



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Turvallinen lääkehoito kotihoidossa

Henkilökunnan ja asiakkaiden kokemuksia lääkähoidosta

Espoon kaupungin kotihoidossa

Kelo, Sarla

Kurikka, Suvi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Turvallinen lääkehoito kotihoidossa

Henkilökunnan ja asiakkaiden kokemuksia lääkehoidosta
Espoon kaupungin kotihoidossa

Sarla Kelo
Suvi Kurikka
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2012

Sarla Kelo ja Suvi Kurikka

Opinnäytetyön nimi

Vuosi 2012 Sivumäärä 48

Opinnäytetyö käsittelee turvallisen lääkehoidon kehittämistä Espoon kaupungin kotihoidossa Matinkylässä. Opinnäytetyön tavoitteena oli parantaa lääkehoidon turvallisuutta ja sujuvuutta kotihoidossa ja tarkoituksena kehittää lääkehoidon toimintamalleja yhteistyössä kotihoidon henkilökunnan kanssa. Opinnäytetyössä tarkastellaan erityisesti yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoa, sekä henkilökunnan kokemuksia lääkehoidon sujuvuudesta. Työ toteutettiin osana Espoon Suurpellon aluetta kehittävää Koului-hanketta.

Opinnäytetyössä etsitään lääkehoidon turvallisuutta uhkaavia riskitekijöitä kyselytutkimuksen avulla. Vastajiksi pyydettiin yhteistyötiimin kaikki yli 75-vuotiaat asiakkaat (n=35) sekä tiimin henkilökunta (n=6). Molemmille vastaajaryhmille tehtiin omat kyselylomakkeensa huomioiden iäkkäiden vastaajien erityistarpeet. Asiakkaiden kyselylomake oli luonteeltaan kvantitatiivinen, kun taas henkilökunnan lomakkeeseen laadittiin kvalitatiivisia kysymyksiä.

Täytettyjä kyselylomakkeita palautui asiakkailta 20 ja hoitajilta viisi. Asiakkaiden vastausten perusteella lääkehoidosta ei tullut esille erityisiä riskitekijöitä. Suurin osa asiakkaista koki kotihoidon toteuttaman lääkehoidon olleen virheetöntä, ja lähes kaikki vastaajat olivat saaneet lääkehoidon ohjausta kotihoidon henkilökunnalta. Henkilökunnan vastausten perusteella taas lääkehoidon turvallisuutta ja sujuvuutta riskeeraavat eniten jatkuva kiire, huono tiedonkulkua erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä, lääkehoitoa koskevan kirjaamisen puutteellisuus, yhteistyö apteekin kanssa sekä asiakkaiden lääkelistojen epäajantasaisuus. Hoitajat kuitenkin kokivat hallitsevansa lääkehoidon työtehtävänsä pääpiirteissään hyvin.

Kyselyn tulokset esiteltiin kotihoidon henkilökunnalle yhteisesti järjestetyssä kehittämiskokouksessa. Kokouksessa keskityttiin tarkastelemaan erityisesti sellaisia asioita, joihin kotihoidon henkilökunta voi päivittäisessä työssään vaikuttaa. Esimerkiksi lääkehoidon kirjaamista ja asiakkaiden lääkelistojen säännöllistä päivittämistä voi tehostaa ilman, että työhön tarvitsee tehdä suuria muutoksia. Sen sijaan esimerkiksi erikoissairaanhoidon tai apteekin toimintaan on yksittäisen työntekijän vaikeampi vaikuttaa. Hoitajat toivat kehittämiskokouksessa esille erityisesti kiireen vaikutuksen työhön ja lääkehoidon toteutukseen. Ajanpuutteen koettiin vähentävän myös työn kehittämisen mahdollisuuksia, kun uusien ideoiden käyttöönottoon ja toimintamallien vakinaistamiseen on vaikeaa löytää muiden työtehtävien ohessa aikaa.

Asiasanat: kotihoito, lääkehoito, lääkehoidon turvallisuus, ikääntyneet

Sarla Kelo ja Suvi Kurikka

Safe medication in home care

Year	2012	Pages	48
------	------	-------	----

This thesis deals with the development of safe medication for the City of Espoo in home care in the Matinkylä region. The objective of this thesis was to increase the safety and ease of medication in home care and also to improve the methods of medication in co-operations with the staff working in home care in Matinkylä. This thesis will focus on the medical treatment for people over 75 years old and in need of home care, and also on the experiences of the home care staff regarding the ease of medication. This thesis was carried out as a part of a project called "KOULII" which is intended for the development of the fairly new and growing region in Espoo called Suurpelto.

To have an understanding of the current situation at the beginning of this thesis, a survey was carried out to reveal the risk factors that were threatening the safety of medication. The respondents were both the clients over 75 years old (n=35) and the staff members (n=6) from the co-operation team in Matinkylä. Both groups of respondents had their own questionnaires and the special needs of the elderly respondents' were considered. The client questionnaire was more quantitative by nature whereas the staff questionnaire was more qualitative. The number of filled out forms was 20 from the clients and 5 from the staff. Based on the answers from the clients there were not any significant risk factors which could be considered a threat to the medication. Most of the clients had experienced the medication provided by home care to be faultless. The staff's answers however showed that the most concerning threat to the safety and ease of medication is caused by the continuous rush, poor flow of information between the specialized medical care and home care, the lack of documentation of the medication, the co-operation with the pharmacy and finally the drug lists which are not up to date. The staff however felt that they are in good control of the overall tasks related to medication.

The results were presented to the home care staff in a co-arranged development meeting. The main focus at the meeting was to examine specific issues which the home care staff can have an impact on in their daily routines at work. For example, increasing the documentation of the client medication and updating the drug lists regularly for the clients are ways to improve the effectiveness of the daily tasks, without making any major changes to the daily routines. The other issues like the problems with the specialized medical care or the collaboration with the pharmacy, are very difficult to influence based on the results of this thesis. At the development meeting the staff discussed especially what impact the constant rush has on the normal work and the overall medication. The lack of time was also considered to be an issue which diminishes the possibilities to improve the daily routines and tasks. It is considered difficult to try and implement new ideas and regularize new procedures when there is no additional time in connection with the daily tasks.

Keywords: home care, medication, medication safety, the elderly

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Kotihoito Suomessa	7
	2.1 Katsaus kotihoidon historiaan.....	7
	2.2 Kotihoito Espoossa	9
3	Lääkehoito.....	10
	3.1 Lääkehoitoon vaikuttavat lait ja asetukset.....	11
	3.2 Lääkehoidon turvallisuus.....	12
	3.3 Työntekijän vastuu lääkehoidossa.....	13
	3.4 Lääkehoidon kirjaaminen	13
	3.5 Lääkehoidon erityispiirteet ikääntyneillä.....	14
	3.5.1 Vanhenemisen vaikutus lääkehoitoon	15
	3.5.2 Lääkehoidon ongelmien taustatekijöitä	16
	3.5.3 Haitta- ja sivuvaikutukset	17
	3.5.4 Tabletti- ja kapselivalmisteiden käyttö	17
	3.6 Lääkehoito kotihoidossa	18
	3.7 Turvallisen lääkehoidon työkäytäntöjä kotihoidossa	19
4	Lääkehoitosuunnitelma	20
	4.1 Espoon sosiaali- ja terveystoimen lääkehoitosuunnitelma.....	21
	4.2 Lääkehoidon ongelmia ja riskitekijöitä Espoossa	22
5	Opinnäytetyön toteutus.....	22
	5.1 Tutkimusaiheen valinta	22
	5.2 Tutkimusmenetelmän valinta	23
	5.3 Tutkimushenkilöiden valinta ja kuvaus.....	24
6	Kyselytutkimuksen tulokset	25
	6.1 Asiakkaiden vastaukset.....	25
	6.2 Henkilökunnan vastaukset	28
7	Pohdinta	31
	7.1 Kyselytutkimuksen yhteenveto	31
	7.1.1 Asiakkaiden vastaukset.....	31
	7.1.2 Henkilökunnan vastaukset	32
	7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	32
	7.3 Kehittämiskokous kotihoidossa	34
	7.4 Jatkotutkimusaiheet.....	35
	Lähteet	36

1 Johdanto

Vanhuuden alkamisikä on yksilöllinen ja vaikeasti määriteltävissä, mutta useimmissa tutkimuksissa on päädytty määrittelemään vanhuksiksi tai ikääntyneiksi noin 75-vuotiaiksi tai tätä vanhemmiksi (Niemelä 2007, 169). Myös useat Maailman terveysjärjestön (WHO) ja Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ikääntyneitä koskevat tilastot tarkastelevat yli 75-vuotiaiden ikäryhmää. Näin myös opinnäytetyössä on päätetty rajata vanhus- ja ikääntynyt -käsitteet koskemaan 75 vuotta täyttäneitä.

Marraskuun 2010 lopussa Suomen 75 vuotta täyttäneestä väestöstä 11,9 prosenttia oli säännöllisen kotihoidon asiakkaana. Kotihoitoasiakkaiden keski-ikä samana vuonna oli 78,9 vuotta. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011 1, 2.) Keski-ikästä voimme päätellä, että kotihoidon suurimman asiakasryhmän muodostavat ikääntyneet ihmiset. Tämän vuoksi opinnäytetyössä keskitytään tarkastelemaan erityisesti ikääntyneen ihmisen lääkehoitoon liittyviä riskitekijöitä ja opinnäytetyöhön kuuluva kyselytutkimus on suunnattu 75 vuotta täyttäneille ja tätä vanhemmille kotihoidon asiakkaille.

Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa lääkehoidon turvallisuutta ja sujuvuutta Espoon kaupungin kotihoidossa Matinkylässä. Tarkoituksena on kehittää lääkehoidon toimintamalleja yhteistyössä kotihoidon kanssa. Kyselytutkimuksen avulla etsitään suurimmat lääkehoidon turvallisuutta uhkaavat riskitekijät ja kehitetään kotihoidon tarpeita vastaavia toimivia ratkaisumalleja turvallisuuden parantamiseksi. Opinnäytetyön tuloksia voidaan mahdollisesti hyödyntää myöhemmin muissa opinnäytetöissä ja tehtyä kehittämistyötä käyttää pohjana muiden Espoon kaupungin kotihoidon tiimien lääkehoidon turvallisuuden parantamisessa.

Molemmat opinnäytetyön tekijät ovat työskennelleet useampana kesänä Espoon kaupungin kotihoidossa lähi- ja sairaanhoitajan sijaisuuksissa. Työssä saatu kokemus herätti mielenkiinnon kehittää lääkehoidon toimintamalleja sekä edistää lääkehoidon turvallisuutta ja yhtenäisyyttä. Näin täsmentyi opinnäytetyön aihe, turvallisen lääkehoidon kehittäminen kotihoidossa. Opinnäytetyö on toteutettu osana Suurpellon alueen palveluja kehittävää Kouluii -hanketta, joka on Espoon seudun koulutusyhtymä Omnian ja Laurea-ammattikorkeakoulun yhteisprojekti. Hankkeen tavoitteena on innovoida palveluja uudelle Suurpellon asuinalueelle Espooseen. (KOULUII Koulutuksen innovaatio & integraatio -hanke 2011.) Suurpellossa ei ainakaan vielä opinnäytetyön tekovaiheessa toiminut omaa kotihoidon yksikköä, joten Matinkylän kotihoito lupautui toimimaan yhteistyökumppanina opinnäytetyön toteutuksessa.

2 Kotihoito Suomessa

Suomessa kotihoito on kunnan sosiaali- ja terveyshuollon järjestämää palvelua. Marraskuun 2010 lopussa Suomen 75 vuotta täyttäneestä väestöstä 11,9 prosenttia oli säännöllisen kotihoidon asiakkaina. Kotihoitoasiakkaiden keski-ikä samana vuonna oli 78,9 vuotta. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2011 1, 2.) Kotihoidossa potilaan saama hoito perustuu yksilöllisesti laadittuun hoito- ja palvelusuunnitelmaan, jonka toteutumista seurataan ja jota muokataan palvelutarpeen muuttuessa (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2011).

Kotihoidossa asiakkaan koti toimii yksityisen kodin ohella myös hoitoympäristönä. Tämä vaatii työntekijältä taitoa kunnioittaa asiakkaan yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta sekä herkkyyttä huomioida myös muut kodissa mahdollisesti asuvat henkilöt. Toisaalta hoitajalla on hyvä mahdollisuus tunnistaa kotioiloissa asiakkaan elinympäristöön ja elämäntapaan liittyvät riskitekijät. (Hägg, Ivanoff-Lahtela, Rantio, Suikki & Vuori 2007, 22; Larmi, Tokola, Vätkkiö 2005, 15). Vuoden 1926 terveyskursseissa on muistettu kodin arvostamisesta seuraavin sanoin, jotka vielä tänä päivänäkin pitävät hyvin paikkansa:

”Muista että jokainen koti on rauhoitettu pyhäkkö. Arvostelijana ja muukalaisena sinulla ei ole minkäänlaista oikeutta astua sen kynnyksen yli. Kun tulet, on sinun saavuttava ystävänä, auttajana, täynnä rakkautta ja ymmärrystä.”
(Siivola 1985, 44)

Kliinisten taitojen soveltaminen kotioiloissa vaatii työntekijältä luovuutta ja itsenäistä päätöksentekoa (Hägg ym. 2007,22). Työtä tehdään asiakkaan luona useimmiten yksin, mikä toisaalta voi olla turvallisuusriski, mutta toisaalta taas lisää työn itsenäisyyttä. Kotihoidon työympäristössä myös ergonomiset tekijät ja erilaiset kemialliset, fysikaaliset tai biologiset altisteet, kuten esimerkiksi asiakkaan tupakointi, ovat työhyvinvointia vaarantavia tekijöitä (Larmi ym. 2005, 16).

2.1 Katsaus kotihoidon historiaan

Suomessa ensimmäiset kotisairaanhoidotyötä tekevät koulutetut hoitajat aloittivat työnsä maaseudulla 1880-luvulla. Yhteiskunnalliset olot olivat heikot, ja hoitajia tarvittiin työskentelemään piirilääkäreiden avustajina etenkin kulkutautien ehkäisyn parissa. 1900-luvun alussa taistelu tuberkuloosia vastaan loi kodeissa kiertävien tuberkuloosihoidotarten ammattiryhmän. Parikymmentä vuotta myöhemmin todettiin, että kodeissa tehtävän hoitotyön pohjana tulisi olla laaja-alaisempi sairaanhoitajan pätevyyteen pohjaava terveystieteiden koulutus, jotta

yksi henkilö voisi huolehtia useammista hoitotyön osa-alueista. Terveysisarten työn merkitystä kansanterveyden edistämässä ja sairauksien ehkäisyssä korostettiin jo tällöin. (Siivola 1985, 20, 24, 34 - 37.)

Vuonna 1944 tuli voimaan laki kunnallisista terveystoimista, jonka mukaan jokaisessa kunnassa tuli olla terveystoimisto huolehtimassa moninaisista ennaltaehkäisevän terveydenhuollon osa-alueista. Lakia laadittaessa keskusteltiin myös kotisairaanhoidon tarpeesta ja todettiin, että terveystoimiston tuli edelleen toimia myös kotien sairaanhoidon valvojana ja auttajana sekä yhdessä kodin ja lääkärin välillä. (Siivola 1985, 89, 90.) Kotisairaanhoidon ohella kehitettiin myös vähävaraisille ja monilapsisille perheille tarkoitettua kotiapua, jota 1950-luvulta lähtien saattoivat saada myös vanhukset. Vuonna 1966 astui voimaan laki kunnallisesta kotihoitoavusta, jonka jälkeen vähävaraisuus ei ollut enää avunsaannin edellytys. (Hägg ym. 2007, 8,9.)

1970-luvulta lähtien terveydenhuollon painopistettä siirrettiin voimakkaasti laitoshoidosta avohoitoon, mikä luonnollisesti kasvatti kotisairaanhoidon merkitystä ensisijaisena hoitomuotona (Hägg ym. 2007, 9). Vuoden 1972 kansanterveyslaki oli suuri terveystoiminnan uudistus, jonka myötä maahamme on kehittynyt laaja-alainen kuntien vastuulla toimiva terveydenhuollon peruspalvelujärjestelmä (Siivola 1985, 214). Tämän jälkeen kunnan velvollisuus järjestää asukkailleen kotisairaanhoidon on perustunut kansanterveyslakiin (66/1972 14 § ja 17 §). Kunnallinen kotipalvelu taas perustuu sosiaalihuoltoasetuksen 607/1983 9 §:ään.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa kehitettiin pitkään erillisinä osa-alueina omine lainsäädäntöineen, vaikka palvelujen saajat olivatkin usein samoja. Näin oli myös kotiin tarjottavien palveluiden kohdalla. Kotipalvelu kuului sosiaalihuollon ja kotisairaala terveydenhuollon alaisuuteen, mikä monissa kunnissa koettiin kokonaisuuden kannalta hankalaksi. Niinpä 1990-luvun alussa aloitettiin valtakunnallinen kehittämiskokeilu, jossa hankkeeseen osallistuneiden kuntien kotipalvelu ja kotisairaanhoidon yhdistettiin yhdeksi kokonaisuudeksi, kotihoidoksi. Yhdistämisestä saatiin positiivisia kokemuksia joissakin kunnissa, mutta toisaalta eri ammattiryhmien näkemykset olivat osin riitaisia. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä oli pitkään koulutettu erillään, joten yhteinen kieli ja yhteiset tavoitteet tuntuivat puuttuvan. (Hägg ym. 2007, 10.)

Tällä hetkellä Suomessa useimmat kunnat ovat yhdistäneet sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja kansanterveyslakiin perustuvan kotisairaanhoidon yhteiseksi kotihoidoksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Yhdistämisellä on pyritty lisäämään asiakaslähtöisyyttä saumattomien palveluketjujen ja tehokkaan tiedonkulun avulla (Pietikäinen 2004, 5). Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden toimiessa yhdessä on voitu hyödyntää jokaisen työntekijän asiantuntemusta optimaalisesti sekä varmistaa asiakkaan yksilöllisten tavoitteiden yhteneväi-

syys. Myös asiakkaan kotona käyvien työntekijöiden määrää on voitu vähentää, kun käyntejä eivät tee erikseen sosiaalihuollon kodinhoitajat ja terveydenhuollon lähi- ja sairaanhoitajat. Tätä kehitystä on tosin jarruttanut palveluiden ulkoistamisen lisääntyminen. (Hägg ym. 2007, 19.)

2.2 Kotihoito Espoossa

Espoon kaupungin kotihoidon tavoitteena on, että asiakkaat saavat kotihoidon palveluja oikeudenmukaisesti ja tasavertaisesti. Palvelut perustuvat kotihoidon työntekijöiden yhdessä asiakkaan ja/tai hänen omaisensa kanssa laatimaan kattavaan toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointiin. Asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, jonka toteutuksesta huolehtii nimetty vastuuhoidtaja. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellään palvelujen laajuus, kes- to, tavoitteet ja osapuolten vastuut. (Espoon kaupunki 2008, 1, 4.)

Espoossa kotihoidon palvelut kuntalaisille tuotetaan kaupungin omana toimintana, ostopalve- luna yrityksiltä ja palvelusetelillä (Espoon sosiaali- ja terveystoimi 2010, 6). Kotihoidon palve- luihin hakeudutaan ottamalla yhteyttä oman asuinalueen kotihoidon yksikköön (Espoon kau- punki 2006). Kotihoito on maksullista palvelua ja asiakkaan maksama summa määräytyy pal- velun laadun, määrän, palvelun käyttäjän maksukyvyn ja perheen koon mukaan (Espoon kau- punki 2010). Kotihoidon asiakkaiden saamia palveluita ovat kotipalvelu, kotisairaanhoito ja kotihoidon tukipalvelut (Espoon sosiaali- ja terveystoimi 2010, 6). Tukipalveluita ovat esimer- kiksi päivätoiminta, ateriapalvelu ja kauppapalvelu (Espoon kaupunki 2008,1).

Kotihoidon tavoitteena on edistää asiakkaiden terveyttä ja toimintakykyä sekä elinympäristön toimivuutta niin, että he voivat elää täyttä elämää omassa kodissaan mahdollisimman pitkään oman tukiverkoston ja kuntouttavan kotihoidon keinoin. Kotihoidon palveluita on mahdolli- suus saada lyhyt- tai pitkäaikaisen avun tarpeeseen vuorokauden kaikkina aikoina. Espoossa vuonna 2010 säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli noin 4240 ja hoitohenkilökuntaa 365. Hen- kilökunnasta 70 oli sairaanhoitajia. (Espoon sosiaali- ja terveystoimi 2010, 6 - 7.)

Kotihoidon asiakasryhmät Espoossa:

- Asiakkaat, jotka siirtyvät sairaalasta kotiin jatkohoitoon ja kuntoutukseen ja tarvitsevat siinä kotihoidon tukea
- Asiakkaat, joiden toimintakyky päivittäisissä toiminnoissa on alentunut
- Asiakkaat, jotka ovat omaisensa tai läheisensä hoidossa ja tarvitsevat myös kotihoidon apua ja/tai hoitava omainen tarvitsee tukea
- Asiakkaat, joiden sairaanhoito muualla kuin kotona on asiakkaalle kohtuuton rasitus tai muutoin epätarkoituksenmukaista.

3 Lääkehoito

Suomessa lääkehoidon ylin vastuullinen viranomainen on sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Ministeriö johtaa, ohjaa ja valvoo lääkehoitoa ja -huoltoa laatimalla lakeja, asetuksia ja ohjeita sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Tavoitteena on turvallinen ja tasavertainen lääkehoito Suomessa. (Saano & Taam-Ukkonen 2010, 15). Sosiaali- ja terveysministeriön määritelmän mukaan lääkkeiden ja lääkehoidon tavoitteena on ehkäistä ja parantaa sairauksia ja hidastaa niiden etenemistä, ehkäistä sairauksien aiheuttamia komplikaatiota sekä lievittää sairauden aiheuttamia oireita. Oikein toteutettu, tehokas, turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta. Hyvin organisoitu ja huolellisesti toteutettu lääkehoito tuo myös kustannussäästöjä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 3 - 4, 11).

Lääkevalmisteella tarkoitetaan lääkettä, joka on valmistettu tai maahantuotu lääkelain mukaisesti. Lääkevalmiste on tarkoitettu käytettäväksi lääkkeenä, ja se luovutetaan tai myydään kulutukseen myyntipakkauksessa. (Huupponen, Huupponen, Kaukkila, Torniainen & Veräjänkorva, 2006, 22.) Lääkeaine taas on vaikuttava aine, joka on kemiallisesti tai muuten tieteellisin menetelmin määritelty elimistöön vaikuttava aine, jota käytetään sellaisenaan tai josta tehdään lääkevalmiste (Huupponen ym. 2006, 22; Saano ym., 2010, 25.) Lääkkeen käytön syyinä tulee olla lääketieteellisesti määritetty vaaratekijä tai sairaus, johon lääke vaikuttaa joko parantavasti, lievittävästi tai vointia helpottavasti. Joitakin lääkkeitä voidaan myös käyttää sairauksien ennaltaehkäisyyn. (Kivelä 2006, 52 - 54). Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi on tärkeä osa lääkehoidon kokonaisuutta ja hoidon avulla saavutettu positiivinen muutos on ehto lääkkeen käytön jatkamiselle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 37).

Lääkehoito on keskeinen lääketieteellinen hoitokeino ja tärkeä osa hoitotyön kokonaisuutta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 36). Hoitohenkilökunnan osaamisen ajantasaisuus, lääke-

hoidon ja sitä koskevan ohjeistuksen hallinta sekä potilaalle tai asiakkaalle annettu lääkehoidon ohjaus ovat keskeisiä asioita turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000). Potilasta hoitavilla terveydenhuollon ammattilaisilla on velvollisuus käyttää hyvää ammattitaitoaan lääkityksen mahdollisten ongelmakohtien tunnistamiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007). Parhaimmillaan lääkehoito on toimintayksiköiden ja organisaatioiden moniammatillista, rajat ylittävää yhteistyötä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 36).

3.1 Lääkehoitoon vaikuttavat lait ja asetukset

Suomessa lääkehoidon ylin vastuullinen viranomainen on sosiaali- ja terveysministeriö, joka johtaa, ohjaa ja valvoo lääkehoitoa ja -huoltoa laatimalla tätä koskevia lakeja, asetuksia ja ohjeita. Kansanterveyslaki (66/1972), erikoissairaanhoidolaki (1062/1989) ja laki yksityisestä terveydenhuollosta (565/1994) ohjeistavat toimintaa eri terveydenhuollon sektoreilla. (Saano ym. 2010, 15-16.) Lääkehoitoa sääteleviä lakeja ja asetuksia on useita kymmeniä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 18 - 19).

Lääkehoidon toteuttamiseen vaikuttaa olennaisesti muun muassa lääkelaki (395/1987) ja sitä tarkentavan lääkeasetus (693/1987). Näiden tarkoituksena on ohjata lääkehuoltoa sairaaloissa, avoterveydenhuollossa ja sosiaalihuollon laitoksissa. Laki turvaa myös lääkkeiden valmistuksen ja saatavuuden sekä ohjaa lääkkeiden turvallista ja tarkoituksenmukaista käyttöä. Lisäksi terveydenhuollon henkilöstön toimintaa ohjaa esimerkiksi laki terveydenhuollon ammatihenkilöistä (559/1994) ja asetus (564/1994).

Potilaan kannalta tärkeimpiä lakeja ovat muun muassa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä potilasvahinkolaki (585/1986). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee, että potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja kohteluun. Lääkehoidossa tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että lääkehoito soveltuu potilaalle parhaalla mahdollisella tavalla ja tuottaa mahdollisimman vähän kipua ja kärsimystä (Huuppo ym. 2006, 46). Potilasvahinkolaille (585/1986) pyritään turvaamaan terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä potilaalle tapahtuneiden henkilövahinkojen korvaaminen.

3.2 Lääkehoidon turvallisuus

Lääkehoidon turvallisuus on oleellinen osa potilasturvallisuutta (Saano ym. 2010, 14). Hoito-henkilökunnan ammattitaidon kehittäminen ja lääkehoidon virheettömyyden parantaminen ovat oleellisia tekijöitä hoidon turvallisuuden lisäämisessä. Yhteensopimattomien lääkkeiden ja lääkeyhdistelmien käyttö saattaa aiheuttaa potilaalle vakavia sivuvaikutuksia ja turhaa karsimystä sekä yhteiskunnalle lisääntyviä kustannuksia. Ulkomaisten ja kotimaisten tutkimusten mukaan jopa noin 10 % potilaista kokee hoitajaksonsa aikana haittatapahtuman, joista suurin osa liittyy lääkehoitoon. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan terveydenhuollon ammatti-henkilöiden lääkehoidon toteuttamiseen liittyvissä valmiuksissa on yleisimmin puutteita lain-säädännön ja ohjeistuksen tuntemisessa, lääkelaskentataidoissa, lääkkeiden annosteluun liit-tyvien mittasuhteiden ja määreiden hahmottamisessa sekä lääkkeiden vaikutusten ymmärtä-misessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 13, 29, 32.) Kinnusen (2010) mukaan työnteki-jöiden on usein vaikea hyväksyä omia virheitään, mikä saattaa johtaa selittelyyn oppimisen sijaan. Lisäksi työntekijätasolla myös usein priorisoidaan työn nopeaa jatkamista, eikä virhei-den syitä selvitetä.

Lääkehoidon epäkohtiin ja lääkehoitopoikkeamien esiintymiseen onkin viime aikoina alettu kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 29). Potilasturvallisuus on noussut 2000-luvulla yhdeksi keskeiseksi terveydenhuollon kehittämis-kohteeksi WHO:n potilasturvallisuusohjelman myötä. Myös Suomen potilasturvallisuus strate-giassa vuosille 2009 - 2013 korostetaan potilasturvallisuuden parantamista muun muassa en-nakoinnin, vaaratapahtumien raportoinnin ja virheistä oppimisen avulla. Potilasturvallisuus huomioidaan myös terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa. Lisäksi yhtenä strategian tavoitteena on lisätä potilaan osallistumista potilasturvallisuuden parantamiseen. (Saano ym. 2010, 13-14.) Vuoden 2013 loppuun mennessä kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköillä tulee olla selkeät menettelytavat potilasturvallisuuden poikkeamien ja vaaratapahtumien si-säistä raportointia, seuranta ja käsittelyä varten (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 13).

Virheiden esiin tuomista ja tiedon siirtämistä voidaan helpottaa tietojärjestelmän avulla (Kin-nunen 2010). Esimerkiksi potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointiin tarkoi-tettu Hai-pro-järjestelmä on käytössä jo yli sadassa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä (Awanik Oy 2011). Järjestelmä laajenee myös koko Espoon kaupungin sosiaali- ja terveyden-huollon käyttöön vuoden 2011 aikana, ja osassa yksiköitä järjestelmä on ollut käytössä jo pi-dempään. Raportoidut poikkeamatilanteet käsitellään työyksikössä ja johtoryhmissä. (Espoon sosiaali- ja terveystoimi 2010, 20.) Avoimuus, luottamuksellinen ilmapiiri ja keskustelu mah-dollistavat virheistä oppimista, kun taas syyllistäminen vaikeuttaa virheeseen johtaneiden tekijöiden selvittämistä (Kinnunen 2010). Hai-pro-järjestelmässä havaittujen virheiden tai nii-

den riskien kirjaaminen kyseiseen järjestelmään perustuu vapaaehtoiseen, luottamukselliseen ja syyttelemättömään vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn (Awanik Oy 2011).

3.3 Työntekijän vastuu lääkehoidossa

Kaikki lääkehoitoon liittyvät tekijät ja terveydenhuollon henkilöstön toiminta ovat hyvin tarkasti lakien ja asetusten säätelemiä (Saano ym., 2010, 13). Lääkehoidon toteuttaminen tapahtuu moniammatillisessa yhteistyössä ja edellyttää hoitohenkilöstöltä lääkehoidon eri vaiheiden ja kokonaisuuden hallintaa. Työyksikön esimiehen tehtävänä on ohjata ja valvoa lääkehoidon toteutumista lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Esimies päättää työyksikössä tapahtuvasta lääkehoidon työnjaosta, mutta työntekijä on velvollinen ilmoittamaan, mikäli ei koe suoriutuvansa hänelle annetuista tehtävistä. Tällöin työnantajan vastuulla on taata potilasturvallisuus esimerkiksi täydennyskoulutuksen tai tehtävien siirron avulla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 3, 22.) Turvallinen lääkehoito -oppaan mukaan kaikkien lääkehoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden tulisi osoittaa osaamisena tenttein ja näytöin 2 - 5 vuoden välein, organisaation ohjeiden mukaisesti (Saano ym. 2010, 21).

Turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa pyritään hyödyntämään jokaisen ammattiryhmän osaamista parhaalla mahdollisella tavalla. Ensisijainen vastuu lääkehoidon koordinoinnista on potilasta hoitavalla lääkärillä, joka vastaa aina lääkkeen määräämisestä ja lääkehoidon kokonaisuudesta. Terveystieteiden laillistetut ammattihenkilöt, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, ensihoitajat ja kätilöt, vastaavat lääkehoidon toteuttamisesta lääkärin määräysten mukaisesti. (Saano ym. 2010, 20; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.) Lääkehoitoon osallistuvat myös nimikesuojatut ammattihenkilöt, kuten lähihoitajat, jotka voivat jakaa lääkkeitä potilaskohtaisiin annoksiin ja antaa sellaisia lääkkeitä, joiden käsittelyyn ei liity erityisiä toimia (Huupponen ym. 2006, 42). Jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen osallistuva työntekijä kantaa kuitenkin vastuun omasta toiminnastaan ja on velvollinen suorittamaan tehtävänsä mahdollisimman tarkasti ja virheettömästi. Virheiden sattuessa työnantaja on ensisijaisesti vastuussa potilaaseen nähden ja kantaa korvausvastuun, ellei työntekijä ole toiminut törkeän tuottamuksellisesti tai tahallisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 3, 22.)

3.4 Lääkehoidon kirjaaminen

Huolellinen kirjaaminen on tärkeä osa hoitotyötä ja näin ollen myös lääkehoitoa. Kirjausten avulla voidaan varmistaa hoidon jatkuvuus, turvata hoitoa koskeva tiedonsaanti ja arvioida annettua hoitoa. (Hietanen, Holmia, Kassara, Ketola, Lipponen, Murtonen & Paloposki 2004,

55.) Riittävät ja huolelliset potilasasiakirjamerkinnot ovat tärkeitä myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden oman oikeusturvan kannalta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 25).

Kirjaaminen tekee hoitotyön näkyväksi ja osoittaa mitä on tehty. Kirjatun tekstin tulee olla virheetöntä, asianmukaista, arvioivaa, perusteltua sekä selkeää ja luettavaa (Hietanen ym. 2004, 55). Sosiaali- ja terveysministeriön (2005, 25) ohjeistuksen mukaan lääkehoidosta on tehtävä potilasasiakirjoihin merkinnät lääkehoidon tarpeesta ja lääketieteellisistä perusteista, lääkemääräyksestä ja annetusta lääkehoidosta. Lääkehoidon kirjaamisessa olennaiset seikat ovat lääke ja sen määrä, antoajankohta, vaikutus ja haittavaikutukset, potilaan tunteukset sekä potilaan ohjaaminen (Saano ym. 2010, 173).

Espoon sosiaali- ja terveydenhuollossa lääkehoidon kirjaukset tehdään Effica-tietojärjestelmän ”Lääkehoito”-lehdelle, joka toimii dokumentoinnin ja tiedonkulun arkistona. Tietojärjestelmän käytön osaaminen on perusedellytys lääkehoidon asianmukaiselle kirjaamiselle. Avohoitopotilaan kohdalla lääkkeiden kirjaaminen lääkehoitolehdelle toteutuu yhteistyössä lääkärin ja sairaanhoitajan kesken. (Espoon sosiaali- ja terveystoimi 2010, 7, 12, 19.)

3.5 Lääkehoidon erityispiirteet ikääntyneillä

Suomalaiset ja kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että iäkkäille määrätään lääkkeitä oireiden poistamiseen ja lievittämiseen niiden syitä selvittämättä. Lääketieteellisen hoidon pitäisi kuitenkin aina perustua sairauden määritykseen eli diagnostiikkaan. Oireiden syiden selvittäminen tulisi siis aina olla ensisijaista ja lääkkeiden määräys tapahtua diagnoosin perusteella. (Kivelä 2006, 52 - 54). Tutkimuksissa on käynyt myös ilmi, että erityisesti vanhusten kohdalla päällekkäinen tai yhteensopimaton lääkitys on yleistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 32). Maailman terveysjärjestön suositus on, että 75-80 vuotta täyttäneillä saisi olla käytössä korkeintaan 3 - 4 lääkettä. 75 vuotta täyttäneiden vuorokausittaisen lääkeannoksen tulee olla yksilöllinen ja yleensä puolet, tai jopa tätäkin pienempi keski-ikäisen lääkeannoksesta. Tämä suositus koskee etenkin keskushermoston kautta vaikuttavia lääkkeitä.

Uusia lääkkeitä aloitettaessa tai vanhoja annosmääriä lisättäessä on tärkeää tarkkailla haittavaikutuksia sekä potilaan muistin ja käyttäytymisen muutoksia (Tilvis 2009). Lääkehoito tulisi aloittaa pienellä annoksella ja vahvuutta tulee nostaa hitaasti, mikäli siihen on tarvetta. Eri-tyisen paljon haitta- ja sivuvaikutuksia aiheuttavia vahvoja lääkkeitä ovat muun muassa antikolinergiset lääkkeet, psyykenlääkkeet, opioidikipulälääkkeet ja verenpainetta alentavat lääkkeet yksinään tai yhdessä käytettyinä. Näiden lääkevalmisteiden kohdalla sivu- ja haittavaikutusten seuraaminen on erityisen tärkeää. Minkä tahansa oireen taustalla saattaa olla lääkkeen haittavaikutus (Kivelä 2006, 33-34, 47, 52, 62.)

3.5.1 Vanhenemisen vaikutus lääkehoitoon

Vanhenemiseen liittyy monia elimistön muutoksia, jotka vaikuttavat lääkehoitoon. Sama lääkeainepitoisuus voi aiheuttaa vanhuksille erilaisia vaikutuksia kuin nuoremmille. Eri elinten ikääntymismuutokset voivat muuttaa lääkeaineen vastetta. Lääkeaineiden imeytyminen, jakautuminen, metabolia ja lääkeaineen poistuminen elimistöstä muuttuvat vanhentumisen myötä. Kehon kuivuminen ja rasvoittuminen sekä aineenvaihdunnan hidastuminen johtavat siihen, että lääkeaineiden vaikutus tehostuu ja kestää pidempään elimistössä kuin nuoremmilla (Saano ym. 2010, 131). Kehon vesimäärä laskee ja rasvamäärä nousee, mikä muuttaa vesi- ja rasvaliukoisten lääkeaineiden jakautumista ja poistumista. (Haukka, Kivelä, Medina, Pyykkö & Vehviläinen 2006, 323 - 324; Hervonen, Jäntti, Lehtonen, Sulkava & Tilvis 2001, 321)

Lääkeaineiden muuntuminen maksassa hidastuu, mikä pidentää lääkkeiden puoliintumisaikoja (Haukka ym. 2006, 324). Myös munuaistoiminnan heikkeneminen hidastaa ja vähentää lääkeaineen erittymistä virtsaan, minkä vuoksi lääkeaineen poistuminen elimistöstä tapahtuu aiempaa hitaammin (Huupponen ym. 2006, 78). Verenkierto heikkenee ihossa, ihonalaiskudoksessa ja lihaksistossa, jolloin ihon alle tai lihaksensisäisesti annosteltavien lääkkeiden imeytymisnopeus hidastuu. On kuitenkin muistettava, että yksilölliset vaihtelut farmakokinetiikassa ovat kohtalaisen suuret yksilöiden välillä. (Kivelä 2004, 19, 23 61.)

Yleisesti ottaen iäkkään henkilön hyvä ravitsemustila ja nestetasapaino edistävät lääkehoidon onnistumista. Verenkierrossa monet lääkeaineet sitoutuvat valkuaisaineisiin, joiden määrä veressä vähenee vanhetessa ja erityisesti aliravitsemustiloissa. Tällöin vapaan lääkeaineen pitoisuus veressä saattaa nousta korkeaksi, vaikka lääkeannos olisikin pieni. Tästä seuraa lääkkeen vaikutuksen voimistuminen elimistössä. (Haukka ym. 2006, 324)

Syljen erityis vähenee iän myötä ja myös muutamat lääkkeet vaikuttavat syljen erityksen vähentämiseen. Tämä johtaa siihen, että suussa imeskeltävät ja muuten suussa sulatettavat suun limakalvon kautta imeytyvät lääkkeet imeytyvät hitaasti ja lääkkeiden vaikutus alkaa tällöin odotettua myöhemmin. (Kivelä 2004,19.) Lääkeaineiden imeytyminen tapahtuu pääsääntöisesti ohutsuoletta (Kivelä 2006, 21 - 22). Suoliston vanhenemismuutokset eivät kuitenkaan yleensä hidasta imeytymistä. Sairailla, erityisesti vuodepotilailla lääkkeiden imeytyminen voi kuitenkin hidastua, jolloin lääkeaineen vaikutus voi alkaa tavallista myöhemmin. (Hervonen ym. 2011, 321 - 322.)

Iän lisääntyessä ruokatorven seinämän supistumiskykyinen lihassolukon määrä alkaa vähentyä ja aiheuttaa lihaksiston supistumiskyvyn heikkenemistä. Ruokatorven seinämässä oleva limakalvo ohenee ja limaneritys heikkenee ja siksi ruokatorvi kestää huonommin kemiallisia ärsykeitä. Nämä muutokset saattavat johtaa lääkkeiden ja ruokasulan kulun hidastumiseen, jol-

loin vaarana on, että lääke jää ruokatorveen. Tämän ehkäisemiseksi vanhuksen tulee ottaa lääkkeet istuma-asennossa. Ennen lääkkeenottoa on hyvä juoda noin puoli lasillista vettä ja lasillinen vettä lääkkeenoton jälkeen. Liikuntakyvytön vanhus tulee auttaa istuvaan tai puoli-istuvaan asentoon lääkkeenoton ajaksi. (Kivelä 2004, 20.)

3.5.2 Lääkehoidon ongelmien taustatekijöitä

Pitkäaikaissairaudet lisääntyvät iän myötä ja se usein johtaa runsaaseen lääkkeiden käyttöön. Yleisempiin vanhusten käyttämiin reseptilääkkeisiin kuuluvat hermostoon vaikuttavat lääkkeet kuten masennus-, dementia- ja psykoosilääkkeet sekä sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet. Kipu ja masennus ovat silti yhä alihoidettuja. (Saano ym. 2010, 130)

Ongelmat vanhusten lääkehoidossa voivat syntyä monista eri tekijöistä. Fyysiset muutokset ja sairaudet voivat muuttaa vanhuksen kädet kömpelöiksi tai vapiseviksi, jolloin esimerkiksi lääkepakkausten avaaminen ja lääkkeen ottaminen pakkauksesta vaikeutuvat (Kivelä 2004, 11). Myös muistin heikkeneminen tai väärinymmärrykset voivat osaltaan aiheuttaa sekaannusta lääkkeiden käyttämisessä (Huupponen ym. 2006, 81). Vanhenemiseen liittyvien sairauksien ja muutosten lisäksi ongelmia lääkehoidossa tuottaa iäkkäiden puutteelliset tiedot lääkkeiden säilyttämisestä, lääkkeenoton ajankohdasta, vaikutustavoista ja yhteisvaikutuksista. Tiedot lääkkeiden sivuvaikutuksista ovat myös vähäiset ja heillä saattaa olla virheellisiä tietoja ja uskomuksia lääkkeiden tehosta. Epätietoisuus voi johtua vanhusten saamasta liian vähäisestä lääkehoidon ohjauksesta tai vanhuksset eivät ehkä uskalla kysyä ohjeita lääkehoitajensa suhteen. (Kivelä 2004, 11 - 12.)

Vanhusten käytössä olevat lääkelistat saattavat olla epäselviä ja puutteellisia ja siksi aiheuttaa virheitä (Kivelä 2004, 12). Sairaalahoitajaksolla akuutin sairauden vuoksi tilapäiseen käyttöön tarkoitetut lääkkeet, erityisesti uni- ja rauhoittavat lääkkeet sekä kipulääkkeet voivat jäädä jatkuvaan käyttöön sairaalajakson jälkeen. Tämän vuoksi potilaan lääkitys tulisikin tarkistaa aina osastohoidon päättyessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa ongelmia aiheuttavat myös ilman reseptiä saatavat lääkkeet ja luontaistuotteet. Luontaistuotteet saattavat käyttötarkoituksensa tai ulkonäkönsä puolesta vaikuttaa lääkkeitä, mutta näistä ominaisuuksista huolimatta valmisteilla ei välttämättä ole tieteellisesti todistettua vaikutusta tai niiden turvallisuutta ei ole riittävästi tutkittu (Saano ym. 2010, 29). Ilman reseptiä saatavaa lääkettä tai luontaistuotetta saatetaan käyttää esimerkiksi jonkin määrätyn lääkkeen sivuvaikutusoireiden poistamiseen. Lääkkeiden ja muiden valmisteiden yhteisvaikutus saattaa kuitenkin aiheuttaa vaarallisen tilanteen, sillä

ilman reseptiä käytetty valmiste voi esimerkiksi kohottaa toisen käytössä olevan lääkkeen pitoisuutta elimistössä. (Kivelä 2004, 12.)

3.5.3 Haitta- ja sivuvaikutukset

Ikääntyneillä monet lääkevaikutukset ovat voimakkaampia kuin keski-ikäisillä (Huupponen ym. 2006, 78). Lääkkeiden sietokyky vähenee ja haittavaikutusvaara kohoaa monista syistä. Riski haittavaikutuksille kohoaa huomattavasti, mikäli käytössä on samanaikaisesti useita eri lääkkeitä. Samanaikaisesti käytössä olevat lääkkeet voivat johtaa arvaamattomiin yhteisvaikutuksiin, joiden vaara onkin oleellinen ongelma vanhusten lääkehoidossa. (Huupponen ym. 2006, 81; Kivelä 2004, 13.)

Haitalliset lääkkeiden sivuvaikutukset voivat olla hyvinkin erilaisia kuin työikäisillä. Esimerkkejä iäkkäiden ihmisten lääkkeiden sivuvaikutuksista ovat kaatuilu, muistin heikkeneminen, sekavuus, käytösoireet, huimaus ja virtsankarkailu. Sivuvaikutusoireen tunnistaminen on tärkeää, sillä joskus lääkkeen aiheuttamia oireita hoidetaan turhaan toisella lääkkeellä, kun oikea hoito tällaisessa tapauksessa on haitallisen sivuvaikutusoiretta aiheuttavan lääkkeen annoksen pienentäminen tai lääkkeen käytön lopettaminen. (Huupponen ym. 2006, 82; Kivelä 2004, 13-14.)

3.5.4 Tabletti- ja kapselivalmisteiden käyttö

Nielemisvaikeuksien vuoksi ikääntyneen lääkehoidon toteuttamisessa tablettien puolittaminen, murskaaminen tai pureskeleminen herättää usein kysymyksiä. Periaatteena on, että lääkevalmisteita ei tule murskata. Tällöin lääkkeen hienosäätöiset mekanismit rikkoontuvat ja lääkeainetta voi vapautua jo mahalaukussa saaden aikaan mahan limakalvon ärsytystä (Kivelä 2006, 109). Mikäli vanhus ei pysty nielemään tablettia, tulee selvittää, onko kyseistä lääkettä markkinoilla pienempänä tablettimuotona tai nestemäisenä. Jos valmistetta ei löydy muussa muodossa, on selvitettävä, soveltuuko lääkevalmiste murskattavaksi. Tällaisissa tilanteissa asiasta on aina hyvä keskustella lääkärin tai farmaseutin kanssa. (Kivelä 2004, 24 - 25; Huupponen ym. 2006, 114.) Lääkkeitä ei tule koskaan sekoittaa lämpimiin ruokiin tai lämpimiin juomiin, koska lämpö nopeuttaa lääkeaineiden kemiallisia reaktioita. Lääkkeiden sekoittaminen vaikuttaa myös ruoan ja juoman makuun, mikä luonnollisesti heikentää vanhuksen ruokahalua ja voi aiheuttaa aliravitsemustilan. (Kivelä 2004, 25.)

Tabletit, joissa on jakouurre, voidaan yleensä puolittaa. Tämä kannattaa kuitenkin aina uuden lääkkeen kohdalla tarkistaa Pharmaca Fennica- kirjasta ennen puolittamista. Myös lääke-

pakkausten tuoteselosteet tulee lukea aina tarkkaan, sillä niissä kerrotaan tarkemmin kyseisen lääkkeen ottotavoista. Päälystettyjen tablettien puolittamista ei yleensä suositella, sillä päälysteen voi suojata joko lääkeainetta tai lääkkeen ottajaa (Forssell & Paakkari 2011). Pitkävaikutteiset lääkkeet, kuten depot-, prolongatum-, retard- ja slow- valmistetut tulee aina niellä kokonaisina, ellei pakkauksessa ole erikseen mainittu puolittamisesta. Pitkävaikutteisia lääkkeitä ei saa koskaan murskata tai pureskella, koska muuten lääkkeen pitkävaikutteinen teho ja hitaasti alkava vaikutus menetetään ja elimistöön imeytyy paljon lääkeainetta lyhyessä ajassa. (Kivelä 2004, 24 - 25, 108-109). Joitakin kapseleita voidaan avata ja sekoittaa sisällä olevat rakeet pieneen neste- tai ruokamäärään (Forssell ym. 2011).

3.6 Lääkehoito kotihoidossa

Kotona toteutettavassa lääkehoidossa korostuu sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden, apteekin sekä potilaan ja hänen omaistensa saumaton yhteistyö. Vaativaa lääkehoitoa tarvitsevat etenkin vanhuksat, joilla on useita eri lääkevalmisteita käytössään. (Hägg ym. 2007, 92.) Tämän vuoksi onnistunut ja hyvä lääkehoito edellyttää lääkäreiltä, hoitotyön henkilökunnalta ja muilta hoitoon osallistuvilta tietoa muun muassa vanhenemisen vaikutuksista lääkehoitoon (Kivelä 2004, 14).

Monilla potilailla on vaikeuksia seurata lääkemääräyksiä ja hoito-ohjeita ja heillä saattaa myös olla pelkoja lääkkeiden haittavaikutuksista (Espoon sosiaali- ja terveystoimi 2010, 18). Häggin ja kumppaneiden (2007, 92) mukaan potilaita ja omaisia tulisikin rohkaista osallistumaan lääkehoitoon ja yhteistyöhön kotihoidon henkilökunnan kanssa. On tärkeää, että potilas ja hänen omaistensa saavat tietoa, ohjausta ja neuvontaa lääkehoidon toteuttamisesta (Hägg ym. 2007, 92). Erityisesti vanhenemisen vaikutuksista lääkehoitoon sekä lääkehoidon yhteis- ja haittavaikutuksista olisi tärkeää keskustella (Kivelä 2004, 14). Potilaan on mahdollisuksiensa mukaan hyvä osallistua lääkehoidon suunnitteluun ja olla selvillä lääkehoidon toteuttamisesta, seurannasta ja arvioinnista (Hägg ym. 2007, 92). Asiakkaan sitoutuminen lääkehoitoon on tärkeää, sillä lääkehoidon laiminlyönti lisää sairastavuutta ja kuolleisuutta. Hyvä sitoutuminen taas parantaa tehokkaasti kroonisten tautien ennustetta sekä vähentää komplikaatioita ja terveystalvelujen tarvetta. (Espoon sosiaali- ja terveystoimi 2010, 18).

Kotihoitoa koskevissa tutkimuksissa on havaittu, että lääkkeiden käsittelyn ja jakamisen lupa- käytännöt ja ohjeistukset ovat työyksiköiden välillä varsin vaihtelevia ja osin epäselviä. Myös hoitohenkilöstön lääkehoitoa koskevissa tiedoissa ja taidoissa on havaittu olevan kehittämisen tarvetta. Lisäksi henkilöstön täydennyskoulutukseen sekä lääkehoidon virheettömyyteen tai osaamisen säännölliseen arviointiin tulisi kiinnittää huomiota. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 13 - 14).

3.7 Turvallisen lääkehoidon työkäytäntöjä kotihoidossa

Lääkkeet annetaan potilaalle aina henkilökohtaisesti ja tarvittaessa seurataan, että potilas ottaa lääkkeensä. Hoitajan tulee varmistaa, että lääke annetaan oikealle potilaalle ja lääkevalmiste, lääkemuoto sekä vahvuus ovat oikeita ja määräyksen mukaisia. Lääkkeen antajan täytyy olla myös tietoinen lääkkeen oikeasta antotavasta ja -ajasta. (Forsbacka & Nousiainen 2011.)

Reseptilääkkeet ovat tehokkaita kemiallisia valmisteita ja niiden käytöstä, annostuksesta ja tarvittavista muutoksista määrää aina lääkäri. Oma-aloitteisesti ei tule tehdä päätöksiä lääkkeiden käytöstä tai niiden lopettamisesta. Tarvittaessa otettaviksi määrätyt lääkevalmisteet otetaan oireiden mukaan, kuitenkin lääkärin antamia annosteluohjeita noudattaen. (Kivelä 2006, 51, 62.) Lääkäriä tulee aina informoida kaikista lääkehoidon sivuoireista tai ongelmista lääkkeen käytössä (Saano ym. 2010, 168).

Kaikki käytössä olevat lääkevalmisteet tulee merkitä selkeästi lääkelistalle, vaikka käytössä olikin vain yksi lääkevalmiste. Lääkelistassa tulee olla kirjattuna lääkevalmisteiden kauppanimi, vahvuus, käyttötarkoitus, annos ja ottoajankohta. (Kivelä 2006, 51.) Lääkityksen tarpeellisuus ja turvallisuus, indikaatiot, annostus, mahdolliset yhteisvaikutukset ja toteutus tulee arvioida vähintään vuosittain silloinkin, kun potilaan tilassa ei tapahdu muutoksia. Ikävä kyllä lääkelistojen vuosittainen tarkistaminen ei terveydenhuollossa tällä hetkellä kaikkien potilaiden kohdalla toteudu. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Läkehoidon turvallisuutta parantaa, mikäli potilastietojärjestelmästä on mahdollista tulostaa lista asiakkaan lääkkeistä (Saano ym. 2010, 156). Jottei lääkelista olisi sotkuinen tai epäselvä, on etenkin lääkemuutoksen jälkeen syytä tulostaa uusi ja selkeä lista. Lääkelistan kirjainten on oltava tarpeeksi suuria ja selkeitä. Kotihoidon asiakkaalla on hyvä olla lääkelistasta myös oma kopio, jota hän voi tarvittaessa kuljettaa mukanaan. (Kivelä 2006, 51.) Vanhukselle itselleen on kerrottava selkeästi ja ymmärrettävästi kunkin lääkkeen tarkoitus, käyttötapa ja ottoajankohta. Ohjaaminen on tärkeää silloinkin, kun vanhuksen muisti on heikentynyt ja omaiset tai hoitohenkilökunta annostelee hänen lääkkeensä dosettiin. (Kivelä 2004, 12.)

Dosetti eli lääkeannoslokerikko helpottaa lääkkeiden annostelua ja ottamista kotona, avohoidossa ja sairaalassa. Dosettiin jaetaan lääkkeet viikoittain joko itse, omaisen tai kotihoidon avuin. Lääkkeitä ei tule jakaa dosettiin kahta viikkoa pidemmäksi ajaksi, sillä ilman kosteus ja muut tekijät saattavat vaikuttaa lääkkeiden koostumukseen niiden ollessa samoissa lokeroissa. (Kivelä 2006, 51 - 52; Saano ym. 2010, 170 - 171.) Muutenkin lääkkeet säilytetään kuivissa tiloissa, ellei lääkkeen käyttöohjeessa muuta mainita. Käytössä olevan dosetin taakse on hyvä

asettaa päivitetty lääkelista, jotta se on helposti saatavilla lääkkeiden jaon ja tarkistuksen yhteydessä (Saano ym. 2010, 156). Dosetin voi korvata myös apteekkien tarjoama lääkkeiden pussituspalvelu. (Kivelä 2006, 51 - 52, 62.) Vanhentuneita lääkkeitä ei saa käyttää ja ne tulee viedä apteekkiin hävitettäväksi jätelain (1072/1993) ja asetuksen (1390/1993) mukaisesti.

Dosettiin lääkkeitä jaettaessa on syytä selvittää, mihin sairauteen tai sairauden ehkäisemiseen kukin lääke on tarkoitettu. Samalla on myös hyvä tarkistaa, onko lääkelistassa iäkkäiden hoidossa vältettäviä lääkkeitä tai yleisesti iäkkäille haitta- ja sivuvaikutuksia aiheuttavia lääkkeitä tai lääkeyhdistelmiä.

4 Lääkehoitosuunnitelma

Lääkehoidon toteuttaminen perustuu toiminta- tai työyksikössä laadittuun lääkehoitosuunnitelmaan, josta ilmenevät lääkehoidon kannalta oleelliset tekijät ja prosessit eri vaiheineen. Lääkehoitosuunnitelman avulla toiminta- tai työyksikön lääkehoidon toteuttamista voidaan hallita suunnitelmallisesti ja kehittää laadullisesti. Toimivan ja turvallisen lääkehoidon saavuttamisen perusedellytyksenä on, että työyksikössä osataan määritellä oman työn riskitekijät ja ongelmakohdat sekä analysoida niitä. Vastuu lääkehoitosuunnitelman laatimisen, toteuttamisen ja seurannan organisoinnista on sosiaali- tai terveydenhuollon toimintayksikön johdolla. Suunnitelman päivittämisen tarve tulee arvioida vuosittain. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 3, 43 - 45.)

Lääkehoitosuunnitelman tulee sisältää seuraavat kymmenen osa-alueetta:

- Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat
- Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen
- Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako
- Lupakäytännöt
- Lääkehuolto: lääkkeiden tilaaminen, säilytys, valmistaminen,
- käyttökuntoon saattaminen, palauttaminen, lääkeinformaatio,
- ohjaus ja neuvonta
- Lääkkeiden jakaminen ja antaminen
- Potilaiden informointi ja neuvonta
- Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi
- Dokumentointi ja tiedonkulku
- Seuranta- ja palautejärjestelmät

(Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 43)

4.1 Espoon sosiaali- ja terveystoimen lääkehoitosuunnitelma

Espoon sosiaali- ja terveystoimen lääkehoitosuunnitelma on laadittu käyttäen Sosiaali- ja terveysministeriön ”Turvallinen lääkehoito” - opasta (2005). Suunnitelman on tarkoitus yhtenäistää Espoon sosiaali- ja terveystoimen lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkiyttää vastuunjako ja määrittää vähimmäisvaatimukset lääkehoidon toteutukselle kaikissa yksiköissä (Espoon sosiaali- ja terveystoimi 2010, 3).

Kotihoidossa lääkehoidon sisältö ja toimintatavat määräytyvät asiakkaiden ominaisuuksien, heidän lääkehoidon tarpeensa ja tavoitteidensa perusteella. Lääkehoitoa voivat toteuttaa sairaanhoitajat, perus- ja lähihoitajat sekä tehtävään koulutetut kodinhoitajat. Työnantaja määrittää toimintayksiköiden ammattikohtaiset, tehtävien edellyttämät osaamisvaatimukset. (Espoon sosiaali- ja terveystoimi 2010, 7, 11.)

Lääkehoidon toteutuksen muotoja kotihoidossa ovat:

- Lääkärin määräysten mukaisesti reseptien uusiminen
- lääkkeiden haku apteekista,
- lääkkeiden jakaminen dosettiin,
- lääkkeiden antaminen luonnollista tietä tai ihon alle ja lihakseen
- rokotteiden anto
- asiakkaan informoiminen ja ohjaaminen lääkkeiden vaikutuksista ja haitta-/sivu- ja yhteisvaikutuksista,
- lääkkeiden vaikutusten, haitta-, sivu- ja yhteisvaikutusten havainnointi ja dokumentointi
- lääkehoidon seurantaan tarvittavien laboratoriomittauksen (verensokeri, pika-inr -mittaukset) teko,
- verinäytteiden otto
- hoitavan lääkärin konsultointi
- asiakkaan ohjaaminen KELA -etuuksissa

(Espoon sosiaali- ja terveystoimi 2010, 7.)

4.2 Lääkehoidon ongelmia ja riskitekijöitä Espoossa

Espoon sosiaali- ja terveystoimessa (2010, 10) on havaittu, että lääkehoidon toteutuksessa on useita riskikohtia. Virheitä tapahtuu lääkemääräyksen antamisessa ja vastaanottamisessa, lääkkeiden käyttökuntoon saattamisessa, neuvonnassa ja ohjeistuksessa, lääkkeiden jaossa ja niiden annossa sekä lääkehoidon seurannassa (Espoon sosiaali- ja terveystoimi 2010, 10)

Tyypillisimmät ongelmakohdat lääkehoidossa Espoon sosiaali- ja terveystoimen mukaan ovat:

- Lääkärien ja hoitohenkilökunnan suuri vaihtuvuus tai puutteellinen suomenkielen taito vaikuttaa heikentävästi lääkehoidon jatkuvuuteen ja laatuun
- Julkisella sektorilla määrättyjen lääkkeiden lisäksi käytetyt itsehoitolääkkeet tai yksityisiltä lääkäreiltä saadut reseptilääkkeet voivat aiheuttaa arvaamattomia yhteisvaikutuksia
- Asiakkaiden saama lääkehoitoon liittyvän ohjauksen määrä ei ole riittävä.
- Jatkuva kiire ja useat lääkemuutokset lisäävät lääkityspoikkeamien riskiä
- Lähi- ja perushoitajat eivät aina saa nopeasti tarvitsemaansa lääkehoitoon liittyvää konsultaatioapua sairaanhoitajalta.
- Lääkärityön vähäisyydestä johtuen sairaanhoitajien vastuu lääkevaikutusten havaitsemisessa, raportoinnissa ja vaativien tilanteiden tunnistamisessa on suuri.
- Asiakkaiden Effica-läakelostat eivät ole ajan tasalla, eikä lääkelistojen säännöllinen tarkistaminen aina suju sovitulla tavalla.

(Espoon sosiaali- ja terveystoimi 2010, 10.)

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Tutkimusaiheen valinta

Molemmat opinnäytetyön tekijät ovat työskennelleet useampana kesänä Espoon kaupungin kotihoidossa lähi- ja sairaanhoitajan sijaisuuksissa. Työssä saatu kokemus herätti mielenkiinnon kehittää lääkehoidon toimintamalleja sekä edistää lääkehoidon turvallisuutta ja yhtenäisyyttä. Näin täsmentyi opinnäytetyön aihe, turvallisen lääkehoidon kehittäminen kotihoidossa. Opinnäytetyöaihe hyväksyttiin Otaniemen toimintayksikön yhteisessä hankefoorumitilaisuudessa osaksi Suurpellon alueen palveluja kehittävää Kouluii -hanketta. Suurpellossa ei ainaakaan vielä opinnäytetyön tekovaiheessa toiminut omaa kotihoidon yksikköä, joten opinnäytetyön toteutus suuntautui sovitusti Matinkylään, joka toimii Kouluii -hankkeessa testialueena Suurpellon rakentamisen ollessa vielä kesken.

Opinnäytetyön tekijät ottivat yhteyttä Matinkylän kotihoitoon, jonka henkilökunta alustavan suunnitelman luettuaan ystävällisesti lupasi kotihoidon voivan toimia yhteistyökumppanina opinnäytetyön toteutuksessa. Opinnäytetyön toiminnallinen osuus alkoi huhtikuussa 2011, kun opinnäytetyön tekijät kävivät tapaamassa kotihoidon henkilökuntaa ensimmäistä kertaa ja esittelivät tarkemmin opinnäytetyösuunnitelmaa. Suunnitelmana oli, että opinnäytetyössä selvitetäisiin kotihoidon jokaisen tiimin lääkehoitoprosesseja kyselytutkimuksen avulla. Kotihoidon henkilökunnan toive kuitenkin oli, että opinnäytetyössä keskityttäisiin tutkimaan ainoastaan yhden tiimin lääkehoitoa, sillä lääkehoidon prosessit eroavat kolmen eri tiimin välillä suuresti.

Matinkylän kotihoito koostuu kolmesta tiimistä, joissa kussakin työskentelee yhden sairaanhoitajan lisäksi lähi- ja perushoitajia. Työntekijöitä on yhteensä 18, joista lähi- ja perushoitajia on 15. Sairaanhoitajan vakansseja on neljä, mutta lokakuussa 2011 niistä oli täytettynä vain kolme. Yksi sairaanhoitaja toimii kotiutushoitajana koko Matinkylä-Olarin alueella. Kotihoidossa tehdään kaksivuorotyötä, tosin sairaanhoitajat toimivat vain päivävuorossa. Iltavuorossa työskentelee yksi lähihoitaja, joka hoitaa kaikkien tiimien ilta-apua tarvitsevat asiakkaat. Koko Espoon alueella toimiva yöpartio mahdollistaa käynnit öisin apua tarvitseville asiakkaille.

Matinkylän kotihoidossa lääkehoidon toteutukseen osallistuvat kaikki työntekijät. Lääkehoidon osaaminen varmistetaan esimerkiksi erilaisten koulutusten avulla. Kaikille hoitajille suunnattu PRO-EDU - lääkekoulutus on järjestetty edellisen kerran keväällä 2010 ja lisäksi lähihoitajat ovat suorittaneet keväällä 2011 lääkelaskennan ja subkutaanisen (s.c.) pistoksen tentit. Lääkehoidon asioissa yhteistyössä toimii kotihoidon lääkäri, joka käy kotihoidon toimistolla noin kerran viikossa, tarvittaessa useamminkin. Lääkehoidon konsultaatiota tehdään myös Effica - tietojärjestelmän välityksellä.

5.2 Tutkimusmenetelmän valinta

Tämä opinnäytetyö on lääkehoidon prosesseja kartoittava toiminnallinen tutkimus, jossa tutkimuksen tekemisen ohella on tarkoitus myös kehittää tutkittavaa toimintaa. Toiminnan tutkiminen ja sen samanaikainen kehittäminen onkin Aaltolan ja Vallin (2001, 170) mukaan keskeinen tekijä toimintatutkimusta määriteltäessä. Lauri (1998, 114) taas on todennut, että toimintatutkimuksessa teoretietoa ja käytännön kokemuksellisuutta yhdistämällä pyritään ratkaisemaan jossakin yhteisössä esiintyviä ongelmia ja saamaan aikaan muutosta. Tässä opinnäytetyössä tämä siis tarkoittaa sitä, että pyritään etsimään lääkehoidon turvallisuutta vaarantavia tekijöitä ja löytämään ratkaisuja niiden kehittämiseksi.

Opinnäytetyössä on yhdistetty kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän. Tiedonkeruumenetelmänä käytetään kyselylomaketta, joka perinteisesti on ollut yksi kvantitatiivisestutkimusmenetelmän tiedonkeruumuoto (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 87). Kyselylomake on valittu tiedonkeruumenetelmäksi siksi, että se on helppo toimittaa vastaajille kotihoitoon ja asiakkaiden koteihin. Vastaajat myös saavat rauhassa valita itselleen sopivan vastausajankohdan ja pohtia rauhassa vastauksiaan. Kyselylomaketutkimuksessa tutkija ei myöskään läsnäolollaan vaikuta vastaajaan ja kysymykset esitetään jokaiselle vastaajalle täysin samassa muodossa. (Aaltola & Valli 2001, 101.)

Opinnäytetyöhön kuuluvan kyselylomakkeen (Liite 1 ja 2) pohjana on kattava teoriakatsaus, joka esitellään työn alussa. Perusteellinen teoriapohja onkin ehdoton edellytys kyselylomakkeen laatimiselle myös Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 87) mukaan. Kysymyslomaketta tehdessä on otettu huomioon Airaksisen ja Vilkan (2003, 59) ohjeiden mukaan seuraavat kysymykset: Mitä ollaan mittamassa, keneltä ja miksi? Nämä kysymykset ovat auttaneet pysymään tutkimuksen tavoitteissa.

Kvalitatiivista tutkimusmenetelmää opinnäytetyössä edustaa opinnäytetyön tekijöiden tavoite ymmärtää lääkehoidon ilmiötä kokonaisvaltaisesti ja tuottaa kirjoittamatonta faktatietoa kotihoitoon työntekijöiden hyödynnettäväksi. Henkilökunnan kyselylomakkeeseen on liitetty myös avoimia, kuvailevia kysymyksiä, joiden vastauksia ei todennäköisesti voi tulkita numeraalisessa muodossa. (Airaksinen & Vilka 2003, 63 - 64.) Kyselylomakkeessa on otettu huomioon riittävän suuri kirjainkoko ja selkeä ulkoasu, jotta kyselyyn vastaaminen olisi yksinkertaista myös iäkkäille kotihoitoon asiakkaille.

5.3 Tutkimushenkilöiden valinta ja kuvaus

Tutkimusryhmä rajautui huomattavasti, kun sovittiin, että opinnäytetyössä tutkitaan vain yhden kotihoitotiimin lääkehoitoprosesseja. Tutkittavassa tiimissä työskentelee sairaanhoitajan lisäksi viisi lähihoitajaa ja kaikki osallistuvat lääkehoidon toteuttamiseen. Näin ollen he kaikki voivat vastata lääkehoitoa käsittelevään kyselyyn. Hoitajien kokemusten lisäksi opinnäytetyössä on haluttu huomioida myös asiakkaiden näkökulma. Näin ollen on laadittu kaksi kyselylomaketta erillisine kysymyksineen, toinen hoitohenkilökunnalle ja toinen tiimin 75 -vuotiaille ja tätä vanhemmille asiakkaille.

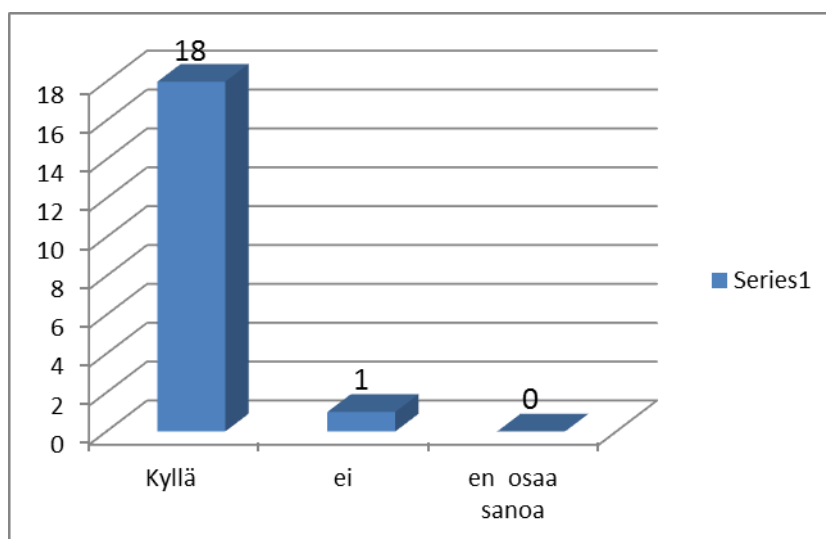
Kyselytutkimukseen osallistujien määrä on pieni, koska tutkimus toteutetaan ainoastaan yhdessä kotihoitoon tiimissä. Perusjoukko muodostuu siis tiimin henkilökunnasta (n=6) ja sen asiakkaista (n= 35). Tämän vuoksi otos toteutetaan kokonaistutkimuksena, eli kyselylomakkeet jaetaan koko perusjoukolle. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 79.)

Henkilökunnalle ja asiakkaille tarkoitetut kyselylomakkeet toimitettiin kotihoitoon lokakuussa 2011. Asiakkaille suunnatut lomakkeet kotihoidon henkilökunta toimitti perille asiakaskäyntien yhteydessä. Tarkoituksena oli, että asiakas vastaa joko itse tai omaisen avustamana kyselyyn ilman hoitohenkilökunnan apua. Tällöin vastaajat voivat olla täysin rehellisiä, eikä heidän tarvitse pelätä henkilökunnan mielipiteitä arvioinneistaan. Kyselylomakkeet jaettiin kirjekuorissa, jotka asiakkaat sulki vastaamisensa jälkeen. Hoitajat keräsivät suljetut kirjekuoret asiakailta ja toimittivat ne opinnäytetyöntekijöille yhdessä omien vastaustensa kanssa. Tutkimusryhmällä oli kuukausi aikaa vastata kyselyyn.

6 Kyselytutkimuksen tulokset

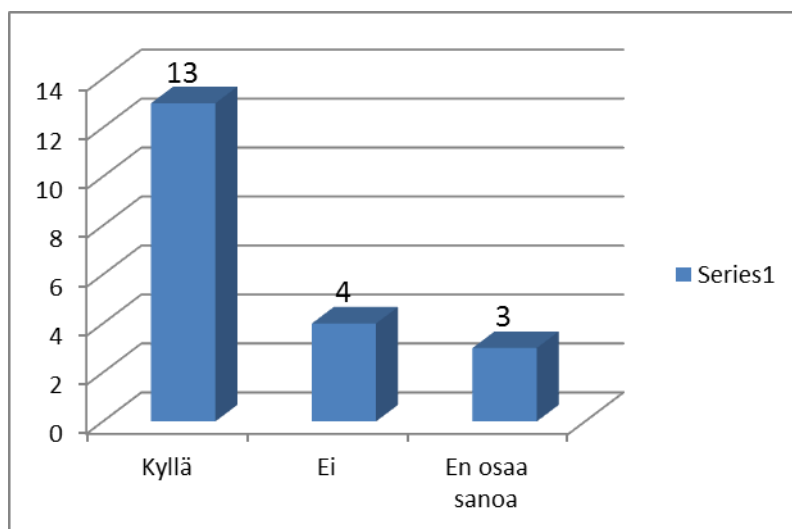
6.1 Asiakkaiden vastaukset

Kyselylomakkeet haettiin kotihoitosta joulukuussa 2011, jolloin asiakkailla oli ollut kuukausi aikaa vastata kyselyihin ja palauttaa vastaukset kirjekuorissa kotihoidon henkilökunnalle. Kyselylomakkeet oli jaettu kaikille 35 asiakkaalle ja 20 heistä vastasi kyselyyn. Kyselylomakkeessa on yhteensä kuusi kysymystä ja ne ovat luonteeltaan kvantitatiivisia. Viidessä kysymyksessä asiakkailla oli lisäksi mahdollisuus kuvata sanallisesti omaa näkemystään kysytystä asiasta. Yhteenveto asiakkaiden vastauksista esitellään työn lopussa (Liite 5).



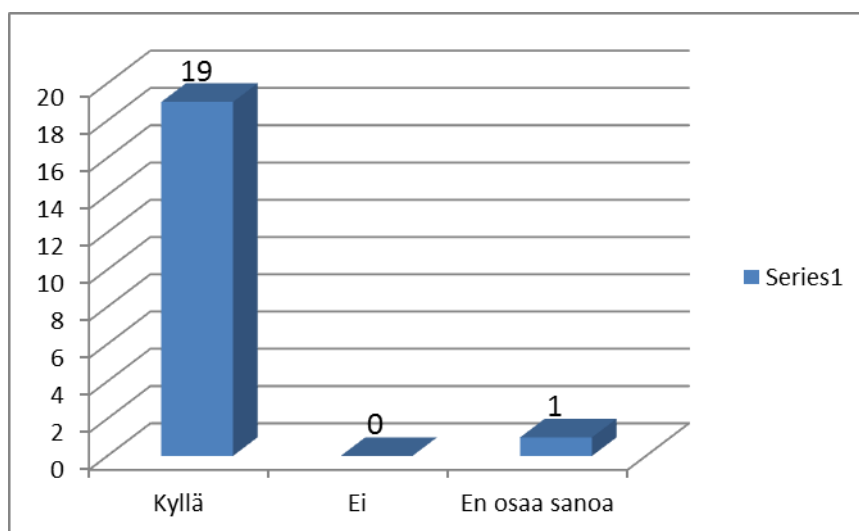
Kuvio 1. Tietoisuus omasta lääkityksestä (n=19)

Kyselylomakkeen ensimmäinen kysymys käsitteli asiakkaiden tietoisuutta omasta lääkityksestä. Kysymykseen vastasi 19 asiakasta, ja heistä 18 koki olevansa tietoinen käyttämistään lääkkeitä. Yksi vastaajista ei tiennyt, mitä lääkkeitä hänellä on käytössään.



Kuvio 2. Asiakkaiden tyytyväisyys omaan lääkitykseen (n=20)

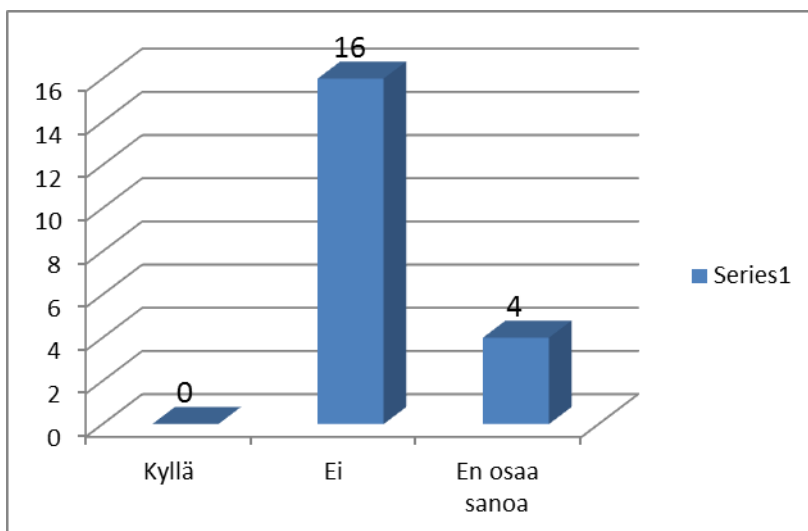
Selvitettäessä asiakkaiden tyytyväisyyttä omaan lääkitykseensä, 13 vastaajaa kertoi olevansa tyytyväisiä. Kolme vastaajista ei osannut sanoa tyytyväisyyttään lääkitykseen ja neljä oli tyytymättömiä. Tyytymättömistä asiakkaista kaksi kuvasi lääkehoitonsa ongelmakohdaksi demensialääkkeet ja yksi koki lääkityksen huonontavan vointiaan. Lisäksi yksi vastaaja toivoi keskustelua lääkityksestään hoitavan lääkärin kanssa. Yhteensä kysymykseen vastasi 20 asiakasta.



Kuvio 3. Kotihoidon henkilökunnan tietoisuus asiakkaiden käytössä olevista lääkkeistä (n=20)

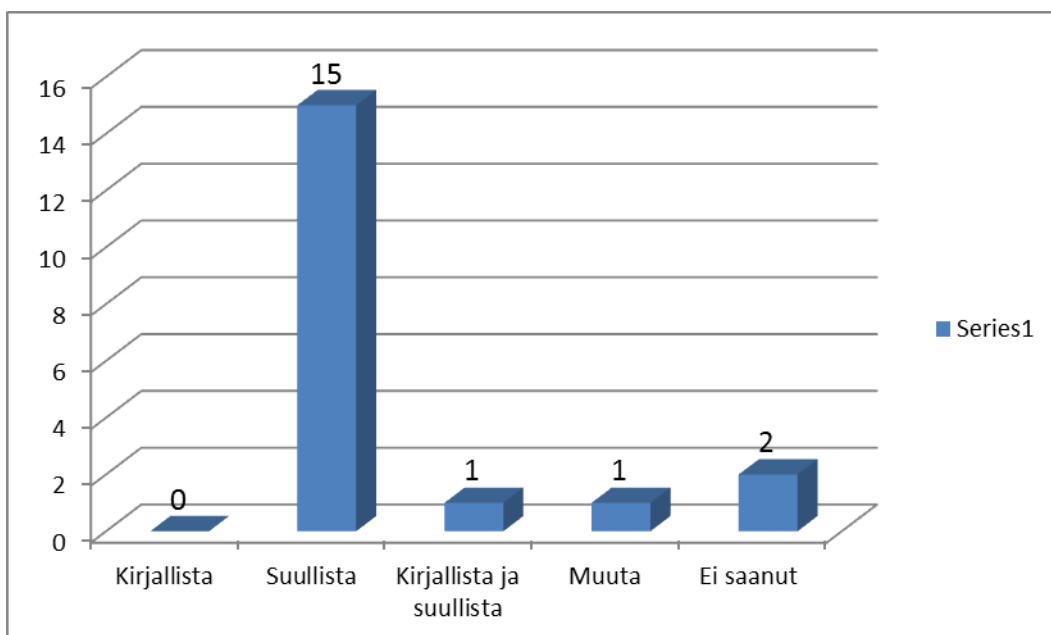
Kyselylomakkeen kolmannessa kohdassa kysyttiin asiakkaiden näkemystä siitä, onko kotihoidon henkilökunta tietoinen kaikista heidän käyttämistään resepti- ja käsikauppalääkkeistään sekä luontaistuotteista. Kysymykseen saatiin 20 vastausta, ja vastaajista 19 uskoi kotihoidon

olevan tietoinen heidän koko lääkityksestään. Yksi vastaajista ei osannut sanoa näkemystään kysymykseen.



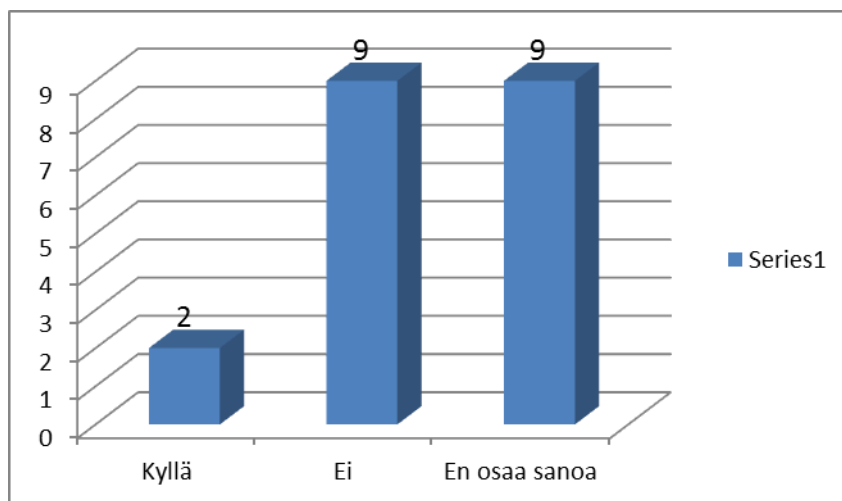
Kuvio 4. Kotihoidon tekemät lääkitysvirheet asiakkaiden kokemina (n=20)

20 vastaajasta 16 koki lääkityksen olleen virheetöntä, kun kartoitettiin asiakkaiden kokemuksia lääkityksen virheettömyydestä kotihoidon asiakkuuden aikana. Neljä vastaajaa ei osannut ottaa kantaa lääkityksen virheettömyyteen.



Kuvio 5. Asiakkaiden saama lääkityksen ohjaus (n=19)

Lääkehoidon ohjausta käsittelevään kysymykseen saatiin 19 vastausta. Vastaajista 15 kertoi saaneensa suullista ohjausta ja yksi vastaaja sekä suullista että kirjallista. Kaksi vastaajaa ei koe saaneensa ohjausta ollenkaan. Yksi vastaaja oli saanut muuta ohjausta ja tarkensi avoimessa kohdassa ohjauksen tulleen lääkäriltä.



Kuvio 6. Asiakkaiden toive saada lääkehoidon lisäohjausta kotihoidon henkilökunnalta (n=20)

Viimeinen kysymys selvitti asiakkaiden toiveita saada enemmän lääkehoidon ohjausta kotihoidon henkilökunnalta. Kysymykseen vastasi 20 asiakasta, ja heistä kaksi toivoi saavansa lisää ohjausta. Yksi vastaaja tarkensi toivovansa kirjallista ohjausta lääkehoidosta. Yhdeksän vastaajaa ei kokenut tarvetta lisäohjaukselle ja toiset yhdeksän ei osannut sanoa tarvettaan tälle.

6.2 Henkilökunnan vastaukset

Kotihoidon henkilökunnalle jaettiin kuusi kyselylomaketta, ja täytettyinä näistä palautettiin opinnäytetyöntekijöille viisi. Kyselylomakkeet käytiin läpi aineiston kuvauksen avulla, joka on aineistolähtöinen analyysimalli. Aineistolähtöisessä analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2006, 97). Aluksi kaikki vastaukset kirjoitettiin ylös ja niiden yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia vertailtiin. Tämän jälkeen tehtiin aineiston kuvaus, jonka tarkoituksena on luonnollisella kielellä kuvaten nostaa esiin aineistosta olennaisia asioita tutkittavien teemojen näkökulmasta (Tuomi & Sarajärvi 2006, 102). Tulosten yhteenvedossa on tuotu esille opinnäytetyön kehittämisosuuden kannalta olennaisia kokonaisuuksia, eli niitä asioita, jotka vastausten perusteella muodostavat lääkehoidon turvallisuuden riskitekijöitä. Yhteenvedo henkilökunnan vastauksista on esitelty kaaviokuvina työn lopussa (Liite 6).

Henkilökunnan kyselylomakkeen ensimmäisessä kysymyksessä (n=5) selvitettiin henkilökunnan kokemusta omien lääkehoitoa koskevien työtehtävien hallinnasta. Suurin osa vastaajista koki hallitsevansa kyseiset työtehtävät hyvin tai vähintäänkin kohtalaisen hyvin. Yksi vastaajista eritteli vastauksessaan lisäksi ongelmakohtia, jotka vaikeuttavat lääkehoidon sujuvaa toteutusta. Vastaajat saivat myös kertoa, minkälaista lisäkoulutusta toivoisivat saavansa lääkehoidosta (kysymys 2, n=4). Moni vastaaja toivoi lisäkoulutusta erityisesti lääkkeiden yhteisvaikutuksista. Myös lääkelaskuharjoitukset ja koulutus lääkeainepitoisuuksien kontrolloinnista nähtiin tarpeelliseksi.

Kolmas kysymys (n=5) käsitteli lääkelistojen selkeyttä, ajantasaisuutta ja yhtenäisyyttä. Suurin osa henkilökunnasta oli sitä mieltä, että etenkin lääkelistojen ajantasaisuudessa olisi parantamisen varaa. Effica -tietojärjestelmässä oleva asiakkaan lääkelista koettiin useimmiten selkeäksi, mikäli merkinnät pysyvät ajantasaisena myös asiakkaan lääkityksen muuttuessa. Esimerkiksi asiakkaan siirtyminen erikoissairaanhoidosta takaisin kotihoitoon koettiin aiheuttavan epäselvyyttä lääkehoidossa. Lisäksi yksi vastaaja painotti kotihoidon ja lääkärin välisen yhteistyön tärkeyttä lääkelistojen päivittämisessä, sillä lääkärin tehtävänä on merkitä lääke muutokset listalle kotihoidon pyynnöstä. Ongelmia aiheuttaa myös se, että asiakkaiden kotona oleviin dosetteihin kiinnitettyjä lääkelistoja ei aina päivitetä samanaikaisesti, kun tietojärjestelmään tehdään muutoksia.

Läkelistoihin liittyen vastaajilta kysyttiin myös, kuinka usein asiakkaiden lääkelistat tarkistetaan ja onko tämä hoitajien mielestä riittävän usein (kysymys 4, n=5). Vastauksista kävi ilmi, että lääkelistoja ei tarkisteta säännöllisesti, vaan lähinnä tarpeen mukaan esimerkiksi kun potilas kotiutuu sairaalasta tai on käynyt yksityislääkärin vastaanotolla. Moni vastaaja oli sitä mieltä, että lääkelistoja olisi syytä tarkistaa useammin ja säännöllisin väliajoin.

Viidennessä kysymyksessä (n=4) pyydettiin hoitajia kertomaan ongelmista, joita on saattanut syntyä, mikäli asiakkaiden kotona on ollut ylimääräisiä lääkkeitä, joita ei ole merkitty lääkelistalle. Vastausten perusteella henkilökunta ei koe asiaan liittyvän suuria ongelmia. Läkelistoille merkitsemättömistä lääkkeistä on kuitenkin koitunut ylimääräistä vaivaa hoitajille, kun etenkin muistamattomien asiakkaiden kohdalla on jouduttu selvittämään kollegoiden, lääkärin, sairaalaan tai asiakkaan omaisten avulla, onko kyseinen lääke kuitenkin asiakkaalla käytössä.

Kuudennessa kysymyksessä (n=4) vastaajat kertoivat, minkälaista lääkehoidon ohjausta he ovat antaneet kotihoidon asiakkaille. Vastauksista kävi ilmi, että kaikki olivat antaneet ainakin jonkinlaista ohjausta lääkkeisiin liittyen. Asiakkaita oli ohjattu muun muassa lääkkeiden

ottotavasta ja - ajankohdasta, lääkkeiden vaikutuksesta, yhteisvaikutuksista, alkoholin käytöstä lääkeshoidon yhteydessä sekä dosetin käytöstä.

Hoitajia pyydettiin esittämään arvelunsa siitä, mistä johtuu, jos lääkkeitä ei aina ole riittävästi (kysymys 7, n=5). Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että lääkkeiden loppuminen kesken lääkkeenjaon ei ole yleinen ongelma. Mikäli näin on käynyt, on taustalla ollut useimmiten edellisen lääkkeenjakajan unohdus, apteekin virhe tai lääkäri ei ole ehtinyt uusia reseptiä.

Kahdeksannessa kysymyksessä (n=5) tiedusteltiin hoitajien näkemystä siitä, kuinka hyvin he tietävät asiakkaidensa lääkkeiden käyttötarkoituksen. Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että tuntevat ainakin yleisimmät lääkkeet hyvin, ja vieraampien lääkkeiden käyttöön tutustutaan Pharmaca Fennican tai Internetin avulla.

Kun hoitajilta kysyttiin heidän tyytyväisyyttään reseptien uusimistapaan, suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että uusiminen sujuu ongelmitta (kysymys 9, n=5). Kotihoidon lääkäri käy kerran viikossa toimistolla ja uusii tarvittavat reseptit vuodeksi eteenpäin. Silloin tällöin reseptin uusimisessa kuluu hoitajien mielestä liian kauan aikaa.

Myös kymmenes kysymys (n=5) käsitteli reseptejä. Hoitajilta tiedusteltiin, minkälaisia ongelmia he ovat havainneet asiakkaiden reseptien säilyttämisessä. Kotihoidon niin sanottujen ”apteekkiasiakkaiden” reseptit säilytetään apteekissa. Säilytyksessä sinällään ei ole ollut ongelmia, mutta ajoittain apteekista tulee liian myöhään tieto reseptien uusimistarpeesta, jolloin asiakkaat joutuvat odottamaan lääkkeitään. Vastauksissa mainittiin ongelmaksi myös reseptien katoaminen apteekki, toimiston ja terveysaseman välillä.

Hoitajilta pyydettiin ehdotuksia siitä, miten lääkehoidon kirjaamista voisi yhtenäistää ja kehittää heidän kotihoidon tiimissään (kysymys 11, n=4). Vastaajien mielestä kehittämisen kohteena voisi olla esimerkiksi lääkemuutosten kirjaamisen parantaminen siten, että kaikki hoitajat saisivat tarvittavan tiedon muutoksista. Myös yhteistyö lääkärin kanssa kaipaisi kehittämistä, jotta lääkelistat tulisi päivitettyä aina ajan tasalle. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että kirjaaminen sujuu hyvin, eikä kehitettävää ole.

Lääkeshoidon kirjaamista kartoitettiin myös toiseksi viimeisessä kysymyksessä (kysymys 12, n=4). Hoitajat saivat kertoa, kuinka helposti he kokevat saavansa tietoa asiakkaiden lääkehoidosta muun henkilökunnan tekemien kirjausten perusteella. Vastauksista kävi ilmi, että kirjallisessa tiedonkulussa on parantamisen varaa. Suurimpana ongelmana nousi esille kirjaamisen vähäisyys tai puutteellisuus. Aina kirjattuja tietoja ei myöskään pääse tarkistamaan tietokoneelta, koska toimistolla hoitajia on paljon ja koneita rajattu määrä. Tiedonkulun parantamiseksi kotihoidossa järjestetään myös suullisia raportteja, mutta näihinkään eivät kaikki aina pääse paikalle.

Kyselyn lopuksi vastaajille annettiin mahdollisuus esittää ehdotuksia lääkehoidon kehittämiseksi kotihoidosta (kysymys 13, n=5). Vastauksissa toivottiin sairaanhoitajalle lisää aikaa perehtyä asiakkaiden lääkeasioihin, kuten lääkeainepitoisuuksien kontroleihin, sekä mahdollisuus ottaa useammin vastuuta lääkkeenjaosta. Myös kirjaamiseen toivottiin parannusta. Lääkitysmuutokset pitäisi kirjata mahdollisimman pian, jotta ne tulisivat kaikkien tietoon. Lisäksi tärkeää olisi, että lääkkeenjakaaja kirjaisi tekemänsä jaon selvästi asiakkaan tietoihin. Kollegoiden toivottiin myös muistavan tehdä apteekkitilaukset ajoissa, jotteivät asiakkaan lääkkeet pääse loppumaan kesken. Yhtenä ehdotuksena oli lisäksi apteekin lääkepussituspalvelun käyttöönotto.

7 Pohdinta

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus sujui suunnitelmien mukaisesti. Molemmat vierailut kotihoidossa selvensivät opinnäytetyön tarkoitusta ja merkitystä molemmille osapuolille. Kotihoidon henkilökunnan kanssa käydyn keskustelun pohjalta aiheen ja tutkimusjoukon rajaus saatiin sovittua sekä kotihoitoa että opinnäytetyötä hyödyttäväksi. Kyselylomakkeiden palautumisessa kotihoidon henkilökunta teki suuren työn rohkaistessaan ikääntyneitä asiakkaita vastaamaan kyselyyn. Myös omissa vastauksissaan henkilökunta toi rehellisesti esiin kotihoidon arkea ja omia näkemyksiään. Opinnäytetyön tekijät saivat hyvän kokemuksen tutkimuluontoisesta toiminnasta ja työelämän arjen kehittamisestä. Kaikin puolin yhteistyö kotihoidon kanssa oli sujuvaa ja antoisaa.

7.1 Kyselytutkimuksen yhteenveto

Yhteenvedossa nostetaan esille vastauksissa esiintyneitä opinnäytetyön kannalta tärkeitä teemoja. Tarkoituksena on löytää ne lääkehoidon turvallisuutta vaarantavat tekijät, joihin kotihoito voi vaikuttaa omaa toimintaansa kehittämällä. Vastausten avulla löytyneet ongelmakohdat esitellään kotihoidon tiimin henkilökunnalle opinnäytetyöntekijöiden järjestämässä kehittämiskokouksessa, ja niihin pohditaan yhdessä ratkaisuja.

7.1.1 Asiakkaiden vastaukset

Asiakkaiden vastaukset kyselylomakkeen kysymyksiin olivat verrattain yksimielisiä, eikä vastausten perusteella lääkehoidossa ei tule ilmi erityisiä riskitekijöitä. Näyttäisi siltä, että asiakkaat pääpiirteissään ovat tyytyväisiä kotihoidon toteuttamaan lääkehoitoon, eikä virheitä lääkehoidossa ole havaittu. Asiakkaat ovat yhtä vastaajaa lukuun ottamatta tietoisia omasta lää-

kityksestään ja suurin osan on tyytyväisiä omaan lääkitykseensä. Asiakkaat myös kokevat henkilökunnan olevan tietoisia kaikista heidän käytössään olevista lääkkeistä, joten voimme päätellä, että kotihoidolla pitäisi ainakin tämän perusteella olla mahdollisuus huolehtia luotettavasti asiakkaan koko lääkityksestä. Kotihoidon henkilökunta on asiakkaiden mukaan ohjannut heitä suullisesti lääkehoitoon liittyvissä asioissa ja vain kaksi vastaaja kokee, ettei ole saanut lääkehoidon ohjausta ollenkaan. Ilmeisesti kotihoidon antama lääkehoidon ohjaus on ollut riittävää, sillä vain kaksi vastaajaa toivoisi saavansa enemmän ohjausta. Lähes puolet vastaajista tosin ei osannut sanoa, olisiko lisäohjaukselle tarvetta, joten voi olla, että asiakkaat eivät ole täysin tietoisia siitä, mitä ohjaus voisi pitää sisällään. Kotihoidon henkilökunnan olisi ehkä hyvä tarjota aktiivisemmin ammattitaitoaan avuksi lääkehoitoon liittyvissä ongelmissa tai kysymyksissä.

7.1.2 Henkilökunnan vastaukset

Henkilökunnan kyselylomake oli luonteeltaan kvalitatiivinen, joten myös vastaukset olivat informatiivisempia ja niiden perusteella oli havaittavissa muutamia lääkehoidon sujuvuutta haittaavia tekijöitä. Suurimmat ongelmakohdat tuntuivat olevan lääkelistojen selkeydessä ja ajantasaisuudessa sekä lääkehoidon kirjaamisessa. Lääkelistoja ei päivitetä säännöllisesti, eikä tieto uusista lääkemuutoksista aina ajantasaisesti kulje erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä. Kirjaamisessa ongelmia on ollut henkilökunnan mukaan etenkin kirjaamisen puutteellisuudessa. Aina kirjattuja tietoja ei myöskään pääse tarkistamaan tietokoneelta, jos henkilökuntaa on paljon paikalla ja koneet varattuina. Tällöin kirjattu tieto ei välttämättä tavoita käynnille lähtevää hoitajaa.

Pienempiä ongelmia lääkehoidossa aiheuttaa ajoittain yhteistyö apteekin ja kotihoidon lääkärin kanssa. Silloin tällöin reseptit hukkuvat apteekin, kotihoidon ja terveysaseman välillä tai apteekki ei ajoissa ilmoita reseptin uusimistarpeesta. Lääkärin viikoittaiset käynnit kotihoidon toimistolla koettiin hyväksi ja reseptien uusiminen helpoksi, mutta sen sijaan yhteistyötä lääkärin kanssa katsottiin tarpeelliseksi lisätä etenkin lääkelistojen päivittämisasioissa. Kaikkien kaikkiaan hoitajat kokivat hallitsevansa hyvin omat lääkehoitoon liittyvät työtehtävänsä. Moni vastaaja kuitenkin toivoi lisäkoulutusta joltakin lääkehoidon osa-alueelta ja erityisesti lääkkeiden yhteisvaikutuksista kaivattiin lisää tietoa.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tämän opinnäytetyön eettisen tarkastelun keskeisenä osana on tutkimukseen osallistujien oikeuksien toteutuminen ja turvaaminen. Kyselylomakkeen saatekirjeessä (Liite 3 ja 4) selvi-

tetään tutkimukseen osallistujille Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2009, 174, 178) ja Mäkisen (2006, 114) ohjeiden mukaan opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus, jotta vastaajat tietävät mihin ovat osallistumassa, mihin heidän antamiaan tietoja käytetään ja ketkä niihin pääsevät käsiksi. Lisäksi saatekirjeessä kerrotaan, että osallistuminen on vapaaehtoisesta ja siitä voi myös kieltäytyä. Kyselylomaketutkimuksessa kyselyyn vastaaminen voidaan tulkituksi suostumukseksi, joten erillistä suostumuslomaketta ei tarvitse täyttää. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 174 - 175, 178.)

Henkilötietojen käsittely ei ole tämän opinnäytetyön kannalta oleellista, joten vastaajat pysyvät anonyymeinä. Tämä saattaa olla myös tiedonkeruun kannalta suotuisa asia. Mäkisen (2006, 114) mukaan henkilötietojen salassa pysyminen saattaa rohkaista vastaajaa puhumaan rehellisesti ja näin helpottaa olennaisesti tutkimukseen liittyvien oleellisten tietojen keräämistä.

Kyselylomake on hyväksytetty opinnäytetyön ohjaajilla, mikä on Airaksisen ja Vilkan (2003, 62) mukaan tarpeellista ennen kyselytutkimuksen aloittamista. Kyselylomake voidaan myös testata etukäteen muilla kuin tutkimushenkilöillä ja saada tietoa kyselylomakkeen validiteetista ja reliabiliteetista. Tämä mahdollistaa kyselylomakkeen parantamisen niin, että se mittaa oikeita asioita parhaalla mahdollisella tavalla. (Mäkinen 2006, 86.) Opinnäytetyön kyselylomakkeet esitestattiinkin tutkimuksen ulkopuolisilla henkilöillä, ja heidän palautteensa perusteella lomakkeita muokattiin toimivampaan muotoon.

Opinnäytetyön kyselytutkimusta suunniteltaessa pohdittiin, kuinka kotihoidon asiakkaista valittaisiin tutkimukseen soveltuvat vastaajat. Alkuperäisenä suunnitelmana oli pyytää kotihoidon henkilökuntaa valitsemaan asiakaskunnastaan sellaiset, jotka heidän mielestään olisivat toimintakyvyltään kykeneviä vastaamaan kyselyyn. Pohdinnan jälkeen opinnäytetyön tekijät tulivat kuitenkin siihen tulokseen, ettei tällainen valintamenettely ole täysin tutkimusetiikan mukaista. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 179) ovat nimittäin todenneet, että hoitotieteellisiä tutkimuksia tehtäessä riskinä on, että potilasjoukosta valitaan osallistujiksi helppoja ja tyytyväiseltä vaikuttavia hoidettavia. Tällöin tutkimuksen ulkopuolelle jäävät tyytymättömät potilaat, joilla kuitenkin saattaisi olla arvokasta tietoa hoitotyön kehittämiseksi (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 179). Tutkimukseen päädyttiin siis ottamaan mukaan kaikki kotihoidon tiimin 75 vuotta täyttäneet asiakkaat. Tutkimukseen osallistujien ikä on rajattu 75 vuotta täyttäneisiin, koska opinnäytetyön teoriaosuudessa on keskitytty tarkastelemaan nimenomaan ikääntyneiden ihmisten lääkehoitoa.

On oletettavissa, että osa kotihoidon asiakkaista on monisairaita tai huonokuntoisia, jolloin he eivät vointinsa puolesta välttämättä jaksavat vastata kyselyyn. Tällöin kyselyn vastausprosentti laskee. Otoksen pieni koko todennäköisesti vaikuttaa tutkimuksen yleistettävyyteen opinnäy-

tetyössä (Kankkunen ja Vehviläinen - Julkunen 2009, 80). Toisaalta tässä opinnäytetyössä onkin pyritty saamaan ainutlaatuista tietoa tutkitun kotihoidon tiimin lääkehoitoprosesseista, eikä tulosten tarvitsekaan olla suoraan yleistettävissä muihin vastaaviin yksiköihin. Tarkoituksena on kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän tapaan saavuttaa enemmänkin laadullista kuin määrällistä tietoa ja otoksen keskiössä ovat siis kokemukset ja tapahtumat tutkimushenkilöiden kuvaamina (Kankkunen ja Vehviläinen - Julkunen 2009, 83.)

7.3 Kehittämiskokous kotihoidossa

Kyselyn tulokset esiteltiin kotihoidon henkilökunnalle 2.2.2012 yhteisesti järjestetyssä kehittämiskokouksessa, johon osallistui opinnäytetyöntekijöiden lisäksi yhteistyötiimin henkilökunta. Ensimmäiseksi kokouksessa käytiin läpi asiakkaiden vastauksista koottu yhteenveto, jonka positiivinen sävy ilahdutti henkilökuntaa. Tämän jälkeen pureuduttiin henkilökunnan vastauksiin, joiden perusteella nostettiin esiin lääkehoidon mahdollisia ongelmakohtia. Keskustelua herättivät erityisesti kiireen vaikutukset työhön, huono tiedonkulku erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä, lääkehoitoa koskevan kirjaamisen puutteellisuus, yhteistyö apteekin kanssa sekä asiakkaiden lääkelistojen epäajantasaisuus. Monet näistä asioista ovat sellaisia, joihin työntekijöiden on vaikea työssään vaikuttaa. Opinnäytetyön tekijät nostivat vastauksista kuitenkin esiin kirjaamisen ja lääkelistojen säännöllisen päivittämisen, jotka toimiessaan hyvin lisäisivät lääkehoidon turvallisuutta. Nämä kaksi tekijää ovat myös sellaisia, jotka jokaisen työntekijän on mahdollista huomioida päivittäisessä työssään.

Yhteisen keskustelun avulla ideoitiin mahdollisuuksia työn kehittämiseen kirjaamisen ja lääkelistojen osalta. Esimerkiksi asiakkaiden lääkedosettien taakse olisi hyvä saada päivitetty lääkelista käytössä olevista lääkkeistä. Kirjaamisen kannalta tärkeää olisi, että jokainen asiakkaan lääkkeet jakanut hoitaja kirjaa asiakastietoihin tehdyn lääkejaon. Henkilökunta tiedosti mahdollisuutensa vaikuttaa yllämainittuihin tekijöihin, mutta kokevat, että kiireen keskellä uusien toimintatapojen käyttöönotto on haastavaa. Moniin ongelmiin henkilökunta kokee olevansa kyvytön vaikuttamaan, jos esimiestasolla ei tunnusteta vaikeuksia ja puututa niihin. Esimerkiksi henkilökunta on kokenut hankalaksi sen, että toimistolla tehtäviin lääkkeenjakoisiin ei ole varattu työohjelmassa erikseen aikaa ja lääkkeet jaetaan kiireessä muiden töiden ohessa. Lääkehoidon vaikutusta asiakkaan vointiin on vaikea seurata, jos hoitaja ei ole tavannut asiakasta pitkään aikaan, vaan ainoastaan jakaa hänelle lääkkeitä kotihoidon toimistolla. Henkilökunnan mukaan asiakkaille nimetyt omahoitajat eivät nykyään pysty käymään asiakkaidensa luona säännöllisesti, sillä asiakaskäyntejä tekevät myös muiden tiimien työntekijät.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyöprosessin aikana tuli esille monia kiinnostavia lääkehoitoon tai kotihoitoon liittyviä aiheita, joita voisi hyödyntää tulevissa opinnäytetöissä. Yhdeksi merkittäväksi asiaksi opinnäytetyön tekijät kokivat kotihoidon henkilökunnan rohkaisemisen uusien ideoiden käyttöönottoon liittyen. Lääkehoidon turvallisuus on merkittävä osa kotihoidon arkea ja siksi on tärkeää, että turvallisuuden riskitekijät minimoidaan lääkehoidon kehittämisen avulla. Tulevassa opinnäytetyössä voisikin keskittyä uusien toimintamallien käyttöönottoon ja seurata mahdollisen muutoksen vaikutusta kotihoidon arkeen.

Kuten aiemmin on mainittu, lääkehoitoon sitoutuminen on sitä vahvempaa mitä enemmän lääkehoidon ohjausta asiakas ja hänen omaisensa saavat. Tulevassa opinnäytetyössä voitaisiin ideoida yksinkertaisia ja selkeitä ohjausmalleja kotihoidon henkilökunnalle ikääntyneiden asiakkaiden lääkehoitoon liittyen. Tärkeää olisi, että ohjausmallit olisivat helposti toteutettavissa ja yhdistettävissä osaksi tavanomaisia asiakaskäyntejä.

Tässä opinnäytetyössä keskityttiin tarkastelemaan vain yhden kotihoidon tiimin lääkehoidon toteutumista. On kuitenkin selvää, että lääkehoidon riskitekijät poikkeavat tiimi- tai yksikkökohtaisesti, ja vastaavasti hyväksi koettuja toimintatapoja löytyy jokaisesta työyhteisöstä. Tämän vuoksi olisikin mielenkiintoista vertailla eri kotihoidon yksiköiden lääkehoidon toteutumista ja jakaa hyväksi havaittuja työtapoja lääkehoidossa.

Lähteet

Aaltola, J. ja Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: PS-kustannus.

Airaksinen, T. & Vilkkä, H. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/564.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940564>. Luettu 19.1.2012.

Awanik Oy 2011. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä.
<http://www.haipro.fi/fin/default.aspx>. Luettu 3.10.2011.

Espoon kaupunki 2006. Alueellinen kotihoito
<http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11866;18678;40525;8649;40320>. Luettu 6.10.2011.

Espoon kaupunki 2008. Asiakkuuden periaatteet. Toimintaohje.
<http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;31;37414>. Luettu 6.10.2011.

Espoon kaupunki 2010. Kotihoidon asiakasmaksut.
<http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11884;102938;103630;103634;110991>. Luettu 6.10.2011.

Espoon sosiaali- ja terveystoimi 2010. Espoon sosiaali- ja terveystoimen lääkehoitosuunnitelma.

Forsbacka, J. & Nousiainen, A. 2011. Sairaanhoidajan käsikirja.
http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=%E4%E4kkeen%20antaminen. Luettu 19.1.2012.

Forsell, M. ja Paakkari, P. 2011. Tabletin murskaaminen (hienontaminen). Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01083&p_haku=kapseli
Luettu 18.1.2012

Haukka, U.-M., Kivelä, S.-L., Medina, A., Pyykkö, V. & Vehviläinen, S. 2005. Vanhusten hoito. Helsinki: WSOY

Hervonen, Jäntti, Lehtonen, Sulkava & Tilvis 2001. Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hietanen, H., Holmia, S., Kassara, H., Ketola, M.-L., Lipponen, V., Murtonen, I. & Paloposki, S. 2004. Hoitotyön osaaminen. Porvoo: WSOY.

Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H.-S., Torniainen, K. & Veräjänkorva, O. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Hägg, T., Ivanoff-Lahtela, P., Rantio, M., Suikki, P. & Vuori, A. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY

Jätelaki 3.12.1993/1072. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1993/19931072>. Luettu 19.1.2012.

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

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1972/19720066>. Luettu 6.10.2011.

- Kinnunen, M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. <http://www.uwasa.fi/ajankohtaista/tiedotearkisto/2010/Kinnunen/>. Luettu 17.1.2012
- Kivelä, S-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Jyväskylä: Tammi.
- Kivelän, S-L. 2006. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Porvoo: WSOY.
- KOULII Koulutuksen Innovaatio & Integraatio -hanke. 2011. <http://www.suurpelto.fi/rakentaminen/tutkimukset/koulii-koulutuksen-innovaatio-integraatio-hanke.html>. Luettu 5.9.2011.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu 19.1.2012.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Luettu 19.1.2012 .
- Larmi, A., Tokola, E. ja Välkkiö, H. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Helsinki: Tammi.
- Lauri, S. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, toim. Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Helsinki: WSOY.
- Lääkeasetus 24.7.1987/693. [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/haku.php?search\[type\]=pika&search\[pika\]=l%C3%A4%C3%A4keasetus&submit=Hae](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/haku.php?search[type]=pika&search[pika]=l%C3%A4%C3%A4keasetus&submit=Hae). Luettu 19.1.2012.
- Läkelaki 10.4.1987/395. [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395?search\[type\]=pika&search\[pika\]=l%C3%A4%C3%A4kelaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395?search[type]=pika&search[pika]=l%C3%A4%C3%A4kelaki). Luettu 19.1.2012.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Niemelä, P. 2007. Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Karisto, A., Kröger, T. & Seppänen, M. (toim.). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Pietikäinen, T. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Pro gradu- tutkielma. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00373.pdf>. Luettu 22.9.2011.
- Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>. Luettu 19.1.2012
- Saano, S., Taam-Ukkonen, M. 2010. Turvallisen lääkehoidon perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830607>. Luettu 6.10.2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2002. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Monisteita 2000:15. http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mon20_15/moniste.htm#5_4. Luettu 4.10.2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. <http://pre20090115.stm.fi/pr1139565646410/passthru.pdf>. Luettu 6.10.2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Vanhusten turvallinen lääkehoito: Kuntien velvoitteet. <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/view/1236539>. Luettu 22.9.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf.
Luettu 2.10.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Kotihoito tukee kotona selviytymistä.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut. Luettu 8.9.2011.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011. Säännöllinen kotihoito.
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr22_11.pdf. Luettu 6.10.2011.

Tilvis, R. 2009. Sairauksien ehkäisy vanhuksilla -erityispiirteet.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00145&p_haku=geriatria
Luettu 18.1.2012

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006 Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi

Liitteet

Liite 1 Kyselylomake henkilökunnalle.....	40
Liite 2 Kyselylomake asiakkaille.....	42
Liite 3 Saatekirje henkilökunnalle.....	44
Liite 4 Saatekirje asiakkaille.....	45
Liite 5 Yhteenveto asiakkaiden vastauksista.....	46
Liite 6 Yhteenveto henkilökunnan vastauksista.....	47

Liite 1 Kyselylomake henkilökunnalle

**LAUREA**
AMMATTIKORKEAKOULU*Uuden edellä*

Lääkehoidon kysely kotihoidon henkilökunnalle

1. Miten koet hallitsevasi sinulle kuuluvat lääkehoitoa koskevat työtehtävät?

2. Millaista lääkehoidon lisäkoulutusta toivoisit saavasi?

3. Ovatko asiakkaidenne lääkelistat mielestäsi selkeitä, ajantasaisia ja yhtenäisiä?

4. Kuinka usein lääkelistat yleensä tarkistetaan? Onko tämä mielestäsi riittävän usein?

5. Kuvaile minkälaisia ongelmia on synnytynyt, jos asiakkaan kotona on ollut lääkkeitä, joita ei ole merkitty lääkelistalle?

6. Minkälaista lääkehoidon ohjausta olet antanut kotihoidon asiakkaille?

7. Onko lääkkeitä yleensä asiakkaan kotona riittävästi lääkkeenjakoapäivänä? Jos ei, niin mistä arvelet tämän johtuvan?

8. Tiedätkö yleensä, mihin tarkoitukseen hoitamaasi asiakkaan lääkkeet ovat määrätty?

9. Millä tavoin reseptien uusiminen yleensä tapahtuu? Oletko tyytyväinen tähän tapaan?

10. Millaisia ongelmia olet havainnut reseptien säilyttämisessä?

11. Miten kehittäisit lääkehoidon kirjaamista yhtenäisemmäksi tiimissänne kotihoidossa?

12. Millä tavalla koet saavasi tietoa lääkehoidosta muun henkilökunnan tekemien kirjausten perusteella?

13. Minkälaisia asioita haluaisit kehittää lääkehoidon toteuttamisessa kotihoidossa?

Kiitos vastauksestasi

Liite 2 Kyselylomake asiakkaille

**LAUREA**
AMMATTIKORKEAKOULU*Uuden edellä*

Lääkehoidon kysely kotihoidon asiakkaille

1. Tiedättekö mitä lääkkeitä syötte?

 KYLLÄ EI EN OSAA SANOA

2. Oletteko tyytyväinen lääkitykseenne?

 KYLLÄ EI EN OSAA SANOA

Jos ette, niin miksi?

3. Onko kotihoidon henkilökunta tietoinen kaikista käyttämistänne reseptilääkkeistä, käsikauppalääkkeistä ja luontaistuotteista?

 KYLLÄ EI EN OSAA SANOA

Jos ei, niin miksi?

4. Onko lääkehoidossanne tapahtunut virheitä kotihoidon asiakkuutenne aikana?

 KYLLÄ EI EN OSAA SANOA

Jos on, niin mitä?

5. Minkälaista lääkehoidon ohjausta olette saanut kotihoidon henkilökunnalta?

Kirjallista

Suullista

Muuta, mitä?

En ole saanut lääkehoidon ohjausta

6. Toivoisitteko saavanne enemmän ohjausta lääkehoidosta kotihoidon henkilökunnalta?

KYLLÄ

EI

EN OSAA SANOA

Mikäli vastasitte kyllä, niin minkälaista ohjausta haluaisitte saada?

Kiitos vastauksestanne!

Liite 3 Saatekirje henkilökunnalle



Kyselytutkimus lääkeshoidosta Matinkylän kotihoidossa

Olemme Laurea-ammattikorkeakoulun viimeisen vuoden terveydenhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyömme turvallisen lääkehoidon kehittämisestä kotihoidossa ja tätä tarkoitusta varten keräämme kokemuksia lääkehoidosta sekä kotihoidon henkilökunnalta että asiakailta. Toteutamme opinnäytetyömme yhteistyössä Matinkylän kotihoidon kanssa. Opinnäytetyössämme olemme keskittyneet tarkastelemaan 75 vuotta täyttäneiden, kotihoidon palveluja saavien asiakkaiden lääkehoidon toteutusta.

Kyselyyn vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista, mutta pienen otannan vuoksi on tärkeää, että mahdollisimman moni täyttäisi kyselylomakkeen. Henkilötietoja emme tutkimuksesamme käytä, joten vastaaja pysyvät anonyymeinä. Saatuja vastauksia pääsevät käsittelemään ainoastaan opinnäytetyön tekijät ja vastauksista kootaan yhteenveto opinnäytetyöhön. Kyselyssä saatuja tietoja käytämme apuna turvallisen lääkehoidon prosessien kehittämisessä. Toivoimme, että vastaatte kyselyyn marraskuun 2011 loppuun mennessä. Kun olette täyttäneet kyselylomakkeen, laittakaa se mukana tulleeseen kirjekuoreen ja sulkekaa kuori. Noudamme henkilökunnan ja asiakkaiden täyttämät vastaukset kirjekuorissa kotihoidon toimistolta.

Kiitos ajastanne. Vastauksenne on meille tärkeä.

Opinnäytetyön tekijät, terveydenhoitajaopiskelijat
Sarla Kelo ja Suvi Kurikka

Liite 4 Saatekirje asiakkaille



Kyselytutkimus lääkehoidosta Matinkylän kotihoidossa

Olemme Laurea-ammattikorkeakoulun viimeisen vuoden terveydenhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyömme turvallisen lääkehoidon kehittämiseksi kotihoidossa ja tätä tarkoitusta varten keräämme kokemuksia lääkehoidosta sekä kotihoidon henkilökunnalta että asiakailta. Toteutamme opinnäytetyömme yhteistyössä Matinkylän kotihoidon kanssa. Opinnäytetyössämme olemme keskittyneet tarkastelemaan 75 vuotta täyttäneiden, kotihoidon palveluja saavien asiakkaiden lääkehoidon toteutusta.

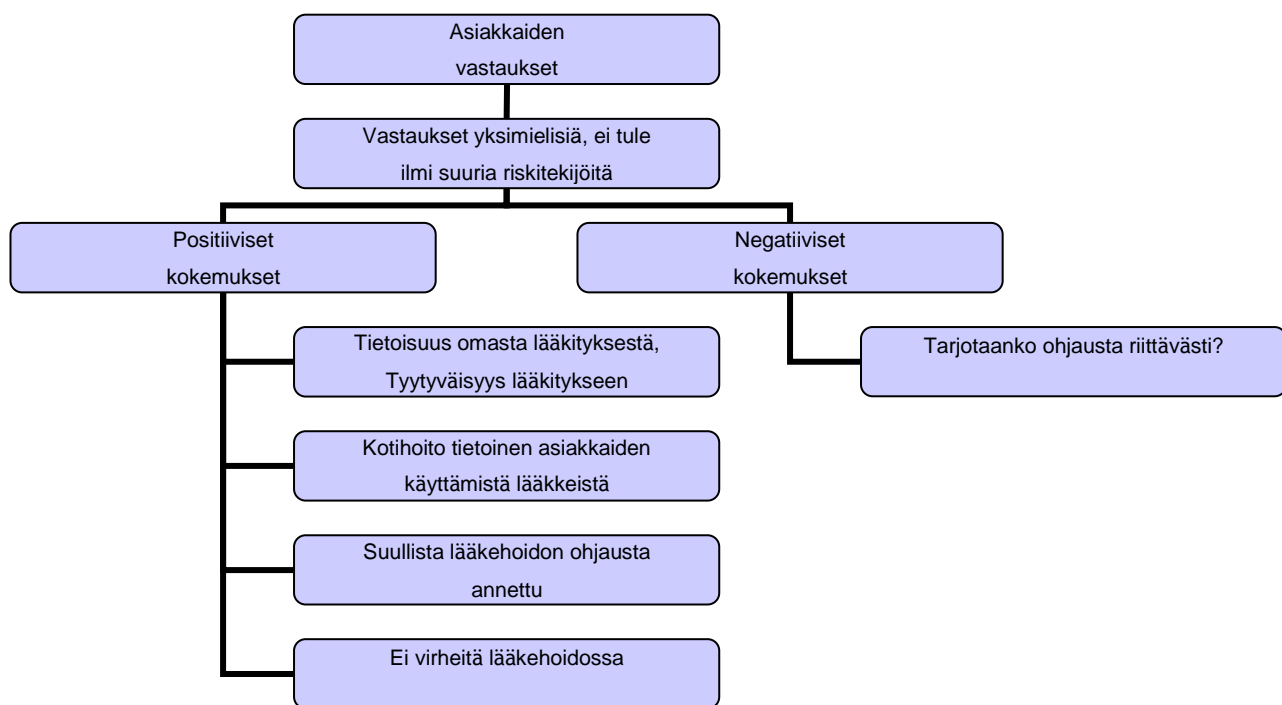
Kyselyyn vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Henkilötietoja emme tutkimuksessamme käytä, joten vastaaja pysyvät anonyminä. Saatua vastauksia pääsevät käsittelemään ainoastaan opinnäytetyön tekijät ja vastauksista kootaan yhteenveto opinnäytetyöhön. Kyselyssä saatua tietoa käytämme apuna turvallisen lääkehoidon prosessien kehittämisessä. Kotihoidon asiakkaita pyydämme täyttämään kyselylomakkeen ilman kotihoidon henkilökunnan apua, eli toivomme, että vastaatte kyselyyn joko omatoimisesti tai omaisen/läheisen avustamana. Vastausaikaa on marraskuun 2011 loppuun asti.

Kun olette täyttäneet kyselylomakkeen, laittakaa se mukana tulleeseen kirjekuoreen ja sulkekaa kuori. Kirjekuoren voitte palauttaa kotihoidon henkilökunnalle heidän käyntinsä yhteydessä. Henkilökunta toimittaa vastaukset suljetuissa kirjekuorissa eteenpäin opinnäytetyön tekijöille.

Kiitos ajastanne. Vastauksenne on meille tärkeä.

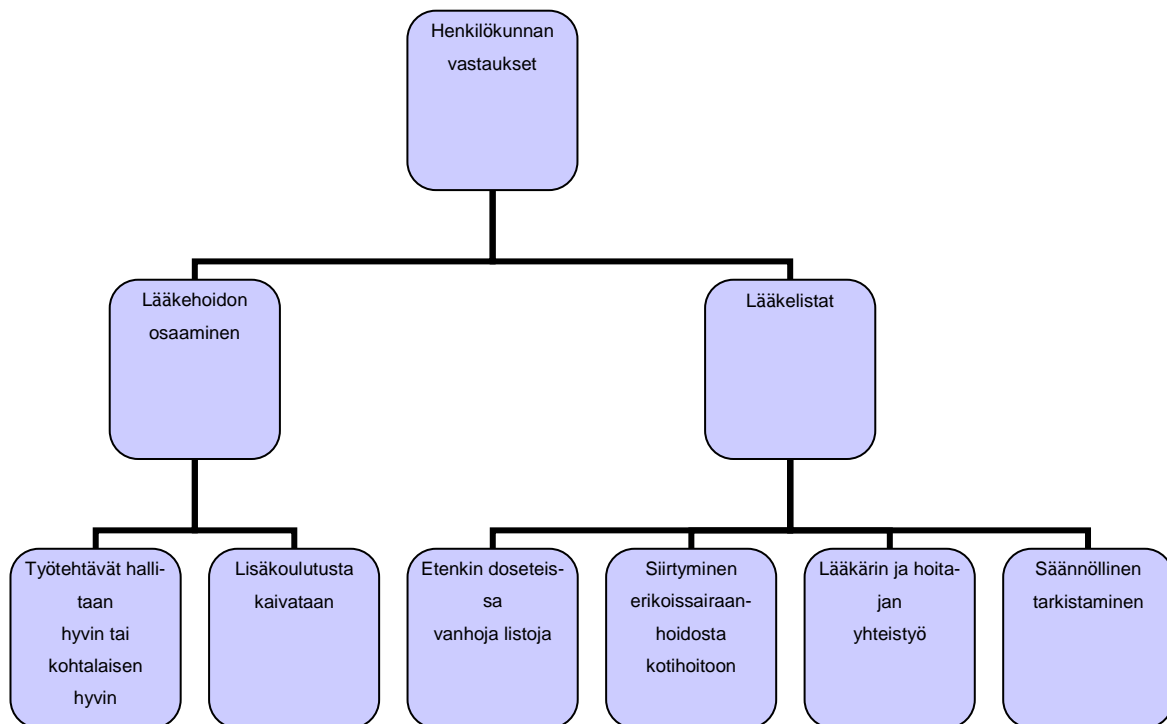
Opinnäytetyön tekijät, terveydenhoitajaopiskelijat
Sarla Kelo ja Suvi Kurikka

Liite 5 Yhteenveto asiakkaiden vastauksista

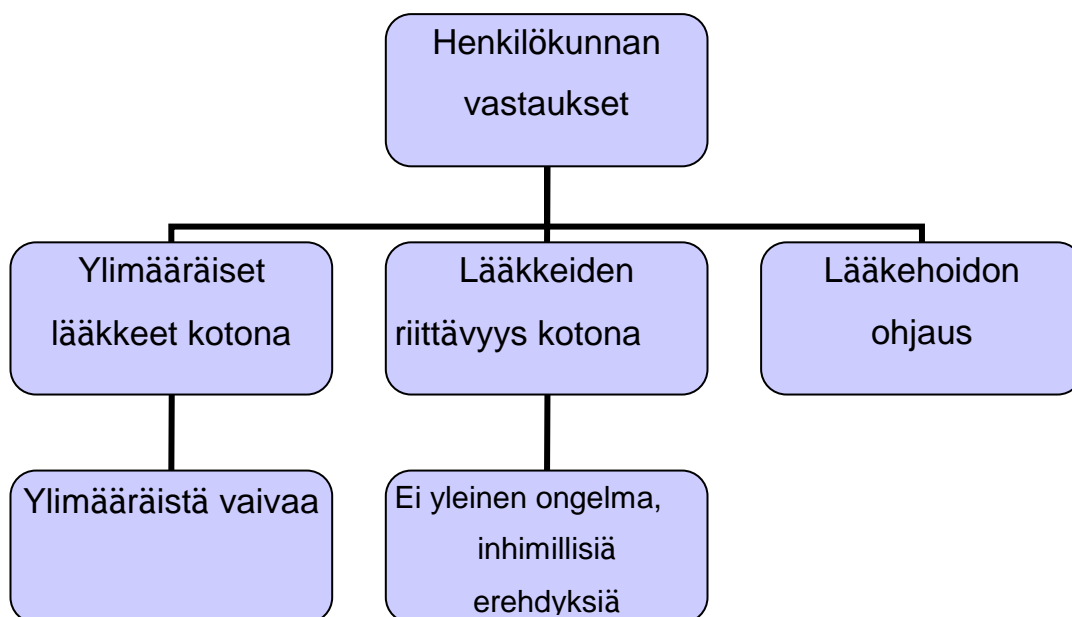


Kuva 1. Asiakkaiden vastaukset

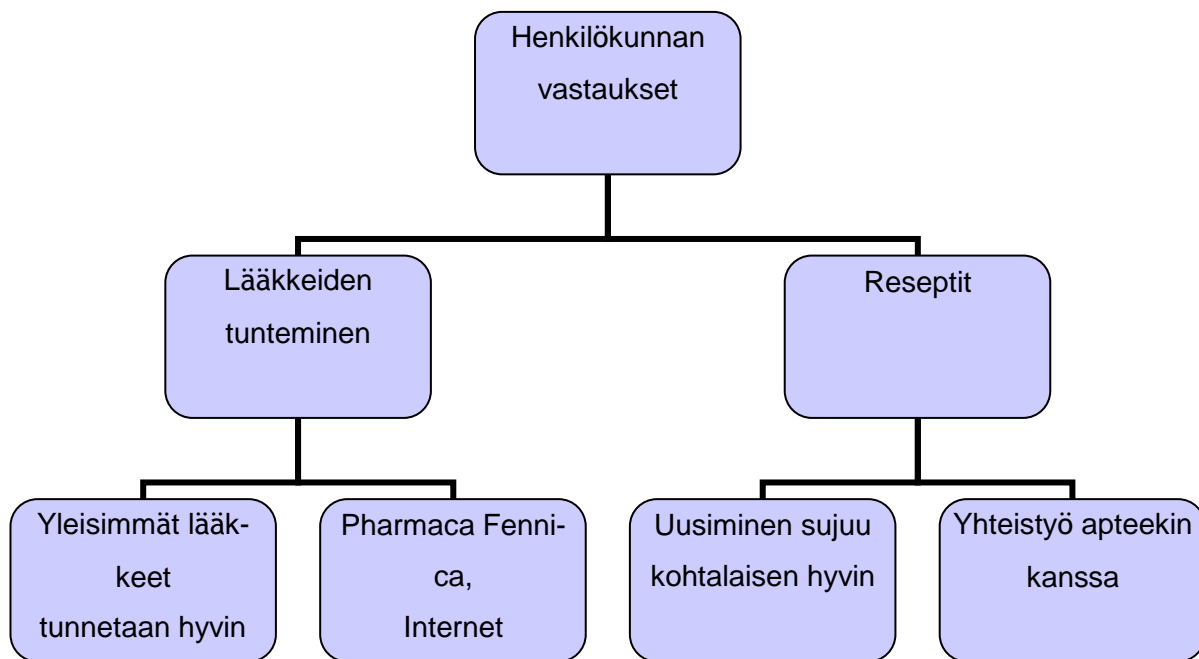
Liite 6 Yhteenveto henkilökunnan vastauksista



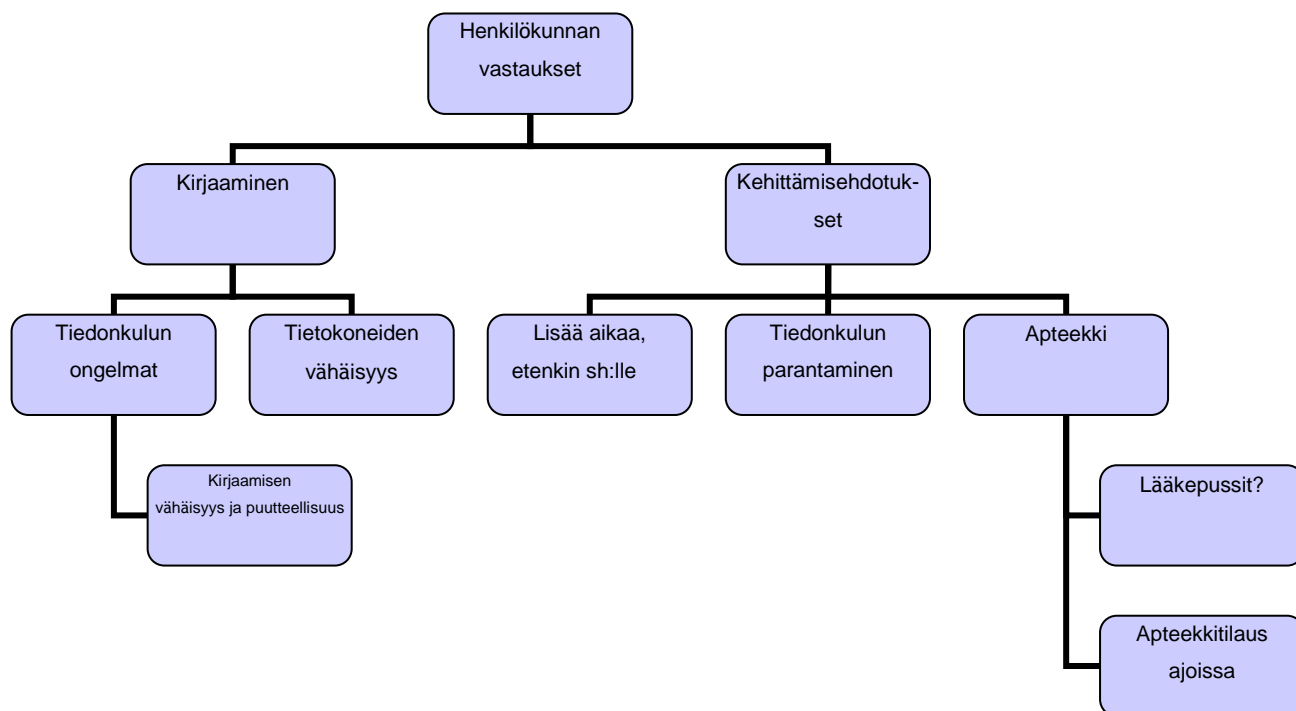
Kuva 1. Lääkehoidon osaaminen ja läkelistat



Kuva 2. Ylimääräiset lääkkeet, lääkkeiden riittävyys, lääkehoidon ohjaus



Kuva 3. Lääkkeiden tunteminen ja reseptit



Kuva 4. Kirjaaminen ja kehittämissuhteet