

Lissu Heinilä

LÄÄKEHOIDON TURVALLISUUS KOTIHOIDOSSA

Hoitotyön koulutusohjelma
2017

LÄÄKEHOIDON TURVALLISUUS KOTIHOIDOSSA

Heinilä, Lissu
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Joulukuu 2017
Sivumäärä: 67
Liitteitä: 4

Asiasanat: Kotihoito, lääkehoito, lääkehoitosuunnitelma, lääkehoidon turvallisuus, potilasturvallisuus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten lääkehoidon turvallisuus toteutuu kotihoidossa Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksen ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jolla opinnäytetyön tilaaja voi kehittää lääkehoidon turvallisuutta kotihoidossa, jos puutteita havaitaan. Työn tilaaja oli Rauman kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden virasto.

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimusmenetelmällä. Tutkimuksen kohdejoukko muodostui kotihoidon hoitohenkilöstöstä (N=106). Aineisto kerättiin tätä tutkimusta varten laaditulla e-lomakkeella sähköisesti. Vastausprosentiksi tuli 32 % (n=34). Aineisto analysoitiin tilastollisesti ja tulokset esitettiin prosentteina. Tuloksia havainnollistettiin kuvioiden avulla.

Tulosten mukaan kotihoidon lääkehoitosuunnitelmaan liittyvä osio toteutui melko hyvin. Esimiehen rooli lääkehoidon turvallisen toteutuksen arvioinnissa ja seurannassa ei toteutunut tai ei osattu sanoa toteutuiko se hyvin. Lääkehoidon täydennyskoulutuksen mahdollisuus oli osalle vastaajista vieras asia. Kaikki hoitajat eivät osanneet sanoa onko työyksikössä lääkevastaavaa. Tilanteissa, jolloin apteekki oli kiinni, lääkehoidon turvaaminen ei onnistunut kovin hyvin. Lääkehoidossa kaksoistarkistus, lääkehoidon jatkuvuus sekä lääkkeiden vaikuttavuuden seuranta eivät toteutuneet kovin hyvin neljäsosalla hoitajista. Lääkkeen määräämiseen liittyvät asiat kokonaisuutena olivat kotihoidon hoitajille vieraita. Muutamia hoitajia ei osanneet kertoa lääkkeen terapeuttista leveyttä eivätkä tunnistanee lääkityshaittoja alttiita potilaita sekä käytössä olevia riskilääkkeitä. Lääkehoidon neuvontaan ja ohjaukseen eivät kaikki hoitajat osallistuneet. Kanta-palveluun ohjaaminen lääkehoitoon liittyen oli melko vähäistä. Kolmannes hoitajista ei osannut neuvoa potilaalle kuuluvia oikeuksia lääkehoidon vaaratapah-tumissa. Potilasasiamiehen yhteystiedot tiesi vain kolmannes hoitajista. Hyvin toteutui oikean lääkkeen, oikealle potilaalle, oikeaan aikaan antaminen.

Kehitettävää tulosten perusteella löytyi, jotta lääkehoidon turvallisuus sekä laatu pysyisivät hyvällä tasolla. Jokaisessa osiossa oli parannettavaa ohjeisiin sekä käytännön toimintamalleihin liittyen. Kehittämisehdotuksena olisikin, että kotihoidon hoitajille järjestettäisiin lääkehoidon lisäkoulutusta.

Jatkotutkimushaasteena olisi uusia kysely samassa työyksikössä kertauskurssin tai muun lisäkoulutuksen järjestämisen jälkeen. Saman kyselyn voisi kysymyksiä muok-kaamalla toteuttaa myös eri toimintayksikössä.

MEDICATION MANAGEMENT SAFETY IN HOME CARE SERVICES

Heinilä, Lissu
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
December 2017
Number of pages: 67
Appendices: 4

Keywords: medication management, medication management plan, medication safety, patient safety

The purpose of this thesis was to establish whether medication safety practices in home care settings follow the guidelines set by the National Institute of Health and Welfare. This study was commissioned by the Department of Social Services and Health Care in Rauma. Therefore, the other aim of this thesis was to produce information, which can be used to improve medication management safety in case shortcomings in city's services are identified.

This study employed quantitative approach. Target group consisted of home care nursing personnel (N=106). Data were collected using an electronic form specifically drawn up for this study. The response rate was 32% (n=34). Data were analyzed statistically and the results were presented as percentages and illustrated with graphs.

The results of the study indicate that home care services comply well with the given medication management plan recommendations. In some respondents' opinion, superior's role in monitoring and assessing medication management safety was not implemented successfully, some, since lacking knowledge, were unable to express their view. Furthermore, some respondents did not know about the existence of a designated person in charge of medication management. Results also suggest that proper medication management was at risk outside pharmacy's opening hours. Moreover, 25% of nurses failed to follow the instructions concerning medication double-checking procedures, continuity of medication management and monitoring the patient's response to drug treatment. Respondents' overall knowledge of the issues concerning prescribing medication was also inadequate. Knowledge of therapeutic index, identifying the patients susceptible to adverse drug reactions (ADR) and recognizing the high-risk medicines was insufficient. Findings also reveal that some nurses failed to participate in medication guidance and reviews and rarely referred patients to related Web Services. In cases of adverse drug events or medication errors patients did not always receive the required information or their rights were not fully safeguarded. Some nurses also did not know the patient ombudsman's contact information. The results of the study show, on the other hand, that the nurses knew well the "three rights" of safe medication practices: "the right patient, the right drug and the right time".

The findings revealed several issues, which must be addressed and resolved, to ensure that medication management safety meets the required quality and safety standards. It is clear that the personnel need to improve their performance and knowledge of practical procedures and compliance with the guidelines set for the services. Therefore, it

is recommended that the home care nursing staff will undergo additional medication management training to better fulfill their expected roles.

In the future, the same survey could be recurred after the personnel have completed the refreshment training, or by modifying the questionnaire questions, the same survey could be shared to other work units.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	TURVALLINEN LÄÄKEHOITO KOTIHOIDOSSA.....	8
2.1	Kotihoito	8
2.2	Lääkehoidon turvallisuus osana potilasturvallisuutta	9
2.3	Turvallinen lääkehoito	10
2.3.1	Lääkehoitosuunnitelma.....	12
2.3.2	Lääkehoidon osaaminen ja osaamisen varmistaminen.....	14
2.3.3	Lääkehuolto	16
2.3.4	Lääkehoito	18
2.3.5	Lääkkeen määrääminen	22
2.3.6	Lääkkeet	23
2.3.7	Lääkehoidon neuvonta ja ohjaus	25
2.3.8	Lääkehoidon vaaratapahtumat.....	27
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	30
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	30
4.1	Kyselylomakkeen laadinta	31
4.2	Aineistonkeruu	33
4.3	Aineiston analysointi	35
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	35
5.1	Taustatiedot.....	35
5.2	Lääkehoitosuunnitelma	38
5.3	Lääkehoidon osaamisen varmistaminen	40
5.4	Lääkehuolto.....	41
5.5	Lääkehoito.....	42
5.6	Lääkkeen määrääminen	45
5.7	Lääkkeet.....	47
5.8	Lääkehoidon neuvonta ja ohjaus.....	48
5.9	Lääkehoidon vaaratapahtumat	49
6	POHDINTA.....	50
6.1	Tutkimustulosten tarkastelu	50
6.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	58
6.3	Tutkimuksen eettisyys	60
6.4	Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet	61
	LÄHTEET.....	64

LIIETTEET

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuus määritellään seuraavasti: ”Potilasturvallisuus sisältää terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta” (Aaltonen & Rosenberg 2013, 12). Suomessa julkaistun potilasturvallisuusstrategian mukaan potilasturvallisuus jaotellaan kolmeen eri osioon. Nämä ovat laiteturvallisuus, hoidon turvallisuus ja lääkehoidon turvallisuus. (Ikonen 2015, 247.)

Potilasturvallisuuden näkökulmasta katsoen lääkehoito on noussut keskeiseksi kehittämisen aiheeksi niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. Suomessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on luonut yhteistyössä Sosiaali- ja terveysministeriön sekä muiden toimijoiden kanssa ohjeet turvalliseen lääkehoidon toteutukseen. Tärkein työkalu turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen ja varmistamiseen on yksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma. Lääkehoitosuunnitelma on osa laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa. (THL:n www-sivut 2016.)

Opinnäytetyön aiheena on lääkehoidon turvallisuus kotihoidossa. Työn tilaajana on Rauman kaupungin sosiaali- ja terveystoimi. Opinnäytetyö toteutetaan vanhuspalveluiden kotihoidossa, johon kuuluu myös kotiutustiimi. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten lääkehoidon turvallisuus toteutuu kotihoidossa Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen ”Turvallinen lääkehoito -opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa” sisältävien suositusten ja käytäntöjen mukaisesti. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jolla opinnäytetyön tilaaja voi kehittää kotihoidon lääkehoidon turvallisuutta, jos puutteita havaitaan.

2 TURVALLINEN LÄÄKEHOITO KOTIHOIDOSSA

Lääkehoito kotihoidossa on moniammatillista yhteistyötä, johon osallistuu hoidettavan itsensä lisäksi mahdollisesti myös hänen omaisensa ja läheisensä. Lääkehoito on koko hoidosta melko keskeinen osa-alue, joten sen turvallinen toteuttaminen on oltava hyvin suunniteltua. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 172.) Lääkehoito on kuitenkin vain osa kokonaishoitoa ja sen onnistuminen on riippuvainen muun hoidon järjestämisestä. Tavoitteena on edistää hyvinvointia ja itsenäisyyttä perustellulla lääkityksellä. (Pitkälä, Strandberg & Tilvis 2010, 371.) Vanhusten hyvä ja onnistunut lääkehoito edellyttää kaikilta hoitoon osallistuvilta tiedon ja taidon lisäksi vanhusta arvostavia asenteita (Kivelä 2004, 14).

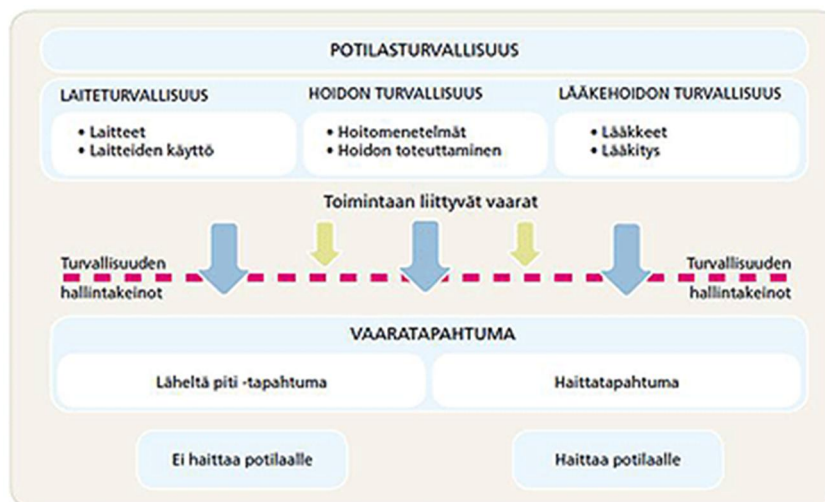
2.1 Kotihoito

Kotihoito koostuu kokonaisuudesta, johon sisältyy sosiaalihuoltolain 20§ mukaiset kotipalvelut sekä terveydenhuoltolain (1362/2010) 25§:n sisältyvät kotisairaanhoidon tehtävät (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016, 100). Kotipalvelu on asiakkaan auttamista ja tukemista silloin, kun sairaus on vienyt voimavarat tai toimintakyky on heikentynyt. Apua on mahdollista saada kotiin, jotta asiakas selviytyisi arjen askareistaan ja henkilökohtaisista toimistaan. Kotihoidon tukipalveluihin kuuluu kylvetysapu, ateriapalvelut, kuljetuspalvelut sekä siivous. Kotisairaanhoito on lääkärin määräämiä sairanhoidotoimien suorittamista, kuten näytteiden ottamista, voinnin seuranta ja lääkityksen valvontaa. Myös saattohoitoa on mahdollista saada kotiin. Kotisairaanhoitajan työtä on myös omaisten ja läheisten tukeminen. Asiakkaan laadukas hoito perustuu toimintakyvyn arviointiin, jonka perusteella laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Sairaanhoitaja toimii usein kotihoidon tiimin vetäjänä alueittain. Hän jakaa alueensa asiakkaat lähihoitajille ja yhdessä kotihoidon ohjaajan / johtajan kanssa varmistaa palvelun hyvän laadun. (Kelo ym. 2015, 85.)

2.2 Lääkehoidon turvallisuus osana potilasturvallisuutta

Potilasturvallisuus käsitteenä on Suomessa suhteellisen uusi käsite, vaikka se on ollut aina ajankohtainen asia sairaanhoidossa. Vasta 2000-luvulla potilasturvallisuus käsitteenä alkoi yleistyä Suomessa ja sitä alettiin kehittää. Aiheen nosti esille Amos Pasternack kirjoituksellaan Duodecim-lehdessä vuonna 2006. Lehtiartikkelissaan Pasternack arvioi, että hoitovirheisiin kuolee vuosittain 700–1700 potilasta. Valtionhallinnon keinot potilasturvallisuuden kehittämiseksi alkoivat kansallisesta strategiasta (2009–2013), josta seurasi terveydenhuoltolaissa oleva asetus laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmasta (2011). Tästä edettiin THL:n Potilasturvallisuutta taidolla – ohjelmaan (2011–2015). Potilasturvallisuutta ovat koko ajan kehittämässä ja parantamassa myös potilasturvallisuusyhdistys, tieteelliset ja ammattijärjestöt sekä koulutusorganisaatiot ja potilasjärjestöt. Terveydenhuollon ammattilaiset ovat kuitenkin avainasemassa tässä vaativassa tehtävässä. (Volmanen & Alahuhta 2015, 332–333.)

Lääkehoito kuuluu yhtenä osana potilasturvallisuuteen. Potilasturvallisuuden eri osi-
oita ovat laiteturvallisuus, hoidon turvallisuus sekä lääkehoidon turvallisuus. (Ikonen 2015, 247). Kuviossa 1. on kuvattu lääkehoidon turvallisuus osana potilasturvallisuutta. Turvallisuuden hallintakeinoilla ja suojauksilla pystytään estämään suurin osa potilaalle syntyvistä vakavista haitoista. Lääkehoidon riskien hallintakeinoilla pyritään järjestelmällisellä toiminnalla tunnistamaan ja arvioimaan riskejä, joita lääkehoitoon liittyy. Näiden riskien hallitsemiseksi luodaan toimintayksiköihin toimintatavat sekä niiden valvonta ja säännönmukainen raportointi. Suojamekanismit ovat sellaisia, joiden avulla voidaan käyttöprosessiin luoda vakavia haittoja ehkäiseviä käytäntöjä. Niitä voivat olla toimintayksikön riskilääkkeiden tunnistaminen ja niiden kuvaaminen lääkehoitosuunnitelmassa sekä työntekijöiden hyvä perehdytys, ohjeistus sekä koulutus. Suojauksiin liittyy myös virheitä ehkäisevän toiminnan suunnittelu. (Inkinen ym. 2016, 16, 86.)



Kuvio 1. Lääkehoidon turvallisuus osana potilasturvallisuutta (Inkinen ym. 2016, 16).

Lääkehoidon turvallisuus on kokonaisuus, joka koostuu lääkkeistä ja lääkityksestä. Lääketurvallisuus on kokonaisuus lääkkeen tuoteturvallisuudesta ja aineen ominaisuuksista, joilla on tietty käyttötarkoitus sekä havaittavissa oleva farmakologinen vaikutus. Lääkitysturvallisuuteen kuuluu kaikki se toiminta, joka sisältyy lääkkeen määräämisestä vaikutusten seurantaan. Potilasturvallisuuden kannalta katsoen myös lääkkeiden haittavaikutusten ennaltaehkäisy on tärkeä osa lääkehoidon turvallisuutta. Lääkekohtaiset ominaisuudet, pienin tehokkain annos, potilaan ikä, sairaudet, muu lääkitys, maksan ja munuaisten toiminnan häiriöt sekä lääkevasteeseen vaikuttava geneettinen polymorfia ovat tekijöitä, jotka ovat huomioitava lääkehoitoa suunniteltaessa. (Palva 2013, 32–36.)

2.3 Turvallinen lääkehoito

Vuonna 2006 Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi ”Turvallinen lääkehoito”- oppaan. Opasta oli tekemässä työryhmä, joka edusti laajasti terveydenhuollon kenttää. Vuonna 2014 huhtikuussa Terveiden ja hyvinvoinnin laitos teki STM:n kanssa tulossopimuksen ”Turvallinen lääkehoito” - oppaan päivittämisestä. Tämän sopimuksen seurauksena asetettiin asiantuntijaryhmä toteuttamaan oppaan päivitystä. Päivitetty opas julkaistiin vuonna 2016 nimellä: ”Turvallinen lääkehoito – opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa”. (Inkinen ym. 2016, 3.)

Hollmen (2010, 3, 6, 9, 30) on opinnäytetyönään tehnyt kansainvälisen kirjallisuuskatsauksen turvallisesta lääkehoidosta. Opinnäytetyössä käytettiin tiedonlähteenä artikkelihakua 2000-luvun aineistotietokannoista. Tiedonhakuohjelmina käytettiin hoito- ja lääketieteen tiedonhakuohjelmia, joita olivat ovid-tietokantojen cinahl- ja medline-viitetietokantoja. Artikkeleja valittiin kirjallisuuskatsaukseen 53 kappaletta. Kirjallisuuskatsauksen aineisto jaettiin Suomessa käytössä olevaan sosiaali- ja terveysministeriön lääkehoidon toteuttamisen oppaan mukaan kymmeneen eri luokkaan. Kirjallisuuskatsauksen tuloksista selviää, että silloisen oppaan kymmenestä eri kohdasta olivat lääkehoidon lupakäytännöt, lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi ja dokumentointi sekä tiedonkulun vaikuttavuus lääkehoidon turvallisuuteen jääneet kokonaan ilman kansainvälistä tutkimusaineistoa. Tutkimusaineistoa löytyi kuitenkin lääkehoidon sisällöstä, toimintatavoista, lääkkeen jakamisesta ja antamisesta sekä seuranta- ja palautejärjestelmistä. Tutkimuksesta nousee esille teknologian hyödyntäminen lääkehoidon turvallisuutta parannettaessa, joskin se koettiin melko kalliiksi ratkaisuksi. Tähän vaihtoehdoksi löytyi lääkehoidon prosessin kehittäminen vähentämällä virheen mahdollisuuksia sekä ottamalla käyttöön parhaat käytännön ratkaisut lääkehoidossa. (Hollmen 2010, 3, 6, 9, 30.)

Lääkehoito on lääkärin määräämää ja hoitohenkilökunnan toteuttamaa terveydenhuollon toimintaa, riippumatta siitä, millainen toimintaympäristö on. Se on potilaan hoidossa tärkeimpiä hoitokeinoja ja hoidon toteutuksesta ovat vastuussa terveydenhuollon ammattihenkilöt, kuten sairaanhoitajat, terveydenhoitajat sekä lähihoitajat. Henkilökunta, jolla ei ole lääkehoidon koulutusta, ei voi osallistua lääkehoidon toteutukseen. Työnantajan vastuulla on määritellä, mitä kunkin ammattiryhmän toimenkuvaan kuuluu ja että heillä on riittävä osaaminen potilaan turvallisen lääkehoidon toteutuksessa. Jokaisen työyksikön turvallisen lääkehoidon toteutuksen ohjeena pitää olla lääkehoitosuunnitelma, jossa määritellään keskeiset asiat lääkehoidon toteutuksessa. Tähän on luotu yhtenäinen ”Turvallinen lääkehoito -opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa”, joka sisältää ohjeita ja suosituksia lääkehoitosuunnitelman tekemiseen. (Valviran [www-sivut](http://www.sivut) 2017.) Turvallinen lääkehoito koostuu kahdeksasta eri osiosta, joita ovat lääkehoitosuunnitelma, lääkehoidon osaaminen, lääkehuolto, lääkehoito, lääkkeen määrääminen, lääkkeet, potilaan ja omaisten neuvonta sekä lääkehoidon vaaratapahtumat (THL:n [www-sivut](http://www.sivut) 2016).

2.3.1 Lääkehoitosuunnitelma

Terveystieteiden lain 8§:stä löytyy laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma, josta yhtenä osana on lääkehoitosuunnitelma. Lääkehoitosuunnitelmaan perustuu lääkehoidon kokonaisuus ja toteutus kaikissa eri toiminta- ja työyksiköissä. (Inkinen ym. 2016, 12–15.) Lääkehoitosuunnitelman laatii moniammatillinen työryhmä jokaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikköön ja sen hyväksyy vastaava lääkäri. Tämän suunnitelman pohjalta jokainen työyksikkö esimiestensä johdolla laatii oman lääkehoitosuunnitelmansa. Lisäksi jokaisella asiakkaalle tai potilaalle tehdään oma henkilökohmainen lääkehoitosuunnitelma. (Inkinen ym. 2016, 12–15.) Tässä opinnäytetyössä toimintayksikkö on vanhuspalvelut ja työyksikkö on kotihoito, joka kuuluu vanhuspalveluiden alle organisaatiokaaviossa (Suokanto & Lehtonen 2017, 5).

Lääkehoitosuunnitelma on laadittava kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta- ja työyksiköissä. Suunnitelmasta on löydettävä keskeisimmät ja kriittisimmät lääkehoitoon liittyvät asiat. Suunnitelmassa on määriteltävä lääkehoidon tehtävät sekä vaativuustaso ja osaamisvaatimukset. Lisäksi sieltä tulisi löytyä vastuut, velvollisuudet ja työnjako sekä lääkehuoltoasiat. (THL:n www-sivut 2016.) Lääkehoitosuunnitelma päivitetään aina tarvittaessa, mutta vähintään kerran vuodessa suunnitelma tulee tarkistaa ja arvioida päivityksen tarvetta. Kotihoidon johtajalla on vastuu siitä, että kotihoidon työyksikön lääkehoitosuunnitelmaa noudatetaan ja se on ajan tasalla. (Ikonen 2015, 247.)

Theseuksen hakupalvelimeen laittaessa hakusanaksi ”lääkehoitosuunnitelma, kotihoito” tulokseksi tuli vajaat kymmenen AMK-opinnäytetyötä, jotka olivat lääkehoitosuunnitelmia erilaisiin kotihoitoyksiköihin sekä palvelukoti- ja laitostyyppisiin yksiköihin. Opinnäytetöiden tilaajina olivat yksityiset kotipalveluyritykset, kaupungit sekä kunnat. (Perho, Peltonen & Puhjo 2010; Lahtinen 2012; Koskela & Peura 2011.) Opinnäytetyöt tehtiin toiminnallisina projekteina. Opinnäytetyönä tehdyn lääkehoitosuunnitelman tavoitteena oli laatia yhtenäiset ohjeet ja toimintamallit kotihoitoyksiköihin. (Leino 2012, 2.) Lääkehoitosuunnitelmalla oli tarkoitus myös selkiyttää vastuun jakoa ja tehtävien sisältöä eri ammattiryhmien välillä ja toimia turvallisen lääkehoidon toteutuksen ohjeena (Lahtinen 2012, 2). Lääkehoitosuunnitelmat pohjautuivat sosiaali-

ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito (2006) oppaaseen. Ne toimivat myös perehdytyksen tukena uusille työntekijöille. (Perho, Peltonen & Puhjo 2010, 2.)

Lääkehoitosuunnitelman lisäksi jokaisella potilaalla tai asiakkaalla pitää olla potilaskohtainen lääkehoitosuunnitelma, joka tehdään yhteistyössä potilaan kanssa. Se voi yksinkertaisimmillaan olla resepti tai ajantasainen lääkelista, josta löytyvät henkilötietojen lisäksi tarkat tiedot lääkkeen annostuksesta käyttötarkoitukseen sekä lääkkeen määrääjän nimi ja SV-numero. Pitkäaikaisessa hoitosuhteessa potilaskohtaisessa lääkehoitosuunnitelmasta löytyvät myös lääkkeiden vaikutusten seurannan toteutus sekä yhteystiedot, jonne potilas voi ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. Hoitavalla lääkärillä on vastuu potilaan lääkehoidon kokonaisuudesta. Potilaskohtainen lääkehoitosuunnitelma sisältyy potilaan terveys- ja hoitosuunnitelmaan. (Inkinen ym. 2016, 14–15.) Vanhukselle on kerrottava riittävän selvästi lääkkeiden käyttötarkoitus, ottoajankohta ja käyttötapa sekä mahdollisten haittavaikutusten ilmenemisen mahdollisuus. Lisäksi tulee laatia sellainen lista lääkkeistä ohjeineen, jonka vanhus kykenee näkemään. Lista tulee olla selkeä ja aina ajantasainen. (Kivelä 2004, 12.)

Sjösten (2017, 2, 12, liite 4) on projektityyppisenä opinnäytetyönään päivittänyt erään yksityisen hoitokodin lääkehoitosuunnitelman ja samalla arvioinut SWOT-analyysimenetelmällä toteutunutta lääkehoitoa. Tavoitteena opinnäytetyöllä oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta lääkehoitosuunnitelman sisällöstä ja sitouttaa heidät kehittämissuunnitelmaan, josta oli yhdessä sovittu. Lääkehoitosuunnitelma ja SWOT-analyysi käytiin läpi yhdessä henkilökunnan kanssa kehittämisiltapäivässä. Näin saatiin henkilökunnalle tiivistettyä tietoa ja sitä kautta parannettiin lääkehoidon toteuttamista. Lääkehoitosuunnitelmassa avattiin myös potilaskohtaisen suunnitelman kokonaisuuden rakennetta teoretietiedon pohjalta. Potilaan lääkehoidosta kokonaisuutena oli vastuussa hoitava lääkäri. Lääkäri kirjasi potilastietojärjestelmään lääkehoidon toteuttamisen ohjeet ja tarkisti lääkeresepit. Lääkärit olivat yhdessä potilaan ja heitä hoitavien sairaanhoitajien kanssa toteuttamassa yksilöllistä lääkehoitoa. Lääkehoidon toteuttamisesta olivat sairaanhoitajat vastuussa ja he delegoivat lääkehoidon kokonaisuuden muulle hoitohenkilökunnalle ja olivat yhteydessä hoitavaan lääkäriin käytännön toteutuksesta. (Sjösten 2017, 2, 12, liite 4.)

2.3.2 Lääkehoidon osaaminen ja osaamisen varmistaminen

Lääkehoitoa toteuttavat laillistetut tai nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka ovat saaneet Valviralta oikeuden toimia näissä tehtävissä. Lääkehoitoon osallistuminen vaatii ammatillisen koulutuksen lisäksi lääkehoidon osaamisen näytön. (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 19). Lääkehoidon osaaminen alkaa koulutuksen perusteella saatavista tiedoista ja taidoista sekä työyksikkökohtaisista lääkeluvista, jotka pitävät sisällään kirjallisen kokeen (lääkehoidon osaaminen verkossa eli LOVE) ja käytännön osaamisen näytön. Jokaisella työntekijällä on oltava riittävä perehdytys, jossa käydään läpi muun muassa työntekijän oma vastuu lääkehoidon toteutuksessa, osaamisen ylläpito täydennyskoulutuksineen sekä lääkeluvan antamat rajat lääkehoidon toteuttamiseen. Työntekijät sitoutuvat yksikön lääkehoitosuunnitelman lisäksi myös muihin yksikön sisäisiin ohjeisiin lääkehoitoa toteuttaessaan. (THL:n [www-sivut](http://www.sivut) 2016.)

Sairaanhoitajan lääkehoidon osaamisalueet ovat ammattitutkinnosta saatavat perusteet teoreettiselle osaamiselle, harjoittelujaksojen ja työkokemuksen kautta tulevat kliiniset taidot, päätöksenteko-osaaminen potilaan lääkehoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa sekä juridinen ja eettinen osaaminen, jolloin toimintaa ohjaavat eri lait, asetukset ja ohjeet. Osaamisen tärkeisiin osa-alueisiin kuuluvat yhteistyötaidot, joita tarvitaan potilaan hoidon ja moniammatillisen yhteistyön onnistumiseen. (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 13–16.) Kotihoidossa tapahtuva lääkehoito on pääasiassa ikääntyvien potilaiden lääkehoitoa. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan lääkehoidon toteutuksessa hyvää geriatria ja gerontologia tiedon hallintaa lääkehoidon osaamisen lisäksi. Ikääntyneen potilaan farmakokinetiikka, elimistössä tapahtuvat fysiologiset muutokset ja niistä johtuvat lääkeaineiden muuttuneet vaikutukset, ovat erityisosaamisen keskeisimmät asiat. (Kelo ym. 2015, 172–173.) Fimea eli lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus pitää yllä tietokantaa iäkkäille potilaille soveltuvista lääkeaineista ja lääkeyhdistelmistä. Fimean verkkosivuilta löytyvät myös erilaiset lääkeaineluettelot ja lääkkeisiin liittyvät julkaisut. (Fimean [www-sivut](http://www.sivut) 2017.)

Sneck (2016, 4, 57, 59, 60, 66) on väitöskirjassaan tutkinut sairaanhoitajien lääkehoidon osaamista ja osaamisen varmistamista. Tutkimuksen aineisto koostui määrällisestä ja laadullisesta materiaalista. Määrälliseen tutkimukseen osallistui 692 sairaanhoitajaa,

jotka vastasivat lääkehoidon osaamisen itsearviointiin ja 2479 sairaanhoitajaa, jotka osallistuivat lääkelaskujen ja – teorian tenttiin. Laadullisen tutkimusosan aineisto koostui 342 sairaanhoitajan näkemyksistä, jotka koskivat lääkehoidon verkko-opinmista ja lääkehoidon osaamisen varmistamista. Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa lääkehoidossa hyväksi. Tentti-osuudessa sairaanhoitajat saivat 84,9 % teoriaosuuden kysymyksistä oikein. Vaikeuksia oli eniten anatomian, fysiologian ja farmakologian tiedoissa sekä ammatillisen ja tieteellisen tiedon lukemisessa. Lääkelaskuissa 67,3 % sairaanhoitajista pääsivät ensimmäisellä kerralla läpi. Infuusio- ja laimennuslaskut olivat eniten vaikeuksia tuottavia. Sairanhoitajat, jotka työskentelivät säännöllisesti neste- ja lääkehoitoa toteuttaen, arvioivat itsensä muita paremmiksi lääkehoidon osaamisessaan. Myös ne sairaanhoitajat, jotka kävivät lääkehoidon verkkokurssin, arvioivat osaamisensa paremmaksi kuin ne hoitajat, jotka eivät olleet kurssia käyneet. (Sneck 2016, 4, 57, 59, 60, 66.)

Niemi ja Manninen (2010, 1, 22, 31) ovat tehneet projektityyppisen opinnäytetyön, jossa testattiin lääkehoidon kokeen avulla sairaanhoitajien osaamista. Opinnäytetyö kuului VALO-projektiin, joka toteutettiin vuosina 2006–2008. Hankkeen tavoitteena oli parantaa vanhusten lääkehoidon laatua. Tutkimukseen osallistui 33 hoitajaa, jotka työskentelivät vanhustyössä. Lääkehoidon koekysymykset koostuivat lääkelaskuista ja lääkehoidon osaamisen kysymyksistä. Aineisto oli VALO-projektin aikana kerättyä. Vastausten perusteella kävi ilmi, että sairaanhoitajien lääkehoidon tiedot olivat hyväksyttävällä tasolla, mutta lääkelaskutaitoja ja terminologiaa pitäisi edelleen harjoitella. Vastauksista kävi ilmi, että oraalisten lääkkeiden ja insuliinin antomuodon tietämys oli heikkoa sekä roomalaisten numeroiden ja PVK-lääkkeiden tietämys olivat huonolla tasolla. (Niemi & Manninen 2010, 1, 22, 31.)

Ahonen ja Räsänen (2015, 3, 21, 22, 25, 31, 33) tekivät kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä opinnäytetyön sairaanhoitajien riskilääketietoudesta. Kysely suoritettiin strukturoiduilla kysymyksillä sähköisesti. Kyselyyn vastasivat erään sairaalan osaston 17 sairaanhoitajaa. Tulosten perusteella sairaanhoitajat arvioivat riskilääketietoutensa kohtalaiseksi tai hyväksi. Tulosten perusteella parhaiten osaaminen toteutui potilaan seuraamisessa mahdollisten lääkeainereaktioiden varalta. Heikoimmin sairaanhoitajat kokivat osaavansa yhteisvaikutuksiin liittyvän osa-alueen. Muut kysymykset

olivat riskilääkkeen määrittelemine, riskilääkkeiden, yliannostusoireisen sekä riskilääkkeiden haittavaikutusten tunnistaminen ja terapeutin leveyden merkityksen tietäminen. Opinnäytetyö sisälsi myös riskilääketaulukon haittavaikutuksineen osastojen käyttöön. Sairaalaympäristön riskilääkelistalle kuuluivat opinnäytetyön mukaan opioidit, insuliini, varfariini, hepariini, metotreksaatti, kaliumkonsentraatti, nitroinfuusio, digoksiini, klotapiini, amiodaroni ja lidokaiini. Tulosten perusteella selvisi, että sairaanhoitajilla oli täydennyskoulutuksen tarvetta. (Ahonen & Räsänen 2015, 3, 21, 22, 25, 31, 33.)

2.3.3 Lääkehuolto

Lääkehuoltoon kuuluvat lääkkeiden hankinta, säilytys, käyttökuuntoon saattaminen sekä oikeaoppinen lääkkeiden hävittäminen. Jokaiseen työyksikköön nimetään lääkevastaava sekä lääkehoitosuunnitelmaan kirjataan, mitä hänen työkuvaansa ja vastuisiin kuuluvat. (THL:n [www-sivut](http://www.thl.fi) 2016.) Kotioloissa lääkehoidon toteuttamiseen asiakas tai potilas saattaa tarvita sairautensa vuoksi omaisen, läheisen tai kotisairaanhoitajan apua. Olosuhteet tulee luoda mahdollisimman helpoiksi ja turvalliseksi lääkehuollolle, lääkehoidon toteutukselle ja siihen osallistuville. (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 67–68.)

Lääkkeiden hankinta avohoidossa tapahtuu potilaan itsensä toimesta avohuollon apteekista (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 67–72). Kotihoidon henkilökunta voi avustaa lääkkeiden hankinnassa, mikäli potilas tai asiakas antaa siihen kirjallisen suostumuksen. Tätä varten on apteekissa olemassa lomakkeita. Apteekit tarjoavat palvelua, jossa potilaalle jaetaan koneellisesti säännöllisesti käytettävät lääkkeet kerta-annospusseihin. Annosjakelupusseissa on potilaan nimi, syntymäaika, tarkat tiedot lääkkeistä ja niiden ottoajoista sekä apteekin nimi, joka on pakannut lääkkeet. Kotioloissa on käytössä myös annostelurasioita, joihin lääkkeitä voi jakaa päivästä viikon mittaiseksi ajaksi. Potilaan ja lääkkeiden tarkat tiedot ja annostelu on oltava annostelurasiassa tai sen läheisyydessä. (Ikonen 2015, 256.)

Kananen, Hiltunen ja Ovaskainen (2012, 3, 24, 26) tekivät opinnäytetyönään kuudelle kotihoidon asiakkaalle teemahaastattelun, jossa he kysyivät heidän kokemuksiaan

lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä erään kaupungin kotihoidon henkilökunnan kanssa. Haastattelun tuloksista selvisi, että koneellinen lääkkeiden annosjakelu koettiin lähes virheettömäksi ja turvalliseksi. Lääkkeistä ei kuitenkaan oltu selvillä, vaan ne otettiin kyseenalaistamatta annosta. Hoitohenkilökuntaan luotettiin, mikäli virheitä ja muutoksia oli annoksissa. Haastateltavien mielestä annosjakeluun siirtymävaiheen tiedottamisessa oli korjaamisen varaa, samoin laskutuksessa ja lääkkeiden tuoteselosteissa. (Kananen & Hiltunen & Ovaskainen 2012, 3, 24, 26.)

Kotihoidossa olevien potilaiden lääkkeitä säilytetään heidän kotonaan. Kotioloissa on huomioitava lääkkeiden turvallinen säilyttäminen sekä oikeanlaiset olosuhteet ja lämpötilat, jotta lääkkeet pysyvät käyttökelpoisina. On myös huolehdittava vanhentuneiden ja käytöstä poistettujen lääkkeiden oikeaoppisesta hävittämisestä. Lääkejäte vietään apteekkiin tai terveyskeskukseen. (Ikonen 2015, 254–256.)

Keskinen (2015, 19–21, 27–29, 32) haastatteli pro gradu- tutkimuksessaan neljäätoista yli 75-vuotiasta länsisuomalaista kotihoidon asiakasta aiheenaan ”Ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden osallisuus omaan lääkehoitoonsa”. Pro gradu-tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten ikääntyneet kotihoidon asiakkaat osallistuivat omaan lääkehoitoonsa ja minkälaisia tietoja ja taitoja heillä oli toteuttaa omaa lääkehoitoaan. Tutkimus koostui neljästä pääkohdasta, joita olivat käytössä olevat lääkkeet, osallisuus omaan lääkehoitoon, tieto käytössä olevista lääkkeistä ja lääkehoidon toteutukseen liittyvät asiat. Tutkimukseen sisältyivät lääkehuoltoon liittyvät asiat, kuten lääkkeiden säilytys ja hävittäminen. Lääkkeitä säilytettiin pääasiassa huoneenlämmössä ja kaapissa, mutta joillakin ne olivat lukollisessa kaapissa tai pöydällä. Kaikki säilyttivät avaamattomat insuliinit jääkaapissa ja vain yksi säilytti käytössä olevaa insuliinia kylmässä, muiden säilyttäessä niitä huoneenlämmössä. Lähes kaikilla oli tieto voiteiden ja silmätippojen oikeista säilytyslämpötiloista. Lääkkeiden hävittämisestä tutkimukseen osallistujilla oli selkeä tieto siitä, että käyttökelvottomat, vanhentuneet lääkkeet ja käytetyt lääkelaastarit pitää toimittaa apteekkiin tai antaa kotihoidon työntekijälle apteekkiin vietäväksi. (Keskinen 2015, 19–21, 27–29, 32.)

2.3.4 Lääkehoito

Lääkehoidon kokonaisuus on vaativaa ja sen toteuttamiseen on olemassa valtakunnallisia lakeja, ohjeita ja määräyksiä, niin yksityiselle kuin julkisellekin puolelle. Vastuunjako lääkehoidon toteutuksessa on oltava selkeää. Jokaisen hoitoon osallistuvan on kannettava vastuunsa lääkehoidot toteutuksen jokaisessa työvaiheessa. (Kelo ym. 2015, 172.) Lääkehoidon turvallisessa toteuttamisessa hoitajan toiminnalla lääkkeen antotilanteessa, on erittäin tärkeä rooli. WHO (World Health Organization) suosittelee käytettäväksi ”Viiden oikean” listaa aina lääkettä annettaessa potilaalle. Ensin hoitaja tarkistaa, että kyseessä on oikea potilas ja juuri hänelle tarkoitettu lääke. Sen jälkeen tarkistetaan lääkkeen oikea annos ja että lääkkeen anto tapahtuu oikeaan aikaan sekä oikeaa lääkkeenantoreittiä potilaalle. (Inkinen ym. 2016, 45.)

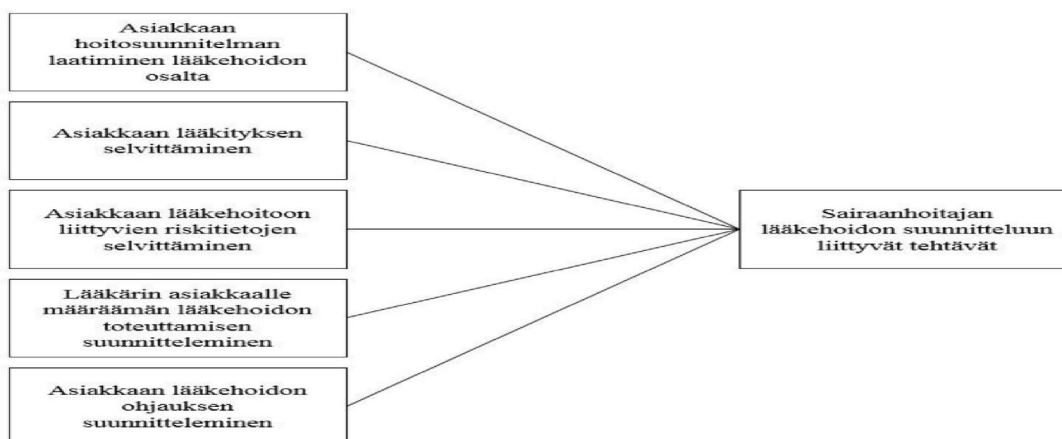
Ylämurto ja Rattul (2012, 3, 11–13) ovat opinnäytetyönään tehneet kirjallisuuskatsauksen, jossa he kartoittivat, miten lait ja säädökset ohjaavat ikääntyneen lääkehoitoa. Kirjallisuuskatsauksen aineistomateriaali koostui Finlex-säädöstietokannoista sekä sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivuilta saatavista aineistoista. Tuloksista nousivat esille viisi keskeistä asiakokonaisuutta. Ensimmäinen asiakokonaisuus oli ikääntyneen tukeminen osallisuuteen, itsenäisyyteen ja omatoimisuuteen lääkehoidossa. Toisena oli ikääntyneen oikeus yksilölliseen palvelu- ja hoitosuunnitelmaan sekä oikeus palvelutarpeen arviointiin. Kolmanneksi esiin nousivat ikääntyneen lääkehoidon toteutukseen ja seurantaan liittyvät asiat. Neljäs asiakokonaisuus tuloksissa oli moniammatillisuus ikääntyneen lääkehoidossa. Tuloksista voitiin päätellä, että ikääntyneen lääkehoitoa tulisi toteuttaa voimassa olevan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti yksilöllisesti. Palvelu- ja hoitosuunnitelmaa tehdessä on otettava huomioon ikääntyneen erityistarpeet lääkehoitoon liittyen. On tarjottava oikeanlaisia palveluita ja seurattava lääkehoidon toteutumista. Lääkehoitoa olisi toteutettava näyttöön perustuvien keinoin. Dokumentoinnista tulee selvittää lääkehoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi selkeästi. Lääkkeiden tarvetta ja turvallisuutta pitäisi tarkistaa vähintään vuoden välein. Ikääntyneen omat mahdollisuudet osallistua omaan lääkehoitoonsa ja sen toteutukseen, nousivat esille tuloksista. Ikääntyneen itsenäisyys ja omatoimisuuden tukeminen lääkehoidossa oli tulosten mukaan ennaltaehkäisevää toimintaa. (Ylämurto & Rattul 2012, 3, 11–13.)

Lääkehoito pitää sisällään lääkkeen käyttökuntoon saattamisen sekä lääkkeen jaon potilaskohtaisiin annoksiin sekä lääkkeen annon potilaalle. Myös lääkkeiden vaikutusten seuranta ja arviointi kuuluvat oleellisena osana lääkehoitoon. Lääketietojen siirtyminen potilaan mukana hoitopaikan muuttuessa on oltava sujuvaa. Lisäksi on muistettava ajantasainen lääkehoidon toteutuksen kirjaaminen. (THL:n www-sivut 2016.)

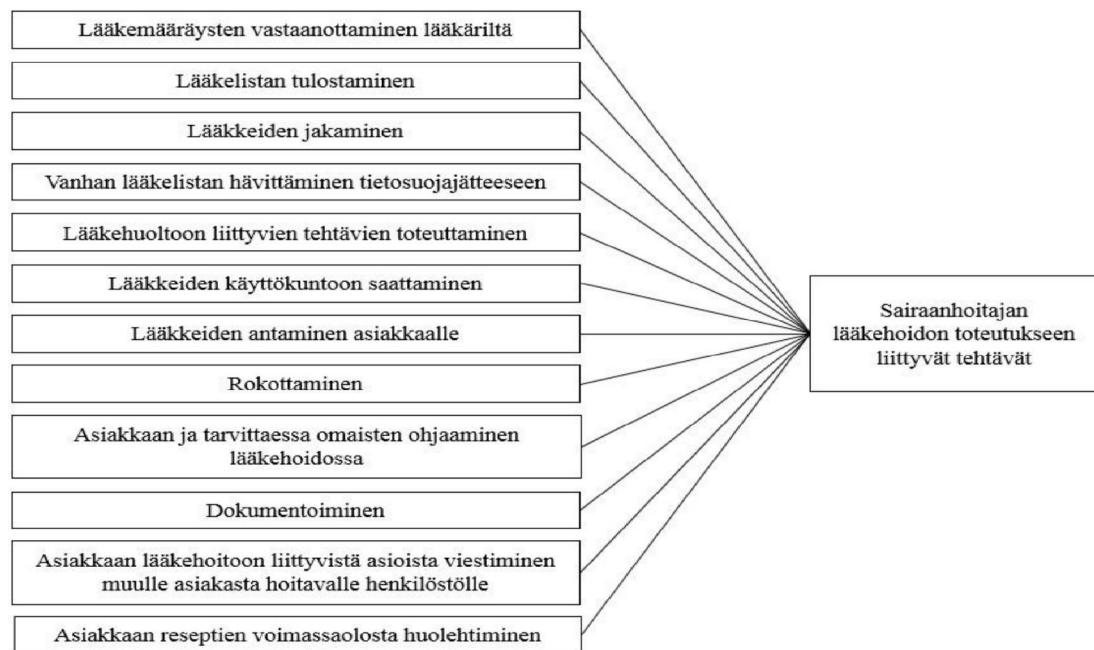
Lääkehoitoprosessin eri vaiheiden kokonaisuuden hallitseva hoitaja havainnoi potilaan voinnissa tapahtuvia muutoksia, on yhteydessä lääkäriin ja keskustelee lääkkeen tarpeesta, vaikuttavuudesta ja vastaanottaa lääkemääräykset. Hoitaja valmistaa lääkkeet käyttökuntoon. Hän annostelee ja jakaa lääkkeet huolellisesti ja varmistaa, että potilas saa oikeat, juuri hänelle tarkoitetut lääkkeet. Hän ohjaa ja opastaa potilasta sekä huolehtii lääkehoidon asianmukaisesta dokumentoinnista. Hoitaja arvioi jatkuvasti lääkehoidon toteutusta sekä myös omaa toimintaansa. Hän omaa myös valmiudet toimintaan lääkehoitoon liittyvissä ongelmatilanteissa. Arvioimalla koko lääkehoidon prosessia hoitaja takaa hoitotyön hyvän laadun sekä varmistaa lääkehoidon turvallisuuden. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen. 2008, 102-106.)

Mattilan (2015, 2, 19, 23, 25, 27) opinnäytetyössä kartoitettiin sairaanhoitajien lääkehoitoon liittyviä tehtäviä kotihoidossa. Hän toteutti laadullisena tutkimuksena teema-haastattelun, jonka tavoitteeksi hän asetti kotihoidon lääkehoidon kehittämisen. Haastateltavina olivat seitsemän sairaanhoitajaa erään kaupungin kotihoidosta. Sairaanhoitajat kertoivat haastattelijalle, mitä heidän työnsä sisälsi ja sen perusteella opinnäytetyöntekijä analysoi vastaukset. Opinnäytetyössä oli jaettu sairaanhoitajien tehtävät neljään isompaan kokonaisuuteen sekä niiden alla oleviin työtehtäviin. Nämä neljä pääkohtaa olivat lääkehoidon suunnittelu, toteutus, arviointi ja muut tehtävät. Tuloksista selvisi, että työtehtävät koostuivat lääkehoidon prosessiin liittyvistä tehtävistä sekä sen ulkopuolelle rajatuista muista tehtävistä. Lääkehoidon prosessiin kuuluvien tehtävien pääkohdat liittyivät suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Lääkehoidon suunnitteluun (Kuvio 2.) sisältyy asiakkaan lääkityksen selvittäminen ja hoitosuunnitelman laatiminen lääkehoidon osalta. Sairaanhoitaja selvittää myös asiakkaan riskilääketiedot sekä suunnittelee lääkehoidon toteuttamisen ja ohjauksen. Lääkehoidon toteutukseen (Kuvio 3.) liittyviä tehtäviä ovat lääkelistan tulostaminen ja vanhan lääkelistan hävit-

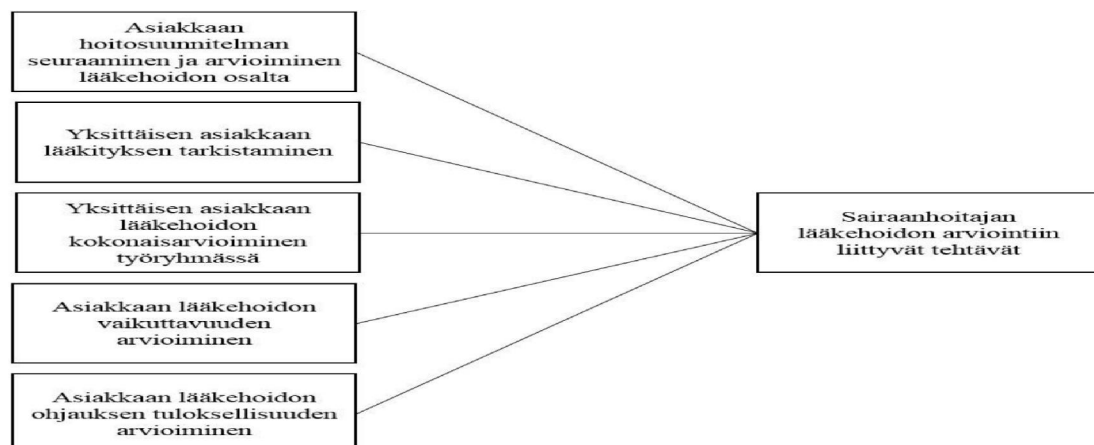
täminen tietosuojajätteeseen, lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen, jakaminen ja antaminen asiakkaalle. Sairaanhoitaja suunnittelee lääkehuoltoon liittyvien asioiden ja tarvittaessa omaisen ohjaamisen toteutuksen lääkehoidossa. Hän dokumentoi ja viestii asiakkaan lääkehoidosta muille hoitoon osallistuville. Lääkehoidon arviointiin (Kuvio 4.) liittyviä asioita ovat hoitosuunnitelman seuraaminen ja arvioiminen lääkehoidon osalta. Sairaanhoitaja tarkistaa lääkityksen ja arvioi lääkehoidon vaikuttavuutta. Hänen työhönsä kuuluu myös lääkehoidon kokonaisarviointi työryhmässä sekä asiakkaan saaman ohjauksen tuloksellisuuden arvioiminen. Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi myös muita tehtäviä (Kuvio 5.), kuten PVK-lääkkeiden seuranta ja kirjaaminen, muiden hoitajien lääkehoidossa toimimisen ohjaaminen ja näyttöjen vastaanottaminen sekä haittatapahtumien kirjaaminen ja raportointi. (Mattila 2015, 2, 19, 23, 25, 27.)



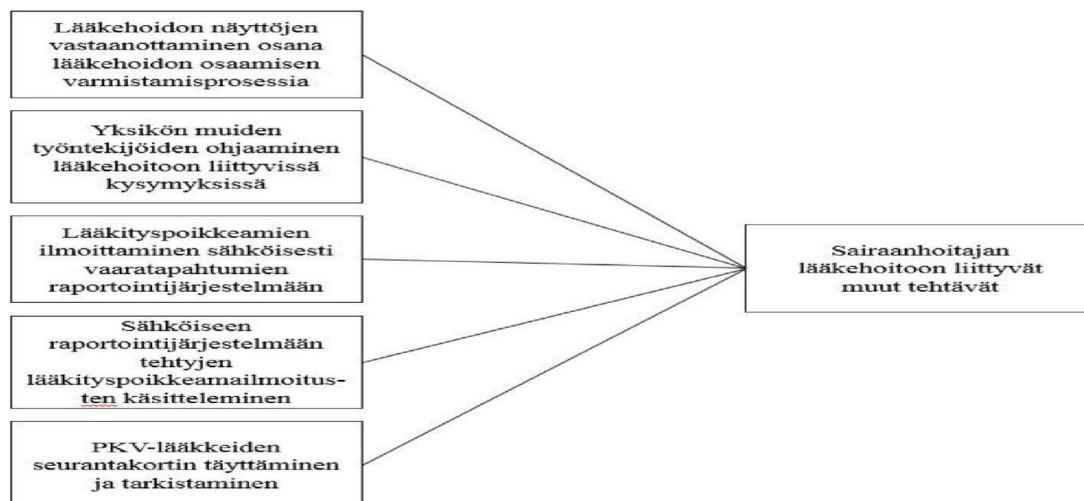
Kuvio 2. Sairaanhoitajan lääkehoidon suunnitteluun liittyvät tehtävät (Mattila 2015, 19).



Kuvio 3. Sairaanhoidajan lääkehoidon toteutukseen kuuluvat tehtävät (Mattila 2015, 23).



Kuvio 4. Sairaanhoidajan lääkehoidon arviointiin liittyvät tehtävät (Mattila 2015, 25).



Kuvio 5. Sairaanhoitajan lääkehoitoon liittyvät muut tehtävät (Mattila 2015, 27).

2.3.5 Lääkkeen määrääminen

Lääkkeen määräämisoikeus on lääkärin vastuulla olevaa toimintaa. Lääkkeen määräämistilanteeseen lääkäri saattaa tarvita hoitohenkilökunnan apua, esimerkiksi lääkehoidon toteutusta mietittäessä. Mikäli potilaan lääkityksen toteuttamiseen tarvitaan hoitohenkilökuntaa, on lääkehoidon toteutus mietittävä siihen sopivaksi. Tämä on huomioitava myös avohoidon potilaiden kohdalla. (THL:n [www-sivut](#).) Lääkettä määrätessään lääkärin on tutkittava potilas tai hän on tutustunut potilaan tietoihin riittävän tarkoin ja on varmistunut lääkkeen tarpeellisuudesta (Asetus lääkkeenmääräämisestä 1088/2010 10 §). Lääkehoitoa toteuttavan yksikön henkilökunnan on seurattava säännöllisin väliajoin lääkehoitoon liittyviä määräyksiä, tarkistuksia ja toteutuksen dokumentointia. Tulevaisuudessa potilastiedon arkiston käyttöönotto helpottaa lääkehoidon toteuttamiseen ja seurantaan liittyviä käytäntöjä. (THL:n [www-sivut](#) 2016.)

Lääkemääräykset ovat olleet sähköisessä muodossa vuoden 2017 alusta lähtien. Vain poikkeustapauksissa käytetään paperista lääkemääräystä. Potilastietoihin tulee kirjata näkyviin, minkälainen resepti potilaalle on kirjoitettu. Lääkemääräystä tehdessään lääkäri katsoo, potilaan luvalla, reseptikeskuksesta potilaalla käytössä olevat lääkkeet ja kirjaa uuden lääkkeen tiedot tarkasti. Potilas näkee omat lääkemääräyksensä Omakanasta Kanta-palvelujen verkkosivuilta tai Kanta.fi-sivuilta. (Kanta.fi:n [www-sivut](#) 2016.)

Pottonen (2015, 3) tutki pro gradu tutkimuksessa 240 perusterveydenhuollon potilaan lääkityslistaa ja niihin liittyviä tulkinnanvaraisuuksia lääkitysturvallisuuden näkökulmasta. Tutkimus tehtiin kolmen eri kaupungin alueella. Tutkimuksen tuloksista selvisi, ettei lääkityslistoista voinut läheskään aina päätellä potilaan ajantasaista lääkitystä. Lääkityslistoissa oli puutteita ja tulkinnanvaraisuuksia, joten suurin osa lääkityslistoista ei ollut ajantasaisia, helppolukuisia eivätkä täsmällisiä. Lääkityslistat olivat erilaisia kotioiloissa verrattuna terveyskeskusten lääkityslistoihin. Tutkimuksessa todettiin, että potilasturvallisuuden näkökulmasta tämä oli suuri riski. Tutkimuksessa ehdotettiin, että tulevaisuudessa olisi pyrittävä yhtenäistämään lääkityslistat. Tutkimuksen mukaan tämä tavoite tulee toteutumaan kehitettäessä kansallista terveysarkistoa ja tiedonhallintapalvelua. (Pottonen 2015, 3.)

Lääkkeen määräämistilanteissa on kokonaiskuva vanhuksesta pystyttävä saamaan selville. Pelkkien oireiden mukainen lääkkeen määrääminen, selvittämättä oireiden syytä, voi johtaa hyvinkin suuriin lääkemääriin. Vanhuksen kipu tai unihäiriö voi johtua depressiosta eli masennustilasta, jolloin lääkitys olisikin depressioon vaikuttava antidepressiivinen lääke eikä niinkään kipulääke tai unilääke. Vanhusten hoidossa on tärkeää muistaa myös ei-lääkkeelliset hoitokeinot, mikäli ne ovat käyttökelpoisia. Yksinäisyys ja vanhuksen turvattomuuden tunne saattavat olla syitä lääkkeisiin turvautumiseen, vaikka lääkehoitoon ei olisi tarvetta. Tällainen tilanne voi tulla esille vanhuksen vaihtaessa tiheään lääkäriä. On tilanteita, jolloin omalääkäri ei määrää vanhukselle perustelluista syistä esimerkiksi unilääkettä ja vanhus saattaa yrittää hakea lääkemääräyksen joltakin toiselta lääkäriltä. (Kivelä 2004, 12, 13.)

2.3.6 Lääkkeet

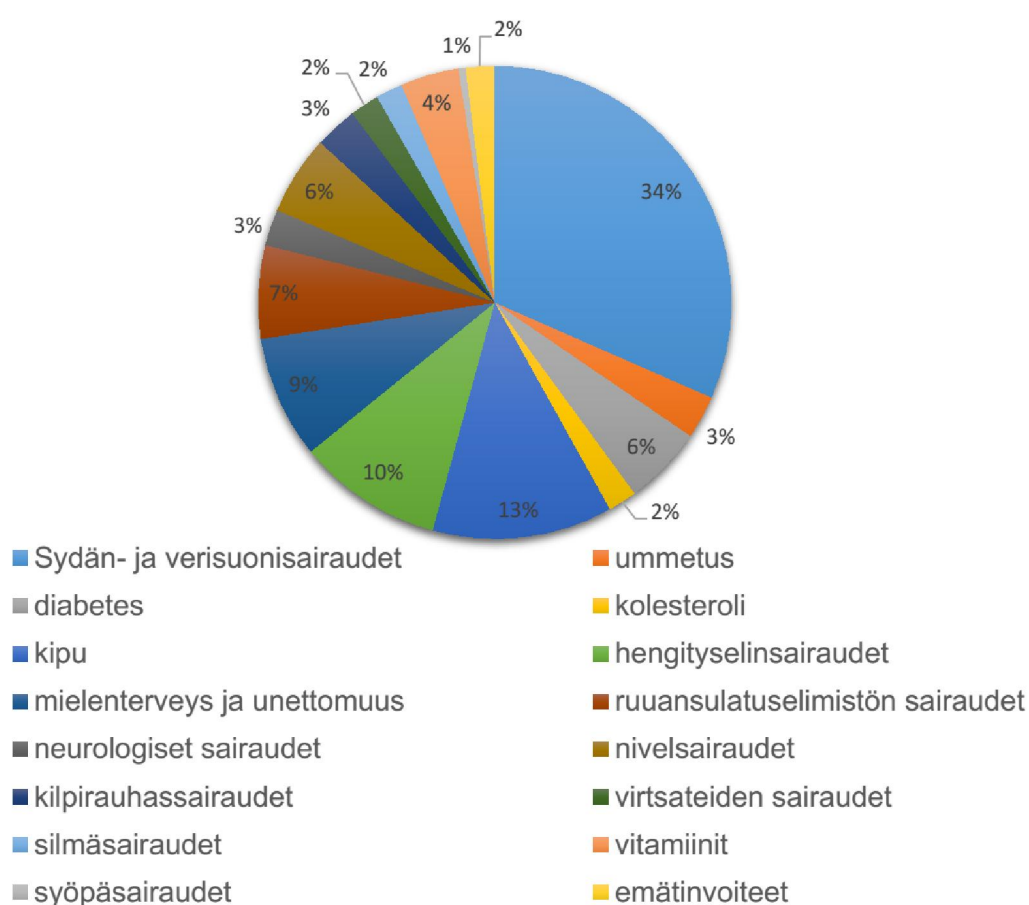
Lääkkeitä ovat reseptilääkkeet ja itsehoitovalmisteet. Reseptilääkkeitä voi saada vai apteekista lääkemääräyksellä eli reseptillä. Itsehoitolääkkeet ovat apteekista saatavia lääkkeitä, joihin ei tarvita reseptiä. Lääkelaissa määritellään mitkä ovat lääkkeitä ja mitkä eivät ole. Lääkkeillä on tarkoitus ehkäistä tai parantaa sairautta tai lievittää oireita. Ne voivat myös muuttaa, korjata tai palauttaa elintoimintoja. Lääkkeillä myös voi selvittää sairauden syytä tai auttaa terveydentilan selvittämisessä. (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 42–55.)

Lääkkeet, joita yksikössä on käytössä, tulee löytyä lääkehoitosuunnitelmasta. Riskilääkkeet on merkittävä niin selkeästi ja eriteltävä muusta peruslääkevalikoimasta, ettei sekaannusta ole mahdollista tapahtua. Myös potilaat, joiden lääkehoidon toteutuksessa on otettava erityispiirteet huomioon, on kirjattava lääkehoitosuunnitelmaan. Avohoidossa oleva lääkevalikoima koostuu potilaiden henkilökohtaisista lääkkeistä. Peruslääkevalikoima koostuu työyksikössä käytössä olevista välttämättömistä (antidootit ja elvytyslääkkeet) lääkkeistä sekä jatkuvasti käytössä olevista lääkkeistä. Peruslääkevalikoiman organisaatiossa laatii moniammatillinen lääkeneuvottelukunta eri toimintayksiköihin. (THL:n www-sivut 2016.)

Lääkkeet, joiden käytössä pienikin poikkeama aiheuttaa vakavia haittoja, kutsutaan riskilääkkeiksi. Riskilääkkeiden käytössä on kiinnitettävä huomiota erityisesti lääkkeen terapeuttiseen leveyteen, nopeasti vaikuttaviin lääkkeisiin sekä lääkkeisiin, joita käytetään harvoin ja annoksen antoväli on pitkä. Yleisesti käytössä olevia riskilääkkeitä ovat veren hyytymistä estävät antikoagulantit (varfariini ja hepariini), diabeteslääkkeet (insuliini), rauhoittavat lääkkeet (bentsodiatsepiinit), voimakkaat opiaattikipulääkkeet (morfiini ja fentanyl), reuman hoidossa käytettävä metotreksaatti, infuusiokonsentraatit (kaliumkloridi) ja pahanlaatuisten kasvainten sekä veritautien hoidossa käytettävät solunsalpaajat eli sytostaatit. (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 329, 330.)

Sulkakoski ja Hietanen (2009, 3, 14, 15, 16, 17) ovat opinnäytetyössään perehtyneet ikääntyneiden lääkehoidon keskeisiin riskitekijöihin kirjallisuuskatsauksen avulla. Aineistohausta oli valittu kirjallisuuskatsaukseen 10 artikkelia eri tietokannoista. Keskeisimpiä riskitekijöitä kirjallisuuskatsauksessa nousivat esille monilääkitys, lääkkeiden haittavaikutukset, psykenlääkkeet, ikääntyneille sopimattomat lääkkeet, kaatumisvaaraa lisäävät lääkkeet ja lääkehoitoon sitoutumattomuus. Tulosten mukaan laadukkaan hoidon kokonaisuuteen päästään tunnistamalla ja tiedostamalla lääkehoitoon liittyvät riskitekijät sekä arvioimalla säännöllisesti ikääntyneen vointia, toimintakykyä ja lääkitystä. Samalla myös parannetaan potilasturvallisuutta. (Sulkakoski & Hietanen 2009, 3, 14, 15, 16, 17.)

Keskisen (2015, 11, 20) tutkimuksesta löytyivät neljäntoista yli 75-vuotiaan länsisuomalaisen kotihoidon asiakkaan yleisimmät lääkkeet. Tutkimuksen tulosten mukaan tutkittavilla oli käytössään keskimäärin 11 eri säännöllisesti käytettävää lääkettä. Lisäksi oli keskimäärin neljä tarvittaessa otettavaa lääkettä. Yleisimmät käytössä olevat lääkkeet tutkimukseen osallistuneilla näkyvät kuviossa 6. Tutkimuksesta erottui neljän lääkkeen ryhmä. Siihen kuuluivat sydän- ja verisuonisairauksien, kipu-, mielen- terveys- ja unettomuuteen käytettävät lääkkeet sekä hengityselinsairauksiin käytettävät lääkkeet. (Keskinen 2015, 11, 20.)



Kuvio 6. Keskisen (2015, 20) tutkimukseen osallistuneiden kotihoidon asiakkaiden lääkkeet.

2.3.7 Lääkehoidon neuvonta ja ohjaus

Potilaan ja omaisen lääkehoidon neuvonnan ja ohjauksen tavoitteena on hoitoon motivoitunut ja lääkehoitoon sitoutunut asiakas tai potilas. Asiakas- tai potilaskohtaiset

lääkitystiedot on oltava saatavilla, jotta hoitohenkilökunta tietää mitä ja millä annoksella sekä mihin tarkoitukseen potilas saa lääkettä. Yhteisillä hoitohenkilökunnan ohjeistuksilla päästään ristiriidattomaan lääkeneuvontaan ja -ohjaukseen. Hoitopaikan vaihtuessa huolehditaan, että vastaanottava taho saa lähettävältä osapuolesta ajantasaisen lääkehoidon tiedot asiakkaasta tai potilaasta. Tavoitteena on, että asiakas tai potilas on oman lääkehoitonsa asiantuntija kykyjensä mukaan ja sitä tuetaan riittävällä informoinnilla. Ammattilaisilla on oltava tutkittuun tietoon perustuvia lääkeinformaationlähteitä lääkeneuvontaa ja – ohjausta antaessaan. (THL:n www-sivut 2016.)

Läkehoidon neuvonta ja ohjaaminen on yksi potilaan oikeuksista, joista on säädetty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. Tätä läkehoidon neuvontaa ja ohjausta tekevät sairaanhoitajien lisäksi lääkärit, lähihoitajat ja farmaseutit. Läkehoidon neuvonta ja ohjaaminen kulkee hoitotyön prosessin mukaisesti tarpeen määrittelystä, tavoitteiden asettamiseen, suunnitteluun, toteutukseen sekä arviointiin. Neuvonnassa ja ohjauksessa on otettava huomioon potilaan kyvyt tiedon vastaanottamiseen, joten neuvonta ja ohjaus ovat suunniteltava ja toteutettava sen mukaisesti. Tarvittaessa huomioidaan myös omaiset, läheiset sekä hoitopaikan vaihtuessa vastaanottava taho. Läkehoidon neuvonnassa ja ohjauksessa tulee käyttää vain luotettavia sekä ajantasaisia lähteitä. Työyksikössä sovitaan yhdenmukaiset ohjeet, miten läkehoidon neuvontaa ja ohjausta toteutetaan. Annosjakelun piirissä olevien potilaiden lääkeneuvonnasta ja -ohjauksesta on avohuollon apteekki vastuussa. Usein neuvonta ja ohjaaminen toteutetaan tällaisissa tilanteissa, joko kirjallisella tai sähköisellä lääkeneuvonnan ja -ohjauksen materiaalilla sekä lisäksi usein myös kotihoidon henkilöstön toimesta. Hoitajalla pitää olla myös kyky huomata, mikäli potilas käyttää itsehoitolääkkeitä tai muita valmisteita. Tällaisissa tilanteissa on oltava riittävästi tietoa ja taitoa neuvoa ja ohjata potilasta niiden käytössä, jotta lääkehoito onnistuisi toivotulla tavalla. (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 296–298; Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016, 58–60.) Hoitajien hyvänä läkehoidon työkaluna toimivat terveysportista löytyvät ajantasaiset lääketietokannat ja – hakukoneet. Terveysportista löytyvät myös yli 20 000 lääkkeen yhteisvaikutustiedot (inxbase) sekä 1400 lääkkeen haittakuorma (riskbase) kuvattuna yhdeksän keskeisen vaikutuksen kannalta. (Terveysportin www-sivut 2017.)

Keskisen (2015, 29–31, 43, 48, 49) pro gradu- tutkimuksen tuloksista selviää, että tutkimukseen osallistuneet asiakkaat (n=14) saivat tietoa lääkkeistä tarvittaessa, mutta

lääkkeiden käyttöön liittyviä toimintatapoja ei juuri osattu perustella. Heillä oli epätietoisuutta ja aiheeseen liittyen kysymyksiä esimerkiksi, saiko lääkkeen puolittaa tai puuraista, mitkä olivat verenpaineen tavoitearvot lääkettä käytettäessä ja pitikö kipulaastarin ja insuliinipistoksen paikkaa iholla vaihdella. Lääkkeiden käyttö oli pääsääntöisesti asianmukaista, mutta tulosten mukaan oli silti kiinnitettävä erityistä huomiota lääkehoidon neuvontaan ja ohjaukseen, koska kotihoidon asiakkaiden tiedoissa ja taidoissa ilmeni puutteita. Tutkimustuloksissa tuli esille myös kotihoidon henkilökunnan rooli olla tiedon välittäjänä haastateltavan ja lääkärin välillä. Kotihoidon henkilökuntaan osaamiseen ja tietoihin luotettiin sekä heihin otettiin tarvittaessa yhteyttä lääkehoidon ongelmissa. Tutkimuksessa oli kerrottu asioita, joita kotihoidossa olevan asiakkaan lääkehoitoon osallistumisessa olisi otettava huomioon. Haastateltavat halusivat osallistua omaan lääkehoitoonsa sekä toivoivat, että heidän kokemuksiaan ja havaintojaan kuunnellaan lääkehoitoon liittyen. He halusivat saada tietoa lääkkeistään useasta eri lähteistä, vaikkakin tunsivat pääosin käytössä olevat lääkkeensä. (Keskinen 2015, 29–31, 43, 48, 49.)

Olander, Loikkanen ja Kolari (2015 2, 39) ovat tehneet opinnäytetyönä kvantitatiivisen tutkimuksen, turvallisesta lääkehoidon toteutuksesta ja siihen liittyvistä riskeistä vuodeosastotyyppisessä ympäristössä erään kunnan tilaamana. Kyselyyn osallistuivat kolmen vuodeosaston 36 hoitajaa, jotka olivat ammateiltaan sairaanhoitajia, lähihoitajia/perushoitajia ja laitoshuoltajia. Tuloksista tuli esille, että lääkehoidon ohjaamiseen jäi liian vähän aikaa eikä lääkehoidon kirjallista ohjaamista juuri toteutettu. Ohjaaminen jäi suullisen tasolle. (Olander & Loikkanen & Kolari 2015, 2, 39.)

2.3.8 Lääkehoidon vaaratapahtumat

Potilasturvallisuuden näkökulmasta lääkehoidon vaaratapahtumat ovat suurin potilasturvallisuutta vaarantava tekijä (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 13). Lääkehoidon vaaratapahtumien ennaltaehkäisy lähtee jo työntekijän tullessa uutena työntekijänä työyksikköön. Hyvällä perehdytyksellä lääkehoitoon sekä työntekijän lääkeosaamisen varmistaminen riittävin keinoin, suojaavat lääkehoidon vaaratapahtumilta. Vaaratapahtuma voi olla läheltä piti - tilanne tai potilaalle haittaa aiheuttava tilanne. Jos potilaalle sattuu vaaratapahtuma, on lääkehoitoon osallistuvalla henkilökunnalla oltava tiedot ja

taidot auttaa vahingon kohteeksi joutunutta potilasta. Lääkehoitoon osallistuvan on osattava lääkehoidon vaaratapahtumiin liittyvä raportointi, jotta tilanteet olisi estettävissä saamanlaisen tilanteen tullessa eteen seuraavalla kerralla. (THL:n www-sivut 2016.)

Vaaratapahtumien raportointijärjestelmän tarkoitus on potilasturvallisuuden seuranta ja sen kehittämiskohteiden määrittely. Se pitää sisällään ilmoituksen tekemisen, jatkokäsittelyn, sen säilyttämisen sekä tapahtumasta oppimisen ja samanlaisen vaaratapahtuman estämiseen tarvittavat ratkaisut. Vaaratapahtumailmoitus tehdään organisaation raportointijärjestelmän kautta. Terveysturvallisuudella on monissa yksiköissä käytössä HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Raportointijärjestelmän kautta saatavalla tiedolla tuodaan esille organisaation heikot kohdat ja helpotetaan vaaratilanteiden tunnistamista. Järjestelmäkäytävällä kannustetaan työntekijöitä tekemään ilmoitus syyllistämättä yksilöä. Organisaatiolla on näin myös mahdollisuus kehittää turvallisuuskulttuuria paremmaksi ja avoimempaan suuntaan. (Helovuori, Kinnunen, Peltomäki & Pennanen 2012, 136–137; Haapiainen 2013, 45.)

Toikkasen (2017) artikkelissa kerrotaan Holmströmin väitöskirjasta, jossa tutkittiin 16 eri maan lääkehoidon vaaratapahtumien raportointijärjestelmiä sekä Suomessa vuosina 2007–2009 raportoituja lääkehoidon vaaratapahtumia. Väitöskirjan kolmannessa osassa Holmström keskittyy tieteelliseen tutkimuksen keinoin kehittämään moniammatillisen lyhytkurssin lääkehoidon riskienhallintaan. Suomessa käytössä olevassa HaiPro raportointijärjestelmässä oli 32 592 kappaletta poikkeamia, joista 33 % liittyi lääkkeiden jakoon, 24 % annosteluun sekä 17 % kirjaamiseen. Poikkeamaan johtaneet syyt liittyivät tiedon kulkuun ja kommunikaatioon potilaan lääkehoidossa. Holmströmin mukaan keskeistä lääkitysturvallisuuden kannalta oli, että riskien hallinta kuuluisi kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamiseen. (Toikkasen 2017.)

Sipola-Kauppi (2009, 24, 45, 46, 55, 58, 59, 60) on tehnyt tutkimuksen sairaanhoitajien kokemuksista lääkityspoikkeamisissa. Tutkimukseen haastateltiin 11 sairaanhoitajaa erään sairaanhoitopiirin alueelta. Tuloksista selvisi, että lääkityspoikkeamien kokeminen nostattaa erilaisia tunteita ja aiheuttaa myöhäisreaktioita hoitajissa. Tutkimuksessa selvisi myös, että keskusteleminen ja inhimillisyyden tunnistaminen helpot-

tivat tunnetiloja ja myöhäisreaktioita. Tutkimuksessa esiin tulleita syitä hoitajille sattuneista lääkityspoikkeamista olivat kokemattomuus, kuormittuneisuus, tarkastamattomuus sekä inhimillinen virhe. Toimintaa muutettiin lääkityspoikkeaman jälkeen aloittamalla välittömästi korjaamisprosessi sekä alettiin kehittää toimintaa turvallisemmaksi ja jakaa vastuuta eri ammattiryhmien välillä. Tärkeäksi asiaksi nostettiin myös opiskelijoista huolehtiminen, jotta välttyttäisiin näissä tilanteissa tapahtuneilta lääkityspoikkeamista. Turvallisen lääkehoidon mahdollistavia tekijöitä tutkimuksessa nousi esille neljässä eri kategoriassa olevat asiat. Ensimmäisenä asiana olivat erilaiset tarkistuskeinot, kuten kaksoistarkistus ja kollegan tekemä varmistus lääkkeen annoslaskun oikeellisuudesta. Toisena asiana oli raportointi lääkityspoikkeamasta. Poikkeamailmoituksen täyttäminen ja osastonhoitajan informointi kuuluivat hyväksyttyihin toimintatapoihin, jotta tilanteesta voitaisiin oppia ja ehkäistä sellaisen uudelleensyntymistä. Kolmantena asiana nousivat esille riskien hallintakeinot, kuten esimerkiksi huomion kiinnittäminen käytössä oleviin riskilääkkeisiin. Neljäs asia oli työolosuhteiden rauhoittaminen. Lääkkeiden jakamisessa ja tarkistamisessa olosuhteiden järjestäminen sellaiseksi, ettei häiriötekijöitä ollut ollenkaan, vähensi virheen mahdollisuutta. (Sipola-Kauppi 2009, 24, 45, 46, 55, 58, 59, 60.)

Tamminen (2016, 2, 32–33, 36) on opinnäytetyönään tehnyt kirjallisuuskatsauksen potilasturvallisuuden edistämisestä HaiPro-järjestelmän avulla. Tavoitteena oli kehittää potilasturvallisuutta näyttöön perustuvalla tiedolla. Työn tilaajana oli eräs sairaanhoitopiiri. Aineistona oli käytetty kahdeksaa suomalaista tieteellistä tutkimusta. Opinnäytetyön tuloksista selviää, että eniten HaiPro-ilmoituksia tehtiin lääkehoitoon, tiedon kulkuun ja tapaturmiin liittyen. Lääkehoidon prosessissa virheitä oli tullut lääkkeen määräämistilanteissa, lääkkeen jakamisessa sekä antamisessa ja lääkehoidon kirjaamiseen liittyvissä tilanteissa. Potilasturvallisuutta voitaisiin edistää HaiPro-ilmoitusten perusteella saatavan tiedon kautta. Kirjallisuuskatsauksessa mainittiin konkreettisina potilasturvallisuuden parantamisen työkaluja resursoinnin riittävyys, hyvät työolosuhteet sekä organisaatioiden selkeät toimintatavat ja syyllistämättömyyden periaate. (Tamminen 2016, 2, 32–33, 36.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää, miten lääkehoidon turvallisuus toteutuu kotihoidossa Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivustojen turvallisen lääkehoidon ohjeistusten mukaan. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jolla opinnäytetyön tilaaja voi kehittää kotihoidon lääkehoitoa turvallisemmaksi ja ohjeistusta paremmin vastaavaksi, jos poikkeamia havaitaan.

Tutkimuskysymykset:

Miten

1. lääkehoitosuunnitelmaan
2. lääkehoidon osaamisen varmistamiseen
3. lääkehuoltoon
4. lääkehoitoon
5. lääkkeen määräämiseen
6. lääkkeisiin
7. asiakkaan tai potilaan ja omaisten lääkehoidon neuvontaan ja ohjaukseen
8. lääkehoidon vaaratapahtumiin

liittyvät asiat toteutuvat kotihoidossa?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Määrällisessä tutkimuksessa ovat tutkimusongelmat, joista määräytyvät tutkimuskysymykset ja niiden tuottamalla aineistolla saadaan vastaus teoriaan käytännön kautta (Kananen 2015, 198). Tässä opinnäytetyössä lääkehoidon turvallisuuteen kotihoidossa saadaan vastaus tutkimuskysymyksillä, jotka pohjautuvat THL:n ohjeisiin ja suosituksiin. Kahdeksaan osaan jaetut tutkimuskysymykset muodostavat turvallisen lääkehoidon kokonaisuuden ja niiden avulla saadaan vastaukset tutkimusongelmiin. Tutkimusongel-

milla haetaan vastausta miten lääkehoitosuunnitelmaan, lääkehoidon osaamiseen, lääkehuoltoon, lääkehoitoon, lääkkeen määräämiseen, lääkkeisiin, asiakkaan tai potilaan ja omaisten neuvontaan ja ohjaukseen sekä lääkehoidon vaaratapahtumiin liittyvät asiat toteutuvat tilaajaorganisaation kotihoidossa. Kyselylomakkeen on oltava niin hyvin laadittu, että se mittaa riittävän kattavasti tutkimusilmiötä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 114). Kvantitatiivinen tutkimus tyypillisimmillään on niin sanottu survey-tutkimus, jossa kyselytutkimus tehdään valmiilla lomakkeella (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 57).

4.1 Kyselylomakkeen laadinta

Opinnäytetyön aineisto kerättiin tätä opinnäytetyötä varten laaditulla mittarilla (LIITE 3). Mittarin kysymysten muotona ovat strukturoidut kysymykset. Strukturoiduissa kysymyksissä vastaaja valitsee valmiista vaihtoehtoista mielipidettään parhaiten vastaavan vaihtoehdon (Kananen 2015, 204). Taustatietokysymykset olivat lainattu Mäkelän & Peltolan (2010) opinnäytetyöstä (Mäkelä & Peltola 2010, LIITE 1/1). Heiltä oli kysytty lupa taustatietojen käyttämiseen ja muokkaamiseen. Taustatietokysymyksiin opinnäytetyön tekijä teki muutamia korjauksia. Muut kysymykset olivat opinnäytetyön tekijän itse laatimia THL:n www-sivujen turvallisen lääkehoidon -suositusten pohjalta kesällä 2016. Myöhemmin nämä suositukset ovat poistuneet THL:n www-sivuilta. Opinnäytetyötä jatkettiin ”Turvallinen lääkehoito – opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa” kirjan avulla (Inkinen ym. 2016). Kyselylomakkeen vastausvaihtoehdot on hyvä muotoilla niin selkeiksi, että vastaukset ovat helppo siirtää tallennettuun muotoon ja tehdä tietokoneen ohjelmien avulla siitä analyysi (Hirsijärvi, Remes & Sarjavaara 2009, 195). Mittari on sähköinen eLomake-ohjelmalla luotu kysely, jonne tallentuvat vastaukset. Vastaukset oli mahdollista tallentaa e-lomake-ohjelmasta Excel-muotoon. (E-lomakkeen www-sivut 2016.) Kyselylomake oli luotu niin, että jokaiseen kysymykseen oli vastattava, jotta pääsi eteneeseen lomakkeella.

Opinnäytetyön mittarin muuttujien perusedellytys on, että niihin löytyy kirjallisuudesta perustelu. Uuden mittarin kohdalla teoreettista rakennetta on tarkasteltava kriittisesti ja perusteellisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190–191.) Tässä

tutkimuksessa kysymykset laadittiin THL:n laatimien turvallisen lääkehoidon periaatteiden mukaan. Kyselylomake koostuu kahdeksasta eri osiosta sekä lisäksi taustatietosasta. Kyselylomake (LIITE 3) sisälsi 65 kysymystä. Ensimmäisessä osassa kysyttiin vastaajan taustatietoja, kuten ikä, koulutus ja työhistoria. Toisessa osassa olevat kysymykset koostuivat lääkehoitosuunnitelman sisältöön liittyvästä tutkimusongelmasta. Kolmannessa osiossa oli tutkimusongelmana lääkehoidon osaamiseen liittyviä kysymyksiä. Neljännessä osassa oli tutkimusongelmana lääkehuolto ja siihen liittyviä kysymyksiä. Viidennessä osassa kysymykset olivat lääkehoidon tutkimusongelmaan liittyviä asioista. Kuudennessa osassa kysymykset käsittelivät tutkimusongelmaa, johon liittyivät lääkkeen määräämiseen kuuluvia asioita. Seitsemäntenä tutkimusongelmana olivat lääkkeet kotihoidossa. Osio koostui kysymyksistä, joiden avulla selvitettiin kotihoidossa käytössä oleviin lääkkeisiin liittyvää tietoa ja tuntemusta. Kahdeksas osio liittyi asiakkaan tai potilaan ja omaisten neuvontaan liittyvästä tutkimusongelmasta. Viimeinen eli yhdeksäs osa koostui lääkehoidon vaaratapahtumiin liittyvästä tutkimusongelmasta ja siihen laadituista kysymyksistä.

On pohdittava, mitataanko riittävän kattavasti tutkimusilmiötä vai jääkö jokin osa-alue kokonaan huomiotta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190). Mittarin sisällön opinnäytetyöntekijä kokosi tutkimuskysymysten mukaan. Kyselylomakkeen sisältöä käytiin yhdessä kotihoidon yhdyshenkilönä toimineen sairaanhoitajan kanssa läpi. Kysymyksiä karsittiin sekä yhdisteltiin tämän jälkeen jonkin verran sekä pyrittiin soveltamaan kysymykset kotihoitoympäristöön sopivaksi. Kysymysten laatija pyrki muokkaamaan kysymykset mahdollisimman yksiselitteisiksi ja kyselyn mahdollisimman helposti vastattavaan muotoon. Kaikissa kysymyksissä on kolme eri vastausmuotoa 1= Kyllä, 2= Ei ja 3= En osaa sanoa. Haasteelliseksi tehtävän teki THL:n laatimien turvallisen lääkehoidon suositusten laajuus. Kysymysten määrästä tuli lopulta melko suuri.

Mittarin esitestaaminen on tärkeää tilanteessa, jolloin se on käytössä ensimmäistä kertaa. Esitestaaminen tapahtuu valitsemalla pieni joukko, joka antaa palautetta mittarin toimivuudesta ja luotettavuudesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191.) Kyselylomake esitestattiin ennen virallisen kyselyn suorittamista. Tutkimuksen aloittaminen edellyttää luvan saamista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222.) Opinnäytetyölle saatiin tutkimuslupa (LIITE 1) 4.10.2016 Rauman kaupungilta. Kun

lupa oli saatu, esitestaus aloitettiin yhdyshenkilönä toimineen sairaanhoitajan valitsevilla henkilöillä. He vastasivat mittarin kysymyksiin linkin kautta ja lähettivät testivastaukset kuten oikeassakin tilanteessa. Vastaukset palautuivat eLomake-ohjelamaan tarkasteltaviksi. Linkin toimivuus ja kysymysten muotoseikat tulivat testattua tällä tavoin. He antoivat yhdyshenkilön kautta myös suullista palautetta mittarista. Palautteen antamisen jälkeen kysymysten laatija korjaili epäselviä kohtia helpommin ymmärrettävään muotoon sekä lisäsi toiminnon, jonka avulla jokaiseen kysymykseen piti vastata, jotta pääsi etenemään lomakkeella.

Kyselylomakkeen laadinnassa esille nousi asiakas- ja potilas- sanan käyttö. Tutkittaessa lakitermistöä sosiaali ja terveydenhuollossa ero näkyi selkeästi. Sosiaalihuollon lakiteksteissä käytetään asiakasta, kuten esimerkissä lakitekstistä sanotaan: ”Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä palveluissa tai kun asiakas muutoin tarvitsee sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja on sovellettava...” (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301, 2§). Terveydenhuollon lakiteksteissä käytetään potilas – sanaa, kuten seuraavassa lainauksessa: ”Potilasta voidaan tutkia ja hoitaa...” (Terveydenhuoltolaki, 1202/2013, 7§). Kotihoidossa asiakas -sana on yleisesti käytössä, joten tätä myös käytettiin kyselylomakkeella potilas- nimikkeen rinnalla. Teoria-osassa sekä tekstissä yleensä oli potilas-sana käytössä. Huomio kiinnittyy myös teoriaosuudessa esille tulleeseen vanhus-sanaan, jota Sirkka-Liisa Kivelä yleisesti käyttää kirjoissaan. Hänen tekstiensä viittauksissa on kunnioitettu hänen tapaansa käyttää vanhus-sanaa. Uusimmissa lähteissä on yleisesti käytössä ”ikäntynyt ihminen”, kuten Kelon, Lau- niemen, Takaluoman ja Tiittasen vuonna 2015 julkaistussa teoksessa Ikäntynyt ihminen ja hoitotyö.

4.2 Aineistonkeruu

Tähän kyselyyn vastanneet kotihoidon hoitajat olivat vapaaehtoisuuteen perustuen osallistuneet kyselyyn. Heille oli annettu työnantajan toimesta mahdollisuus vastata kyselyyn (LIITE 3) työaikana. Kysymykset lähetettiin palveluesimiesten toimesta koko henkilökunnalle (N=106) sähköpostitse. He saivat linkin eLomakkeelle jaettavakseen kotihoidon palvelupäälliköltä tai yhdyshenkilönä toimineelta sairaanhoitajalta, joille opinnäytetyntekijä lähetti linkin.

Tutkimukseen osallistujien anonymiteetti on turvattava. Osallistujilla on oltava riittävät tiedot tutkimuksesta ja vastaamisen on oltava vapaaehtoisuuteen perustuvaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 214.) Tämän opinnäytetyön kyselyn toteutus e-Lomakkeen kautta turvasi kaikkien vastaajien anonymiteetin. Myös se, ettei opinnäytetyön tekijä ollut yhteydessä vastaajiin, vaan linkki kyselyyn jaettiin tilaajan toimesta, varmisti täydellisen anonymiteetin. Vastaajia ei painostettu, joten kyselyyn vastaaminen jäi heidän itsensä päätettäväkseen.

Vastaajien ennakoon informointi on tärkeää vastaushalukkuuden lisäämiseksi. Saatekirjettä laadittaessa on muistettava, että sen on oltava mielenkiintoa herättävä, lyhyt ja selkeä. (Kananen 2015, 218–219.) Kyselyn informaation henkilöstölle tekivät palveluesimiehet palaverissaan syksyn 2016 aikana. Heillä oli käytössään saatekirjeessä kerrotut tiedot sekä opinnäytetyön suunnitelma kokonaisuudessaan. Opinnäytetyöntekijä lähetti saatekirjeen (LIITE 2) ja opinnäytetyön suunnitelman kotihoidon palvelupäällikölle ja yhdyshenkilönä toimineelle sairaanhoitajalle. Saatekirje oli sama, jonka kyselyyn kutsutut sekä vastaajat saivat kyselylomakkeen yhteydessä. Opinnäytetyön suunnitelmasta kävi ilmi perusasiat, kuten tutkimusongelmat ja mittarista alkuperäinen luonnos. Näiden tietojen perusteella informaatiota oli mahdollista palveluesimiesten antaa henkilökunnalle.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on huomioitava vastaajien suhde koko perusjoukkoon. On kuitenkin otettava huomioon, ettei kaikkia haluttuja vastaajia saada osallistumaan kyselyyn. Kato voi olla suuri, jolloin kyselystä saatava tulos ei välttämättä kerro sen yleistettävyyttä. On mietittävä edustaako vastaajamäärä perusjoukkoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 104, 108–109.) Kysely toteutettiin tilaajan pyynnöstä alkuvuodesta 2017. Kyselyn ajankohtaa siirtämällä alkuvuoteen 2017, pyrittiin varmistamaan mahdollisimman hyvä vastausprosentti, koska henkilökunnalla oli syksyllä 2016 muita kyselyjä meneillään. Uusintakutsu on hyvä keino saada kasvatettua vastausten määrää (Kananen 2015, 219). Vastausaikaa jatkettiin kolmeen kertaan uusintakutsuilla. Uusintakutsu lähetettiin jokaisella kerralla koko henkilökunnalle (N=106). Uusintakutsua lähetettäessä ei ollut tiedossa kyselyyn jo vastanneiden tietoja. Varsinainen vastausaika mittarin kysymyksiin oli 2.1.- 17.3.2017 välisenä aikana. Vastauksia saapui määrääjän loputtua 34 kpl.

4.3 Aineiston analysointi

Aineisto, joka saadaan kyselylomakkeella kerättyä, voidaan käsitellä tilasto-ohjelmalla. Aineisto tiivistetään sekä esitetään suorien jakaumien kautta kysymyksittäin yksinkertaiseksi analyysiksi. Määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimustulosten esittämiskeinoja ovat tunnusluvut ja taulukot. (Kananen 2010, 95, 288). Opinnäytetyön vastauksista sai luotua eLomake-ohjelmalla Excel -muotoisen yhteenvedon eli havaintomatriisin. Tämä havaintomatriisi muokkautui ohjelmien avulla suoriksi jakaumiksi sekä prosenttiluvuiksi. Tuloksia havainnollistettiin kuvien ja taulukoiden avulla. Alkuperäiset frekvenssit löytyvät liitteestä (LIITE 4).

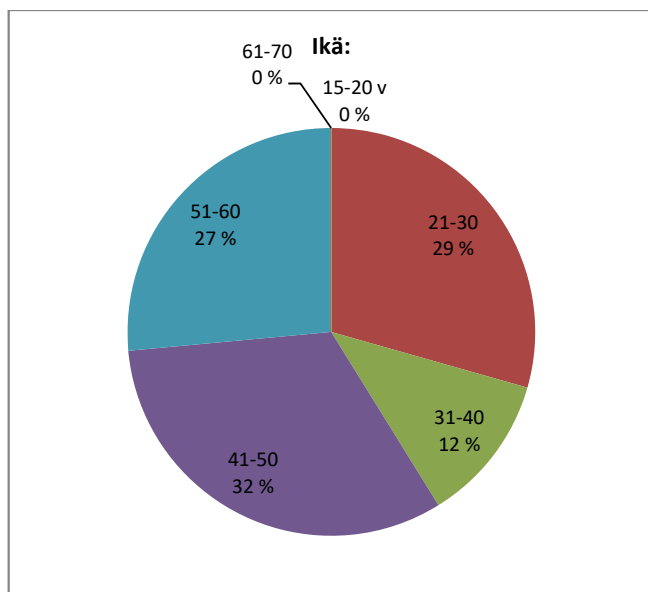
5 TUTKIMUSTULOKSET

Kohdejoukko oli 106 kotihoidon hoitajaa. Vastauksia kyselyyn tuli 34 kappaletta, joten vastausprosentiksi tuli 32 %.

5.1 Taustatiedot

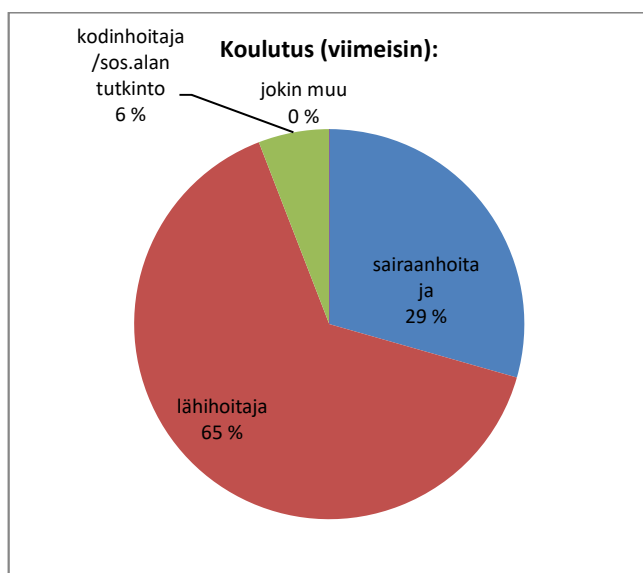
Taustatiedoissa kartoitettiin vastaajan ikä, viimeisin koulutus, valmistumisvuosi, työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä nykyisessä toimipisteessä. Viimeinen kysymys taustatieto-osassa kartoitti lääkehoitoon osallistumista nykyisessä työyksikössä.

Taustatietojen ensimmäisessä kysymyksessä kartoitettiin vastaajien ikää. Suurin ryhmä vastaajista oli 41–50 –vuotiaita (32 %). Toiseksi suurin ikäryhmä oli 21–30-vuotiaita (29 %) ja lähes saman verran oli 51–60-vuotiaita (27 %). Pienin ikäryhmä oli 31–40-vuotiaita (12 %). (Kuvio 7.)



KUVIO 7. Ikä (n=34)

Toisessa taustatietokysymyksessä haluttiin tietää vastaajien viimeisin koulutus. Enemmistö vastaajista oli lähihoitajia (n=22). Toiseksi suurin koulutusryhmä oli sairaanhoitajat (n=10). Vähemmistö vastaajista oli koulutukseltaan kodinhoitajia tai muun sosiaalialan koulutuksen saaneita (n=2). (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Koulutus (n=34)

Kolmannessa taustatietokysymyksessä selvitettiin työntekijöiden valmistumisvuodet. Noin kolmannes (35 %) vastaajista oli 2010-luvulla valmistuneita työntekijöitä. Toiseksi suurin ryhmä (24 %) oli heti 2000-luvun alussa valmistuneita ja kolmanneksi

suurin ryhmä (21 %) oli 90-luvun alussa valmistuneita. Loput vastaajat jakautuivat tasaisesti näiden ryhmien väliin. (Taulukko 1.)

	(n=)	%
- 1990	2	6
1991 - 1995	7	21
1996 - 2000	2	6
2001 - 2005	8	24
2006 - 2010	3	9
2011 - 2017	12	35
Yht.	34	100

Taulukko 1. Valmistumisvuosi (n=34)

Kysymyksessä neljä kysyttiin työkokemuksesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Vastaajista puolet (48 %) oli ollut töissä kuudesta vuodesta viiteentoista vuoteen. Loput jakautuivat tasan kahdesta viiteen vuotta (27 %) ja 16–30 vuotta (27 %) alalla työskenteleviin työntekijöihin. (Taulukko 2.)

	(n=)	%
- 2	6	18
3 - 5	3	9
6 - 10	8	24
11 - 15	8	24
16 - 20	4	12
21 - 30	5	15
Yht.	34	100

Taulukko 2. Työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollossa (vuosina/ kk) (n=34)

Viidennessä taustatietokysymyksessä kysyttiin työkokemusta nykyisessä toimipisteessä. Vastaajien työkokemus jakautui tasaisesti alle kahdesta vuodesta viiteentoista vuoteen (21–26 %). Pitkään työskennelleitä eli yli kaksikymmentä vuotta nykyisessä työpaikassa oli pieni joukko (9 %). (Taulukko 3.)

	(n=)	%
- 2	9	26
3 - 5	7	21
6 - 10	8	24
11 - 15	7	21
16 - 20	0	0
21 - 30	3	9
Yht.	34	100

TAULUKKO 3. Työkokemus nykyisessä toimipisteessä (vuosina/kk) (n=34)

Kuudenteen taustatietokysymykseen, miten paljon vastaaja osallistuu lääkehoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin, vastasivat lähes kaikki osallistuvansa päivittäin (97 %). Vain yksi (3 %) vastaaja osallistui viikoittain. (Taulukko 4.)

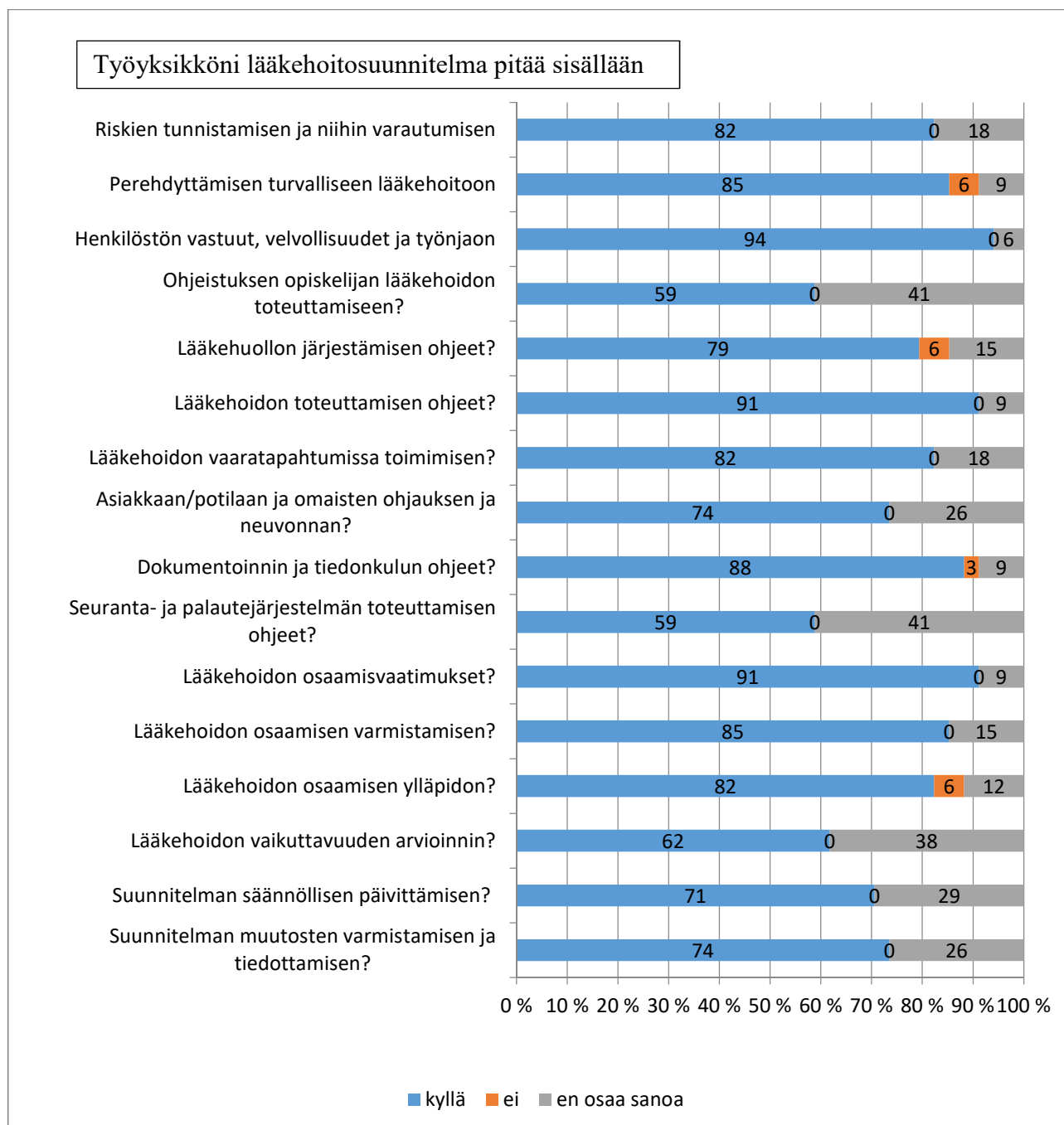
	(n=)	%
päivittäin	33	97
viikoittain	1	3
kerran kahdessa viikossa	0	0
en osallistu lainkaan	0	0
muu vaihtoehto	0	0
Yht.	34	100

Taulukko 4. Osallistun lääkehoitoon (suunnittelu, toteutus, arviointi) (n=34)

5.2 Lääkehoitosuunnitelma

Lääkehoitosuunnitelma-kysymys koostui 16 eri kohdasta. Kysymyksissä oli pääkohdat lääkehoitosuunnitelman sisällöstä. Vastaajien piti miettiä, mitä heidän työyksikkönsä lääkehoitosuunnitelma sisältää. Opiskelijan lääkehoidon ohjeistuksesta (41 %), seuranta- ja palautejärjestelmästä (41 %) sekä lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin ohjeista (38 %) runsaasti yli kolmasosa ei osannut sanoa toteutuiko nämä lääkehoitosuunnitelmassa. Perekdyttämisen (6 %) sekä lääkehuollon järjestämisen ohjeiden (6 %) kohdalla muutama hoitaja koki, ettei nämä toteutunut lääkehoitosuunnitelmassa. Muutama hoitaja (6 %) ei osannut sanoa toteutuiko nämä. Dokumentointi (3 %) sekä

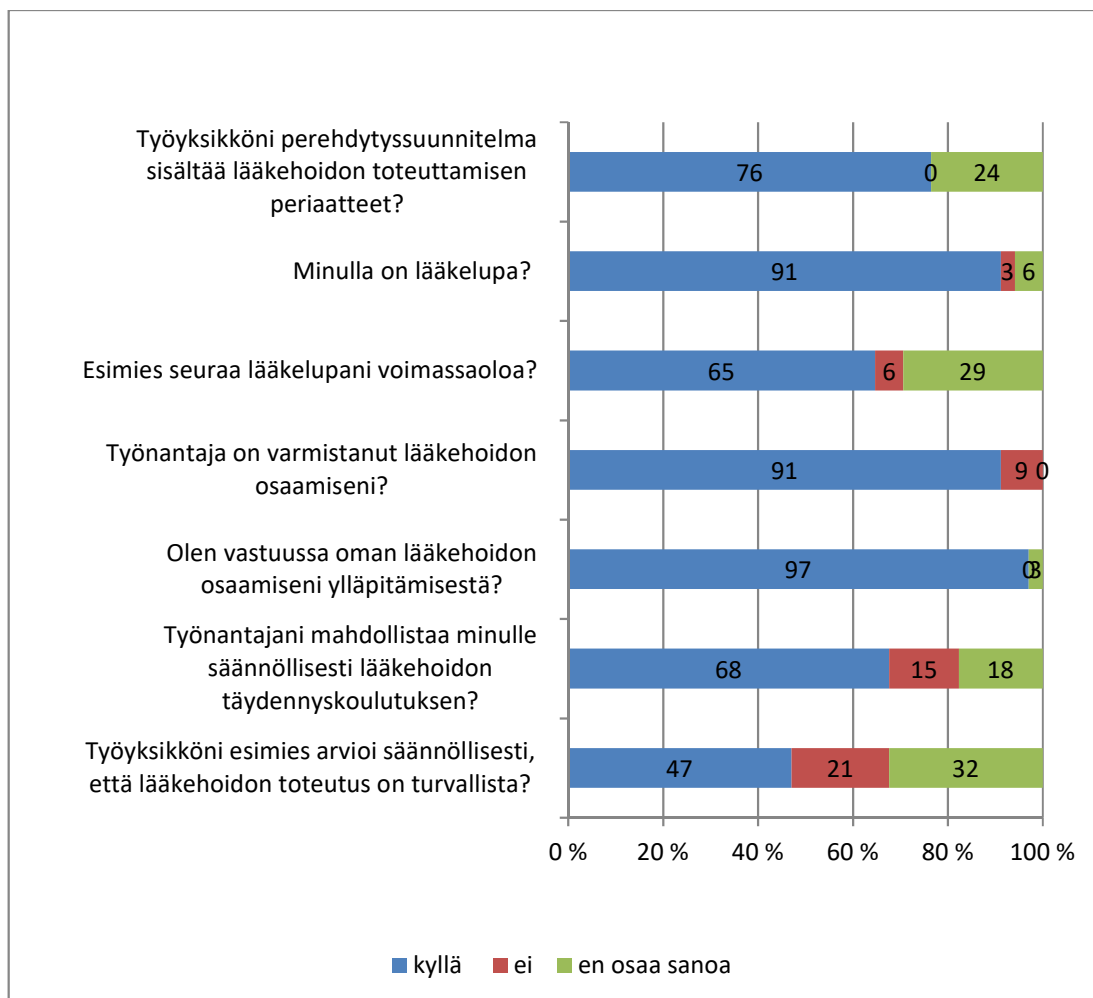
lääkehoidon osaamisen ylläpito (6 %) ei myöskään joidenkin hoitajien mielestä toteutunut. Muutamat hoitajat (3 % ja 6 %) eivät osanneet sanoa näistä asioista toteutuivatko ne lääkehoitosuunnitelmassa. Lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnista (38 %) sekä lääkehoitosuunnitelman säännöllisestä päivittämisestä (29 %) noin kolmasosa ei osannut sanoa toteutuivatko nämä lääkehoitosuunnitelmassa. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Työyksikön lääkehoitosuunnitelma (n=34)

5.3 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen

Kyselylomakkeen kolmannessa osassa selvitettiin kotihoidon henkilöstön lääkehoidon osaamisen varmistamiseen sekä osaamisen ylläpitoon liittyviä asioita. Lääkehoidon osaamiseen liittyvät asiat toteutuivat hyvin suurimman osan hoitajien mielestä (47 – 97 %). Esimiehen roolista lääkehoidon turvallisen toteutuksen seurannassa (21 %) ei kaikkien hoitajien mielestä toteutunut kovin hyvin tai ei osattu sanoa (32 %) toteutuiko se. Täydennyskoulutuksen mahdollisuus ei joidenkin hoitajien (15 %) mielestä toteutunut. Muutamat hoitajat eivät osanneet sanoa (18 %) toteutuiko tämä. Lääkeluvan seuranta (6 %) ei toteutunut muutaman hoitajan mielestä. Vajaa kolmannes hoitajista ei osannut sanoa (29 %) toteutuiko se. Lääkehoidon osaamisen varmistamiseen liittyvät asiat ei toteutunut (9 %) muutaman hoitajan mielestä hyvin. Lääkehoidon perehdyttämissuunnitelman sisällöstä (24 %), lääkelupa-asioista (6 %) ja omasta vastuusta lääkehoidon osaamisessa (3 %) muutama hoitajat eivät osanneet sanoa toteutuivatko ne. (Kuvio 10.)

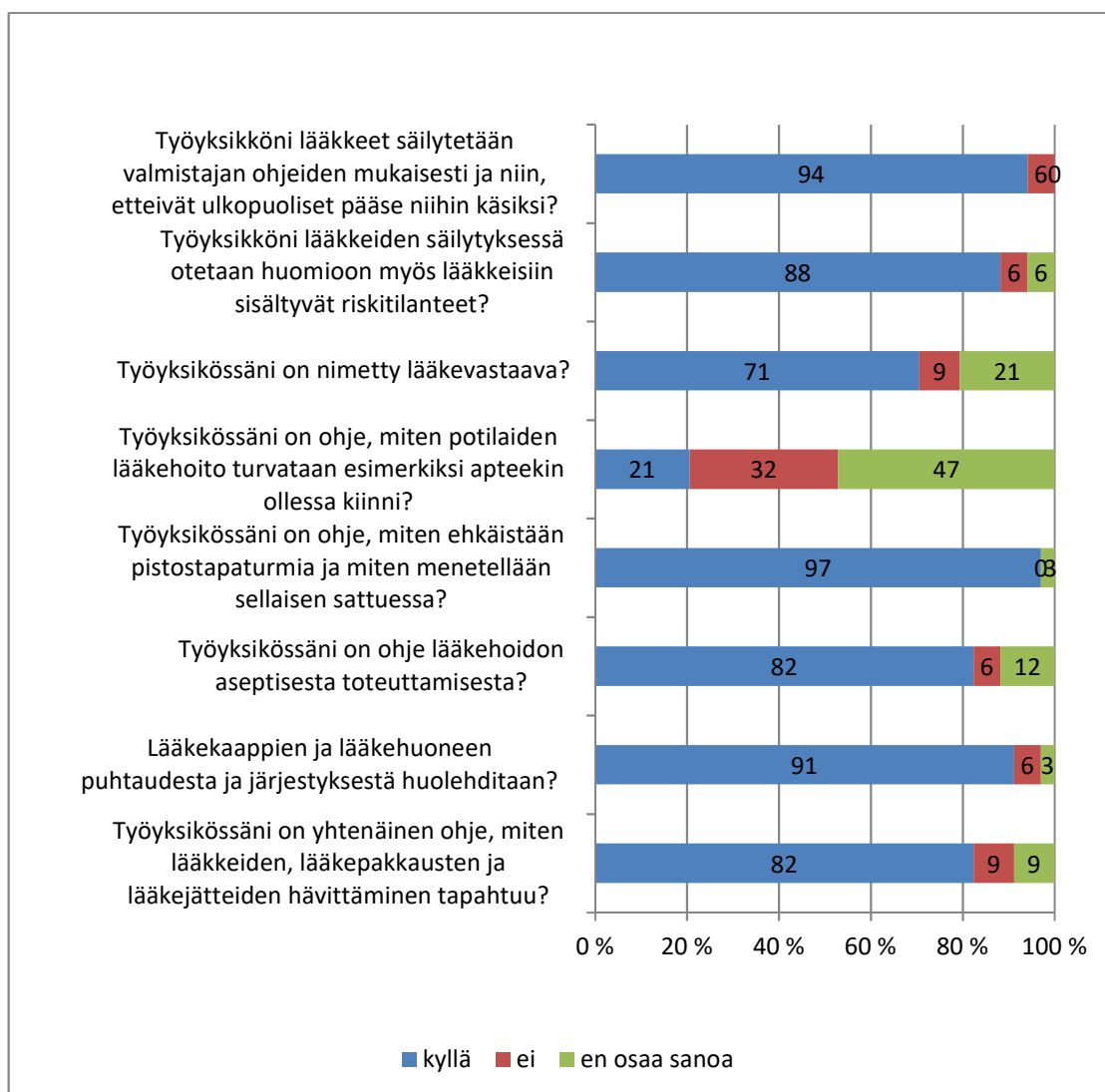


Kuvio 10. Lääkehoidon osaaminen (n=34)

5.4 Lääkehuolto

Kyselylomakkeen neljännessä kohdassa selvitettiin työyksikön lääkehuoltoasioita. Pistotapaturmien varalta oleva ohje toteutui lähes kaikkien (97 %) mielestä hyvin. Vain yksi hoitaja (3 %) epäili sen toteutumista. Lääkkeitä säilytettiin oikein (94 %) ja lääkkeen säilytystilojen puhtaudesta huolehdittiin (91 %), joten ne toteutuivat hyvin. Lääkehoidon turvaaminen apteekin ollessa kiinni ei toteutunut hyvin kolmasosan hoitajien mielestä (32 %) ja lähes puolet (47 %) epäili sen toteutumista. Lääkevastaavaa ei muutamien hoitajien (9 %) mielestä ollut nimetty tai neljäsosa ei osannut sanoa (21 %) oliko sellainen työyksikköön nimetty. Lääkkeiden hävittämiseen liittyvien asioiden toteutumista pieni joukko hoitajista (9 %) oli sitä mieltä, ettei se toteutunut hyvin. Saman verran hoitajista ei osannut sanoa (9 %) toteutuiko se. Riskilääkkeiden säilytys (6

%) sekä lääkehoidon aseptinen toteutus (6 %) ei ollut toteutunut hyvin joidenkin hoitajien mielestä. (Kuvio 11.)



Kuvio 11. Lääkehuolto (n=34)

5.5 Lääkehoito

Viidennessä kyselylomakkeen osassa oli määrällisesti eniten kysymyksiä. Kysymysten avulla selvitettiin lääkehoidon toteutuksen turvallisuutta kotihoidossa. Jokainen hoitaja (100 %) tarkisti, että oli antamassa oikean lääkkeen oikealle potilaalle. Kaikki (100 %) tarkistivat lääkkeen oikean antoajan sekä lähes kaikki (97 %) tarkistivat lääkkeen oikean antoreitin ja kirjasivat havain-

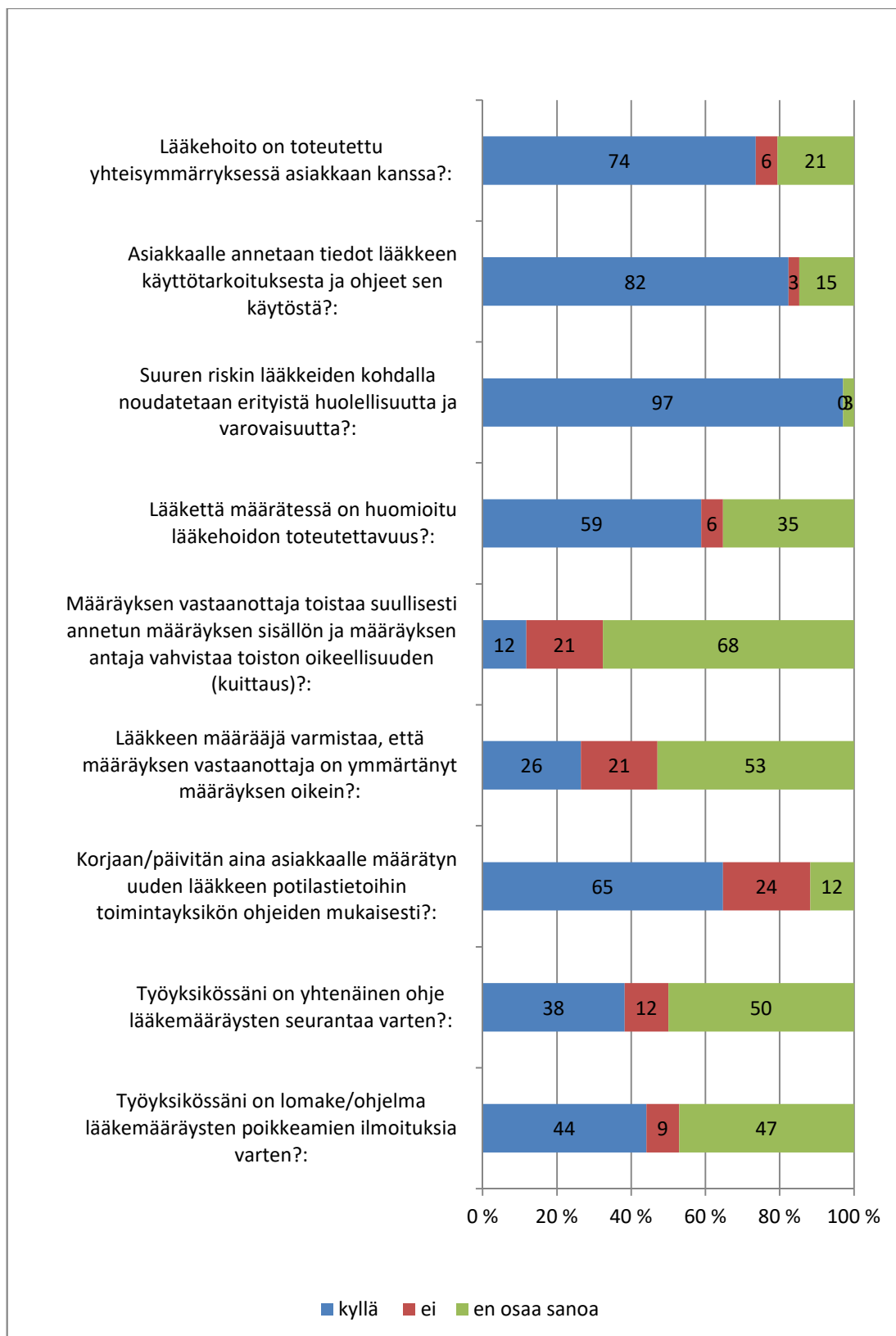
tonsa lääkkeen vaikuttavuudesta. Oikean annoksen tarkistaminen jäi muutamalta (6 %) tekemättä. Lähes kaikki (97 %) tunnistivat anafylaktisen sokin oireet, mutta osa hoitajista (15 %) ei osannut sanoa osaisivatko toimia tällaisessa tilanteessa. Muutamassa kohdassa nousi esille ei- ja en osaa sanoa- vastaukset osalla hoitajista. Näitä kohtia olivat lääkkeen kaksoistarkistus työyksikössä, (ei toteutunut 21 % ja en osaa sanoa 26 %), lääkkeen antamisen kirjaaminen (ei toteutunut 21 %), lääkehoitotietojen mukana kulkeminen siirtotilanteissa (ei toteutunut 12 % ja en osaa sanoa 12 %), sekä lääkkeiden vaikutuksen seurantaan liittyvät asiat (ei toteutunut 15 % ja en osaa sanoa 6 %). Suurimman osan mielestä (53- 79 %) nämä asiat toteutuivat kuitenkin hyvin. (Kuvio 12.)



Kuvio 12. Lääkehoito (n=34)

5.6 Lääkkeen määrääminen

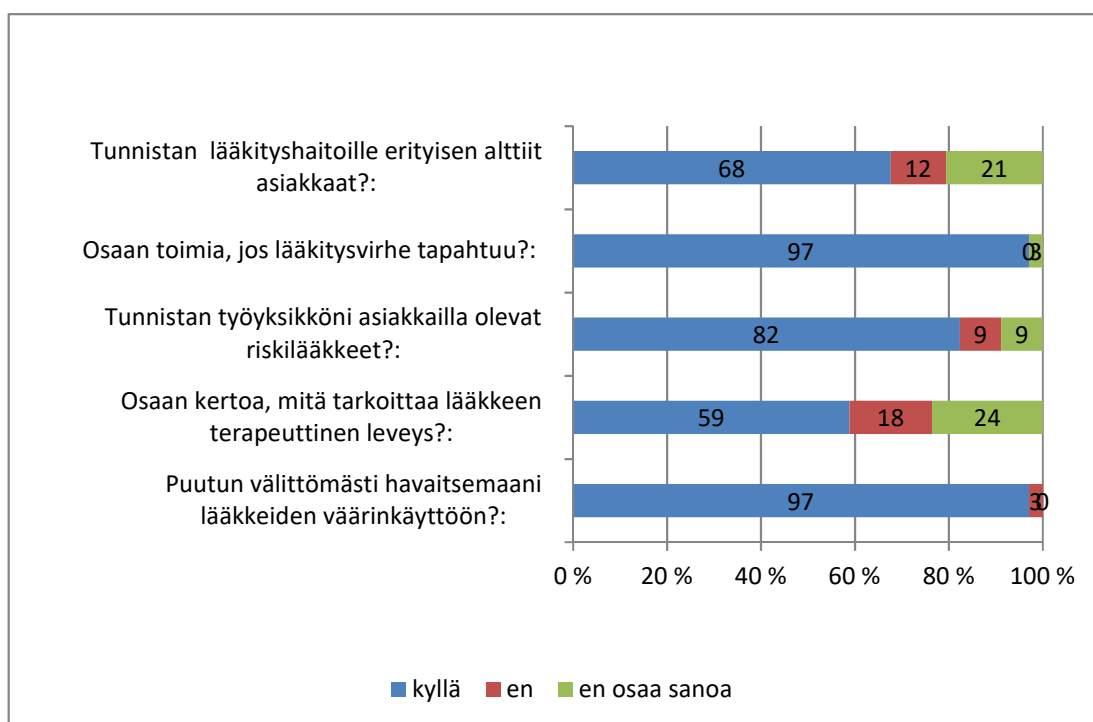
Tässä osassa selvitettiin lääkkeen määräämisprosessiin liittyviä asioita. Suuren riskin lääkkeiden määräämisessä oli noudatettu erityistä huolellisuutta (97 %), joten se toteutui hyvin. Muissa kohdissa ei- ja en osaa sanoa – vastaukset nousivat esille. Lääkkeen määräystilanteessa lääkemääräyksen sisällön suullinen toisto (21 %) ja oikein ymmärtämisen varmistus (21 %) toteutuivat huonosti. Myös lääkemääräysten seurannan ohjetta (50 %) sekä lääkemääräysten poikkeamailmoituslomaketta (47 %) noin puolet hoitajista ei osannut sanoa oliko sellaisia työyksikössä. Lääkehoidon toteutuksesta yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ei neljännes hoitajista (21 %) osannut sanoa toteutuuko se. Lääkkeeseen liittyvä selkeä ohjeen antamisesta ei osannut sanoa vajaa neljännes (15 %) hoitajista toteutuuko se. Lääkehoidon toteutettavuuteen liittyvissä asioissa ei osattu sanoa oliko sitä mietitty runsaan kolmanneksen (35 %) hoitajien mielestä. Uuden lääkemääräyksen päivittämistä asiakkaan tietoihin muutama hoitaja ei osannut sanoa (12 %) toteutuiko se. Neljäsosa hoitajista (24 %) oli sitä mieltä, ettei uusien lääkitystietojen päivittäminen toteutunut. (Kuvio 13.)



Kuvio 13. Lääkkeen määrääminen (n=34)

5.7 Lääkkeet

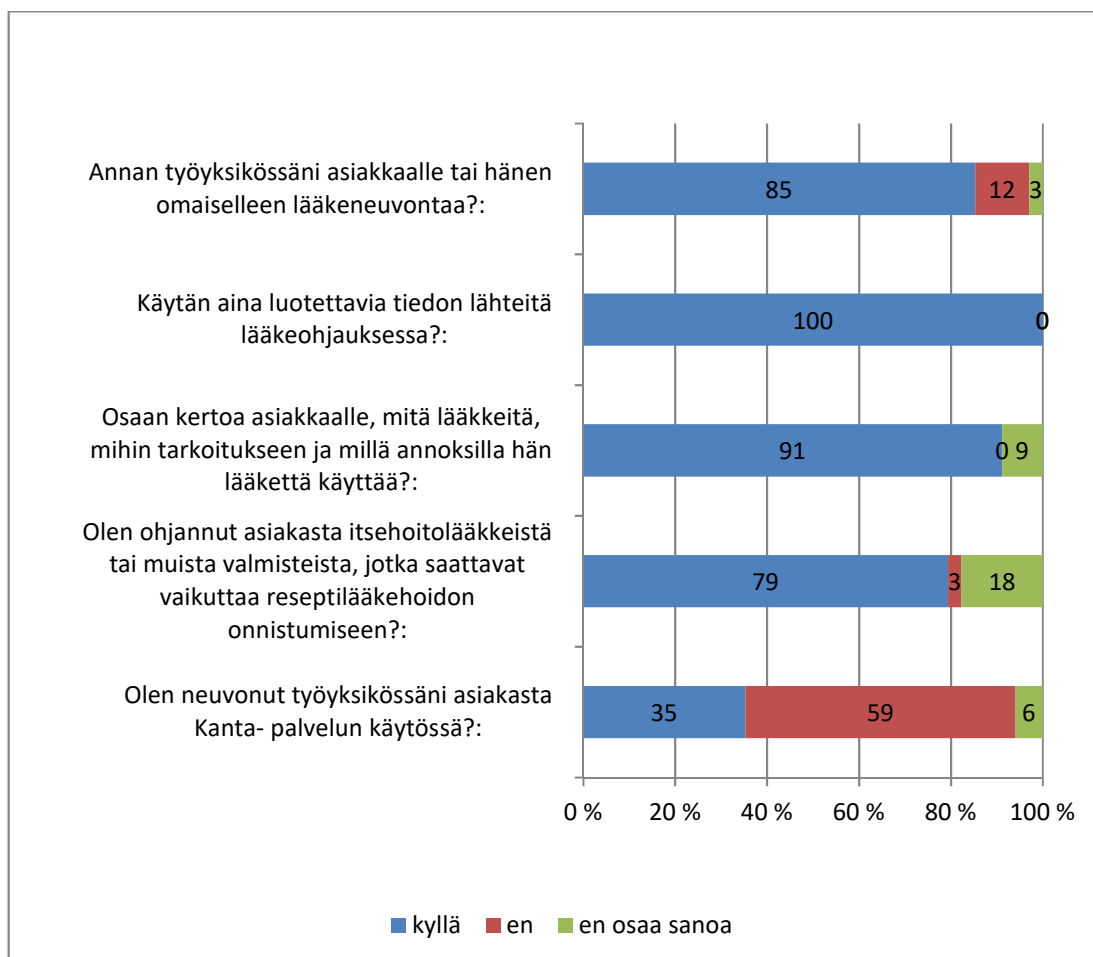
Kyselylomakkeen seitsemännessä osassa selvitettiin lääkkeisiin liittyviä asioita kotihoidossa. Lähes kaikki (97 %) osasivat toimia, jos lääkitysvirhe tapahtuisi. Lääkityshaitoille alttiiden potilaiden (68 %) sekä riskilääkkeiden tunnistaminen (82 %), lääkkeiden väärinkäyttöön puuttuminen (97 %) sekä hoitajien osaaminen lääkitysvirheen sattuessa (97 %) toteutuivat melko hyvin. Vain muutama (12 %) ei ollut sitä mieltä, että lääkityshaitoille alttiit potilaat tunnistettaisiin. Neljäsosa hoitajista ei osannut sanoa miten tämä toteutui. Muutamat hoitajat eivät tunnistanee (9 %) tai eivät osanneet sanoa tunnistaisivatko (9 %) potilaiden käytössä olevat riskilääkkeet. Lääkkeen terapeuttisen leveyden osasi omasta mielestään selittää yli puolet hoitajista (59 %), mutta neljäsosa ei osannut sanoa osaisivatko ja vajaa viidennes (18 %) ei osannut kertoa, mitä se tarkoittaa. Työyksikö asiakkailta tai potilailta olevia riskilääkkeitä ei muutamat hoitajat (9 %) tunnistanee. (Kuvio 14.)



Kuvio 14. Lääkkeet (n=34)

5.8 Lääkehoidon neuvonta ja ohjaus

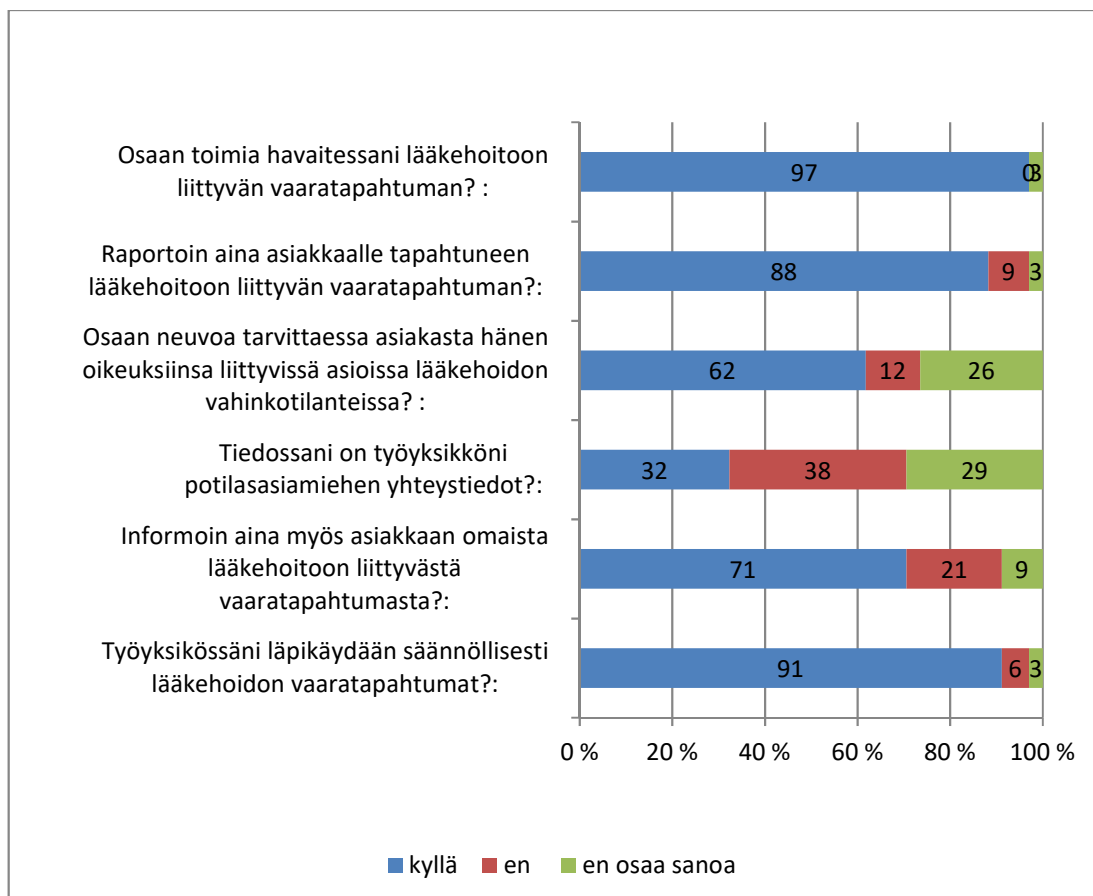
Kahdeksannessa kohdassa selvitettiin, olivatko vastaajat ohjanneet asiakkaita tai potilaitaan ja omaisia lääkehoitoon liittyen sekä minkäläisten lähteiden avulla. Lisäksi kysyttiin Kanta-palveluiden informoinnista. Kanta-palveluihin ohjaaminen toteutui lähes kahden kolmanneksen (35 %) kohdalla hyvin, mutta yli puolella (59 %) huonosti. Lääkeohjauksessa käytettiin aina luotettavia lähteitä (100 %). Potilaalla käytössä olevien lääkkeiden tietojen kertominen toteutui myös hyvin (91 %). Lääkeneuvonta (85 %) ja itsehoitolääkkeiden opastus (79 %) toteutui hyvin, mutta muutamat hoitajat (4 %) eivät antaneet lääkeneuvontaa eivätkä jotkut hoitajat (18 %) osanneet sanoa ovatko ohjanneet itsehoitolääkkeiden vaikutuksesta lääkehoidon onnistumiseen. (Kuvio 15.)



Kuvio 15. Lääkehoidon neuvonta ja ohjaus (n=34)

5.9 Lääkehoidon vaaratapahtumat

Viimeisessä osassa selvitettiin lääkehoidon vaaratapahtumiin liittyviä asioita. Kysymykset koostuivat vaaratapahtuman sattuesssa toimisen valmiuksista sekä vaaratapahtuman kertomisesta potilaalle ja hänen omaiselleen. Kysymyksiä oli myös potilaan oikeuksiin liittyen sekä työyksikön vaaratapahtumien seurannasta. Lääkehoidon vaaratapahtuman sattuesssa hoitajien toiminta toteutui hyvin (97 %). Työyksikössä käytiin läpi säännöllisesti lääkehoidon vaaratapahtumat (91 %) ja hoitajat kertoivat potilaalle (88 %) ja hänen omaiselleen kerrottiin (71 %) tapahtuneet lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat, joten nämä kohdat toteutuivat työyksikössä hyvin. Vain muutama vastaajista ei kertonut potilaalle tapahtunutta vaaratapahtumaa (9 %). Omaiselle vaaratapahtumaa ei kertonut viidesosa hoitajista (21 %). Hoitajista vain kolmasosalla oli tiedossaan potilasasiamiehen yhteystiedot. Runsaalla kolmasosalla hoitajista (38 %) ei ollut työyksikön potilasasiamiehen yhteystietoja. Viidesosa hoitajista ei osannut sanoa, oliko heillä tietoa potilasasiamiehen yhteystiedoista. Kaksi kolmasosaa hoitajista (62 %) osasi neuvoa potilasta hänen oikeuksissaan koskien lääkehoidon vaaratapahtumaa. Vain muutamat hoitajat (9 %) eivät osanneet neuvoa ja lähes kolmannes ei osannut sanoa toteutuiko oikeuksien kertominen vaaratapahtumaan liittyen. (Kuvio 16.)



Kuvio 16. Lääkehoidon vaaratapahtumat (n=34)

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten kotihoidossa toteutuu lääkehoidon turvallisuus Terveystieteiden- ja hyvinvoinninlaitoksen laatimien suositusten ja ohjeiden mukaan. Tulosten perusteella voi sanoa, että lääkehoito toteutuu turvallisesti. Lääkehoitoon liittyvät ohjeet ja yksikössä olevat toimintamallit kaipaavat vielä joidenkin hoitajien kohdalla kertausta.

Mittarin ensimmäisessä osassa selvitettiin vastaajien taustatietoja. Tulosten mukaan ikäjakauma oli melko tasainen, paitsi 31–40-vuotiaiden joukko oli pieni. Alle 20-vuotiaita ja yli 60-vuotiaita kyselyyn ei vastannut ollenkaan. Suurin vastaajajoukko oli

ammattiltaan lähihoitajia. Sairaanhoitajat olivat toiseksi suurin vastaajaryhmä. Tutkintotodistukset olivat yli kolmanneksella vastaajista 2010-luvulta, joten tiedot ja taidot pitäisivät olla vielä hyvässä muistissa. Kotihoidon hoitajista puolet olivat työskennelleet yli viisi ja alle viisitoistavuotta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Työkokemus tässä työyksikössä jakautui tasaisesti alle kahdesta vuodesta viiteentoista vuoteen. Vain muutama oli työskennellyt tässä työyksikössä yli kaksikymmentä vuotta. Vastaajista kaikki osallistuivat lääkehoitoon, joten kaikki vastaukset olivat käyttökelpoisia siltä kannalta katsottuna.

Toisessa mittarin osassa selvitettiin, miten lääkehoitosuunnitelmaan liittyvät asiat toteutuivat kotihoidossa. Lääkehoitosuunnitelman tulee olla työyksikössä sellainen työväline, jossa on perusteltu turvallisen lääkehoidon kokonaisuus. Sieltä henkilökunta löytää lääkehoidon toteuttamiseen riittävän perusteelliset ohjeet toteuttaessaan lääkehoitoa. (Inkinen ym. 2016, 3.) Kaikissa kuudessatoista kohdassa Kyllä – vastauksia oli yli puolet ja osassa paljon enemmänkin. Ei – vastauksia oli valittu niukasti. ”En osaa sanoa” – vastauksia oli vastausvaihtoehtona valittu noin kolmannes opiskelijan lääkehoidon toteutuksen ohjeistuksista, asiakkaan tai potilaan ja hänen omaisensa ohjauksesta ja neuvonnasta, seuranta ja palautejärjestelmän toteuttamisen ohjeista sekä lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnista ja lääkehoitosuunnitelman päivittämisestä. Tästä voisi päätellä, ettei lääkehoitosuunnitelman sisältö ollut jäänyt mieleen tai sitä ei ollut luettu pitkään aikaan. Leinon (2012, 2) opinnäytetyönä tehdyn lääkehoitosuunnitelman tavoitteena oli laatia kotihoitoyksiköihin yhtenäiset ohjeet ja toimintamallit, jotta lääkehoidon toteuttaminen olisi laadukasta ja turvallista. (Leino 2012, 2.) Kehittämiseksi tähän olisi uuden työntekijän kanssa lääkehoitosuunnitelman läpi käyminen. Toisena kehitysideana olisi suunnitelman päivityksen jälkeinen säännönmukainen tutustuminen koko lääkehoitosuunnitelmaan sekä sen muutoskohtiin. Se koskisi jokaista lääkehoitoon osallistuvaa ja lukeminen kuitattaisiin allekirjoituksella. Tämän voisi tehdä myös sähköisesti.

Mittarin kolmannessa osassa selvitettiin, miten lääkehoidon osaamiseen liittyvät asiat toteutuivat kotihoidossa. Osaaminen on avainsana, kun puhutaan lääkehoidon turvallisuudesta. Yksin osaaminen ei takaa lääkehoidon turvallisuutta, vaan on otettava huomioon toimintatavat ja mahdolliset suojaukset lääkehoidon toteuttamisen kokonaisu-

nessa. Yksilön vastuun lisäksi, on koko organisaatiossa mietittävä tarkoin, miten lääkehoitoa toteutetaan sekä miten sen seuranta ja valvonta on järjestettävä, jotta päästään toivottuun lopputulokseen. (Inkinen ym. 2016, 3-4.) Suurimmalle osalle lääkehoidon osaamiseen liittyvät asiat toteutuivat hyvin. Lähes kaikki olivat sitä mieltä, että oma vastuu lääkehoidon osaamisessa on tärkeää ja se myös toteutuu kotihoidossa. Kolmannes hoitajista ei osannut sanoa toteutuiko esimiehen rooli lääkehoidon turvallisuuden varmistamisessa sekä seurannassa. Esimiehen tekemä työ saattaa olla melko näkymättömiä, joten asioita voisi tuoda esimerkiksi palaveritilanteissa enemmän esille. Yhdellä hoitajalla ei ollut lääkelupaa ja kaksi ei osannut sanoa onko heillä sellainen. Lopuilla tämä kohta toteutui hyvin. Vajaan kolmasosan mielestä perehdytysuunnitelma ei sisältänyt lääkehoidon toteuttamisen periaatteita. Osalla hoitajista oli sellainen käsitys, etteivät täydennyskoulutusasiat toteutuneet kotihoidossa. Tässä olisikin palaveriinkin tai yhteiseen tiedottamiseen aiheita, joista olisi hyvä informoida henkilökuntaa.

Neljännessä mittarin osassa kysymyksillä pyrittiin selvittämään, miten lääkehuoltoon liittyvät asiat toteutuivat kotihoidossa. Lääkehuollon järjestäminen kotihoidossa poikkeaa jonkin verran sairaalaolosuhteista, joten on otettava huomioon kotihoidon olosuhteet, jotta lääkehuolto olisi toimivaa. (Saano & Taam-Ukkonen 2016, 67–68.) Lääkehoitosuunnitelmasta tulee löytyä työyksikön ohjeet. Ohjeita esimerkiksi siitä, miten riskilääkkeet säilytetään ja miten riskitilanteet otetaan huomioon sekä miten lääkehoidon jatkuvuudesta huolehditaan. On oltava myös terävien instrumenttien aiheuttamien pistotapaturmien varalle toimintaohje. Aseptinen lääkehoidon toteuttaminen on otettava jokaisessa lääkehoidon prosessin vaiheessa huomioon. Työyksikössä on oltava nimetty lääkevastaava, jolle on määritelty toimenkuva. (Inkinen ym. 2016, 42–43.) Lääkkeiden oikeanlainen säilytys, lääkekaappien ja lääkehuoneen puhtauden ja järjestyksen huolehtiminen, lääkkeiden säilytykseen liittyvät riskitilanteiden huomioiminen, lääkehoidon aseptinen toteutuminen sekä pistotapaturmaan liittyvät ohjeet toteutuivat hyvin. Keskinen (2015, 28) tutkimukseen osallistuneet ikääntyneet asiakkaat toimittivat apteekkiin tai antoivat kotihoidon henkilökunnalle käyttökelvottomat, vanhentuneet lääkkeet ja käytetyt lääkelaastarit (Keskinen 2015, 28). Lääkevastaavan nimeäminen työyksikköön sekä lääkejätteen ja lääkepakkausten hävittämisen ohje ei kaikkien hoitajien mielestä toteutunut eikä myöskään lääkehoidon turvaaminen apteekin ollessa kiinni. Kehittämisehdotuksena lääkehuoltoon liittyvien asioiden parantamiseen olisi selkeiden ohjeiden läpi käyminen jo perehdytyksessä.

Viidennessä mittarin osassa selvitettiin, miten lääkehoidon turvallisuuteen liittyvät asiat toteutuivat kotihoidossa. Kyselyn mukaan suurimmalle osalle lääkehoitoon liittyvät asiat olivat tuttuja, mutta muutamia kohtia on vielä ehkä tarkistettava. Lääkehoidon turvallisessa toteuttamisessa hoitajan toiminnalla lääkkeen antotilanteessa, on erittäin tärkeä rooli. Yleisesti käytössä on viiden oikean listan kertaaminen mielessään aina, kun hoitaja antaa lääkettä potilaalle. (Inkinen ym. 2016, 45.) Suurimmalle osalle kotihoidon hoitajista, viiden oikean – lista on hyvin siirtynyt käytäntöön. Kahdeksan kohtaa viidestätoista toteutui oikein hyvin. Anafylaktisen reaktion tunnistaminen toteutui hyvin, mutta muutama hoitaja ei osannut sanoa osaisiko toimia sellaisissa tilanteissa. Lääkehoidon kirjaamisen ohjeesta viidesosa hoitajista ei osannut sanoa toteutuuko se kotihoidossa. Saman verran hoitajista oli sitä mieltä, että lääkkeen antamisen kirjaaminen ei toteutunut. Vähän pienempi joukko hoitajien ei kokenut, että lääkkeiden vaikutusten seuranta ja sen kysyminen asiakkaalta tai potilaalta toteutuisi. Ahosen ja Räsänen (2015, 3, 33) opinnäytetyön tulosten perusteella sairaanhoitajien osaaminen toteutui parhaiten potilaan seuraamisessa mahdollisten lääkeainereaktioiden varalta. Heikoimmin osaaminen toteutui lääkkeiden yhteisvaikutuksiin liittyen. (Ahonen & Räsänen 2015, 3, 33.) Tiedon kulku lääkehoidossa hoitopaikan vaihtuessa ei toteutunut muutamien hoitajien mielestä tai he eivät tienneet toteutuiko se. Viidesosan mielestä kotihoidossa ei toteutunut lääkkeen kaksoistarkistus. Saman verran hoitajista ei tiennyt toteutuiko lääkkeen kaksoistarkistus. Lääkkeiden kaksoistarkistusta pitäisi kehittää vielä lisää, jotta kaikille se muuttuisi sujuvaksi käytännöksi. Kirjaamiseen liittyvissä asioissa olisi oltava yhtenäinen linjaus. Potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen, on varmistettava, että hänelle on kaikkia lääkkeitä vastaanottavassa paikassa. Lääkitykseen liittyvien tietojen sujuva siirtyminen on tärkeää lääkityksen jatkuvuuden takaamiseksi. (Inkinen ym. 2016, 45.) Lääkehoidon jatkuvuuteen liittyviä käytäntöjä olisi hyvä käydä läpi sekä varmistaa, että kaikilla olisi samat ohjeet. Lääkehoidon jatkuvuuden toteutuminen ei kaikkien hoitajien kohdalla ollut toteutunut hyvin. Lääkehoidon vaikutusten seuranta edellyttää lääkehoidossa tapahtuvien havaintojen kirjaamista. Työyksikössä toimitaan kirjaamisen käytäntöihin liittyvien ohjeiden mukaisesti. (Inkinen ym. 2016, 47.) Kirjaamisen ohjeet ovat suurimmalle osalle vastaajista selkeitä asioita, mutta osalle ohjeet ovat jääneet huomioimatta. Valmiudet toimia, myös haittavaikutusten aiheuttamissa hätätilanteissa, tulisi sisältyä jokaisen hoitajan osaamisvaatimuksiin sekä työyksikössä annettavaan perehdytykseen.

Mittarin kuudennessa osassa kartoitettiin, miten lääkkeen määräämiseen liittyvät asiat toteutuvat kotihoidossa. Tässä osiossa oli käytetty eniten, en osaa sanoa – vastausvaihtoehtoja. Tämä saattaa kertoa siitä, ettei näitä asioita ole kotihoidossa tullut mietittyä tai tähän liittyvä toiminta on pelkästään lääkärin ja sairaanhoitajien tekemää työtä. Vastaajista suurin osa (71 %) oli muita kuin sairaanhoitajia. Jokainen hoitaja on kuitenkin asiakkaiden lääkkeiden ja lääkehoidon kanssa tekemisissä ja lääkkeen määräämiseen liittyvät asiat ovat osa tätä työtä. Lääkkeen määräämiseen liittyvillä lakien ja säädösten avulla pyritään lisäämään lääkitysturvallisuutta. Potilaan ottaminen mukaan päätöksentekoon jo lääkkeen tarpeen arvioinnissa, on hyvä keino vahvistaa potilaan osallistumista hoitoonsa. Lääkehoitoonsa sitoutunut potilas on askel hyvään lääkitysturvallisuuteen. Laki velvoittaa lääkkeen määrääjää sekä apteekkia antamaan potilaalle sähköisestä reseptistä potilasohjeen, mikäli hän ei sitä erikseen kiellä. (Inkinen ym. 2016, 34, 36–37.) Lääkehoidon toteutus yhteisymmärryksessä potilaan tai asiakkaan kanssa toteutui hyvin. Lääkkeen määräämistilanteissa ohjeen antaminen potilaalle tai asiakkaalle toteutui myös hyvin. Molemmissa kohdissa jotkut hoitajat eivät tienneet toteutuivatko nämä asiat. Lääkkeiden annosteluun, käsittelyyn, säilytykseen tai sen käyttöön voi liittyä suuria riskejä. Näitä lääkkeitä kutsutaan riskilääkkeiksi. Lääkehoitosuunnitelmasta tulee löytyä työyksikössä käytössä olevien riskilääkkeiden lista. Henkilökunnalle on myös annettava riittävästi perehdytystä työyksikön riskilääkkeistä. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016, 17–19.) Tulos kertoi, että suuren riskin lääkkeiden kohdalla toteutuvat huolellisuus ja varovaisuus lääkettä määrättäessä. Lääkettä määrättäessä on otettava huomioon, onko lääkettä saatavilla, osaako henkilökunta toteuttaa lääkehoidon sekä onko heillä käytössään riittävät seurantalaitteet lääkehoidon toteutukseen. (Inkinen ym. 2016, 40.) Lääkehoidon toteutettavuuden huomiointi toteutui pääosin hyvin, mutta 35 % vastaajista ei osaa sanoa toteutuiko tämä. Lääkettä määrätessään lääkärin on varmistettava, että määräyksen vastaanottaja ymmärtää määräyksen oikein. Lääkemääräystä vastaanottamassa voi olla potilas tai hänen hoitoonsa osallistuva hoitaja. (Inkinen ym. 2016, 40.) Lääkemääräykseen liittyvä sisällön tarkistaminen lääkkeen määrääjän ja vastaanottajan välillä sekä määräyksen oikeinymmärtämisen varmistaminen oli suurimmalle osalle epäselvää toteutuivatko nämä. Lääkemääräyksen seurannan ohje ja poikkeamailmoituksen tekoon tarkoitettu ohjelma jakoi tuloksen niin että noin puolet oli sitä mieltä, että nämä toteutuu hyvin ja

toinen puoli ei osannut sanoa toteutuuko nämä asiat työyksikössä. Hoitohenkilökunnan osallistuminen lääkkeen määräämistilanteeseen olisi pitänyt selvittää. Se ei käy ilmi mistään kysymyksestä. Mikäli osallistuminen on vähäistä tai se on keskitetty muutamalle henkilölle työyksikössä, selittäisi se tuloksen.

Seitsemännessä mittarin osassa selvitettiin, miten lääkkeisiin liittyvät asiat toteutuivat kotihoidossa. Lääkehoitosuunnitelmaa tehtäessä ja päivittäessä, on huomioitava työyksikössä käytettävien lääkkeiden ja potilaiden erityispiirteet. Varsinkin suuren riskin potilaat ja lääkkeet huomioimalla, voidaan ehkäistä läkehoidossa tapahtuvia vakavia haittoja. Kun tunnistetaan riskilääkkeet sekä tiedetään hoidettavien potilaiden terveydentila, voidaan suunnitella suojamekanismeja käytännön toimintaan. (Inkinen ym. 2016, 16–17.) Lääkitysvirheen tapahtuman sattuessa hoitajien toiminta toteutui hyvin. Myös lääkkeiden väärinkäyttöön puuttuminen toteutui hyvin. Lääkityshaitoille alttiiden asiakkaiden tai potilaiden tunnistaminen sekä riskilääkkeiden tunteminen olivat asioita, jotka toteutuivat melko hyvin. Vain muutaman hoitajan mielestä nämä eivät toteutuneet hyvin ja muutama hoitaja ei osannut sanoa miten nämä asiat toteutuivat. Ahosen ja Räsänen (2015, 3) opinnäytetyön tulosten perusteella sairaanhoitajilla oli täydennyskoulutuksen tarvetta varsinkin riskilääketietouteen liittyen (Ahonen & Räsänen 2015, 3). Lääkkeen terapeutin leveyden kertominen toteutui yli puolella hoitajalla hyvin. Lopuilla hoitajilla vastaukset jakautuivat lähes puoliksi niihin, joiden mielestä tämä ei toteutunut hyvin ja toinen puoli ei osannut sanoa miten terapeutin leveyden kertominen toteutuisi heillä. Sulkakosken ja Hietasen (2015, 15) kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella laadukkaan hoidon kokonaisuuteen päästään tunnistamalla lääkehoitoon liittyvät riskitekijät sekä arvioimalla säännöllisesti ikääntyneen vointia, toimintakykyä ja lääkitystä (Sulkakoski & Hietanen 2009, 15).

Mittarin kahdeksannessa osassa selvitettiin, miten asiakkaan tai potilaan ja omaisten lääkehoidon neuvontaan liittyvät asiat toteutuivat kotihoidossa. Lääkehoidon prosessin aikana potilaalle antavat ohjausta ja neuvontaa kaikki lääkehoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattilaiset. Työyksiköissä on sovittava yhtenäiset käytännöt ristiriidattomaan lääkehoidon ohjaukseen ja neuvontaan. Potilaan halutessa, on hänelle annettava suullisen ohjauksen ja neuvonnan lisäksi kirjallista tai sähköistä lääkeneuvonnan materiaalia. Annosjakelun piirissä olevien potilaiden lääkeneuvonta on järjestet-

tävä hoitohenkilökunnan kautta, mikäli potilas ei itse pääse apteekkiin paikalle. (Inkinen ym. 2016, 58.) Lääkkeisiin ja lääkehoitoon liittyvä neuvonta ja ohjaus toteutuivat hyvin kotihoidossa. Luotettavien lähteiden käyttö ohjaustilanteissa toteutui hyvin (100 %). Lähes kaikkien mielestä asiakkaalle tai potilaalle lääkitystietojen kertominen toteutui hyvin. Vain muutama hoitaja ei osannut sanoa toteutuuko tämä. Melko samanlainen tulos oli myös itsehoitolääkkeiden ohjaamiseen liittyen. Keskinen (2015, 48) tutkimuksessa haastateltavat kotihoidon asiakkaat halusivat osallistua omaan lääkehoitoonsa sekä toivoivat, että heidän kokemuksiaan ja havaintojaan kuunnellaan lääkehoitoon liittyen (Keskinen 2015, 48). Kanta – palvelun käyttöön ohjaaminen ei toteutunut yli 50 %:lla hoitajista. Tämä saattaa johtua kotihoidon asiakkaiden ikäjakaumasta, joten tietotekniikan ja sähköisten palveluiden käyttö ei ole kaikille iäkkäille tuttua eikä mahdollistakaan. Tulevaisuudessa tämä tulee kuitenkin olemaan tärkeä työkalu, joten hoitohenkilökunnan olisi hyvä opetella Kanta-palvelun peruskäytännöt. Pottosen (2015, 3) tutkimuksen tuloksissa kerrottiin, että tulevaisuudessa olisi pyritävä yhtenäistämään lääkityslistat ja että nämä olisivat aina potilaan saatavilla. Tutkimuksen mukaan tämä tavoite tulee toteutumaan kehitettäessä kansallista terveystietoa ja tiedonhallintapalvelua. (Pottonen 2015, 3.)

Yhdeksännessä osassa selvitettiin, miten lääkehoidon vaaratapahtumiin liittyvät asiat toteutuivat kotihoidossa. Lääkehoitoon liittyvä vaaratapahtuma laittaa liikkeelle tapahtumaketjun, jonka lopputulema on estää samanlaisen tapahtuman syntyminen. Jokaisessa työyksikössä on oltava selkeät ohjeet henkilökunnalle, miten työyksikössä hoidetaan lääkehoitoon liittyvä vaaratapahtuma. Myös tarvittavia lääkkeitä, kuten lääkehiiltä, sekä potilailla käytettävien lääkkeiden mukaisia antidootteja, olisi hyvä olla nopeasti saatavilla. Tapahtuman kirjaaminen, vaaratapahtumailmoituksen teko sekä potilaan ja hänen omaisensa informoiminen ovat välittömien toimenpiteiden jälkeen tehtäviä asioita. Potilaalla on myös omat oikeutensa haittatapahtumaan liittyen. Hänelle on annettava mahdollisuus tehdä ilmoitus lääkehoitoon liittyvästä haittatapahtumasta myös anonymisti, hoitoa antaneelle organisaatiolle. (Inkinen ym. 2016, 78–79.) Mahdollisen haittatapahtuman sattuessa kotihoidossa lähes kaikki hoitajat olivat sitä mieltä, että tämä toteutui hyvin. Holmströmin tutkimuksessa lääkitysturvallisuuden toteutumisen keskeinen asia oli hoitoalalla työskentelevien ammatillinen osaaminen riskien hallinnassa (Toikkanen 2017). Haittatapahtuman raportointi asiakkaalle toteutui myös melko hyvin. Vain muutaman hoitajan mielestä näin ei asia toteutunut.

Asiakkaan neuvonta haattatapahtumiin liittyvistä oikeuksista kolmasosan mielestä tämä ei toteutunut hyvin. Ylämurren ja Rattulin (2012, 14) kirjallisuuskatsauksen tuloksista selvisi, että ikääntyneen omat mahdollisuudet osallistua omaan lääkehoitoonsa ja sen toteutukseen on huomioitava (Ylämurto & Rattul 2012, 14). Potilasasiamiehen yhteystietojen kohdalla vain kolmanneksen mielestä tämä toteutui hyvin. Tässä olisi yksi kehittämiskohde henkilöstölle. Työyksikössä lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumien läpikäyminen säännöllisesti toteutui hyvin.

Opinnäytetyön tulosten perusteella kotihoidon henkilökunta koostuu monen ikäisistä ja erilaisen työkokemuksen omaavista työntekijöistä. Hiljainen tieto ja uusien hoitokäytäntöjen siirtäminen käytäntöön on mahdollista jakaa kaikkien käyttöön. Lääkehoitosuunnitelman perusideana on olla lääkehoidon toteuttamisen apuna ja sieltä löytyvät työn toteuttamiseen ohjeet sekä osaamisen varmistamiseen ja vastuukysymyksiin toimintamallit. Lääkehoitosuunnitelma on joidenkin työntekijöiden kohdalla päässyt unohtumaan ja sen sisältöä ei ole luettu vähään aikaan. Osaamisen varmistaminen lääkehoidossa on työntekijän omalla ja esimiehen vastuulla. Esimiehelle kuuluva työ nousi tuloksista esille hoitajien vastatessa, etteivät he tiedä toteutuvatko nämä asiat. Lääkehuoltoon liittyvät asiat pääosin olivat hyvin toteutettua työtä, mutta lääkehoidon turvaamisessa tilanteissa, jolloin apteekki oli kiinni, ei osattu sanoa toteutuuko lääkehoito. Lääkehoitoon liittyvät asiat toteutuivat myös hyvin, mutta dokumentointiin ja lääkkeiden vaikutusten arviointia ei kaikki hoitajat toteuttaneet. Lääkkeen määräämiseen liittyvissä asioissa eivät kaikki hoitajat osanneet sanoa miten tähän liittyvät asiat toteutuivat. Pieni osa hoitajista oli sitä mieltä etteivät nämä asiat toteutunut kotihoidossa. Asiakas huomioitiin ja hänelle annettiin tietoa lääkkeistä sekä suuren riskin lääkkeitä määrättäessä noudatettiin erityistä huolellisuutta. Lääkkeisiin liittyvä osio toteutui melko hyvin, paitsi lääkkeen terapeutin leveyden osaamisen kohdalla. Se ei toteutunut kaikkien kohdalla hyvin. Lääkehoidon neuvonta ja ohjaus toteutui hyvin, paitsi Kanta-palveluun liittyvässä kysymyksessä. Itsehoitolääkkeisiin liittyvä ohjaus ei kaikille ollut selvää toteutuiko se hyvin. Vaaratapahtumiin liittyvä osiosta nostaisin potilasasiamiehen toiminnan toteutumisen sekä asiakkaan oikeudet vaaratapahtumiin liittyen. Näissä asioissa oli kotihoidon työyksikössä kehittämistä vielä.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan pohtia miettimällä, onko mitattu juuri sitä mitä piti mitata. Tätä sanotaan sisältövaliditeetiksi. Tähän päästään tarkastelemalla onko teoreettisista käsitteistä saatu muokattua luotettavia muuttujia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.) Kysymyksiä laatiessa kesällä 2016 löytyi THL:n verkkosivuilta selkeä kahdeksan kohdan valikko, josta sai hahmoteltua kokonaisuuden helposti. Kysymysten laatiminen oli myös helppo rajata näihin osiin. Tätä valikkoa ei enää löydy, joten uudistettu ”Turvallinen lääkehoito” – opas toimi tätä pohdintaa tehdessä tulosten arviointipohjana. Myös tuo verkkosivuilta löytynyt valikko pohjautui tähän uuteen oppaaseen, joten samat asiat kuitenkin löytyvät oppaasta, vaikkakin ne ovatkin hieman eri järjestyksessä.

Kysymysten muokkaaminen kotihoitoon, tilaajan kotihoidon yhdyshenkilönä toimineen sairaanhoitajan toiveiden mukaan, vaati opinnäytetyöntekijältä ratkaisujen tekoa, jotta pysyttiin alkuperäisissä THL:n ohjeissa sekä suosituksissa. Kysymysten karsiminen kavensi mittarin (LIITE 3) asiakokonaisuutta jonkin verran. Teorian ja empiirian kohtaaminen mittaria ja tekstiä vertailtaessa, on uuden mittarin kohdalla tärkeää. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191.) Kysymysten määrää oli kuitenkin karsittava, jotta vastaaminen ei olisi liian työlästä tai veisi liikaa aika. Nyt asiaa pohdittaessa, olisi voinut keskittyä johonkin pienempään kokonaisuuteen, jotta opinnäytetyö ei olisi näin laaja. Kysymysten muotoiluun olisi opinnäytetyöntekijä voinut vielä syventyä paremmin. Aiheellista on pohtia, olivatko kysymykset sittenkään riittävän selkeitä sekä mitä kysymyksillä haluttiin mitata.

Mittarin esitestaamisen on uuden mittarin kohdalla erittäin tärkeää. Esitestaajalla pitäisi olla käytössään lomake, jonne hän voisi kommentoida omin sanoin mittaria koskevia asioita (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191.) Esitestaamisen toteuttamisella ei saatu välttämättä riittävää kannanottoa mittarin sisällön riittävyydestä THL:n ohjeistuksen kannalta. Esitestaaminen keskittyikin enemmän mittarin (LIITE 3) toimivuuteen ja kysymysten ymmärrettävyyteen. Esitestaajille suunnattu palautelomake olisi ollut parempi vaihtoehto kuin pelkkä sähköpostiviestin lähettäminen. Palautelomakkeelle olisi voinut kirjoittaa muutaman spesifin kysymyksen, johon olisi ollut ehkä helpompi kirjoittaa palautetta.

Ulkoinen validiteetti arvioi tutkimuksen yleistettävyyttä otoksen suhteessa perusjoukkoon. On pohdittava edustaako tulos juuri tuota perusjoukkoa, jota oli tarkoitus mitata. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.) Vastaajien kato oli tiedossa jo suunniteltaessa opinnäytetyötä. Tätä katoa opinnäytetyöntekijä pyrki ennakoimaan ennakoinformaatiolla lähiesimiesten kautta, mahdollisuutena vastata mittarin kysymyksiin työaikana sekä uusintakutsujen muodossa. Kotihoidon työntekijöiden työ on kiireistä ja aikataulutettua, joten tämä varmasti vaikuttanee vastaushalukkuuteen. Olisiko ollut parempi, jos opinnäytetyöntekijä olisi järjestänyt kyselyyn vastaamistilanteita olemalla itse paikalla. Ehkä tämä olisi nostanut vastaajien määrää. Aikataulujen muuttuessa, opinnäytetyöntekijästä itsestä johtumattomista syistä, ei sellainen ollut mahdollista. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa pitää ottaa huomioon vastausmäärät. Liian pienellä vastausprosentilla ei saada luotettavaa tutkimusta. Myös tulosten tulkinta on vaikeaa liian pienillä vastausprosentteilla. (Kananen 2010, 95.) Tämän tutkimuksen vastausprosentiksi tuli 32 % (N= 34), joten tulosten luotettavuuteen pitää suhtautua tietyllä varovaisuudella. Tämän opinnäytetyön vastaajien kato vaikuttaa luotettavuuteen myös tulosten pysyvyyttä arvioitaessa.

Opinnäytetyön luotettavuutta voidaan myös tarkastella sen tulosten pysyvyydellä eli reliabiliteetin näkökulmasta. Tästä näkökulmasta katsoen tarkastellaan saataisiinko samalla mittarilla mitattuna samansuuntainen tulos vaihdettaessa aineisto eli mitattava joukko. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–190.) Opinnäytetyön tilaajalla oli toiveena käyttää kysymyksiä muissa kaupungin yksiköissä testaamaan lääkeshoidon turvallisuutta. Tämä kuitenkin edellyttää riittävän hyvää mittaria. Jää nähtäväksi, tuleeko myöhemmin tällainen opinnäytetyö eri yksikköön. Mikäli sellainen tulisi, on tulosten pysyvyyttä mahdollista arvioida silloin eri yksiköiden välillä. Olisi myös mielenkiintoista toistaa sama kysely samassa työyksikössä ja vertailla tuloksien pysyvyyttä. Mikäli saataisiin sama tulos, voitaisiin todeta sen olevan reliabeli. Vertaaminen muihin tutkimustuloksiin on mahdollista vain osittain, koska tämän tyyppistä mittaria ei löytynyt aikaisemmista tutkimuksista.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyyden ohjeistus on kirjattu kansainvälisesti hyväksytyjen tutkimusetiikan ohjeiden mukaan Helsingin julistuksessa (1964). Tutkimuksen eettisyyden perusta lähtee jo tutkimusaiheen valinnasta. Eettisyyttä pohdittaessa on mietittävä onko aihe hyödyllinen tai onko se yhteiskunnallisesti merkittävä. Voidaanko kenties tuloksilla tai siitä saatavalla tiedolla kehittää hoitotyön laatua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212, 218.) Tämän tutkimuksen aihe on hoitotyön kannalta aina aiheellinen, niin yhteiskunnallisesti kuin paikallisestikin. Lääkehoidon turvallisuuden kautta parannetaan oleellisesti hoitotyön laatua. Pienikin korjausehdotus auttaa parantamaan lääkehoidon turvallisuutta ja sitä kautta laadun parantamista. Opinnäytetyön tuloksista hyötyvät niin asiakkaat tai potilaat kuin hoitajat ja tilaajaorganisaatiokin. Yksittäisinä esimerkkeinä voisi mainita kotihoidon asiakkaisiin kohdistuvana parannusehdotuksena henkilökunnan osaamisvaatimusten tarkistaminen ja päivittäminen säännöllisesti, jolloin asiakkaat voivat olla varmoja, että heitä hoitaa varmasti ammattitaitoinen henkilökunta. Hoitohenkilökuntaan vaikuttavana esimerkkinä voisi mainita mahdollisesti säännöllisen lisäkoulutusmahdollisuuden tarjoaminen lääkehoitoon liittyen. Organisaation tasolla hyöty on laadun ja potilasturvallisuuden parantaminen, vaikka parannus olisi pienikin.

Tutkimukseen osallistuminen on oltava vapaaehtoista ja siitä on kerrottava jo saatekirjeessä. Osallistujien on saatava mahdollisuus esittää myös kysymyksiä tarvittaessa. Aineiston ja tulosten säilyttämisessä on oltava selkeät toimintalinjat, jotta anonymiteetti säilyisi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219–221.) Kyselyyn vastaajien henkilöllisyys ei selvinnyt missään vaiheessa opinnäytetyön tekoprosessin aikana, joten anonymiteetti pysyi loppuun asti. Opinnäytetyöntekijä ei ollut itse lähettämässä kyselyä henkilöstölle vaan se toteutettiin kotihoidon yhdyshenkilön kautta lähiesimiehille, jotka jakoivat sähköisesti linkin kyselylomakkeelle. Linkin avaamisen jälkeen, vastaajalle avautui ensin saatekirje (LIITE 2), jossa kerrottiin opinnäytetyön aihe, sen tekijä, tilaaja ja tieto, että vastaamiseen saa käyttää työaika. Myös vapaaehtoisuutta ja anonymiteettiä korostettiin. Kysymyksiin vastattiin nimettöminä. Opinnäytetyöntekijän yhteystiedot olivat saatekirjeessä, joten mittariin tai opinnäytetyöhön liittyvien kysymyksien esittäminen oli mahdollista jo ennen kyselyyn vastaamista. Kysymyksiä olisi voinut lähettää myös kotihoidon yhdyshenkilönä toimineen sairaanhoitajan

kautta. Se olisi pitänyt mainita saatekirjeessä, mutta se oli unohtunut kokonaan. Aineisto sekä tulokset, jotka palautuivat eLomake-ohjelmaan nimettöminä, olivat vain opinnäytetyöntekijän tiedossa. Tulokset tuhottiin poistamalla ne eLomake-ohjelmasta, jonne opinnäytetyöntekijällä on henkilökohtaiset tunnukset sekä salasana.

Opinnäytetyöntekijän on haettava tutkimuskohteen organisaatiolta tutkimuslupa (Satakunnan ammattikorkeakoulun www-sivut 2017). Lupa opinnäytetyölle (LIITE 1) saatiin 4.10.2016. Lupaa anottaessa sen liitteenä oli opinnäytetyön suunnitelma, josta ilmenivät opinnäytetyön aihe, tarkoitus ja teoreettinen tausta, kyselyn suorittamisen kohde, aineiston keruu- ja analysointi, työn valmistumisaika sekä eettiset näkökohdat. Ennen kyselyn suorittamista kotihoidon päällikölle sekä kotihoidon yhdyshenkilönä toimineelle sairaanhoitajalle annettiin saatekirje (LIITE 2) sekä opinnäytetyön suunnitelma. He jakoivat ne lähiesimiehille, jotta he pystyivät palaverissaan syksyn 2016 aikana informoimaan kotihoidon hoitohenkilökuntaa tulevasta kyselystä. Saatekirjeen sisältö koostui opinnäytetyön aiheesta, tilaajasta sekä kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuudesta. Saatekirjeessä oli tieto siitä, että kyselyyn voi vastata työaikana. Tiedoksi oli annettu myös, että vastauksia käsiteltäisiin nimettömästi, joten rehellinen vastaaminen oli mahdollista. Opinnäytetyöntekijän yhteystiedot olivat saatekirjeen lopussa. Kysymyksiin (LIITE 3) vastaamisen ohjeet sekä vastaamiseen kuluva arvioitu kokonaisaika puuttuivat saatekirjeestä, joten ne olisi ollut hyvä lisätä saatekirjeeseen.

6.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet

Opinnäytetyön tuloksia voi hyödyntää kotihoidon henkilöstön lisäkoulutuksissa. Koko henkilöstölle voisi järjestää yhteinen koulutus lääkehoidon turvallisuudesta, jossa hyödynnettäisiin tutkimustuloksissa esiin nousseita aiheita. Tulosten mukaan kotihoidon hoitohenkilöstöstä enemmistö tunsu työyksikkönsä lääkehoitosuunnitelman, mutta osalle kotihoidon henkilökunnasta sen kertaamisesta olisi hyötyä. Henkilöstölle olisi hyvä myös kertoa esimiehen roolista, koskien hoidon turvallisen toteutuksen arviointia ja seuranta. Hoitohenkilöstölle olisi hyvä myös kertoa täydennyskoulutuksen mahdollisuuksista. Ajantasaisen koulutustarjonnan mahdollisuuksista pitää myös itse olla aktiivinen, joten paikka mistä nämä löytyvät, olisi hyvä kerrata henkilökunnalle. Edel-

leen voisi kerrata henkilökunnalle toimintamalleista ja ohjeesta lääkehoidon turvaamisen tilanteissa, jolloin apteekki on kiinni. Myös lääkevastaavan olemassaolo työyksikössä, pitäisi saada kaikkien tietoon. Lääkehoitoon liittyen kaksoistarkistus, lääkehoidon jatkuvuus sekä lääkkeiden vaikuttavuuden seurantaan liittyvät asiat ovat hyvinkin tärkeitä aiheita täydennyskoulutusta mietittäessä. Lääkkeen määräämiseen liittyvät asiat olisi hyvä kokonaisuutena kerrata kotihoidon näkökulmasta ja siitä mitä hoitajien tulisi siitä tietää. Hoitajien perusosaamiseen liittyvä terapeutin leveyden osaaminen, lääkityshaitoille alttiiden potilaiden tunnistaminen sekä yksikössä käytössä olevat riskilääkkeet ovat myös omaehtoisesta opiskeluun liittyviä asioita, joita pitäisi muistutella aika ajoin mieleen. Lääkehoidon neuvontaan ja ohjaukseen liittyvissä asioissa olisi vielä parannettavaa, joten tässäkin hoitajien lisäkoulutus olisi hyödyllistä. Lisäksi voisi kerrata Kanta-palvelun käytön ohjaamista sekä vaaratapahtumiin liittyen, potilaan oikeuksiin ja tiedonsaantiin liittyviä asioita. Myös potilasasiamiehen toimenkuva ja hänen yhteystietojen välittäminen asiakkaille olisi jokaisen hoitajan tiedettävä.

Jatkotutkimushaasteena olisi toistaa kysely uudelleen samassa työyksikössä kertauskurssin tai muun lisäkoulutuksen järjestämisen jälkeen sekä verrata tuloksia. Kyselylomake jää tilaajan käyttöön, joten siitä saisi muokkaamalla mahdollisesti käyttökelpoisen mittarin johonkin eri työyksikköön, esimerkiksi osastolle.

Opinnäytetyöntekijä on oppinut lääkehoidon turvallisuuden kokonaisuudesta valtavasti uutta asiaa, jota hän voi tulevassa ammatissa käyttää päivittäin apunaan toteuttaessaan lääkehoitoa. Ison kokonaisuuden pilkkominen pieniin osa-alueisiin auttoi hahmottamaan jokaisen osan tärkeyden. Oivallus siitä, miten eri osien sisältö nivoutuu lopulta yhtenäiseksi kokonaisuudeksi, innostaa pitämään edelleen lääkehoidon turvallisuuteen liittyviä asioita mielenkiinnon kohteena. Tätä kautta opinnäytetyön tekijä arvioi kriittisesti omaa osaamistaan työskennellessään aiheen parissa. Myös jatkuva turvallisen lääkehoidon kehittämiskohteiden löytäminen tulevissa työympäristöissä nousee tämän työn kautta yhdeksi opinnäytetyöntekijän vahvuudeksi, jota työelämässä varmasti tullaan tarvitsemaan. Teoriaosuuden työstimisen paras anti oli erilaisten tutkimusten löytyminen ja niiden tulosten lukeminen. Ymmärrys siitä, että lääkehoidon turvallisuus on kansainvälisestäkin kehittämiskohteena ja paljon esillä myös kotimaassa, aukeni tutkimusten kautta. Nämä oivallukset kannustavat opinnäytetyöntekijää seuraamaan jatkossakin uusia tutkimuksia ja hakemaan näyttöön perustuvaa tietoa.

Opinnäytetyön prosessin aikana korostuivat yhteistyötaidot mittaria suunniteltaessa sekä tutkimuksen suorittamisessa. Se tulee jatkossakin olemaan opinnäytetyöntekijän ammatin yksi tärkeimmistä ominaisuuksista. Myös etiikkaan, aseptiikkaan ja omaan ammattitaitoon liittyvät asiat olivat tätä opinnäytetyötä tehdessä mukana.

Opinnäytetyön aiheesta tuli liian laaja, joten jos aihe olisi ollut suppeampi, olisi ollut helpompaa kerätä laajemmin teoriatietoa yhteen aiheeseen keskittyen. Nyt voisi kuvailla opinnäytetyötä melko pinnalliseksi teoriaosuuden kohdalta. Olisi myös ollut helpompaa aloittaa ensimmäinen opinnäytetyö valmista mittaria apuna käyttäen. Nyt toteutuneessa mittarissa (LIITE 3) on puutteita. Työ on ollut kuitenkin opettavainen prosessi, joka on kehittänyt opinnäytetyön tekijän taitoja mittarin laadinnassa, teorian ja empiirian yhteensovittamisessa sekä tulosten analysoinnissa. Kehitettävää opinnäytetyöntekijälle jäi vielä paljon.

LÄHTEET

Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. 2013. Primum est non nocere. Teoksessa L-M. Aaltonen & P. Rosenberg (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 8-20.

Ahonen, W. & Räsänen, M. 2015. Riskiläkkeet: Hoitajien itsearviointi riskiläketietoudesta. AMK-opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu. Viitattu 10.7.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201502051909>

Asetus lääkkeenmäärittämisestä 1088/2010 10 §. Viitattu 6.7.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101088>

E-lomakkeen www-sivut 2016. Viitattu 9.4.2017. <https://e-lomake.fi/web/>

Fimean www-sivut 2017. Viitattu 5.11.2017. http://www.fimea.fi/laakehaut_ja_luettelot/

Haapiainen, R. 2013. Kirurgiaan liittyvät riskit. Teoksessa L-M. Aaltonen & P. Rosenberg (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 37–47.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uud.p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hollmen, Antti. 2010. Turvallinen lääkehoito -kansainvälinen kirjallisuuskatsaus. AMK-opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.6.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201002061974>

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K., Pennanen, P. 2012. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.

Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4. uud. p. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. 2016. Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 111. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 202.

Kananen, S., Hiltunen, M. & Ovaskainen, V. 2012. Kuopion kotihoidon asiakkaiden kokemuksia lääkkeiden koneellisesta annosjakelusta. AMK-opinnäytetyö. Savonia ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.7.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201202071996>

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kanta.fi:n www-sivut. 2016. Viitattu 6.7.2017. <http://www.kanta.fi/documents/12105/4091841/S%C3%A4hk%C3%B6isen+l%C3%A4%C3%A4kem%C3%A4%C3%A4r%C3%A4yksen+toimintamallit+v1.6/a39da080-c87c-471f-81cf-bbb9faae8a2d?version=1.3>

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Keskinen, T. 2015. Ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden osallisuus omaan lääkehoitoonsa. Pro Gradu-tutkielma. Itä-Suomen Yliopisto. Viitattu 17.7.2017. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150627/urn_nbn_fi_uef-20150627.pdf

Kivelä, S-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Koskela, H., Peura, T. 2011. Lääkehoitosuunnitelma Mäntsälän terveyskeskuksen vuodeosastolle. AMK-opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Viitattu 11.12.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201105076658>

Lahtinen, M. 2012. Lääkehoitosuunnitelma Laitilan kaupungin kotihoidolle. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 23.11.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012052810316>

Leino, K. 2012. Lääkehoitosuunnitelma kotihoitoon. Orimattilan seudun kotihoitoyksiköiden lääkehoidon kuvaus. AMK-opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu. Viitattu 23.11.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201202122113>

Mattila, E. 2015. Sairaanhoidajan lääkehoitoon liittyvät tehtävät kotihoidossa. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 7.10.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201503052783>

Mäkelä, N., Peltola, J. 2010. Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen hoitajien näkökulmasta. AMK-opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.7.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010112515623>

Niemi, M., Manninen, P. 2010. Sairaanhoidajien lääkehoidon osaaminen vanhustyössä. AMK-opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 29.6.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010092213188>

Olander, E-M; Loikkanen, H ja Kolari, I. 2015. Turvallisen enteraalisen lääkehoidon toteutuminen ja siihen liittyvät riskitekijät _ Leppävirran terveysasemalla. AMK-opinnäytetyö. Savonia ammattikorkeakoulu. Viitattu 8.10.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2015101415404>

Palva, E. 2013. Lääkkeiden haittavaikutukset ja riskit. Teoksessa L-M. Aaltonen & P. Rosenberg (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 28–36.

Perho, A., Peltonen, N. ja Puhjo, L. 2010. Lääkehoitosuunnitelma Kotihoito Lehmus Oy:lle. AMK-opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Viitattu 23.11.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201002041932>

Pitkälä, K., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2010. Lääkehoito. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. Porvoo: WS Bookwell Oy, 360 – 372.

Pottonen, R-L. 2015. Perusterveydenhuollon lääkityslistat ja niihin liittyvät tulkin-
nanvaraisuudet lääkitysturvallisuuden näkökulmasta. Viitattu 18.7.2017.
<https://helda.helsinki.fi/handle/10138/153396>.

Saano, S., Taam-Ukkonen, M. 2016. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Satakunnan ammattikorkeakoulun www-sivut 2017. Viitattu 5.11.2017.
https://extra.samk.fi/opinnot_0/opinnaytetyoohje/menettelyohjeet.html.stx

Sipola-Kauppi, I. 2009. ”Apua, minäkö tein virheen?” Sairaanhoitajien kokemuksia lääkityspoikkeamista. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 18.7.2017.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80897/gradu03778.pdf>

Sjösten, A. 2017. Jussikodin lääkehoitosuunnitelman päivittäminen ja lääkehoidon arvioiminen. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 7.10.2017. https://theseus.fi/bitstream/handle/10024/131946/Sjos-ten_Anni.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sneck, S. 2016. Sairaanhoitajien lääkehoidon osaaminen ja osaamisen varmistami-
nen. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Viitattu 17.7.2017. <http://jultika.oulu.fi/fi-les/isbn9789526210667.pdf>

Sosiaalihuoltolaki. 2014. 30.12.2014/1301 muutoksineen. Viitattu 21.9.2017.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

Sulkakoski, M. & Hietanen, S. 2009. Riskitekijät ikääntyneiden lääkehoidossa: syste-
maattinen kirjallisuuskatsaus. AMK-opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Vii-
tattu 19.6.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200911175558>

Suokanto, J. & Lehtonen, K. 2017. Toiminnan ja organisaation kehittäminen. Rau-
man kaupungin henkilöstölehti 3, 5.

Tamminen, M. 2016. Potilasturvallisuuden parantaminen HaiPro-järjestelmän avulla-
kirjallisuuskatsaus. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu
23.10.2017. http://theseus.fi/bitstream/handle/10024/109725/Tamminen_Marianna.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Terveysturvallisuuslaki. 2014. L 1202/2013 muutoksineen. Viitattu 21.9.2017.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20131202>

Terveysportin www-sivut 2017. Viitattu 5.11.2017. <http://www.terveysportti.fi/lil-lukka.samk.fi/terveysportti/koti>

THL:n www-sivut. Turvallinen lääkehoito. 2016. Viitattu 12.7., 13.8. ja 12.9.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/turvallinen-laakehoito>

Toikkanen, U. 2017. Lääkehoidon vaaratapahtumien raportointijärjestelmissä kehittämisen varaa. Lääkärilehti 24.4.2017. Viitattu 8.10.2017. <http://www.laakari-lehti.fi/ajassa/ajankohtaista/laakehoidon-vaaratapahtumien-raportointijarjestelmissa-kehittamisen-varaa/>

Valviran www-sivut. 2017. Viitattu 27.6.2017. http://www.valvira.fi/terveyden-huolto/hyva-ammatinharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon_toteuttaminen

Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H-S & Torniainen, K. 2008. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy

Volmanen, P. & Alahuhta, S. 2015. Olemmeko potilasturvallisuuden edistämisen eturintamassa? Finnanest 4, 332–337. Viitattu 30.6.2017. http://www.finnanest.fi/files/volmanen_alahuhta_olemmeko_potilasturvallisuuden_edistamisen_eturintamassa.pdf

Ylämurto, A. & Rattul, K. 2012. Iäkkäiden lääkehoitoa ohjaavat lait ja säädökset: Kirjallisuuskatsaus. AMK-opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Viitattu 19.6.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012121419479>

RAUMAN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveysvirasto
Vs. sosiaali- ja terveysjohtaja

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA
4.10.2016

89/2016

Muut asiat
/0//0

Opinnäyte-/tutkimuslupahakemus

Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin:

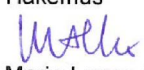
- tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä
- tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla
- tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimuksen piiriin tai otantaan kuulunutta henkilöä
- mahdollisesti tarvittaessa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessa.

Opinnäytetyö/tutkimus:
Lääkehoidon turvallisuus kotihoidossa

Lissu Heinilä, Vähäkinnontie 3 as 8, 26100 Rauma

Päätös Hyväksyn tutkimuslupa-anomuksen.

Liitteet Hakemus

Päätöksen allekirjoitus 
Marja-Leena Alho
Vs. sosiaali- ja terveysjohtaja

Pöytäkirja nähtävillä 12.10.2016

Tiedoksi Hakija, yhteyshenkilö

Tiedoksianto
asianosaiselle Tämä päätös on [x] lähetetty tiedoksi mainituille Tämä päätös on [] annettu tiedoksi mainituille Päiväys 6.10.2016

Tiedoksiantaja Terttu Grönvall

Otto-oikeus Päätös voidaan panna täytäntöön, ellei siihen käytetä kuntalain mukaista otto-oikeutta.

Oikaisuvaatimusviranomaisen
Sosiaali- ja terveystalokunta
PL 283
26101 Rauma

Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon viimeistään seitsemäntenä (7) päivänä päätöksen postituspäivän jälkeen. Kunnan jäsenen, joka ei ole asianosainen, katsotaan saaneen tiedon silloin, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Vaatimuksen voi toimittaa oikaisuvaatimusviranomaiselle postitse, henkilökohtaisesti tai lähtetä välityksellä. Toimitustavasta riippumatta vaatimuksen on oltava oikaisuvaatimusviranomaisella ennen aukioloajan päättymistä viimeistään neljäntenätoista (14) päivänä päätöksen tiedoksiantipäivästä mainittua päivää lukuunottamatta.

LIITE 2

Hyvä vastaaja

Olen raumalainen sairaanhoitajaopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyönä tutkimusta lääkehoidon turvallisuudesta kotihoidossa. Tutkimuksen tilaaja on Rauman kaupunki. Opinnäytetyötäni ohjaa lehtori Elina Lahtinen ja yhteyshenkilönä Rauman kaupungissa toimii kehittämispalvelujen suunnittelupäällikkö Kristiina Kuusio. Olen saanut asianmukaisen luvan opinnäytetyöhön sosiaali- ja terveysvirastolta.

Pyydän ystävällisesti Sinua vastaamaan seuraaviin kysymyksiin. Vastauksesi käsitellään nimettömänä ja ehdottoman luottamuksellisesti. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voit vastata työajallasi. Jokainen vastaus on tärkeä tutkimuksen onnistumisen kannalta ja olen kiitollinen vastauksistasi.

Vastaan mielelläni kysymyksiin, mikäli haluat lisätietoja tutkimuksesta.

Kiitän osallistumisestasi jo etukäteen.

Lissu Heinilä

Puh: xxx xxxxxxx

lissu.heinila@student.samk.fi

18.8.2017

E-lomake - Lääkehoidon turvallisuus kotihoidossa[kopio]

Lääkehoidon turvallisuus kotihoidossa[kopio]

Lomake on ajastettu: julkisuus alkaa 2.1.2017 9.00 ja päättyy 17.3.2017 16.00

Hyvä vastaaja

Olen raumalainen sairaanhoitajaopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyönä tutkimusta lääkehoidon turvallisuudesta kotihoidossa. Tutkimuksen tilaaja on Rauman kaupunki. Opinnäytetyötäni ohjaa lehtori Elina Lahtinen ja yhteyshenkilönä Rauman kaupungissa toimii kehittämisspalvelujen suunnittelupäällikkö Kristiina Kuusio. Olen saanut asianmukaisen luvan opinnäytetyöhön sosiaali- ja terveysvirastolta. Pyydän ystävällisesti Sinua vastaamaan seuraaviin kysymyksiin. Vastauksesi käsitellään nimettömänä ja ehdottoman luottamuksellisesti. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voit vastata työajallasi. Jokainen vastaus on tärkeä tutkimuksen onnistumisen kannalta ja olen kiitollinen vastauksistasi.

Vastaan mielelläni kysymyksiin, mikäli haluat lisätietoja tutkimuksesta.

Kiitän osallistumisestasi jo etukäteen.

Lissu Heinilä

04-

lissu.heinila@student.samk.fi

1. Taustatiedot

Ikä

- ☐ alle 20 v
☐ 21-30
☐ 31-40
☐ 41-50
☐ 51-60
☐ yli 60v

Koulutus (viimeisin)

- ☐ Sairaanhoidtaja
☐ Lähihoitaja/perushoitaja
☐ Kodinhoitaja
☐ jokin muu

Mikä?

Valmistumisvuosi

Työkokemukseni sosiaali- ja terveydenhuollossa (vuosina/ kk)?

Työkokemukseni nykyisessä toimipisteessä (vuosina/kk)?

Osallistun lääkehoitoon (suunnittelu, toteutus, arviointi)

- ☐ Päivittäin
☐ Viikoittain
☐ Kerran kahdessa viikossa
☐ En osallistu lainkaan
☐ Muu vaihtoehto

Mikä?

2. Lääkehoitosuunnitelma

Työyksikköni lääkehoitosuunnitelma sisältää

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Riskien tunnistamisen ja niihin varautumisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perehdyttämisen turvalliseen lääkehoitoon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjaon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohjeistuksen opiskelijan lääkehoidon toteuttamiseen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehuollon järjestämisen ohjeet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoidon toteuttamisen ohjeet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoidon vaaratapahtumissa toimimisen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaan/potilaan ja omaisten ohjauksen ja neuvonnan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dokumentoinnin ja tiedonkulun ohjeet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seuranta- ja palautejärjestelmän toteuttamisen ohjeet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoidon osaamisvaatimukset?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoidon osaamisen varmistamisen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18.8.2017

E-lomake - Lääkehoidon turvallisuus kotihoidossa[kopio]

Lääkehoidon osaamisen ylläpidon?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suunnitelman säännöllisen päivittämisen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suunnitelman muutosten varmistamisen ja tiedottamisen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Lääkehoidon osaaminen

Työyksikköni perehdytysuunnitelma sisältää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Minulla on lääkelupa?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Esimies seuraa lääkelupani voimassaoloa?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Työnantaja on varmistanut lääkehoidon osaamiseni?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Olen vastuussa oman lääkehoidon osaamiseni ylläpitämisestä?

Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Työnantajani mahdollistaa minulle säännöllisesti lääkehoidon täydennyskoulutuksen?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Työyksikköni esimies arvioi säännöllisesti, että lääkehoidon toteutus on turvallista?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Lääkehuolto

Työyksikköni lääkkeet säilytetään valmistajan ohjeiden mukaisesti ja niin, etteivät ulkopuoliset pääse niihin käsiksi?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Työyksikköni lääkkeiden säilytyksessä otetaan huomioon myös lääkkeisiin sisältyvät riskitilanteet?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Työyksikössäni on nimetty lääkevastaava?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Työyksikössäni on ohje, miten potilaiden lääkehoito turvataan esimerkiksi apteekin ollessa kiinni?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Työyksikössäni on ohje, miten ehkäistään pistostapaturmia ja miten menetellään sellaisen sattuessa?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Työyksikössäni on ohje lääkehoidon aseptisesta toteuttamisesta?

18.8.2017

E-lomake - Lääkehoidon turvallisuus kotihoidossa[kopio]

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lääkekaappien ja lääkehuoneen puhtaudesta ja järjestyksestä huolehditaan?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Työyksikössäni on yhtenäinen ohje, miten lääkkeiden, lääkepakkauksen ja lääkejätteiden hävittäminen tapahtuu?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Lääkehoito

Työyksikössäni on käytössä lääkkeiden kaksoistarkistus?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Työyksikössäni on ohje, miten kirjataan asiakkaan lääkehoito (suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi)?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tarkistan aina asiakkaan dosetteihin tai annosjakelupusseihin jaettujen lääkkeiden lisäksi, onko potilaalla erikseen jaettavia, esimerkiksi kuuriluentoja lääkkeitä?

Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tarkistan aina lääkettä antaessani, että olen antamassa asiakkaalle oikean, juuri hänelle tarkoitetun lääkkeen?

Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tarkistan aina antaessani lääkettä asiakkaalle, että annan oikean annoksen lääkettä hänelle?

Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tarkistan aina lääkettä antaessani, että lääkkeen antoaika on oikea?

Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tarkistan lääkkeen oikean antoreitin aina antaessani lääkettä asiakkaalle?

Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kirjaan aina asiakkaan potilasasiakirjoihin, että olen antanut lääkettä/lääkkeitä?

Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Huolehdin aina asiakasta lähettäessäni toiseen hoitopaikkaan, että lääkehoitotiedot ovat ajan tasalla ja kulkevat varmasti hänen mukanaan?

Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seuraan aktiivisesti asiakkaan lääkehoidon vaikutuksia hänen voinnissaan?

Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seuraan aktiivisesti asiakkaan lääkehoidon vaikutuksia esimerkiksi verenpaineen mittauksella ja painonseurannalla?

Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kysyn aktiivisesti asiakkaalta hänen kokemistaan vaikutuksista, haitoista ja lääkehoidon onnistumisesta?

<https://elomake.samk.fi/lomakkeet/6375/lomake.html?esikatselu=true>

18.8.2017

E-lomake - Lääkehoidon turvallisuus kotihoidossa[kopio]

Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kirjaan aina lääkehoidon vaikutuksista tekemäni havainnot potilasasiakirjoihin?

Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tunnistan anafylaktisen reaktion oireet?

Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Osaan toimia anafylaktisen reaktion tilanteessa?

Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Lääkkeen määrääminen

Lääkehoito on toteutettu yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Asiakkaalle annetaan tiedot lääkkeen käyttötarkoituksesta ja ohjeet sen käytöstä?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Suuren riskin lääkkeiden kohdalla noudatetaan erityistä huolellisuutta ja varovaisuutta?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lääkettä määrätessä on huomioitu lääkehoidon toteutettavuus?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Määräyksen vastaanottaja toistaa suullisesti annetun määräyksen sisällön ja määräyksen antaja vahvistaa toiston oikeellisuuden (kuitaus)?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lääkkeen määrääjä varmistaa, että määräyksen vastaanottaja on ymmärtänyt määräyksen oikein?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Korjaan/päivitän aina asiakkaalle määrätyn uuden lääkkeen potilastietoihin toimintayksikön ohjeiden mukaisesti?

Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Työyksikössäni on yhtenäinen ohje lääkemääräysten seurantaa varten?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Työyksikössäni on lomake/ohjelma lääkemääräysten poikkeamien ilmoituksia varten?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Lääkkeet

Tunnistan lääkityshaittoille erityisen alttiit asiakkaat?

Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18.8.2017

E-lomake - Lääkehoidon turvallisuus kotihoidossa[kopio]

Osaan toimia, jos lääkitysvirhe tapahtuu?		
Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tunnistan työyksikköni asiakkailla olevat riskilääkkeet?		
Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Osaan kertoa, mitä tarkoittaa lääkkeen terapeuttinen leveys?		
Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puutun välittömästi havaitsemaani lääkkeiden väärinkäyttöön?		
Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Asiakkaan/potilaan ja omaisten neuvonta

Annan työyksikössäni asiakkaalle tai hänen omaiselleen lääkeneuvontaa?		
Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Käytän aina luotettavia tiedon lähteitä lääkehoidossa?		
Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Osaan kertoa asiakkaalle, mitä lääkkeitä, mihin tarkoitukseen ja millä annoksilla hän lääkettä käyttää?		
Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Olen ohjannut asiakasta itsehoitolääkkeistä tai muista valmisteista, jotka saattavat vaikuttaa reseptilääkehoidon onnistumiseen?		
Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Olen neuvonut työyksikössäni asiakasta Kanta- palvelun käytössä?		
Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Lääkehoidon vaaratapahtumat

Osaan toimia havaitessani lääkahoitoon liittyvän vaaratapahtuman?		
Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Raportoin aina asiakkaalle tapahtuneen lääkahoitoon liittyvän vaaratapahtuman?		
Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Osaan neuvoa tarvittaessa asiakasta hänen oikeuksiinsa liittyvissä asioissa lääkehoidon vahinkotilanteissa?		
Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tiedossani on työyksikköni potilasasiamiehen yhteystiedot?		
Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Informoin aina myös asiakkaan omaista lääkahoitoon liittyvästä vaaratapahtumasta?		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LIITE 3

18.8.2017

E-lomake - Lääkehoidon turvallisuus kotihoidossa[kopio]

Kyllä	En	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Työyksikössäni läpikäydään säännöllisesti lääkehoidon vaaratapahtumat?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tietojen lähetyks

Tallenna Esitäyttö URL

Kiitos vastauksistasi!

Järjestelmänä Eduix E-lomake 3.1. www.e-lomake.fi

LIITE 4

ALKUPERÄISET FREKVENSSIT

	1. Taustatiedot (N=34)		(n=)
1.	Ikä	15–20 vuotias	0
		21–30 vuotias	10
		31–40 vuotias	4
		41–50 vuotias	11
		51–60 vuotias	9
		61–70 vuotias	0

	1. Taustatiedot (N=34)		(n=)
2.	Koulutus	sairaanhoitaja	10
		lähihoitaja	22
		Kodinhoitaja/ sos. alan tutkinto	2
		jokin muu	0

	1. Taustatiedot (N=34)		(n=)
3.	Valmistumisvuosi	– 1990	2
		1991–1995	7
		1996–2000	2
		2001–2005	8
		2006–2010	3
		2011–2017	12

	1. Taustatiedot (N=34)	vuotta	(n=)
4.	Työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollossa	– 2	6
		3-5	3
		6-10	8
		11–15	8
		16–20	4
		21–30	5

LIITE 4

	1. Taustatiedot (N=34)	vuotta	(n=)
5.	Työkokemus nykyisessä toimipisteessä	-2	9
		3-5	7
		6-10	8
		11-15	7
		16-20	0
		21-30	3

	1. Taustatiedot (N=34)		(n=)
6.	Osallistun lääkehoitoon	päivittäin	33
		viikoittain	1
		kerran viikossa	0
		en osallistu lainkaan	0
		muu vaihtoehto	0

	2. Lääkehoitosuunnitelma	kyllä (n=)	ei (n=)	en osaa sanoa (n=)
	Työyksikköni lääkehoitosuunnitelma pitää sisällään			
1.	Riskien tunnistamisen ja niihin varautumisen (N=34)	28	0	6
2.	Perehdyttämisen turvalliseen lääkehoitoon (N=34)	29	2	3
3.	Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjaon (N=34)	32	0	2
4.	Ohjeistuksen opiskelijan lääkehoidon toteuttamiseen (N=34)	20	0	14
5.	Lääkehuollon järjestämisen ohjeet (N=34)	27	2	5
6.	Lääkehoidon toteuttamisen ohjeet (N=34)	31	0	3
7.	Lääkehoidon vaaratapahtumissa toimimisen (N=34)	28	0	6
8.	Asiakkaan/potilaan ja omaisten ohjauksen ja neuvonnan? (N=34)	25	0	9
9.	Dokumentoinnin ja tiedonkulun ohjeet (N=34)	30	1	3
10.	Seuranta- ja palautejärjestelmän toteuttamisen ohjeet (N=34)	20	0	14

LIITE 4

11.	Lääkehoidon osaamisvaatimukset (N=34)	31	0	3
12.	Lääkehoidon osaamisen varmistamisen (N=34)	29	0	5
13.	Lääkehoidon osaamisen ylläpidon (N=34)	28	2	4
14.	Lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin (N=34)	21	0	13
15.	Suunnitelman säännöllisen päivittämisen (N=34)	24	0	10
16.	Suunnitelman muutosten varmistamisen ja tiedottamisen (N=34)	25	0	9

	3. Lääkehoidon osaamisen varmistaminen	kyllä (n=)	ei (n=)	en osaa sanoa (n=)
1.	Työyksikköni perehdytysuunnitelma sisältää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet (N=34)	26	0	8
2.	Minulla on lääkelupa (N=34)	31	1	2
3.	Esimies seuraa lääkelupani voimassaoloa (N=34)	22	2	10
4.	Työnantaja on varmistanut lääkehoidon osaamisen (N=34)	31	3	0
5.	Olen vastuussa oman lääkehoidon osaamiseni ylläpitämisestä (N=34)	33	0	1
6.	Työnantajani mahdollistaa minulle säännöllisesti lääkehoidon täydennyskoulutuksen (N=34)	23	5	6
7.	Työyksikköni esimies arvioi säännöllisesti, että lääkehoidon toteutus on turvallista (N=34)	16	7	11

	4. Lääkehuolto	kyllä (n=)	ei (n=)	en osaa sanoa (n=)
1.	Työyksikköni lääkkeet säilytetään valmistajan ohjeiden mukaisesti ja niin, etteivät ulkopuoliset pääse niihin käsiksi (N=34)	32	2	0

LIITE 4

2.	Työyksikköni lääkkeiden säilytyksessä otetaan huomioon myös lääkkeisiin sisältyvät riskitilanteet (N=34)	30	2	2
3.	Työyksikössäni on nimetty lääkevastaava (N=34)	24	3	7
4.	Työyksikössäni on ohje, miten potilaiden lääkehoito turvataan esimerkiksi apteekin ollessa kiinni (N=34)	7	11	16
5.	Työyksikössäni on ohje, miten ehkäistään pistostapaturmia ja miten menetellään sellaisen sattuesssa (N=34)	33	0	1
6.	Työyksikössäni on ohje lääkehoidon aseptisestä toteutamisesta (N=34)	28	2	4
7.	Lääkekaappien ja lääkehuoneen puhtaudesta ja järjestyksestä huolehditaan (N=34)	31	2	1
8.	Työyksikössäni on yhtenäinen ohje, miten lääkkeiden, lääkepakkausten ja lääkejätteiden hävittäminen tapahtuu (N=34)	28	3	3

	5. Lääkehoito	kyllä (n=)	ei (n=)	en osaa sanoa (n=)
1.	Työyksikössäni on käytössä lääkkeiden kaksoistarkistus (N=34)	18	7	9
2.	Työyksikössäni on ohje, miten kirjataan asiakkaan lääkehoito (suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi) (N=34)	26	1	7
3.	Tarkistan aina asiakkaan dosetteihin tai annosjakelupusseihin jaettujen lääkkeiden lisäksi, onko potilaalla erikseen jaettavia, esimerkiksi kuuriluontoisia lääkkeitä (N=34)	33	0	1
4.	Tarkistan aina lääkettä antaessani, että olen antamassa asiakkaalle oikean, juuri hänelle tarkoitetun lääkkeen (N=34)	34	0	0

LIITE 4

5.	Tarkistan aina antaessani lääkettä asiakkaalle, että annan oikean annoksen lääkettä hänelle (N=34)	32	2	0
6.	Tarkistan aina lääkettä antaessani, että lääkkeen antoaika on oikea (N=34)	34	0	0
7.	Tarkistan lääkkeen oikean antoreitin aina antaessani lääkettä asiakkaalle (N=34)	33	0	1
8.	Kirjaan aina asiakkaan potilasasiakirjoihin, että olen antanut lääkettä/lääkkeitä (N=34)	27	7	0
9.	Huolehdin aina asiakasta lähettäessäni toiseen hoitopaikkaan, että lääkehoitotiedot ovat ajan tasalla ja kulkevat varmasti hänen mukanaan (N=34)	26	4	4
10.	Seuraan aktiivisesti asiakkaan lääkehoidon vaikutuksia hänen voinnissaan (N=34)	27	5	2
11.	Seuraan aktiivisesti asiakkaan lääkehoidon vaikutuksia esimerkiksi verenpaineen mittauksella ja painonseurannalla (N=34)	32	2	0
12.	Kysyn aktiivisesti asiakkaalta hänen kokemistaan vaikutuksista, haitoista ja lääkehoidon onnistumisesta (N=34)	27	5	2
13.	Kirjaan aina lääkehoidon vaikutuksista tekemäni havainnot potilasasiakirjoihin (N=34)	33	0	1
14.	Tunnistan anafylaktisen reaktion oireet (N=34)	33	0	1
15.	Osaan toimia anafylaktisen reaktion tilanteessa (N=34)	29	0	5

	6. Lääkkeen määrääminen	kyllä (n=)	ei (n=)	en osaa sanoa (n=)
1.	Lääkehoito on toteutettu yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa (N=34)	25	2	7
2.	Asiakkaalle annetaan tiedot lääkkeen käyttötarkoituksesta ja ohjeet sen käytöstä (N=34)	28	1	5

LIITE 4

3.	Suuren riskin lääkkeiden kohdalla noudatetaan erityistä huolellisuutta ja varovaisuutta (N=34)	33	0	1
4.	Lääkettä määrätessä on huomioitu lääkehoidon toteutettavuus (N=34)	20	2	12
5.	Määräyksen vastaanottaja toistaa suullisesti annetun määräyksen sisällön ja määräyksen antaja vahvistaa toiston oikeellisuuden (kuittaus) (N=34)	4	7	23
6.	Lääkkeen määrääjä varmistaa, että määräyksen vastaanottaja on ymmärtänyt määräyksen oikein (N=34)	9	7	18
7.	Korjaan/päivitän aina asiakkaalle määrätyn uuden lääkkeen potilastietoihin toimintayksikön ohjeiden mukaisesti (N=34)	22	8	4
8.	Työyksikössäni on yhtenäinen ohje lääkemääräysten seurantaan varten (N=34)	13	4	17
9.	Työyksikössäni on lomake/ohjelma lääkemääräysten poikkeamien ilmoituksia varten (N=34)	15	3	16

	7. Lääkkeet	kyllä (n=)	en (n=)	en osaa sanoa (n=)
1.	Tunnistan lääkityshaittoille erityisen alttiit asiakkaat (N=34)	23	4	7
2.	Osaan toimia, jos lääkitysvirhe tapahtuu (N=34)	33	0	1
3.	Tunnistan työyksikköni asiakkailla olevat riskilääkkeet (N=34)	28	3	3
4.	Osaan kertoa, mitä tarkoittaa lääkkeen terapeuttinen leveys (N=34)	20	6	8
5.	Puutun välittömästi havaitsemaani lääkkeiden väärinkäyttöön (N=34)	33	1	0

LIITE 4

	8. Asiakkaan/potilaan ja omaisen neuvonta	kyllä (n=)	en (n=)	en osaa sanoa (n=)
1.	Annan työyksikössäni asiakkaalle tai hänen omaiselleen lääkeneuvontaa (N=34)	29	4	1
2.	Käytän aina luotettavia tiedon lähteitä lääkeohjauksessa (N=34)	34	0	0
3.	Osaan kertoa asiakkaalle, mitä lääkkeitä, mihin tarkoitukseen ja millä annoksilla hän lääkettä käyttää (N=34)	31	0	3
4.	Olen ohjannut asiakasta itsehoitolääkkeistä tai muista valmisteista, jotka saattavat vaikuttaa reseptilääkehoidon onnistumiseen (N=34)	27	1	6
5.	Olen neuvonut työyksikössäni asiakasta Kanta-palvelun käytössä (N=34)	12	20	2

	9. Lääkehoidon vaaratapahtumat	kyllä (n=)	en (n=)	en osaa sanoa (n=)
1.	Osaan toimia havaitessani lääkehoitoon liittyvän vaaratapahtuman (N=34)	33	0	1
2.	Raportoin aina asiakkaalle tapahtuneen lääkehoitoon liittyvän vaaratapahtuman (N=34)	30	3	1
3.	Osaan neuvoa tarvittaessa asiakasta hänen oikeuksiinsa liittyvissä asioissa lääkehoidon vahinkotilanteissa (N=34)	21	4	9
4.	Tiedossani on työyksikköni potilasasiamiehen yhteystiedot (N=34)	11	13	10
5.	Informoin aina myös asiakkaan omaista lääkehoitoon liittyvästä vaaratapahtumasta (N=34)	24	7	3
6.	Työyksikössäni läpikäydään säännöllisesti lääkehoidon vaaratapahtumat (N=34)	31	2	1