassa tilassa. Keskeisenä kehittämissajatuksena tuloksista nousi yksiköiden tarve erillisestä lääkehuoneesta. Yksiköissä toivottiin myös omaa yksikkökohtaista lääkehoitosuunnitelmaa Hoiva Oy:n yleisen lääkehoitosuunnitelman lisäksi.

Jatkossa tutkimus voitaisiin toistaa niin, että tutkittaisiin lähihoitajien ja muiden hoitajien näkemystä turvallisen lääkehoidon toteutumisesta hoivakodeissa. Jatkotutkimuksissa olisi tärkeää tarkastella lääkepoikkeamien raportointijärjestelmien käyttöä laajemmin, sillä terveydenhuollossa tapahtuneiden poikkeamien raportointi on Suomessa vielä suhteellisen uusi asia (Härkänen ym. 2013, 51). Tutkimuksissa voisi hakea vastauksia kysymyksiin, miten lääkepoikkeamia käsitellään työryhmässä sekä mitkä tekijät helpottavat ja mitkä vaikeuttavat lääkepoikkeamien ilmoittamista. Mielenkiintoista olisi myös selvittää, miten omaiset kokevat turvallisen lääkehoidon toteutuvan hoivakodeissa.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää turvallista lääkehoitoa kehitettäessä Hoiva Oy:n hoivakodeissa sekä muissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä.

10.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyömme tarkoitus on selvittää, miten turvallinen lääkehoito toteutuu ja millaisia lääkehoidon riskikohtia Diakonissalaitoksen hoivakodeissa on. Opinnäytetyömme aihealueet käsittelevät inhimillistä toimintaa, minkä vuoksi eettisyys korostuu työmme jokaisessa vaiheessa. Opinnäytetyön tulee kaiken tieteellisen tutkimuksen tavoin noudattaa tutkimusetiikkaa koko prosessin ajan. Tutkimuksen eettisyyteen ja eettisiin kysymyksiin on erittäin tärkeää kiinnittää huomioita erityisesti niissä tieteissä, jotka tutkivat ihmistä ja inhimillistä toimintaa. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2013, 211–213.)

Ennen tutkimuksen tekemistä on hyvä pohtia tutkimuksen tarpeellisuutta ja hyödynnettävyyttä. Suunnitteluvaiheessa tulee arvioida, miten tutkimuksesta saatu tietoa voidaan hyödyntää hoitotyön laatua kehittäessä. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2013, 218.) Opinnäytetyömme keskeinen tavoite oli parantaa Diakonissalaitoksen hoivakotien lääkehoidon laatua ja turvallisuutta sekä lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta ja osaamista turvallisen lääkehoidon toteutumisessa. Opinnäytetyömme tarpeellisuus ja hyödynnettävyys ovat nousseet yhteistyökumppanimme toiveesta parantaa Hoiva Oy:n hoivakotien lääkehoidon toteuttamisen turvallisuutta. Tutkimuksen valinta ja rajaus ovat eettinen ratkaisu, sillä siinä täytyy pohtia aiheen valintaan vaikuttaneita tekijöitä (Hirsjärvi ym. 2004, 26).

Tutkimuseettisyyden kannalta on tärkeää, että tutkimukseen osallistuja tietää, mihin hän osallistuu ja mitä tutkimuksen kuluessa tapahtuu. Lisäksi on tärkeää, että tutkimukseen osallistuvalla on saatu suostumus tutkimukseen osallistumisesta. On myös tärkeää, että hän tietää tutkimukseen osallistumisen olevan täysin vapaaehtoista ja että tutkimuksen tekemisen voi keskeyttää missä tahansa vaiheessa ilman perusteluja. (Hirsjärvi ym. 2004, 26–27.)

Pyrimme noudattamaan tutkimuseettisyyttä opinnäytetyöprosessin jokaisessa vaiheessa. Saimme luvan tutkimuksen tekemiseen Helsingin Diakonissalaitoksen eettiseltä toimikunnalta. Saatuamme tutkimusluvan eettiseltä toimikunnalta

lähetimme jokaiselle sairaanhoitajalle sähköpostia, jossa esittelimme itsemme, opinnäytetyömme tarkoituksen ja tavoitteet. Ennen tutkimuksen aloittamista annoimme haastateltaville allekirjoitettavaksi suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta (LIITE 2), jossa kerroimme haastattelun sisällön, toteutuksen, tutkimuksen tarkoitukset ja tavoitteet. Suostumuslomakkeessa (LIITE 2) kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja halutessaan tutkimukseen osallistunut sairaanhoitaja sai keskeyttää sen ilman perusteluita tutkimusprosessin missä vaiheessa tahansa.

Tutkimustulosten esittämisessä yhtenä perustana on tutkijan kyky kirjoittaa tieteellistä tekstiä. Opinnäytetyössä kirjoittaminen on prosessi, jossa korostuu myös kielellinen ja viestinnällinen merkitys. On tärkeää, että tutkimuksen lähtökohdat ja tulokset ovat kirjoitettu samassa järjestyksessä kuin tutkimuksen tarkoituksen esittely ja mihin tutkimuksella on pyritty. Selkeä järjestys tulee säilyä myös pohdinnassa. (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 173.) Tutkimustuloksia esittäessä on tärkeää raportoida kaikki merkittävät tulokset ja päätelmät selkeästi ja rehellisesti, sillä usein lukija tekee johtopäätökset tutkimuksen onnistumisesta sen perusteella, kuinka hyvin tutkimuksen tulokset on osattu raportoida (Heikkilä 2014, 168–168).

Tutkimusetiikan näkökulmasta tutkimustuloksia esittäessä on tärkeää huomioida anonymiteetti. Tulokset tulee julkaista siten, ettei yhtä vastaajaa pysty erottamaan vastauksista. Ilmauksia valitessa on syytä pohtia, kirjoitetaanko vastaukset suorina lainauksina esimerkiksi murrekieliset ilmaukset vai kirjoitetaanko ne yleiskielelle. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2013, 221.) Nauhoitimme haastattelut henkilöiden anonymiteetin säilyttävällä tavalla. Haastattelun alussa nimeä tai toimipaikkaa ei mainittu. Tutkimuksemme kohderyhmänä oli Diakonissalaitoksen hoivakodeissa työskentelevät sairaanhoitajat. Haastateltavien määrä oli melko pieni ja tämän vuoksi tutkimustulosten esittämisessä kiinnitimme huomiota siihen, ettei kukaan haastatelluista tullut tunnistetuksi vastauksista eikä yksittäisvastaaja pysty tunnistamaan. Valitsimme työhömmme audiitiivisia lainauksia eli alkuperäisilmauksia lisäämään työmme luotettavuutta ottaen anonymiuden ja eettiset näkökulmat huomioon. Säilytimme haastatteluista saadun materiaalin vain

itsellämme, emmekä opinnäytetyöprosessin missään vaiheessa ole antaneet sitä ulkopuolisille. Poistimme haastatteluiden nauhoitukset ja litteroidun materiaalin opinnäytetyön valmistuttua.

10.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuuden kannalta on tärkeä olla lähteiden valinnassa kriittinen. Kriittisyys tarkoittaa lähteen iän ja asiantuntijuuden lisäksi myös alkuperäislähteiden käyttöä. Jos teos ei ole alkuperäinen, on riskinä, että alkuperäistutkimusta on teoksessa lainattu virheellisesti. Tällöin työ, jossa lähdeä käytetään ei ole enää luotettava. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2013, 92–93.) Opinnäytetyömme luotettavuutta lisää se, että käytimme työssämme tuoreita asiantuntijalähteitä, jotka ovat alkuperäisteoksia. Käytimme työssämme luotettavia ja yleisimpiä hoitotieteellisiä tiedonhankintaan käytettäviä tietokantoja, kuten Nelli-tiedonhakuportaalia, Terveysporttia, Ebscoa ja Medicia.

Käytettäessä lähdeä pitää lähde merkitä asianmukaisesti sekä esittää se niin, ettei sen merkitys muutu. Plagiointi on toisen henkilön kirjoittaman tekstin kopiointia ilman asianmukaisia merkintöjä. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2013, 224.) Opinnäytetyömme luotettavuutta lisää se, että merkitsimme käyttämämme lähdekirjaisuuden ja tieteellisten tutkimusten tekijät asianmukaisesti tekstiin. Merkinnöistä lukija pystyy selkeästi erottamaan, mikä tekstin osa on lähteestä peräisin ja mikä on opinnäytetyön tekijän omaa pohdintaa. Käytetyt lähteet merkitsimme lähdeluetteloon, josta lukija pystyy löytämään myös alkuperäisteoksen.

Opinnäytetyömme luotettavuutta eli reliabiliteettia lisää se, että aiheemme on työelämälähtöinen ja tutkimuksen taustalla oleva teoria pohjaa luotettaviin lähteisiin. Tutustuimme turvalliseen lääkehoitoon kirjallisuuden ja tutkimusten avulla. Laadimme haastattelun teemat kirjallisuuden, tutkimusten sekä yhteistyötahon asiantutijan avulla. Jotta työmme palvelisi mahdollisimman hyvin Hoiva Oy:n tar-

peita, kävimme ennen tutkimuksen tekemistä yhteyshenkilön kanssa haastattelulomakkeen läpi ja arvioimme, saadaanko laadituilla kysymyksillä vastaukset tutkittaviin aihepiireihin. Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkimus tuottaa uutta tietoa ja vastaa tutkimuskysymyksiin (Hirsjärvi ym. 2004, 216–217). Työmme validiteetti eli pätevyys pohjautuu siihen, että saimme haastatteluista vastaukset tutkimuskysymyksiimme.

Keräsimme aineiston haastattelemalla kuutta sairaanhoitajaa. Haastattelut toteutimme yksilöhaastatteluina, jotka nauhoitimme. Jokainen opinnäytetyöntekijä osallistui haastatteluihin toteuttamalla kaksi haastattelua. Yksilöhaastattelu tarjosi haastateltavalle vapauden vastata esitettyihin kysymyksiin rauhassa ja ajan kanssa. Myös keskusteleminen aiheista, joista ei välttämättä olisi ryhmähaastattelussa halunnut keskustella mahdollistui yksilöhaastattelussa. Yksilöhaastattelun luotettavuutta lisää se, että tutkittavana oleva pystyy rehellisemmin keskustelemaan asioista, varsinkin silloin, kun aihe on arkaluontoinen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 123). Vaikka haastateltavia oli vain kuusi, määrä oli riittävä tähän opinnäytetyöhön.

Tutkimusvaiheessa monet eri tekijät voivat kuitenkin vaikuttaa itse tulosten luotettavuuteen. Tulosten luotettavuutta arvioidessa lukijan kannattaa tarkastella niitä kriittisesti. Tutkimusvaiheessa tutkijan oma ennakkokäsitys aiheesta voi vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin sekä tutkittava on voinut muuttaa omaa käytöstään tietäessään olevansa tutkittavana. Tätä kutsutaan Hawthornen efektiksi. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2013, 196.) Tutkimustuloksista ei yleisesti voida kvalitatiivisessa tutkimuksessa tehdä yleistyksiä, vaan sillä pyritään enemmän luomaan käsitteitä, joita voidaan hyödyntää käytännössä (Paunonen & Vehviläinen–Julkunen 2006, 220).

Laadullisesti toteutetun tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkija kuvaa työssään tarkasti tutkimuksensa eri vaiheet (Hirsjärvi ym. 2004, 217). Olemme kuvanneet opinnäytetyössämme tarkasti tutkimuksen kulun, aineiston keruun ja aineiston analyysin vaiheet. Lisäksi havainnollistimme aineiston analysoinnin ku-

violla (KUVIO 1.). Raportoimme tulokset tutkimuskysymyksittäin. Lisäämään luotettavuutta olemme esittäneet tutkimuksessa saamamme tulokset mahdollisimman asianmukaisesti ja rehellisesti. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään usein alkuperäisilmauksia lisäämään tutkimustulosten luotettavuutta (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2013, 221). Poimimme auditiivisia lainauksia kaikkien haastatteluiden vastauksista, joissa oli tutkimuksen kannalta merkittäviä tuloksia. Kirjoitimme auditiiviset lainaukset yleiskielisiksi muutamatta kuitenkaan sisältöä. Emme ole jättäneet raportoimatta mitään haastatteluissa ilmenneistä asioista, jotka liittyvät turvalliseen lääkehoitoon. Tutkimuksessa olemme esittäneet myös negatiiviset ja kehitettävät näkökulmat.

10.4 Oma ammatillinen kehittyminen opinnäytetyöprosessin aikana

Opinnäytetyömme prosessi alkoi vuoden 2015 syksyllä, kun otimme vastaan tarjotun aiheen työelämän yhteistyökumppanilta, Hoiva Oy:n esittelijältä koululamme järjestetyllä opinnäytetyötorilla. Aihe oli noussut Hoiva Oy:n tarpeesta kehittää turvallista lääkehoitoa ja sen laatua. Kirjasimme ylös työhön liittyviä asioita keskustellessamme aiheesta esittelijän eli Hoiva Oy:n palveluvastaavan kanssa. Tartuimme innolla aiheeseen, sillä jokaisella meistä on kokemusta hoitoalalta sekä työelämän että opintojen myötä, ja kokemuksen kautta olemme nähneet erilaisia lääkehoidon toteuttamistapoja. Näemme lääkehoidon toteuttamisen todella tärkeänä ja oleellisena osana sairaanhoitajan työnkuvaa, johon liittyy paljon vastuuta.

Suunnitellessamme työtä pohdimme turvalliseen lääkehoitoon liittyviä tekijöitä ja haasteita. Ymmärsimme, että aihe on hyvin laaja ja meidän tulisi miettiä selkeä rajaus, tarkoitus ja tavoitteet opinnäytetyöllemme. Tapasimme opinnäytetyön tiimoilta useita kertoja. Olimme päättäneet, että toteutamme aiheeseen liittyvän tutkimuksen laadullisen menetelmän keinoin. Kolmen tekijän yhteistyössä huomasimme hyötyjä sekä haittoja. Alkuun yhteiset tapaamiset olivat helppoja sopia ja sovittella jokaisen aikatauluihin. Syksyn edetessä tiesimme kahdella opinnäytetyöntekijällä alkavan harjoittelujakson. Saatuaamme selkeyttä työmme sisältöön

olimme yhteydessä työelämän yhteistyökumppaniin sähköpostitse työhön liittyvistä tarkemmista yksityiskohdista. Esitimme koulullamme ideapaperin syyskuun alussa. Saimme hyvää palautetta ja ryhdyimme työhön.

Perehdyimme lääkehoitoon liittyvään materiaaliin laajasti. Keräsimme aiheeseen liittyvää teoretietoa ja tutkimuksia. Oli hienoa syventyä aiheeseen hyvän kirjallisuuden sekä useampien tutkimusten kautta. Opimme sen kautta tiedonhakuja monipuolisesti ja käyttämään erilaisia tietokantoja sekä valitsemaan lähteitä kriittisesti. Näitä taitoja tulemme tarvitsemaan tulevaisuudessa sairaanhoitajina työskennellessämme, sillä meidän tulee osata etsiä näyttöön perustuvaa tietoa sekä soveltaa sitä päivittäisessä työssä. Kirjoittaessamme lääkehoidon teoriaa ja oimme osuuksia keskenämme. Useimmiten teimme työtä yhdessä eteenpäin. Luimme tekemiämme osuuksia ja arvioimme niiden sisältöä, kirjoitustyyliä ja asianmukaisuutta. Pyrimme lukemaan tieteellisiä tutkimuksia, joista saimme apua kirjoitustyyliin. Kuitenkin huomasimme työtä tehdessämme eroja jokaisen kirjoitustyyliin. Pohdimme sanavalintoja yhdessä, mikä vei välillä enemmänkin aikaa. Mietimme myös, miten voimme tuoda esille omaa ammatillista kokemusta sekä näkemystä työelämästä. Etsimme lähteitä tukemaan työelämässä kohdattuja konkreettisia asioita, joita halusimme hyödyntää työssämme.

Lokakuun puolessa välissä yhteistyötaho lähetti sähköpostitse tarkemman ehdotuksen työn sisältämisestä aihepiireistä ja otsikoinnista. Saimme suhteellisen vapaat kädet muokata heidän ehdotustaan ja miettiä, kuinka voimme tuoda heidän toivomansa asiat työssämme esille. Keskustelimme samalla alustavasti tutkimuksesta ja siihen liittyvistä sairaanhoitajien haastatteluiden toteuttamisesta. Halusimme myös varmistaa, että työmme tulisi palvelemaan yhteistyökumppanin tarpeita. Selvitimme tutkimusprosessin toteutusta sekä siihen liittyvää lupien hakua. Tiesimme, että lupien saaminen on oma prosessinsa, joka vie aikaa. Opinnäyte-työtä tehdessämme yhteistyöosaamisemme kehittyi. Yhteistyöosaaminen on tärkeä taito tulevaisuudessa työskennellessämme, sillä sairaanhoitajan tulee osata toimia asiantuntijana moniammatillisissa työryhmissä sekä hallita tasavertainen asiakaslähtöinen yhteistyö (Opetusministeriö 2006, 66).

Haasteita työn etenemisessä loi aikataulujen sovittaminen yhteen. Harjoittelujaksoa tekevien työvuorot menivät usein ristiin ja heillä oli pitkiä päiviä sekä kolmas opinnäytetyöntekijä teki kaksivuorotyötä. Tämä opetti joustavuutta sekä suunnitelmallisuutta. Pyrimme tapaamaan mahdollisuuksien mukaan ja aloittamaan tutkimusosuuteen syventymisen. Tutustuimme laadullisen tutkimuksen toteutukseen sekä suunnittelimme haastattelulomaketta, jonka avulla saisimme selvitettyä haluamiamme asioita turvallisesta lääkehoidosta. Pohdimme, miten rakennamme kyselylomakkeen ja millaisia asioita kyselemme haastateltavilta. Päätetyämme haastattelulomakkeen sisällön, järjestelimme kysymykset teemojen mukaan. Tutkimuksen prosessointi ja haastattelulomakkeen tekeminen olivat opettavaisia ja auttoivat opinnäytetyösuunnitelman tekemistä. Esitimme suunnitelmamme marraskuun alussa ja saimme lähetettyä tutkimuslupapyyntön Eettiselle toimikunnalle.

Jatkoimme teorian kirjoittamista sekä suunnittelimme tutkimuksen toteutuksen työnjakoa. Onneksemme saimme tutkimusluvat marraskuun aikana ja sovimme tapaamisen yhteistyöhenkilön kanssa ennen haastatteluiden tekemistä. Kävimme tapaamisessa läpi senhetkistä työmme vaihetta ja kerroimme myös toiveemme haastatteluiden tekemisestä mahdollisimman pian. Yhteistyötahon kanssa tutkimuksen tekeminen edistyi hyvin. Sovittujen haastatteluiden tekeminen lähestyi ja kävimme yhdessä läpi niiden toteutukseen liittyviä vuorovaikutuksellisia asioita. Esille nousi, että haastattelua tehdessä tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden kannalta on tärkeää, ettei haastattelija johdattele haastattelua ilmeillä tai eleillä. Vuorovaikutuksessa sekä sanattomassa viestinnässä kehon kieli, ilmeet ja sanan painot puhuvat paljon. Haastatteluiden toteutus kuudessa yksikössä sujuivat ilman ongelmia. Olimme sitoutuneet tutkimuksen tekemiseen suhteellisen tiiviissä aikataulussa.

Joulukuusta lähtien teimme tiiviisti yhdessä tutkimusta eteenpäin työn lomassa. Joskus väsymys tuntui ylivoimaiselta työpäivän jälkeen, mutta pyrimme eteenpäin työssä aina edes vähän. Mielenkiintoista oli se, kuinka opimme tunnistamaan itsestämme sekä toisistamme tunnetiloja ilman sen ilmaisemista suoranaisesti. Arjen velvoitteet sekä elämässä kohdattavat haasteet olivat myös läsnä

opinnäytetyötä tehtäessä. Luonnollisesti nämä tuntuivat joskus vievän ajatusta muualle. Kaiken keskellä pyrimme tukemaan toisiamme sekä joskus sovimme vain tekevämme pienen osion eteenpäin ja nautimme hyvästä kahvistä tai ruuasta ynnä muista herkuista keskustellen asioista ja pohtien tuloksia.

Tammikuun ensimmäisessä seminaarissa esitimme työmme käsikirjoituksen. Yksilöohjauksesta koimme saaneemme paljon apua tulosten esittämiseen sekä työn viimeistelyyn. Kesken opinnäytetyöprosessia meille selvisi, että työelämän yhteyshenkilö on vaihtunut. Harmittelimme ettei tietoa ollut tullut meille aiemmin, mutta sovimme koululla ohjaajiemme kanssa työmme loppuun tekemiseen liittyvistä käytännönasioista. Esitarkastukseen jätön lähestyminen aiheutti välillä itse kussakin pientä stressiä. Työtä tehdessä tuntui, että monet asiat vaativat suurempaa muutosta ja selkeyttämistä sekä kokonaan uudestaan järjestelemistä. Välillä tuntui, että sokeuduimme työhömmehä tehdessämme sitä pitkiä päiviä. Tämän vuoksi pyysimme työstä muutaman ulkopuolisen lukijan kommentteja, jotka auttoivat meitä huomioimaan tekstisisältöjä sekä riittävää asioiden avaamista. Tiimityöskentelytaidot korostuivat ja jokaisen vahvuuksia ja taitoja tarvittiin. Viimeisten viikkojen suunnitelmallisuus korostui ja pyrimme saamaan jokaisen osa-alueen kootuksi. Kävimme yhdessä läpi tekemiämme korjauksia sekä lisäyksiä. Pieniä tietoteknisiä haasteita tuli vastaan, mutta saimme niihin apua läheisiltämme.

Koimme työmme olevan hyödyllinen oman ammatillisen kasvumme sekä lääkeshoidon teorian kertaamisen kannalta. Opinnäytetyön tekemisen kautta opimme lääkeshoidon kliinistä osaamista erityisesti lääkehoitoprosessin vaiheista ja riskien ennaltaehkäisystä. Opimme opinnäytetyön raportin kirjoittamista ja laadullisen tutkimusmenetelmän käyttöä. Opimme haastattelulomakkeen etukäteen suunnittelun merkitystä tutkimuskysymysten kannalta. Opimme myös Hoiva Oy:n toiminnasta sekä lääkehoitosuunnitelman rakenteesta. Työn tekeminen opetti monessa kohtaa pitkäjänteisyyttä ja ryhmätyöskentelytaitoja. Sairaanhoitajan tulee ottaa vastuu omasta toiminnastaan sekä huomioida muut toiminnassaan (Opetusministeriö 2006, 64). Opinnäytetyötä tehdessä eettiset kysymykset olivat jatkuvasti esillä varsinkin haastatteluita tehdessä. Eettisyyden huomioiminen on osa sai-

raanhoitajan ammatillisuutta. Sairaanhoitajan tulee soveltaa oman alansa arvo-
perustaa ja ammattieettisiä periaatteita työskennellessään (Opetusministeriö
2006, 64). Vaikka asetimme itsellemme tiiviin aikataulun opinnäytetyön valmistu-
miselle, olemme tyytyväisiä opinnäytetyön prosessiin ja mielestämme toimineet
tehokkaasti kokonaisuutta katsoessa.

TAULUKKO 1. Opinnäytetyöprosessin aikataulu

Opinnäytetyön aihe yhteistyötaholta	26.8.2015
Ideapaperi hyväksytty	9.9.2015
Materiaalin kerääminen ja teoria pääosin kirjoitettu	syys-joulukuu
Yhteyshenkilön kanssa suunnittelua työn sisällöstä sähköpostitse	16.10.2015
Helsingin Diakonissalaitoksen ja Hoiva Oy:n toimitusjohtajalle tieto tutkimuksesta	2.11.2015
Suunnitelma hyväksytty	4.11.2015
Tutkimuslupien hakeminen eettiseltä lautakunnalta	5.11.2015
Tutkimuslupa myönnetty	20.11.2015
Yhteyshenkilön tapaaminen ja haastatteluiden toteuttamisesta sopiminen	1.12.2015
Yhteydenotto sähköpostitse haastateltaviin	3.-7.12.2015
1. Toimipaikan haastatteluiden tekeminen	7.12.2015
2. Toimipaikan haastatteluiden tekeminen	8.12.2015
3. Toimipaikan haastatteluiden tekeminen	9.12.2015
Käsikirjoituksen esittäminen	20.1.2016
Työn jättö esitarkastukseen	22.2.2016
Opinnäytetyön julkistamisseminaari	8.3.2016
Valmiin opinnäytetyön palautus	18.3.2016 mennessä
Opiskelijoiden valmistuminen	Keväällä 2016

LÄHTEET

- Diakonissalaitoksen Hoiva. i.a. Viitattu 12.1.2016. <https://www.hoiva.fi/palvelut/palveluasuminen/hoivakodit>.
- Doma Care i.a. Mekin suosittellemme. Viitattu 13.2.2016. <http://www.doma-care.fi/kokemuksia/mekin-suosittelemme/>.
- Elo, Satu; Saarnio, Reetta & Isola, Arja 2013. Hoitajien näkemyksiä muistisaira-
raan fyysisestä hoitoympäristöstä. Tutkiva hoitotyö Vol.11 (3), 17–
25.
- Fimea 2012. Turvallisen lääkehoidon työkalupakki, 2012. Sic! 3/2012. Viitattu
19.1.2016. [http://sic.fimea.fi/3_2012/turvallisen_laakehoidon_tyoka-
lupakki](http://sic.fimea.fi/3_2012/turvallisen_laakehoidon_tyokalupakki).
- Heikkilä, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Hel-
sinki: Tammi.
- Holst, Göran & Edberg, Anna-Karin 2011. Wellbeing among people with demen-
tia and their next of kin over a period of 3 years. *Scandinavian Jour-
nal of Caring Sciences*, 25, 549–557.
- Hämeen ammattikorkeakoulu i.a. Laadullisen aineiston käsittely. Tulkinnalliset
menetelmät. Viitattu 12.1.2016. [http://www.hamk.fi/verkotot/ku-
dos/tutkiva-toiminta/Documents/HAMK_11_Analyysit_osa_II.pdf](http://www.hamk.fi/verkotot/kudos/tutkiva-toiminta/Documents/HAMK_11_Analyysit_osa_II.pdf).
- Härkänen, Marja; Turunen, Hannele; Saano, Susanna & Vehviläinen-Julkunen,
Katri 2013. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen näkemykset lääkitys-
poikkeamien estämisestä erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 25 (1),
49–61.
- Kajaanin ammattikorkeakoulu i.a. Opinnäytetyöpakki. Teemoittelu. Viitattu
17.2.2016. [http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreetti-
nen-materiaali/Tukimateriaali/Laadullisen-analyysi-ja-tulkinta/tee-
moittelu](http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Laadullisen-analyysi-ja-tulkinta/tee-
moittelu).
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen–Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä.
Helsinki: Sanoma Pro.
- Kanta i.a. Omakanta. Viitattu 19.2.2016. <http://www.kanta.fi/3>.

- Karppi, Pertti 2012. Vanhusten sairaudet ja toimintakyky. Viitattu 13.2.2016.
<https://skr.fi/sites/default/files/Vanhusten%20sairaudet%20300112.pdf>.
- Kinnunen, Marina; Keistinen, Timo; Ruuhilehto, Kaarin & Juhani Ojanen 2009. .
Vaaratapahtumien raportointimenettely. Opas 4. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.2.2016. <https://www.thl.fi/documents/10531/104889/Opas%202009%204.pdf>.
- Kivelä, Sirkka-Liisa 2006. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Helsinki: WSOY.
- Klaukka, Timo 2005. Lääkehuolto ja lääkkeiden käyttö. Duodecim. Viitattu 4.2.2016
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo0060.
- Klemola, Annukka; Nikkonen, Merja; Pietilä, Anna-Maija & Hautala-Jylhä, Pirjo-Liisa 2005. Elämä hoitokodissa: Haastattelututkimus vanhusten toiveista. Tutkiva hoitotyö Vol.3 (3), 5-11.
- Laki erikoissairaanhoidosta 1989/1062. Viitattu 12.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=erikoissairaanhoidolaki>
- Laki kansanterveydestä 1972/66. Viitattu 12.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveyslaki>.
- Laki lääkeasetuksesta 1987/693. Viitattu 12.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870693>.
- Laki lääkkeistä 1987/395. Viitattu 12.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=l%C3%A4%C3%A4kelaki>.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Viitattu 12.1.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta>.

- Laki potilasvahingoista 1986/585. Viitattu 12.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>.
- Laki Suomen perustuslaista 1999/731. Viitattu 12.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994/559. Viitattu 12.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6st%C3%A4>.
- Lehtiranta, Susanna; Leino-Kilpi, Helena; Koskenniemi, Jaana; Jartti, Laura; Hupli, Maija; Stolt, Minna & Suhonen, Riitta 2014. Muistisairaankin henkilön kotoa laitoshoidon siirtymistä jouduttavat tekijät. *Hoitotiede* 26 (2), 113–124.
- Luokkamäki, Sanna 2015. Sairaanhoidajan lääkehoidon osaaminen. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 20.2.2016. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150131/urn_nbn_fi_uef-20150131.pdf.
- Mustajoki, Pertti 2005. Hoitoon liittyvät virheet ja niiden ehkäisy. Peijaksen sairaalaprojekti. *Suomen lääkäri* 23/2005, 2623–2625.
- Nurminen, Marja-Leena 2004. Lääkehoito. Helsinki: WSOY.
- Nurminen, Marja-Leena 2012. Lääkehoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Viitattu 16.2.2016 <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>.
- Pastenack, Amos 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Lääketieteellinen aikakauskirja*. Duodecim. Viitattu 22.2.2016. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96057.pdf>.
- Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Pitkänen, Anneli; Teuvo, Susanna; Ränkimies, Mari; Uusitalo, Marjo; Oja, Katriina & Kaunonen, Marja 2014. Lääkehoitoon liittyvien vaaratapah- tumien taustalla olevat tekijät. *Hoitotiede* 26 (3), 177–189.

- Rautava-Nurmi, Hanna; Westergård, Airi; Henttonen, Tarja; Ojala, Mirja & Vuorinen, Sinikka 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Saano, Susanna & Taam-Ukkonen, Minna 2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Saano, Susanna & Taam-Ukkonen, Minna 2014. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Saarikoski, Mikko; Syrjälä, Vappu & Ylönen, Minna 2004. Hoitotyön kliinisen opiskelun kehittämishanke vanhusten osastoilla. Tutkiva hoitotyö Vol.2(3), 4-9.
- Saarnio, Reetta; Mustonen, Ulla & Isola, Arja 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. Hoitotiede 23 (1), 46–56.
- Sipola-Kauppi, Irene 2009. ”Apua, minäkö tein virheen?” Sairaanhoitajien kokemuksia lääkityspoikkeamista. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 19.2.2016. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80897/gradu03778.pdf?sequence=1>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE. Viitattu 10.1.2016. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveystieteiden+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki. Viitattu 26.10.2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113244/opp_0532_laakehoito_verkko_korjattu.pdf?sequence=1.
- Suomen Apteekkariliitto. Lääkkeet annospusseissa apteekista. Apteekkariliiton jäsenkirjeet 2010.
- Taam-Ukkonen, Minna & Saano, Susanna 2010. Turvallisen lääkehoidon perusteet. Helsinki: WSOYpro OY.

- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015. Lääkehoidon turvallisuus. Viitattu 26.10.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus/laakehoidon-turvallisuus>.
- Tokkola, Eeva 2010. Turvallinen lääkehoito kotona ja laitoksessa. Helsinki: Tammi.
- Turvallinen lääkehoito opas 2005. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 19.1.2016. http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/113244/opp_0532_laakehoito_verkko_korjattu.pdf?sequence=1.
- Valvira 2008. Ammattioikeudet. Viitattu 16.3.2016. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet>.
- Veräjänkorva, Oili; Huupponen, Risto; Huupponen, Ulla; Kaukkila, Hanna-Sisko & Torniainen, Kirsti 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Veräjänkorva, Oili; Huupponen, Risto; Huupponen, Ulla; Kaukkila, Hanna-Sisko & Torniainen, Kirsti 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOYpro Oy.

LIITE 1: Haastattelukysymykset

1. Miten lääkehoitoa toteutetaan työvuorossa?
2. Kuka vastaa lääkehoidosta työvuorossa?
3. Minkälaisia lääkeantotapoja yksiköissänne käytetään?
- 4 Mitkä ovat tärkeitä tekijöitä turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa?
- 5 Miten varmistetaan, että asukas saa lääkkeet oikein?
- 6 Miten sairaanhoitajan riittävä osaaminen varmistetaan työyksikössänne?
- 7 Miten asukkaan terveydentila vaikuttaa turvallisen lääkehoidon toteutumiseen?
- 8 Mitkä ovat yleisimmät virheet ja lääkepoikkeamat työyksikössänne?
- 9 Millaisissa tilanteissa virheet tapahtuvat?
- 10 Miten toimitaan virheen / lääkepoikkeaman sattuessa?
11. Miten vaaratilanteet voitaisiin välttää?
12. Miten turvallisen lääkehoidon osaamista voisi kehittää työyksikössänne?

LIITE 2: Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Olemme kolme sairaanhoitajaopiskelijaa Helsingin Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyön Lääkehoidon laadusta Hoiva Oy:n toimintayksiköissä. Toteutamme sen laadullisen tutkimuksen keinoin. Työmme tarkoituksena on tutkia, miten turvallinen lääkehoito toteutuu ja millaisia ovat yleisimmät lääkehoidon riskikohdat. Tavoitteena on parantaa lääkehoidon laatua sekä lisätä hoitohenkilöstön tietoisuutta ja osaamista turvallisen lääkehoidon toteuttamisesta. Teemme työmme tuotoksena produktio Hoiva Oy:lle lääkehoidon toimintaohjeista. Tutkimustulokset julkaistaan Helsingin Diakonissalaitoksen internet sivulla sekä Theseus – tietokannassa.

Minulle on selvitetty yllä mainitun tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuksessa käytettävät tutkimusmenetelmät. Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Olen myös tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta minulle minkäänlaisia kustannuksia, henkilöllisyyteni jää vain tutkijan tietoon, minua koskevaa aineistoa käytetään vain kyseiseen tutkimukseen ja aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Suostun siihen, että minua haastatellaan ja haastattelussa antamiani tietoja käytetään kyseisen tutkimuksen tarpeisiin. Haastattelu nauhoitetaan ja tutkimuksen valmistuttua nauhoitukset hävitetään. Annan luvan minua koskevan haastattelu-materiaalin ja nauhoituksen käyttöön ko. tutkimuksessa. Voin halutessani keskeyttää tutkimukseen osallistumisen, milloin tahansa ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämistäni tai että se vaikuttaa työsuhteeseeni.

Päiväys

Tutkittavan allekirjoitus ja nimenselvennys

LIITE 3: Yhteenveto turvallisen lääkehoidon toteuttamisesta

Yhteenveto on tarkoitettu kaikille hoivakodin hoitajille, jotka osallistuvat lääkehoitoon. Yhteenvetoon tarkoitetaan antaa konkreettista tietoa siitä, miten turvallista lääkehoitoa toteutetaan. Yhteenveto on laadittu teorian ja tutkimustulosten pohjalta.

Turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa huomioitavia asioita:

- Ajantasainen yksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma
- Ajantasainen lääkelista
- Lääkeluvan voimassaolo ja päivittäminen
- Osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen
- Lisä- ja täydennyskoulutukset
- Rauhallinen työympäristö
- Asianmukainen lääkkeenjako
- Lääkkeiden kaksoistarkastus
- Lääkkeitä annettaessa 7 o:n sääntö
 - Oikea lääke
 - Oikea annos
 - Oikea antoaika
 - Oikea antotapa
 - Oikea asukas
 - Oikea ohjaus
 - Oikea dokumentointi
- Lääkkeen perillemenon varmistaminen
- Lääkkeen vaikutuksen seuranta
- Asukkaan terveydentilan huomioiminen
- Lääkehoidon kirjaaminen ja raportointi
- Lääkevirheiden ennaltaehkäiseminen ja kirjaaminen
- Toiminta lääkevirheen sattuessa; ilmoituksen tekeminen (DomaCare), asukkaan voinnin seuranta, konsultointi
- Lääkevirheistä keskusteleminen ja niistä oppiminen
- Huolellisuus ja tarkkaavaisuus lääkehoitoa toteutettaessa