



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Lääkehoidon dokumentoinnin ja tiedonkulun sekä potilaan informoinnin ja neuvonnan toteutuminen LOST:n toimintayksiköissä

Kilpinen, Jenna

2012 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Lääkehoidon dokumentoinnin ja tiedonkulun sekä potilaan informoinnin ja neuvonnan toteutuminen LOST:n toimintayksiköissä

Kilpinen Jenna
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2012

Jenna Kilpinen

Lääkehoidon dokumentoinnin ja tiedonkulun sekä potilaan informoinnin ja neuvonnan toteutuminen LOST:n toimintayksiköissä

Vuosi 2012 Sivumäärä 48

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää lääkehoitoa LOST:n perusterveydenhuollon toimintayksiköissä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata lääkehoidon dokumentoinnin ja tiedonkulun sekä potilaan informoinnin ja neuvonnan toteutumista LOST:n toimintayksiköissä. Opinnäytetyön teoreettisena pohjana toimi sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema Turvallinen lääkehoito -opas. Sen mukaan jokaisessa lääkehoitoa toteuttavassa työyksikössä tulee olla työyksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma.

Lääkehoitosuunnitelma kertoo työyksikössä toteutettavan lääkehoidon toimintatavat. Lääkehoitosuunnitelman tarkoituksena on parantaa potilasturvallisuutta. Suunnitelman laadinnassa otetaan huomioon työyksikön lääkehoidon vaatavuustaso. Työyksikköjen lääkehoitosuunnitelman pitää sisältää kymmenen kohtaa, joista tässä opinnäytetyössä käsitellään kahta: potilaiden informointia ja neuvontaa sekä lääkehoidon dokumentointia ja tiedonkulkua.

Tämän opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin käyttämällä teemahaastattelua. Haastateltavina oli kolme eri työyksikön vuorossa olevaa sairaanhoitajaa. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Saadun aineiston pohjalta tehtiin analyysi ja pohdinta. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.

Haastattelujen pohjalta ilmeni kehittämiskohteita lääkehoidon vaikutusten kirjaamisessa, lääkehoitoa koskevan tiedon siirtämisessä yksiköiden välillä sekä lääkelistan oikeellisuudessa ja ajantasaisuudessa.

Johtopäätöksenä voitiin todeta, että annetun lääkkeen vaikuttavuus jätettiin kirjaamatta potilaan asiakirjoihin kaikissa työyksiköissä. Lisäksi lääketurvallisuus vaarantui lääkelistojen ajantasaisuuden puutteilla ja epämääräisillä lääkelistoilla, joita siirrettiin yksiköiden välillä. Sen sijaan potilaan informoinnissa ja neuvonnassa ei koettu ongelmatilanteita.

Jatkotutkimusaiheena olisi hyvä käydä uudestaan läpi potilaan informointia ja neuvontaa hieman erityyppisten työyksikköjen kautta, sillä haastattelun mukaan potilaan informoinnin ja neuvonnan kohdalla ei noussut esiin lainkaan ongelmakohtia. Näin tulokset saattaisivat olla erilaiset kuin tässä opinnäytetyössä.

Asiasanat: lääkehoitosuunnitelma, turvallinen lääkehoito, potilasturvallisuus.

Jenna Kilpinen

The realization of documentation and flow of information of pharmacotherapy, and informing and advising patients in the basic health care services in Lohja

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

The goal of this thesis was to describe the current status of the realization of documentation and flow of information of pharmacotherapy and also informing and advising patients in different basic health care units in Lohja. The purpose was to compare the present situation with theoretical information, thus enabling the utilization of the results in drawing up pharmacotherapy plans for the units. The theoretical framework for the thesis was the Guide to Safe Pharmacotherapy issued by the Ministry of Social Affairs and Health. According to this guidebook, all units providing pharmacotherapy must draw up a pharmacotherapy plan.

A pharmacotherapy plan defines the pharmacotherapy provided by the unit. One of the purposes of a pharmacotherapy plan is to improve patient safety. The plan includes ten areas, and this thesis focuses on two of them: documentation and flow of information, and informing and advising patients.

The material for the study was gathered through theme interviews by interviewing three nurses on duty in different units. All the interviews were recorded and transcribed, and the material was then analyzed and studied. This was a qualitative study based on content analysis.

The interviews revealed the different areas for development: documentation, information between units and the correctness of the pharmaceutical listing.

In conclusion, it can be seen that in every unit the effectiveness of the administered medicine was not written down in the patients' documents. Also, medicine safety was endangered by indefinite pharmaceutical lists which were transferred between units and by the lack of updates in the pharmaceutical lists. On the other hand, there were no problem situations found in informing and advising patients.

A continuation study with the subject of informing and advising the patient by using different work units should be done, due to the fact that the interviews showed no problems in the current informing and advising of the patients with the current methods. Thus the results could be different than the findings in this final thesis.

Keywords: pharmacotherapy plan, safe pharmacotherapy, patient safety.

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Toimintaympäristö.....	6
3	Lääkehoidon teoreettiset lähtökohdat	7
3.1	Lääkehoitoa säätelevät lait ja oppaat.....	8
3.1.1	Potilasturvallisuus.....	8
3.1.2	Potilaan asemaja oikeudet	8
3.1.3	Potilasvahinkolaki	9
3.2	Turvallinen lääkehoito	9
3.3	Eettisyys lääkehoidossa	11
3.4	Lääkehoitosuunnitelma.....	12
3.4.1	Potilaiden informointi ja neuvonta.....	13
3.4.2	Lääkehoidon dokumentointi ja tiedonkulku	17
3.4.3	Henkilöstön vastuut.....	21
3.4.4	Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen	21
4	Opinnäytetyön toteuttaminen	22
4.1	Kvalitatiivinen tutkimus.....	23
4.2	Teemahaastattelu ja litterointi.....	23
4.3	Sisällönanalyysi	25
5	Tutkimustulokset.....	25
5.1	Potilaiden informointi ja neuvonta	25
5.2	Lääkehoidon dokumentointi ja tiedonkulku	28
6	Johtopäätökset	32
6.1	Lääkehoidon toteuttamisen arviointi	32
6.2	Kehittämiskohteita.....	37
6.3	Luotettavuus ja eettisyys	38
	Lähteet	41
	Liitteet.....	45

1 Johdanto

Lääkehoito on nykyisin ja tulevaisuudessa monissa sairauksissa keskeinen terveydenhuollon hoitokeino. Onnistunut lääkehoito edellyttää kuitenkin, että lääke on määrätty oikein perusteiden, lääkevalinta on oikea, lääke toimitetaan oikein ja lääkkeen käyttäjä osaa käyttää sitä tai hänelle annostellaan lääkettä oikein. Myös lääkkeiden käyttöön liittyvä neuvonta ja lääkehoidon seuranta edellyttävät riittävää tietoa ja osaamista, jotta lääkkeestä voitaisiin saada paras mahdollinen hyöty. Epätarkoituksenmukaisesta lääkkeiden käytöstä, kuten lääkitysvirheistä aiheutuu huomattava määrä sekä inhimillistä kärsimystä että turhia kustannuksia. (Suomen Farmasialiitto ry ja Tehy ry 2003, 4.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Lohjan perusterveydenhuollon eri työyksiköiden lääkehoidon dokumentoinnin ja tiedonkulun sekä potilaan informoinnin ja neuvonnan nykytilaa ja verrata sitä tutkittuun tietoon ja näin löytää mahdollisia kehittämiskohteita. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää Lohjan perusterveydenhuollon lääkehoitosuunnitelmaa kohti yhä turvallisempaa lääkehoitoa. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Lohjan perusterveydenhuollossa eri yksiköiden toimipaikkakohtaisten lääkehoitosuunnitelmien tekovaiheessa.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä on laatinut valtakunnallisen Turvallinen lääkehoito -oppaan, jota käytetään tässä työssä yhtenä tärkeimmistä lähtökohdista. Oppaan tarkoituksena on muun muassa yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet ja selkeyttää lääkehoitoon liittyvä vastuunjako kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä (STM 2006, 3). Opas käsittää yhteensä kymmenen kohtaa, joista tässä työssä paneudutaan syvällisemmin kahteen seuraavaan: potilaiden informointi ja neuvonta sekä dokumentointi ja tiedonkulku.

Opinnäytetyö on tutkielmatyypiltään laadullinen tutkimus. Tutkimus koostuu kolmesta haastattelusta, joiden pohjalta kartoitetaan lääkehoidon käytännön nykytilaa. Haastattelut tehtiin teemahaastatteluina, joissa oli valmiiksi suunniteltuja teemoja, joiden ympärillä keskustelu käytiin. Opinnäytetyön yhteistyökumppaneina oli kolme työyksikköä LOST-alueelta.

2 Toimintaympäristö

Lohjan perusturvakeskus huolehtii sosiaali- ja terveystalvakuista Lohjalla, Siuntiossa, Inkoossa ja Karjalohjalla, jotka muodostavat Lohjan sosiaali- ja terveydenhuoltoalue LOSTin. Lohjan perusturvakeskuksen visiona on, että terveyttä ja toimintakykyä tuetaan kustannusvaikuttavilla, joustavilla ja oikea-aikaisilla sosiaali- ja terveystalvuilla. Perusturvakeskus tunnetaan arvostettuna työnantajana ja sillä on riittävästi osaavaa ja

hyvinvoivaa henkilöstöä, joka on vastaamassa asiakkaiden tarpeisiin. (Lohjan kaupunki 2012a.) Sosiaali- ja terveyslautakunnan alaisena hallinto- ja palvelukeskuksena on perusturvakeskus. Perusturvakeskuksessa käsitellään kaikki toimialaan liittyvät päätösten valmistelut ja täytäntöönpanoa hoitavat sekä palveluja antavat toimintayksiköt sekä koko niiden henkilökunta. Perusturvakeskus jakautuu viiteen tulosalueeseen: hallintopalveluihin, vanhus- ja sairaanhoitopalveluihin, sosiaalipalveluihin, erityispalveluihin ja terveyspalveluihin. (Lohjan kaupunki 2012b.)

Ihmisellä ja hänen perheellään on tärkeä vastuu omasta ja hänen perheensä terveydestä ja hyvinvoinnista. Terveyspalvelut auttavat yksilöä ja hänen perhettään ehkäisevän toiminnan ja sairaanhoito- sekä kuntoutustoiminnan avulla. Terveysasemien vastaanotot sijaitsevat alueittain Lohjalla keskustassa, Mäntynummessa, Routiolla, Tynninharjulla ja Virkkalassa. Sammatissa voi asioida Sammatin terveystasemalla, Siuntiossa Siuntion terveystasemalla, Inkoossa Inkoon terveystasemalla ja Karjalohjalla Karjalohjan terveystasemalla. (Lohjan kaupunki 2012c.) Terveystasemilla terveystasemalääkäreiden vastaanotolla pystytään hoitamaan niin äkillisiä kuin pitkäaikaissairauksia ja laaditaan niihin liittyviä todistuksia ja lausuntoja. Tarvittaessa terveystasemalääkäri voi ohjata asiakkaan erikoissairaanhoidon palveluihin. Kuntalaisia kehoitetaan aluksi ottamaan yhteyttä lähimpään terveystasemaan, mutta kiireettömässä asiassa terveystasemaa voi halutessaan vaihtaa. Vaihdoista tulee kuitenkin tehdä kirjallinen ilmoitus nykyiseen hoitopaikkaan. (Lohjan kaupunki 2012d.)

Lohjan terveystasemukseen kuuluu yhteensä kuusi vuodeosastoa. Neljä vuodeosastoa sijaitsee Lohjan keskustan terveystasemalla, yksi Tynninharjun terveystaseman yhteydessä ja yksi Siuntion terveystasemalla. Vuodeosastoilla on yhteensä 143 sairaansijaa. Lohjan terveystasemuksen vuodeosastoilla hoidetaan potilaita moniammatillisesti ja tavoitteena on aina antaa hyvää hoitoa. Hoitoon tulevat potilaat tutkitaan, heidän toimintakykynsä arvioidaan ja heidän lääkehoitonsa tasapainotetaan. Tarvittaessa potilaille etsitään jatkohoitopaikkoja. Potilaita ei kotiuteta, jos ei sitä ennen ole oltu yhteydessä omaisiin tai kotihoitoon. Vuodeosastoilla annetaan sekä lyhyt- että pitkäaikaishoitoa ja tarvittaessa saattohoitoa. Terveystasemukset tekevät paljon yhteistyötä omaisten lisäksi muun muassa kotihoidon, vanhainkotien, erilaisten vanhusten asumisyksiköiden ja Lohjan sairaalan sekä muiden hoitoon liittyvien sidosryhmien kanssa. (Lohjan kaupunki 2012 e.)

3 Lääkehoidon teoreettiset lähtökohdat

Tämä opinnäytetyö perustuu sosiaali- ja terveystasemien ohjeeseen turvallisesta lääkehoidosta ja sen kehittämisestä. Opinnäytetyössä keskitytään lääkehoitosuunnitelman osalta potilaan informointiin ja neuvontaan sekä lääkehoidon dokumentointiin ja

tiedonkulkuun. Lisäksi opinnäytetyössä paneudutaan tärkeisiin lääkehoitoa ohjaaviin lakeihin, lääkehoidon eettisyyteen ja turvalliseen lääkehoitoon.

3.1 Lääkehoitoa säätelevät lait ja oppaat

Terveystieteiden ammattiharjoittaminen on vahvasti säänneltyä. Lainsäädännön tarkoituksena on tehostaa potilasturvallisuutta. (Suomen Farmasialiitto & Tehy ry 2003, 4.) Lääkehoitoa ohjaavat ja valvovat seuraavat viranomaiset: ministeriö, sen alaiset virastot ja lääkehoitoa toteuttavat toimintayksiköt. Suomessa lääkehoidon ylin vastuullinen viranomainen on sosiaali- ja terveysministeriö eli STM. Se johtaa, ohjaa ja valvoo lääkehoitoa ja -huoltoa laatimalla sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevia lakeja, asetuksia ja ohjeita. Niiden tavoitteena on turvallinen ja tasavertainen lääkehoito Suomessa. Potilaalla on oikeus asianmukaiseen, laadultaan hyvään, terveydentilansa edellyttämään sekä oikeuksiaan kunnioittavaan hoitoon ja kohteluun. Tämä asettaa terveydenhuollon ammattihenkilöille vaatimuksia, joihin muun muassa lait velvoittavat. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 15.) Seuraavissa luvuissa käsitellään tarkemmin näitä lakeja, asetuksia ja ohjeita.

3.1.1 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, että potilaalle ei koidu hoidosta haittaa, eli kaikki potilaan hoitoon liittyvät tekijät, kuten hoitomenetelmät, laitteet ja lääkkeiden käyttö ovat mahdollisimman turvallisia. Potilasturvallisuus on nostettu Euroopan unionin tasolla vakavan huomion kohteeksi. Useissa tutkimuksissa voidaan osoittaa, että yhä useammassa maassa tapahtuu hoitovirheitä potilaan ollessa sairaalahoidossa. Hoitovirheluku on niinkin suuri kuin kymmenen prosenttia. Potilasturvallisuus edellyttääkin sitä, että toimintapolitiikat ja ohjelmat ovat joka puolella Eurooppaa johdonmukaisia ja tehokkaita. Potilasturvallisuus on yksi EU:n terveyspolitiikan painopistealueista. (Terveys-EU 2012; Taam-Ukkonen & Saano 2010, 13.)

3.1.2 Potilaan asemaja oikeudet

Potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Potilaan hoito tulee järjestää siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Jos potilaalle on muun muassa tarvetta laatia tutkimuksia ja lääkinnällistä kuntoutusta, siitä tulee ilmetä hoidon järjestäminen ja toteutumisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, tämän omaisen, läheisen tai laillisen edustajan kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Potilaalle tulee antaa selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä kaikista muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista. Selvitys tulee antaa siten, että potilas ymmärtää riittävästi sanoman sisällön. Potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy hoidoista tai hoitotoimenpiteistä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan jollain muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

3.1.3 Potilasvahinkolaki

Potilasvahinkolain avulla pyritään auttamaan potilasta ja korvaamaan hoidossa tapahtuneen virheen tai muun ongelman aiheuttamat haitat. Potilasvahingolla tarkoitetaan sellaista vahinkoa, joka aiheutuu potilaan virheellisestä tai puutteellisesta hoidosta. Korvaus suoritetaan henkilövahingosta, jos on todennäköistä, että se on aiheutunut laiminlyönnistä, sairaanhoitolaitteista tai -välineistä, infektiosta, sairaanhoitokuljetuksen aikana tapahtuneesta tapaturmasta, hoituhuoneiston tai -laitteiden palosta tai lääkevirheestä tai jos hoidosta on seurannut pysyvä vaikea vamma tai sairaus tai kuolema. Potilaana tässä laissa pidetään veren-, kudoksen- tai elimenluovuttajaa sekä lääketieteellisen tutkimuksen tervettä tutkittavaa. Lain tavoitteena on antaa potilaalle korvaus Suomessa tehdystä terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä aiheutuneesta henkilövahingosta. (Potilasvahinkolaki 585/1986.)

3.2 Turvallinen lääkehoito

Turvallinen lääkehoito -oppaan tarkoituksena on yhtenäistää lääkehoidon toteutumisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvä vastuunjako sekä määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä. (STM 2006, 3.)

Lääkehoito on terveydenhuollon toimintaa, jota toteuttavat pääsääntöisesti lääkehoidon koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattihenkilöt, joiden vastuulla se on. Lääkehoidon koulutuksen saaneet laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt kantavat kokonaisvastuun lääkehoidon toteuttamisesta ja jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen osallistuva kantaa vastuun omasta toiminnastaan. (STM 2006, 3.) Lääkehoito on hyvin keskeinen ja tärkeä osa potilaiden hoitoa. Koska lääkehoitoprosessissa on monta eri vaihetta, se on hyvin altis useille ongelmille ja poikkeamille. (Nylander 2010, 5.)

Lääkehoito on keskeinen lääketieteellinen hoitokeino, joka on tärkeä osa hoitotyön kokonaisuutta. Lääkehoito perustuu lääkärin, potilaan ja lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön väliseen yhteistyöhön. Yhteisymmärryksessä potilaan kanssa lääkäri päättää lääkehoidon eri

vaiheista: aloittamisesta, muutoksista ja lopettamisesta. Lääkehoitoa tulee toteuttaa lääkärin antamien ohjeiden ja määräysten mukaisesti. Lääkehoitoa toteuttavan ammattilaisen pitää ymmärtää lääkemääräys oikein, tarvittaessa valmistaa lääke käyttökuntoon ohjeiden mukaisesti ja huolehtia lääkehoidon toteuttamisesta. Huomioon otettavia asioita on, että oikea potilas saa oikean lääkkeen ja annoksen oikeana ajankohtana oikeassa muodossa sekä myös oikeaa annostelutekniikkaa käyttäen. (STM 2006, 36-37.)

Läkelain tarkoituksena on ylläpitää ja edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta sekä varmistaa niiden asianmukainen valmistus ja saatavuus maassa (Läkelaki 395/1987). Lääke on aine tai valmiste, jonka tarkoituksena sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä on parantaa, lievittää tai ehkäistä sairautta tai sen oireita, auttaa terveydentilan tai sairauden syyn selvittämisessä tai palauttaa, korjata tai muuttaa elintoimintoja. Lääkeaine eli vaikuttava aine on kemiallisesti tai muuten tieteellisin menetelmin yksityiskohtaisesti määritelty elimistöön vaikuttava aine, jota käytetään sellaisenaan tai josta tehdään lääkevalmiste. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 25.)

Lääkkeiden ja lääkehoidon tavoitteena on ehkäistä ja parantaa sairauksia ja hidastaa niiden etenemistä, ehkäistä sairauksien aiheuttamia komplikaatioita sekä lieventää sairauksien aiheuttamia oireita. Oikein toteutettu, tehokas, turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta. (STM 2006, 11.)

Läkehoidon turvallisuus jaetaan lääketurvallisuuteen ja lääkitysturvallisuuteen. Lääketurvallisuudella tarkoitetaan sitä, kuinka turvallinen yksittäinen lääke on. Lääkkeen turvallisuutta tutkitaan laajasti ennen kuin lääke voidaan hyväksyä käyttöön. Lääkitysturvallisuudella tarkoitetaan lääkkeiden käyttöön liittyvien toimintatapojen turvallisuutta. Lääkitysturvallisuus voi vaarantua esimerkiksi silloin, kun lääke jää antamatta, annetaan väärä lääke, tapahtuu virhe tai väärinymmärrys tiedonsiirrossa tai potilasta neuvotaan väärin lääkkeen käyttöön liittyvissä asioissa. (Taam-Ukkonen ja Saano 2010, 14.)

Viime aikoina on alettu kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota lääkehoidon epäkohtiin ja lääkehoitopoikkeamien esiintymiseen. Terveystieteiden ammattihenkilöiden lääkehoidon toteuttamiseen liittyvissä valmiuksissa on yleisimmin puutteita lainsäädännön ja ohjeistuksen tuntemisessa, lääkkeiden annosteluun liittyvien mittasuhteiden ja määrien hahmottamisessa, lääkelaskentataidoissa sekä lääkkeiden vaikutusmekanismien ymmärtämisessä. (STM 2006, 29.) Suomessa ei ole systemaattisesti koottua tietoa lääkehoidossa tapahtuneista poikkeamista, joilla tarkoitetaan lääkitysvirheitä ja läheltä piti -tilanteita. Esimerkiksi Tanskassa lainsäädäntö edellyttää potilaan hoidossa tapahtuvien poikkeamien systemaattista seurantaa. Suomessa vastaavaa velvoitetta tai järjestelmää ei ole. Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että noin kymmenen prosenttia potilaista kokee hoitajakson aikana

jonkin hoitoon liittyvän haittatapahtuman. Niistä merkittävä osa liittyy lääkehoitoon, ja suurin osa on estettävissä etukäteen. (STM 2006, 33.)

3.3 Eettisyys lääkehoidossa

Nykyään potilas on yhä enemmän tietoinen oikeuksistaan ja osaa vaatia hyvää palvelua sekä laadukasta hoitoa. Hyvään palveluun katsotaan kuuluvan hoitohenkilökunnan hyvä käytös, rehellisyys, anteeksipyyntö, asialliset sairauskertomusmerkinnät ja lisäksi tiedon saaminen potilaan terveydentilasta ja lääkityksestä. Nykyajan terveydenhuollolle on siis ominaista palvelujen käyttäjien kasvava tietomäärä ja aktiivisuus. (Sipola-Kauppi 2009, 11.)

Hoitajan vastuualue lääkehoidossa on erittäin laaja. Hoitaja kantaa ammatissaan vastuuta toisesta ihmisestä ja tehtävästä, johon hänellä on koulutuksen ja kokemuksen perusteella täysi oikeus. Vastuu ihmisestä edellyttää, että hoitajalla on tarvittavaa tietoja arvoista ja etiikasta. Vastuu tehtävästä tarkoittaa, että hoitajalla on koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella oikeus auttaa toista ihmistä. Lääkehoidon toteuttaminen vaatii hoitajalta osaamista lääkkeen annostelussa, antamisessa ja vaikutuksen seurannassa. (Veräjänkorva ym. 2006, 84.)

Hoitajan toimintaa ohjaavat eettiset periaatteet, jotka perustuvat hänen omaksumiinsa arvoihin. Lääkehoidon eettisten periaatteiden tarkoituksena on vahvistaa hoitajien ammatillista yhteenkuuluvuutta ja varmistaa työskentelyn yhteiset perusteet. Lääkehoidon periaatteet tunnetaan myös kansainvälisesti. Monta vuosikymmentä ne ovat esiintyneet kirjallisuudessa lääkehoidon viiden oikeuden periaatteena, mutta viime aikoina luetteloa on laajennettu vielä kahdella periaatteella. Lääkehoidon seitsemän periaatetta ovat oikea lääke, oikea annos, oikea antotapa ja -reitti, oikea antoaika, oikea potilas, oikea potilaan ohjaus sekä oikea dokumentointi. (Veräjänkorva ym. 2006, 84-87.)

Potilaan eettisiin oikeuksiin lääkehoidossa kuuluu itsemääräämisoikeus, oikeus yksityisyyteen ja koskemattomuuteen sekä oikeus tiedonsaantiin ja suostumuksen antamiseen. Itsemäärääminen sairaanhoidossa tarkoittaa sitä, että potilaalla on oikeus tehdä omaa terveyttään ja hoitoaan koskevia valintoja sekä päätöksiä. Potilaan tulee hyväksyä hänen lääkehoidossaan tehtävät ratkaisut. Aina itsemääräämisoikeutta ei pystytä toteuttamaan, sillä potilas ei välttämättä ole kykenevä tekemään päätöksiään. Potilas saattaa olla esimerkiksi mielenterveytensä, ikänsä tai terveydentilansa vuoksi kykenemätön osallistumaan hoitopäätöksiin. Tällöin lainsäädäntö rajoittaa potilaan vapautta osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon erikoistilanteissa. Tällaisia on muun muassa mielenterveyslaki (1116/1990), joka velvoittaa hoitamaan potilasta tarvittaessa vastoin hänen tahtoaan (Veräjänkorva ym. 2006, 87-88; Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Potilaalla on lisäksi oikeus fyysiseen, henkiseen, sosiaaliseen ja tiedolliseen yksityisyyteen. Potilaan hoidossa nämä kaikki asiat tulisi ottaa huomioon. Välillä joidenkin lääkkeiden antotavat saattavat uhata potilaan yksityisyyttä ja tämä pitäisi ottaa huomioon yksilöllisesti potilaan kanssa. Kun potilasta hoidetaan, tulee ottaa huomioon myös luottamuksellisuus, salassapito-velvollisuus sekä potilaan oikeus kieltää luovuttamasta omaisille tietoa hänen terveyden- ja sairaudentilastaan. Lisäksi potilaalla on oikeus saada tietoonsa asiat, jotka koskevat hänen hoitoaan. Tämä on välttämätöntä, jotta potilas pystyy käyttämään itsemääräämisoikeuttaan. Kun potilas antaa suostumuksen, se tarkoittaa, että hän on myöntynyt lääkkeiden käyttöön sairaustilan estämiseksi, parantamiseksi tai lievittämiseksi. (Veräjänkorva ym. 2006, 88-89.)

3.4 Lääkehoitosuunnitelma

Lääkehoitosuunnitelma kattaa toimintayksikön lääkehuollon keskeiset osa-alueet, kuten lääkevalikoiman, lääkkeiden säilyttämisen, tilaamisen, käyttökuuntoon saattamisen, palauttamisen ja hävittämisen. Lääkehoitosuunnitelmaan sisältyy myös lääkehuollon rooli ohjauksessa, neuvonnassa ja lääkeinformaation antajana. (STM 2006, 55.)

Lääkehoitoa ja verensiirtoja koskevat yleiset ohjeet ja periaatteet ovat samat kaikilla terveyden- ja sosiaalihuollon julkisilla ja yksityisillä toimintayksiköillä sekä lääkehoitoa toteuttavilla epätyypillisillä alueilla. Lääkehoidon toteuttaminen perustuu toiminta- ja/tai työyksikön tekemään lääkehoitosuunnitelmaan, josta tulee ilmetä lääkehoidon ja verensiirtohoitoon kannalta oleelliset tekijät ja prosessit eri vaiheineen. Kaikkien toiminta- ja /tai työyksiköiden, jotka toteuttavat lääkehoitoa, tulee laatia suunnitelma. Lääkehoitosuunnitelma tarjoaa käytännön työvälineen työ- ja/tai toimintayksikön lääkehoidon suunnitelmalliseen hallintaan ja laadulliseen kehittämiseen. Yksikön lääkehoidon vaatavuus, toiminnallinen luonne ja sisältö määrittävät, millä tasolla lääkehoitosuunnitelma tehdään. Esimerkiksi vuodeosastoilla lääkehoidon vaatavuustaso on erilainen kuin teho-osastolla. (STM 2006, 43.)

Lääkehoitosuunnitelma kattaa toiminta- ja/tai työyksikön lääkehoidon sisällön ja tarpeiden analysoinnin, lääkehoidon vaiheiden kuvauksen, henkilöstörakenteen ja tehtävien kuvauksen, vastuualueiden määrittämisen, lääkehoidon osaamisen arvioinnin, varmistamisen ja ylläpitämisen sekä lääkehoidon toteuttamista koskevat lupakäytännöt. Lääkehoitosuunnitelma sisältää lisäksi lääkehuoltoa, lääkehoidon dokumentointia ja vaikuttavuuden arviointia sekä potilaan ohjausta ja neuvontaa koskevat kokonaisuudet. Vastuu lääkehoitosuunnitelman laatimisesta, toteuttamisesta ja seurannan organisoinnista on sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikön johdolla. Suunnitelman laatimiseen osallistuvat toimintayksikön johdon ohella toiminta- ja/tai työyksikön terveydenhuollosta tai lääketieteellisestä toiminnasta vastaava

lääkäri, toimintayksikön lääkehuollosta vastaava henkilö tai yksikkö, hoitotyöstä vastaava henkilö ja lääkehoitoa toteuttava hoitohenkilöstö. Lääkehoitosuunnitelma tulee päivittää tarpeen mukaan. Tarve arvioidaan vuosittain suunnitelmaa tarkistettaessa. (STM 2006, 43-44.) Lääkehoitosuunnitelmaan kuuluvat seuraavat kymmenen osa-alueetta:

1. Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat
2. Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen
3. Henkilöstön vastuu, velvollisuudet ja työnjako
4. Lupakäytännöt
5. Lääkehuolto: lääkkeiden tilaaminen, säilytys, valmistaminen, käyttökuntoon saattaminen, palauttaminen, lääkeinformaatio, ohjaus ja neuvonta
6. Lääkkeiden jakaminen ja antaminen
7. potilaiden informointi ja neuvonta
8. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi
9. Dokumentointi ja tiedonkulku
10. Seuranta- ja palautejärjestelmät

(STM 2006, 3).

Näistä käsitellään tässä työssä kahta osa-alueetta: potilaiden informointia ja neuvontaa sekä dokumentointia ja tiedonkulkua.

3.4.1 Potilaiden informointi ja neuvonta

Potilaan lääkehoidon neuvonnalla tarkoitetaan sitä, että potilas tarvitsee neuvontaa, jotta hän kykenee sitoutumaan lääkehoitoonsa (Veräjänkorva ym. 2006,86). Potilaalle tulee kertoa lääkkeistä ainakin sen käyttötarkoitus, annostelu, mahdolliset haittavaikutukset sekä yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa. Lisäksi on myös erittäin tärkeää, että potilaalle opetetaan oikea lääkkeenanto. Potilaalle tulee kertoa myös lääkehoidon riskeistä, joita ovat esimerkiksi ohjeiden väärinymmärtäminen ja lääkityksen laiminlyönti. Myös mahdollisten käsikauppa- tai itsehoitolääkkeiden käyttö tulee selvittää. Näin pystytään minimoimaan mahdolliset yhteisvaikutukset. (Forsbacka & Nousiainen, 2010.)

Kun potilas kotiutuu, hänelle tai hänen edustajalleen annetaan lääkelista kirjallisena ja lääkehoito selostetaan läpi myös suullisesti. Hoitajan tulee varmistaa, että potilas on ymmärtänyt annetun ohjauksen. Lisäksi potilasta tai hänen omaisiaan kannustetaan pitämään lääkitystiedot ajan tasalla ja aina mukana. (Vaasan keskussairaala 2012, 41.)

Potilaan tulisi itse voida osallistua kaikkiin lääkehoidon osa-alueisiin, lääkehoidon suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Siksi lääkehoitosuunnitelmaan on sisällytetty

osa-alue, joka koskee potilaan informointia ja neuvontaa. Kaikkien lääkehoitoa toteuttavien henkilöiden tulisi antaa potilaalle tarvittavaa tietoa sekä vastata potilaan esittämiin kysymyksiin. Tärkeää on, että potilas saa annetun ohjauksen niin selkeästi, että hän ymmärtää sen täydellisesti. (STM 2006, 59.) Se, että potilas voi itse osallistua omaan lääkehoitoonsa, lisää potilaan hoitoon sitoutumista (Forsbacka & Nousiainen, 2010).

Lääkäri ja lääkehoitoa toteuttava henkilöstö antavat potilaalle tai omaiselle tietoa sekä ohjaavat ja neuvovat lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä lääkehoitoprosessin eri vaiheissa (Vaasan keskussairaala 2012, 40). Tämä voi tapahtua joko yksilöllisesti tai ryhmässä (Ritmala-Castrén 2004, 22). Näin ollen tiedon antamisella ja neuvonnalla tuetaan potilaan sitoutumista lääkehoidon noudattamiseen. Potilaalle tulee kertoa lääkähoidossa tapahtuneista merkittävistä poikkeamista ja mahdollisesti aiheutuneista tai aiheutuvista haittavaikutuksista. Läheltä piti -tilanteista ei potilaalle ole tarpeellista kertoa, mutta potilaalle tulee kertoa sellaisista poikkeamista, joista hänelle on haittaa. (Vaasan keskussairaala 2012, 40.)

Läkehoidon neuvonta on potilaan ja hoitajan välistä aktiivista ja tavoitteellista vuorovaikutusta, johon vaikuttavat heidän taustatekijänsä, kuten ikänsä, terveystilauksensa, kulttuuritaustansa ja ympäristönsä. Hyvän lääkähoidon neuvonnan avulla potilas pystyy ottamaan paremmin vastuuta omasta terveydentilastaan ja lääkähoidostaan sekä sitoutumaan omaan hoitoonsa. Hoitoon sitoutumisella tarkoitetaan sitä, miten potilaan käyttäytyminen - lääkkeen ottaminen - vastaa terveysalan ammattilaisen kanssa yhdessä sovittuja ohjeita. Hyvä neuvonta edistää potilaan terveyttä, toipumista ja kroonisten sairauksien hoitotasapainoa sekä vähentää näin sairaalahoidon tarvetta. Potilaan neuvominen lääkähoidossa lisää hänen tyytyväisyyttään hoitoon, kohentaa elämälaatua ja varmistaa hoidon jatkuvuutta. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 145-152.) Kattava ohjaus vaatii myös terveydenhuollon henkilöltä osaamista, sillä moniin ohjaustilanteisiin tottuu eikä aina välttämättä osaa ottaa huomioon sitä, että tilanne saattaa olla uusi ja jännittävä potilaalle (Kääriäinen & Kyngäs 2006). Turvallisen lääkähoidon toteutuminen vaarantuu, kun potilaat saavat puutteellisesti tietoa lääkkeistään (Manno 2006).

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat samaan aikaan monet tekijät: sosiaaliset ja taloudelliset tekijät, kuten esimerkiksi sukupuoli, työllisyystilanne ja hoidon hinta, terveydenhuollon järjestämiseen liittyvät tekijät, kuten terveydenhoitohenkilöstön tiedon määrä ja tarjoama tuki, ohjeiden antamisen tapa ja määrä, taudin ominaispiirteet ja taudin oireettomuus tai oireisuus, sillä esimerkiksi oireetonta verenpainetautiä ei välttämättä motivoituta hoitamaan yhtä lailla kuin oireellista sairautta. Sitoutumiseen vaikuttaa lisäksi potilaaseen itseensä liittyvät tekijät. Tällä tarkoitetaan sitä, miten potilas ymmärtää annetun tiedon, ja uskooko hän hoidon tehoon. Potilasta tuetaan koko neuvonnan ajan eikä häntä syyllistetä missään vaiheessa. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 145-152.)

Useissa tieteellisissä tutkimuksissa on havaittu, että vain puolet potilaista käyttää lääkkeitä annettujen ohjeiden mukaisesti. Tutkimuksissa on todettu, että yleisemmin lääkkeet jätetään ottamatta joko tarkoituksella tai vahingossa. Myös lääkekuurin lopettaminen ennen aikaisesti sekä annosvälien pidentäminen on yleistä. Lääkehoitoon sitoutuminen vaikuttaa kansanterveyteen enemmän kuin mikään muu yksittäinen toimenpide. Sitoutumisen edistämällä voidaan vaikuttaa myös terveydenhuollon resursseihin, sillä tutkimusten mukaan jopa kolmannes sairaalahoitojaksoista johtuu siitä, ettei potilas ole sitoutunut lääkehoitoon. Lääkkeiden käyttöön liittyy monia moraalaisia kysymyksiä. Toisaalta potilaat haluavat totella lääkärin ohjeita, toisaalta he ajattelevat, että lääkkeet ovat yleisesti haitallisia ja niiden käytön tulisi olla mahdollisimman vähäistä. Lääkehoitoon sitoutumista heikentää se, ettei potilas tarkkaan tiedä lääkkeen tarkoitusta. Myös oman tilansa kokeminen toivottomaksi heikentää sitoutumista lääkehoitoon. Muita lääkehoitoon sitoutumista hankaloittavia asioita ovat esimerkiksi lääkkeiden suuri määrä, se että lääke pitää ottaa monta kertaa päivässä ja epäselvät lääkeluettelot tai luetteloiden puute. Lisäksi lääkekustannuksilla ja potilaan taloudellisella tilanteella on yhteys lääkehoitoon sitoutumiseen. Lääkehoitoon sitoutumista lisäävät helppo hoitoon pääsy, sekä lääkärin ja potilaan välinen hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde. (Pitkälä & Savikko 2007; Lääketeollisuus 2010.)

Ymmärrettävä, potilaat huomioonottava kirjallinen ohjaus on tullut yhä tärkeämmäksi osaksi hyvää hoitoa. Kirjallisen ohjauksen tarpeen kasvuun on useita syitä. Potilaat paitsi haluavat itse tietää enemmän sairauksista ja niiden hoidosta, heiltä myös odotetaan entistä parempia itsehoitovalmiuksia. Muuttuneiden hoitokäytäntöjen myötä hoitoajat ovat lyhentyneet. Lyhimmillään potilas viivähtää toimenpiteessä vain muutaman tunnin. Niinpä aikaa suulliseen, henkilökohtaiseen potilasohjaukseen on entistä vähemmän. Toisinaan henkilökohtainen ohjaus jää niukaksi henkilökunnan kiireen vuoksi, jolloin sitä täydennetään kirjallisilla ohjeilla. Ajan puute ei toki ole ainoa syy tehdä kirjallisia potilasohjeita: kirjalliset ohjeet ovat tarpeen suullisen ohjauksen tukena silloinkin, kun aikaa on riittävästi henkilökohtaiseen ohjaukseen. (Heikkinen, Tiainen & Torkkola 2002, 7.)

Mahdollisesti myös asiantuntija voi kertoa potilaalle lääkehoitoa koskevista asioista. Asiantuntija on sellainen ammattitaitoinen henkilö, joka on erikoistunut asiaan ja osaa varmasti kertoa kaiken oleellisen ja vastata potilaiden kysymyksiin. Tällainen henkilö on paras kertomaan ja vakuuttamaan asioista. Kun potilas on ymmärtänyt lääkehoidonsa tarkoituksen, hän pystyy seuraamaan, vaikuttaako lääke ja tuleeeko siitä mahdollisesti haittavaikutuksia. Potilaan tilan omaseuranta auttaa lääkärinä mahdollisesti vaihtamaan lääkkeen toiseen tai muuttamaan lääkkeen annostusta. Rauhallisella kertomisella ja kertaamisella sekä myös kirjallisilla ohjeilla annetaan potilaalle oleellinen tieto, jonka jälkeen pyydetään potilasta kertomaan omin sanoin lääkeohjeet. Näin varmistetaan, että potilas on varmasti ymmärtänyt

tarvittavat lääketiedot. Jatkohoito ja seuranta ovat tärkeitä, ettei lääkettä jatketa tarpeettomasti tai ettei annos ole väärä tai koko lääke sopimaton. Luottamuksellinen hoitosuhde ja omalääkäri varmistavat lääkehoidon turvallisuutta. Kun yksi ammattihenkilö tuntee potilaan koko lääkityksen, minimoidaan lääkehoidon riskit. (Ritmala-Castrèn 2004, 22.)

Australiassa on tutkittu hoitajien saaman lääkehoidon lisäkoulutuksen vaikutuksia potilaiden saamaan lääkehoitoon ja on todettu, että hoitajat eivät anna riittävästi lääkitystä koskevaa tietoa potilaille. Puutteellinen lääkkeistä kertominen korostui potilaiden kotiutumisasiässä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että mitä parempaa on hoitajien lääkkeellinen osaaminen, sitä paremmin he pystyvät neuvomaan potilaita lääkityksen suhteen. Tuloksista on suoraan nähtävissä, että lisäkoulutuksen käyneet hoitajat ohjaavat potilaita enemmän ja paremmin muihin, ilman lisäkoulutusta saaneisiin hoitajiin verrattuna. (Hegney, Plank, Watson, Raith & McKeon 2005.)

Lääkityspoikkeamalla tarkoitetaan sellaista tapahtumaa, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Lääkityspoikkeamasta puhuttaessa saatetaan myös käyttää usein sanaa virhe. Tutkimuksissa on arvioitu, että Suomen sairaaloissa menehtyy hoitovirheisiin joka vuosi enemmän ihmisiä kuin liikenneonnettomuuksissa. (Suikkanen 2008, 7.)

Poikkeama lääkemääräyksen vastaanotossa saattaa liittyä lääkemääräyksen sisällön ymmärtämiseen tai kirjaamiseen potilasasiakirjoihin. Tämänäköinen poikkeama voi tapahtua, kun lääkemääräys siirretään tai kopioidaan esimerkiksi lääkekorttiin tai määräys välitetään suullisesti. Poikkeama voi tapahtua myös lääkkeen jakamisessa lääketarjottimelle tai väärälle potilaalle tai lääkevalinnassa, joka voi sisältää virheellisen lääkemuodon tai vahvuuden. Poikkeama lääkkeen annossa potilaalle voi tapahtua ajoituksessa esimerkiksi suhteessa ruokailuun, antotavassa ja -reitissä, vahvuudessa tai itse annoksessa. Lääke voi myös jäädä kokonaan antamatta, tai se voidaan antaa väärälle potilaalle. (STM 2006, 38.)

Yksikön toiminnan kehittämistä palvelee seuranta- ja palautejärjestelmän tuottama tieto. Lääkehoidon käytännön toteuttamista seurataan säännöllisesti yksiköiden lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Tärkeä osa suunnitelmaa on hoidossa tapahtuvista poikkeamista ilmoittaminen ja niistä oppiminen ja poikkeamien seuranta ja käsittely. Suunnitelmassa kiinnitetään erityisesti huomiota poikkeamista oppimiseen ja palautteen hyödyntämiseen. Suunnitelmassa ohjeistetaan myös poikkeamista ilmoittaminen potilaalle. Potilasta tulee informoida poikkeamasta ainakin, jos se aiheuttaa tai voi aiheuttaa hänelle seuraamuksia. (STM 2006, 61-62.)

Sosiaali- ja terveysministeriö, Lääkelaitos, VTT ja osa sairaanhoitopiireistä ovat kehittäneet HaiPro-järjestelmän, jolla terveydenhuollossa työskentelevät henkilöt voivat tehdä

nimettömänä ilmoituksia vaaratilanteista. HaiProon on kulkeutunut muutamassa vuodessa 80 000 erilaista potilashoidon vaaratilannetta. Osa vaaratilanteista on ollut sellaisia, että niistä on aiheutunut potilaalle selvästi haittaa, mutta suurin osa tapahtuneista on ollut läheltä piti -tilanteita. Kerätystä aineistosta on käynyt ilmi, että sairaaloissa tapahtuvista ongelmatilanteista suurin osa liittyy lääkehoitoon ja tiedonkulkuun. Esimerkiksi lääkkeet voidaan jakaa lääkekaapilla väärin tai potilaalle voidaan jakaa toisen potilaan lääkkeitä. (Kaarela 2010.) Raportointimenettelyn avulla käyttäjät voivat hyödyntää vaaratapahtumista saatavat opit, ja terveydenhuollon johto saa tietoa varautumisen riittävydestä ja toimenpiteiden vaikutuksista. (Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007.)

Kinnunen (2010) toteaa myös, että Suomessa jo käynnistynyt vaaratapahtumista raportointi osoittaa lääkityshoidon kehittämistarpeita. Suomessa ei ole tällä hetkellä tietokantaa, jossa olisi ajankohtaiset tiedot hoitoon tulevan potilaan lääkehoidosta. Tietojen puuttuminen hidastaa hoidon sujuvuutta ja saattaa vaarantaa lääkehoidon turvallisuuden. Nykyisin potilaiden lääkitystiedot kerätään sisääntulovaiheessa potilaiden antamista dokumenteista ja potilasta hoitavan organisaation potilastietojärjestelmästä. Tämä tapa on riskialtista ja virheitä sattuu, sillä potilaat eivät aina muista käyttämiään lääkkeitä ja oikeiden tietojen saaminen vie aikaa ja on ajoittain lähestulkoon mahdotonta. Lääkehoidon turvallisuuden parantamiseksi on tärkeää, että potilaiden lääkitystiedot ovat ajantasaisesti kirjattuina ja että ne kulkevat mukana aina, jotta myös akuuteissa tilanteissa tiedot saadaan siirtymään nopeasti, oikein ja turvallisesti.

3.4.2 Lääkehoidon dokumentointi ja tiedonkulku

Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) velvoittaa tekemään asiakirjoihin potilaan terveydentilaan ja lääkehoitoon liittyvät merkinnät. Potilaalla on oikeus tarkistaa itseään koskevien potilasasiakirjojen tiedot. Potilaalle määrätty ja annettu lääkehoito tulee aina dokumentoida eli kirjata. Lääkelistojen ja lääkekorttien täydentäminen on myös lääkehoidon kirjaamista. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 155-156.) Lääkemääräyksen manuaalisen kirjaamisen on todettu olevan epätarkkaa ja epäselvää, joten terveydenhuoltoalalla on siirrytty sähköiseen kirjaamiseen. On todettu, että sähköinen lääkemääräys vähentää lääkityspoikkeamia, kun lääkemääräystä ei tarvitse siirtää asiapaperista toiseen. (Veräjänkorva ym. 2006, 87.)

Potilasasiakirjoihin saavat tehdä merkintöjä potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt sekä heidän ohjeidensa mukaisesti muut hoitoon osallistuvat henkilöt siltä osin kuin he osallistuvat hoitoon. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon suunnittelun, järjestämisen, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot. Kaikkien merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä.

Potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä tulee käydä ilmi, miten hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotakin erityistä ja millaisia hoitoa koskevia päätöksiä sen kuluessa on tehty. (Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001.)

Lääkehoitosuunnitelmaan sisältyy keskeisesti lääkehoidon kirjaamisprosessin suunnittelu ja kirjaamisen toteutuminen. Muiden asiakirjoihin tehtävien lääkehoitomerkintöjen ohella tulisi kiinnittää huomiota siihen, että aina kun lääkäriä konsultoidaan ja lääkärille raportoidaan lääkehoitoon liittyvistä asioista, merkinnät ja tapahtuma-aika on merkittävä huolellisesti asiakirjoihin. Lääkehoidon vaikutusten arviointi tulee myös kirjata potilasasiakirjoihin huolellisesti. (STM 2006, 60.)

Terveystieteiden huolto on muuttunut sähköisen kirjaamisen ja erilaisten tietokonesovellusten käytön yleistymisen myötä. Vuodesta 2008 alkaen sähköinen potilastietojärjestelmä on ollut käytössä kaikissa terveydenhuoltoalan organisaatioissa. Sähköisellä potilaskertomusjärjestelmällä tarkoitetaan potilaskertomusta, joka on tallennettu elektroniseen muotoon. (Honkimaa-Salmi 2006,1.) Sähköinen kirjaaminen tuo paljon hyvää lääkehoidon turvallisuuteen. Esimerkiksi potilastiedot saadaan aiempaa helpommalla, ja ne ovat tarkempia ja ajantasaisempia. (Jylhä & Saranto 2008.)

Potilasasiakirjoihin on merkittävä riittävät tiedot lääkehoidon tarpeesta, lääketieteellisistä perusteista sekä lääkemääräyksestä ja annetusta lääkehoidosta. Tarpeellisia tietoja lääkkeestä ovat nimi, määrä, antomuoto, kerta- ja vuorokausiannos sekä antotapa, antopäivä- ja -aika, antajan nimi ja lääkkeen määränneen lääkärin nimi, jos kyse on muusta kuin osastopotilaan lääkelistan mukaisesta jatkuvasta lääkityksestä. (STM 2006, 25.) Tämä kaikki koskee myös lääkkeen uusimista. Silloin potilasasiakirjoista tulee ilmetä lääkemääräyksen antopäivä, lääkevalmisteen kauppanimi tai lääkeaine tai -aineet ja vahvuus, pakkauskoko, mahdollisuus uudelleen toimittamiseen, käyttötarkoitus ja -ohje sekä kiellon syy, mikäli lääkkeen määrääjä on kieltänyt lääkevaihdon. (Valvira 2012.) Potilaan hoitoa koskevat ratkaisut perustuvat hoidon selvään ja luotettavaan dokumentointiin. Sairauskertomuksesta selviää, milloin potilas on saanut lääkettä ja onko se vaikuttanut toivotulla tavalla. Lääkehoidon dokumentoinnilla varmistetaan jatkuvuus ja tiedonkulku, jos potilas saa hoitoa eri yksikössä. (Veräjänkorva ym. 2006, 45.)

Kirjaamisen tulisi sisältää tietoa lääkemääräyksestä, annosteluohjeesta, lääkityksen tyypistä, lääkkeen käyttötarkoituksesta, maksimi- ja minimiannostuksesta, lääkehoitoon liittyvistä merkinnöistä ja tapahtuma-ajoista sekä arvioinnista. Lääkelistan tarkistuksella vältettäisiin lääkkeiden päällekkäisyydet ja haitalliset yhteisvaikutukset, sekä estettäisiin tarpeeton lääkitys. (Erkko & Ernvall 2006.) Kirjaaminen on tärkeää sekä tiedonkulun että potilaan ja

hoitajan oikeusturvan kannalta. Jos jotain odottamatonta tapahtuu, tiedot löytyvät helposti ja nopeasti potilaan asiakirjoista. Jokaisessa työyksikössä tulisi sopia kirjaamisen selkeä toimintamalli: miten potilasasiakirjoihin kirjataan ja milloin kirjaaminen tapahtuu. Kirjaamisen selkeyteen ja oikeellisuuteen tulee kiinnittää riittävästi huomiota, jotta kaikki noudattavat samaa kirjaamistapaa. Näin kaikki ymmärtävät ja pystyvät tulkitsemaan toisen henkilön kirjaamaa tekstiä oikein. Henkilökuntaa tulee perehdyttää ja kouluttaa kirjaamiseen ja heidän taitojaan tulee ylläpitää ja testata tietyin väliajoin. (Keistinen, Kinnunen & Holm 2008.)

Tärkeä osa lääkehoidon kokonaisuutta on lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi. Sairaala- ja laitoshoidossa lääkehoitoa toteuttava ammattilainen seuraa potilaan vointia ja havainnoi lääkkeen aiheuttamia mahdollisia sivuvaikutuksia. Lääkehoitoa toteuttava henkilö arvioi yhteistyössä potilaan ja lääkärin kanssa lääkehoidon vaikuttavuutta. Lääkehoidon toteuttaminen ja vaikutus dokumentoidaan asiallisesti. Lääkehoidon avulla tavoiteltu positiivinen muutos on ehto, jotta lääkehoitoa voitaisiin jatkaa. Mikäli lääkehoito aiheuttaa potilaalle sivuvaikutuksia tai lääke ei muuten vaikuta potilaan terveydentilaan oletetulla tavalla, lääkärin on arvioitava hoidon jatkuvuutta tai sen muuttamista. (STM 2006, 37.)

Yhtenäinen sanasto auttaa ja edistää turvallista potilaan hoitamista. Tärkeää on, että kaikille yhtenäiset käsitteet hoidon dokumentoinnissa on esitetty siten, että kaikki lukijat ymmärtävät asian samalla tavalla. (Ikonen, Rajalahti & Ahonen, 2009.)

Kun työyksikköön tulee uusi työntekijä, hänet tulee perehdyttää. Perehdyttämällä tarkoitetaan työntekijän opastamista työhön, työtehtäviin ja työympäristöön. (Lahti 2007, 15.) Hyvällä perehdyttämällä voidaan vaikuttaa henkilöstön osaamiseen ja saatavuuteen. Hyvä perehdytys myös edistää työhyvinvointia ja työviihtyvyyttä. Silloin kun perehdytys on suunniteltu kunnolla ja kun siihen on voimavaroja ja työntekijä saa perehtyä rauhassa uusiin tehtäviinsä, hän saa myös tarvittavaa täydennystä taitotietoihinsa. Perehdyttämistä tulee tapahtua kaikilla hoitotyön osa-alueilla sekä itse hoitotyössä että lääkehoidossa. (Agge 2008.)

Lääkehoitosuunnitelmassa on otettava huomioon lääkehoidon jatkuvuus ja varmistettava joustava tiedonsiirto toimintayksiköiden välillä unohtamatta tietosuojakysymyksiä. Erityisesti tulee kiinnittää huomiota toimintatapoihin, joilla turvataan potilaan lääkelistan ajantasaisuus päällekkäisen lääkityksen sekä mahdollisten haitallisten yhteisvaikutusten ja niistä aiheutuvien ongelmien välttämiseksi. Potilaan kotiutuessa lääkelista on aina varmistettava, jotta lääkityksessä ei ole esimerkiksi päällekkäisyyksiä, yhteisvaikutuksia tai allergioita aiheuttavia lääkkeitä. (STM 2006, 61.)

Potilassiirroissa informaatiota siirretään yksiköiden välillä raportoimalla suullisesti ja puhelimitse sekä tietojärjestelmiä apuna käyttäen. Sairaanhoitajat toimivat tiedonsiirtäjinä ja vastaanottajina. Potilassiirtoihin liittyy usein yksiköiden välistä epäselvää ja epäjohdonmukaista tiedonsiirtoa. Ongelmat suullisessa tai sähköisessä tiedonsiirroissa voivat aiheuttaa potilaalle haittaa. Haittoja voivat olla esimerkiksi lääkemääräysten epäselvyys ja määräysten kopiointivirheet. (Jauhiainen 2009, 13.) Raportoinnin aika ja paikka tulee ottaa huomioon, sillä potilaasta ei voida antaa raporttia kiireisimpään aikaan tai keskellä potilasjoukkoa. Rauhaisa ja suojaisa paikka on paras raportoinnille. Kaikessa toiminnassa tulee lisäksi kiinnittää huomiota tietosuojaan. Kirjallisesta raportista tulee ilmetä kaikki oleellinen tieto potilaasta, potilaan hoidosta ja hoidon arvioinnista. Kaikki potilasasiakirjoihin tehtävät merkinnät ja ajat tulee tehdä huolellisesti. Lisäksi lääkelistan tulee olla aina ajan tasalla. Jos hoitaja huomaa lääkehoidossa epäkohtia, niihin pitää tarttua ja tehdyt huomiot pitää kirjata. Lääkehoito saadaan turvallisemmaksi, kun toimintaa tehostetaan ja sovitaan yhteisistä toimintatavoista. (von Koch 2007, 34-35.)

Tiedonkulun eri työyksiköiden välillä tulee olla sujuvaa ja joustavaa. Sama vaatimus koskee myös eri henkilöstöryhmiä. Tällä varmistetaan mahdollisimman hyvin tiedon siirtyminen eteenpäin. Tiedonkulku voidaan varmistaa tiedustelemalla potilaan tietojen perille saapumista, oli tiedot sitten lähetetty postitse, sähköisesti tai jollakin muulla tavalla. Itse potilas tulee ottaa huomioon koko ajan sekä varmistaa, että hänen tietosuojansa ei loukata. Jatkosuunnitelma kirjataan potilaan papereihin. Lähetteet potilasta koskevine oleellisine tietoineen lähetetään suoraan siihen yksikköön, johon potilas siirretään. Tässä tulee lisäksi ottaa huomioon lääkelistan ajantasaisuus, joten on tärkeää, että lääkitystiedot kirjataan ja työnjako on selvillä, jotta tiedonkulku on sujuvaa eikä potilasturvallisuus vaarannu. (Keistinen ym. 2008.)

Tiedonkulkuun liittyen potilaalla on oikeus joko myöntää tai kieltää häntä koskevan tiedon siirtäminen esimerkiksi eri hoitopaikkojen välillä. Potilaan tietoja voidaan siirtää muun muassa toiseen hoitopaikkaan, mikäli siitä on olemassa potilaan oma tai hänen laillisen edustajansa kirjallinen suostumus. Potilaan tietoja voidaan siirtää myös suullisella luvalla, mutta siitä tulee tehdä merkintä potilasasiakirjoihin. Ilman lupaa potilaan tietoja voidaan siirtää muun muassa, kun potilaalla ei ole esimerkiksi mielenterveyshäiriön tai kehitysvammaisuuden vuoksi edellytyksiä arvioida tiedonsiirron tärkeyttä, tajuttomuuden tai muun siihen verrattavan syyn vuoksi, tai jos hänellä ei ole nimettyä laillista edustajaa. Mikäli potilas on täysi-ikäinen ja muutenkin kykenevä päättämään omista asioistaan, hänellä on oikeus kieltää tietojensa luovuttaminen. (Tietosuojavaltuutetun toimisto 2010.)

Raportointi hoitotyössä on neuvoa-antava tapahtuma, jolloin hoitotyön kirjauksia varmennetaan ja hoitajilla on mahdollisuus konsultoida keskenään työvuorojen vaihtuessa.

Raportoinnissa työvuorojen vaihtuessa on tärkeää keskittyä potilaan senhetkiseen vointiin, arviointiin ja muuttuneisiin määräyksiin ja ohjeisiin. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

Hoitotyön kirjaamisen kehittyminen on mahdollistanut suullisten raporttien vähentämisen. Hiljaisessa raportoinnissa potilaan voinnista sekä hoidosta tiedotetaan suullisten raporttien sijaan sairauskertomusten ja hoitosuunnitelmien sähköisellä välityksellä. Hoitajat lukevat vuoron alussa niiden potilaiden potilasasiakirjat, joita he hoitavat työvuoronsa aikana. Lukemisen jälkeen on mahdollisuus vielä tarvittaessa kysyä vuoronsa lopettavalta hoitajalta lisätietoja. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

3.4.3 Henkilöstön vastuut

Lääkehoitosuunnitelmassa määritetään toiminta-/työyksikön lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön rakenne, vastualueet ja tehtävät. Lääkehoidon suunnittelusta ja organisoinnista vastaavat toimintayksikön johto ja terveydenhuollosta/lääketeollisesta toiminnasta vastaava lääkäri yhteistyössä toiminta-/työyksikön lääkehuollosta vastaavan ja hoitotyön johtajan kanssa. Esimiehet varmistavat, että yksikön lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvalla henkilöstöllä on riittävä osaaminen ja että olosuhteet ovat oikeanlaiset lääkehoidon toteuttamiseksi. (STM 2006, 48.)

Kokonaisvastuun kantaminen lääkehoidon toteuttamisesta terveydenhuollon yksiköissä kuuluu lääkehoidon koulutuksen saaneille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Kokonaisvastuuseen sisältyy potilashoitoon liittyvästä tehtävänjaosta päättäminen ja siihen liittyvästä ohjauksesta, neuvonnasta ja valvonnasta sekä työyksikön lääkehuollon toimivuudesta huolehtiminen. Nämä vastualueet kuuluvat osastonhoitajalle tai vastaavalle sairaanhoitajalle. Jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen osallistuva ammattilainen kantaa itse vastuun omasta toiminnastaan. Lääkehoidon koulutuksen saaneet nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden lisäksi jakaa lääkkeitä potilaille sekä antaa lääkkeitä luonnollista tietä. Kun on varmistettu työntekijän osaaminen, hän voi antaa lääkeainetta pistämällä lihakseen sekä ihon alle ja saa perehdyttämisen ja osaamisen osoittamisen jälkeen kirjallisen luvan tehtävien itsenäiseen suorittamiseen. (STM 2006, 49-51.)

3.4.4 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen

Lääkehoitoa toteuttavan terveydenhuollon henkilöstön tulee ymmärtää lääkehoidon merkitys osana potilaan hoidon kokonaisuutta sekä lääkehoidon koko kaari. Henkilöstön tulee tietää, miksi ja mitä sekä millainen annos, miten ja mitä antoreittiä lääkettä annetaan. Osaamisen pitää riittää lääkehoidon vaikuttavuuden arviointiin asti. (STM 2006, 46-47.)

Lääkehoitoa toteutettaessa pelkkä hoitajan tekninen osaaminen ei riitä, vaan hoidon toteuttaminen edellyttää farmakologisen, fysiologisen, patofysiologisen, juridiseettisen sekä lääkelaskentaan liittyvän tietoperustan hyvää hallintaa. Näiden kaikkien edellä mainittujen lisäksi edellytetään kykyä hallita lääkkeiden hoidollisia vaikutuksia, lääkkeiden käsittelyä, toimittamista ja hankintaa sekä lääkkeiden säilyttämiseen ja hävittämiseen liittyvien asioiden osaamista. Lääkehoitoa toteuttavan henkilön on ymmärrettävä lääkemuotoja ja lääkevalmisteita sekä niiden ominaisuuksia, jotta eri lääkemuotoja käsitellään oikealla tavalla, kun lääkettä saatetaan käyttökuntoon ja annostellaan potilaalle. (STM 2006, 46-47.)

Perehdyttämisen aikana työyksikön esimies tai perehdytyksestä vastaava henkilö varmistaa, että uudella työntekijällä on peruskoulutuksen antamat valmiudet toteuttaa lääkehoitoa. Työyksikkö voi edellyttää osaamisen varmistamista esimerkiksi lääkkeiden jakamisessa. Tällöin perehdytettävän tulee jakaa lääkkeet oikein perehdyttäjän valvonnassa 2-5 kertaa, ennen kuin hän voi saada oikeuden jakaa lääkkeitä ilman valvontaa. Työyksiköiden lääkehoidossa edellytettävä osaaminen kartoitetaan, koulutustarpeet arvioidaan ja osaamista ylläpidetään, kehitetään sekä seurataan terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutusta koskevien säännösten ja valtakunnallisen suosituksen mukaisesti. Työnantajan tulee järjestää lääkehoidon täydennyskoulutusta työntekijöiden yksilöllisten koulutustarpeiden ja työyksikön lääkehoidon kehittämistarpeiden edellyttämällä tavalla. (STM 2006, 47.)

Työyksiköiden lääkehoito edellyttää osaamisen kartoittamista, koulutustarpeiden arvioimista ja osaamisen ylläpitämistä. Säännöksiä, jotka koskevat terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutusta sekä valtakunnallisia suosituksia kehitetään ja seurataan säännöllisesti. Lääkehoidon täydennyskoulutusta järjestää työnantaja. Täydennyskoulutusta järjestetään työntekijöiden yksilöllisten koulutustarpeiden ja työyksikön lääkehoidon kehittämistarpeiden edellyttämällä tavalla. Henkilöstö, joka toteuttaa lääkehoitoa, on veloitettu ylläpitämään ammattitaitoaan jatkuvasti ja osallistumaan työnantajan järjestämiin täydennys- ja muihin koulutuksiin. Lääkehoidon toteuttamiseen liittyviä valmiuksia sekä täydennyskoulutustarpeita ja koulutuksiin osallistumista seurataan toimintayksikön täydennyskoulutusrekisterin sekä muiden seurantajärjestelmien avulla. Osaaminen varmistetaan testaamalla sekä näyttökokein. (STM 2006 47-48.)

4 Opinnäytetyön toteuttaminen

Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset kerättiin haastattelemalla kolmen eri osaston sairaanhoitajia. Opinnäytetyön aloitusvaiheessa oli tarkoitus, että osastoja olisi ollut neljä, mutta osastojen aikatauluongelmista johtuen päätettiin, että jätetään yksi osasto

haastattelujen ulkopuolelle. Tutkimushaastatteluiden kesto vaihteli osastokohtaisesti, mutta keskimäärin haastattelut kestivät noin 30 minuuttia.

Tutkimushaastattelukysymysten runko on yhteydessä Turvallinen lääkehoito -oppaaseen. Opinnäytetyön hankkeen myötä rakentuivat haastattelurungolle apukysymykset, joiden avulla haastattelut toteutettiin (Liite 1). Haastattelukysymyksiä alettiin rakentaa vasta, kun suurin osa teoriasta oli koottu. Näin varmistettiin, että kaikki oleellinen tulee kysytyä. Kun opinnäytetyön ohjaaja oli hyväksynyt haastattelukysymykset, oli haastattelujen vuoro. Tutkimuskysymykset on jaettu kahteen osa-alueeseen. Ensimmäisessä osassa on kysymyksiä potilaan lääkehoidon informoinnista ja neuvonnasta ja toisessa osassa kysytään lääkehoidon dokumentoinnista ja tiedonkulusta.

Kaikki haastatteluajat sovittiin osastojen osastonhoitajien kanssa. Aikataulut kaikkien kolmen osaston kanssa saatiin sopimaan hyvin yhteen. Kaikki tutkimushaastattelut suoritettiin viikon sisällä.

4.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Tässä opinnäytetyössä on käytetty kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Laadullisen tutkimuksen avulla tarkastellaan ihmisten käyttäytymistä heidän omasta näkökulmastaan. Laadullisen tutkimuksen päämääränä on ihmisten käyttäytymisen ymmärtäminen sekä heidän omien tulkintojensa hahmottaminen. Tuloksia ei pyritä esittämään numeraalisesti, vaan sanallisesti ja laatuina. Laadullisen tutkimuksen tuloksia tulisi hakea luonnollisista ja todellisista tilanteista. (Pöyrälä 2002.) Tässä opinnäytetyön tutkimuksessa on käytetty teemahaastattelua, litterointia ja teorialähtöistä sisällönanalyysiä.

4.2 Teemahaastattelu ja litterointi

Haastattelu on yksi tiedonhankinnan perusmuoto. Haastattelua käytetään silloin, kun halutaan kuulla ihmisten mielipiteitä ja kerätä tietoa, käsityksiä ja uskomuksia. Kun halutaan ymmärtää, miksi ihmiset toimivat kyseisellä tavalla tai miten he arvottavat tapahtumia, on luonnollista keskustella heidän kanssaan. Haastattelu on metodi, jonka tutkimuksen eri osapuolet kokevat yleensä miellyttäväksi, sillä se on lähellä arkista käytäntöä ja ihmiset tietävät, mitä suurin piirtein on odotettavissa, kun heitä pyydetään haastateltaviksi. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 11.)

Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu on keskustelunomainen tilanne, jossa käydään läpi ennaltsuunniteltuja teemoja. Haastattelu ei etene tarkkojen, yksityiskohtaisten, valmiiksi muotoiltujen kysymysten kautta, vaan väljemmin kohdentuen

tietyihin ennalta suunniteltuihin teemoihin. Teemojen puhumisjärjestys on vapaa, eikä kaikkien haastateltavien kanssa välttämättä puhuta kaikista asioista samassa laajuudessa. Tutkijalla on haastattelussa mukanaan lyhyet muistiinpanot käsiteltävistä teemoista, jotta hän voisi keskittyä keskusteluun, ei papereiden tavaamiseen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b.) Tutkijan näkökulmasta tämä vapauttaa haastattelun ja tuo tutkittavien äänen kuuluviin. Teemahaastattelu ottaa huomioon sen, että ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä, samoin kuin sen, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 48.) Teemahaastattelun ei siis tulisi olla pikkutarkkojen kysymysten esittämistä tarkassa järjestyksessä paperilta lukien (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b).

Haastattelut toteutettiin etukäteen määrätyillä yhteistyökumppaniosastoilla haastattelemalla yhtä vuorossa olevaa sairaanhoitajaa. Osastonhoitajat olivat valinneet vuorossa olevan sairaanhoitajan, ja kaikilla osastoilla sairaanhoitajat olivat valmiina haastatteluun. Haastatteluajat sovittiin puhelimitse osastonhoitajien kanssa. Haastattelut toteutettiin eri päivinä, mutta kuitenkin viikon sisällä. Aikaa haastatteluihin oli varattu noin tunti, mutta kaikki haastattelut olivat ohi jo noin 30 minuutin kuluttua.

Teemahaastattelun avulla on mahdollista saada laajasti tietoa, sillä teemoittain olevat kysymykset antavat haastattelutilanteeseen enemmän vapautta sekä haastateltavalle että haastattelijalle. Puolistrukturoitu haastattelu on tämän opinnäytetyön kannalta paras vaihtoehto, sillä näin saadaan varmasti vastaukset kysytyihin kysymyksiin. Lisäksi vastaajalla on mahdollisuus vastata laajemmin, jolloin saattaa saada kysymysten lisäksi tärkeää lisätietoa, jota ei välttämättä olisi osannut kysyä. Ennen haastattelujen alkamista haastateltaville kerrottiin, että he voivat keskeyttää haastattelun missä vaiheessa tahansa, jos he eivät ymmärrä kysymystä tai jos heille tulee vielä jälkeinpäin lisättävää johonkin kysymykseen.

Nauhoitettujen teemahaastattelujen jälkeen oli seuraavaksi vuorossa litterointi. Litteroinnilla tarkoitetaan nauhoitetun puhemuotoisen aineiston sanatarkkaa purkamista. Aineisto kirjoitetaan keräämisen jälkeen sen hallitsemista ja analysoimista helpottavaan muotoon yleensä tekstinkäsittelyohjelmalla. Koska litterointi on hidasta, yhden haastattelutunnin litteroimiseen kannattaa varata aikaa yksi työpäivä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a.) Litterointi tapahtui haastatteluja seuraavalla viikolla. Litterointiin kului useita tunteja, ja litteroitua tekstiä syntyi yli 10 sivua. Tässä opinnäytetyössä haastattelut litteroitiin sanatarkasti auki. Pohjana käytettiin teemoittain olevaa haastattelurunkoa. Toisin sanoen erillistä tekstinkäsittelyohjelmaa ei tällä kerralla käytetty.

4.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistäen. Sisällönanalyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006c.) Sisällönanalyysi on laadullisen aineiston analyysin työväline (Kylmä & Juvakka 2007, 66).

Sekä kirjoitettua tekstiä että suullista kommunikaatiota on mahdollista analysoida sisällönanalyysillä. Sen avulla pystytään tarkastelemaan asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysissä olennaisinta on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien pitää olla toisensa poissulkevia ja lisäksi yksiselitteisiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21-23.)

Sisällönanalyysissä erotetaan viisi vaihetta: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu sekä tulkinta ja luotettavuuden arviointi. Sisällönanalyysin tarkoituksena on ilmiön laaja mutta tiivis esittäminen. Sisällönanalyysi voidaan jakaa induktiiviseen eli aineistolähtöiseen, deduktiiviseen eli teoriasidonnaiseen ja näiden välimuotoon jäävän teorialähtöiseen analysointimalliin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty teorialähtöistä sisällönanalyysiä eikä mitään erilaista sisällönanalyysin mallia, kuten kalanruotoa, vaan vastaukset on käyty kohta kohdalta läpi ja poimitut vastaukset on kirjoitettu käsin.

5 Tutkimustulokset

Tässä luvussa on esitetty teemahaastattelujen tulokset. Kolmen osaston haastattelut on avattu litteroinnin avulla. Tulokset on esitetty teemoittain siten, että ensin esitellään potilaiden informoinnin ja neuvonnan tulokset ja sen jälkeen lääkehoidon dokumentoinnin ja tiedonkulun tulokset.

5.1 Potilaiden informointi ja neuvonta

Potilaan osallistuminen ja sitoutuminen lääkehoitoon

Kaikilla kolmella osastolla oltiin siitä samaa mieltä, että potilaat osallistuvat oman lääkehoitonsa suunnitteluun hyvin vähän. Syyksi nimettiin potilaiden huono terveydentila. Eräällä osastolla potilas voi lääkärinkierrolla esittää ongelmiaan, ja samalla lääkärinkierrolla mahdollisesti myös määrätään uusia lääkityksiä. Tämä tosin on hyvin harvinaista.

Haastetta potilaan sitoutumiseen lääkehoitoonsa toi, miten saadaan kaikki potilaat ottamaan lääkkeensä. Yleisempiä syitä lääkkeiden ottamattomuuteen oli, että potilas voi kieltää, ettei hänellä ole sellaista sairautta, johon tarvitsee lääkettä tai ei omasta mielestään tarvitse lääkettä ollenkaan. Sukupuolella ei ilmennyt olevan vaikutusta lääkehoitoon sitoutumiseen.

Mielenterveyspotilaat ovat hyviä esimerkkejä siitä, että he eivät halua ottaa lääkkeitään ollenkaan.

Kahdella osastolla oltiin sitä mieltä, että lääkkeen oton valvominen on paras tapa sellaisen potilaan kohdalla, joka ei noudata hänelle annettua lääkehoitosuunnitelmaa. Yhdellä osastolla oltiin puolestaan sitä mieltä, että lääkkeen tarkoituksesta kertominen selkeästi potilaalle on yleensä riittävä tapa.

Lääkehoitotiedon antaminen potilaalle

Kahdella osastolla ei käydä potilaan kanssa läpi ollenkaan lääkkeiden haittavaikutuksia ja yleisempiä yhteisvaikutuksia. Asiallisen potilaan kanssa saatetaan käydä joitakin asioita läpi, mutta kertominen kuuluu yleensä lääkärille.

Lääkäri voi kertoa lääkkeistä, mutta useat potilaat ovat muistisairaita, niin yleisesti niistä ei kyllä kerrota

Lääkkeistä annetaan tietoa kaikilla osastoilla suullisesti. Eräällä osastolla ei vielä koskaan ole vaadittu kirjallista tietoa lääkkeistä. Eräs tapa hoitajien keskuudessa on, että hoitaja käy ensin katsomassa lääkkeen tiedot esimerkiksi Terveysportista ja kertoo ne selkokielellä potilaalle. Potilaille on turha tulostaa kaikkea, sillä he eivät välttämättä ymmärrä kaikkea, ja tieto saattaa sisältää myös turhaa tietoa.

Kaikilla kolmella osastolla hoitajat osallistuvat potilaan lääkehoidon neuvontaan. Myös lääkäriltä saadaan tietoa lääkkeistä. Yhdellä osastolla oli käytäntönä, että ensin potilaat saavat tietoa sairaanhoitajilta. Jos jotain ei pystytä potilaalle selittämään, käännetään lääkärin puoleen.

Ongelmia lääkkeistä tiedottamisessa ilmeni kahdella osastolla, sillä kaikki potilaat eivät ymmärrä lääkkeiden tärkeyttä. Yhdellä osastolla ei ole toistaiseksi ilmennyt mitään ongelmia.

Potilaan neuvonta ja ohjaus lääkkeiden käytössä

Kahdella osastolla neuvotaan ja ohjataan potilasta lääkkeiden käytössä siten, että tietyt lääkkeet tulee ottaa kokonaisina eikä niitä saa pureskella. Myös lääkekohtaisia ohjeita, kuten että eräät lääkkeet pitää ottaa istuma-asennossa, annetaan potilaille suullisesti.

Kahdella osastolla on ongelmia tuonut potilaiden ymmärtämättömyys ja huono muisti. Potilaat eivät muista, miten toimia lääkkeenottotilanteessa. Tähän on auttanut vain toistaminen ja toistuva lääkeneuvonta ja ohjaus.

He eivät aina ymmärrä sitä, että heille menee lääkkeitä.

Kaikilla osastoilla oltiin sitä mieltä, että mahdollisimman yksinkertainen kieli, selkokieli on parasta ohjausta, jota potilaille voidaan antaa.

Jokaisella osastolla henkilökunta päivittää lääkehoitotaitojaan. Kaikki haastateltavat kertoivat, että on erilaisia koulutuksia, joissa sairaanhoitajat käyvät. Lisäksi Terveysporttia käytetään paljon. Sieltä löytyy hyvin tietoa lääkkeiden sivuvaikutuksista, ja jos lääkkeitä jaettaessa tulee vastaan uusi lääke, sieltä on saatavissa tietoa nopeasti.

Terveysportista etsitään tietoa lääkkeistä...

Lääkehoidon ohjauksen perillemenon ja ymmärtämisen varmistaminen

Lääkehoidon ohjauksen perillemeno ja ymmärtäminen varmistettiin jokaisella osastolla suullisesti, keskustelemalla potilaan kanssa. Keskustelutilanteessa jokaisella osastolla käytetään mahdollisimman selkeää kieltä.

Lääkehoidon informoinnin ja neuvonnan riskitekijät

Kahdella osastolla nähtiin potilaiden huono muisti ongelmana lääkehoidon informoinnissa ja neuvonnassa. Potilaat eivät kykene ottamaan vastaan tietoa lääkehoidoistaan.

Myös omaisia informoidaan potilaan lääkehoidosta kahdella osastolla. Eräällä osastolla kerrotaan suoraan omaisille lääkehoidossa tapahtuneista muutoksista. Omainen voi ottaa lääkäriin yhteyttä, jos haluaa lisätietoa tapahtuneesta lääkemuutoksesta. Toisella osastolla puolestaan koettiin, että omaiset ovat hankalampia kuin itse potilaat. Omaiset käyvät Googlessa lukemassa erilaisia "kauhutarinoita" eivätkä välttämättä ymmärrä, että kyseinen lääke ei aiheuta pahaa kaikille potilaille. Hoitajat ovat huomanneet, että Google ei ole paras mahdollinen tietolähde. Välillä on jouduttu pitämään yhteisiä tapaamisia omaisten, hoitajien ja lääkärin kesken, sillä omaiset ovat vahvoja vaatimaan tietoa.

... kyllä omaisia aina informoidaan, jos on tapahtunut muutoksia lääkehoidossa.

Lääkehoidon poikkeamien ilmoittaminen tapahtuu kaikilla osastoilla HaiPro-tietojärjestelmän kautta. Aikaisemmin kaikilla osastoilla raportoitiin lääkehoitopoikkeamista paperiversiona, mutta nyt kaikki osastot tekevät ne sähköisesti. Eräällä osastolla sähköistä raporttia pidettiin todella hyvänä, koska nyt potilaspapereihin tulee kirjattua, jos potilas on esimerkiksi saanut väärän lääkkeen. Tieto tulee näin potilasasiakirjoihin; paperiversiossa esimerkiksi lääkehoitopoikkeamia kirjattiin harvoin. Yhdellä osastolla oli käytäntönä, että useimmiten itse potilaalle kerrotaan lääkehoidossa sattuneesta poikkeamasta, ja vakavammissa tilanteissa informoidaan lisäksi omaisia. Toisella osastolla puolestaan sairaanhoitaja on vastuussa siitä, miten toimitaan, kun huomataan lääkehoitopoikkeaman tapahtuneen: otetaanko lääkäriin yhteyttä, annetaanko potilaalle jotain muuta lääkettä vai annetaanko potilaan vain olla.

Kaikilla osastoilla oltiin samaa mieltä siitä, että ilmoituksen lääkehoidon poikkeamasta tekee se, joka poikkeaman huomaa. Kyseessä voi olla joko lähihoitaja tai sairaanhoitaja.

Jokaisella haastatellulla osastolla oltiin sitä mieltä, että lääkehoidon poikkeamista ilmoittamiseen ei liity mitään ongelmakohtia. Yhdellä osastolla hoitajat ilmoittavat tunnollisesti poikkeamista. Niihin puututaan ja mietitään, mitä voidaan tehdä toisin, jotta kyseinen tapahtuma ei enää pääsisi toistumaan. Tämän mahdollistaa työyhteisössä oleva avoin ilmapiiri ja ettei ketään syytellä virheistä.

...siinä pitää olla avoin ilmapiiri, ja virheistä kaikki ottaa opikseen.

5.2 Lääkehoidon dokumentointi ja tiedonkulku

Lääkehoitoa koskevien merkintöjen teko potilaan asiakirjoihin

Kaikilla osastoilla pääsääntöisesti lääkäri tekee merkinnät lääkelistaan. Eräällä osastolla hoitajat voivat merkitä lääkelistaan esimerkiksi vatsantoimituslääkkeet. Toisella osastolla puolestaan hoitajat kirjaavat ylös potilaan tietoihin, jos tälle annetaan lääkettä.

Jokaisella osastolla on käytössä sähköinen kirjaamisjärjestelmä, johon merkinnät potilaan asiakirjoihin tehdään. Tämän tekee pääsääntöisesti jokaisella osastolla lääkäri. Eräällä osastolla on käytössä lääkejakokortti, jolloin merkinnän tekee sairaanhoitaja. Lääkejakokortista näkee kaikki potilaalle menevät lääkkeet käsikirjoitettuina.

... meillä on vielä paperikansio jokaisella potilaalla ja niissä on vielä ajan tasalla oleva lääkelista.

Yhdellä osastolla koettiin ongelmaksi potilaan asiakirjoihin tehtävissä merkinnöissä se, jos viikonloppuna joudutaan ottamaan yhteyttä päivystävään lääkäriin. Silloin lääkäri ei aina laita potilaan asiakirjoihin lääkemuutosta eikä lääkärin käsialasta välttämättä aina saa edes selvää. Näin kirjatut tiedot jäävät puutteellisiksi, vaikka lääkärin tehtäviin kuuluisi aina kirjata sähköisesti lääkemuutokset.

Lääkemääräyksen kirjaaminen

Lääkemääräykset kirjaa eräällä osastolla lääkäri. Hän kirjaa merkinnän lääkejakolistaan ja potilaan tekstiin, kun potilaan lääkitystä on muutettu. Yhdellä osastolla nähtiin mahdolliset sijaiset ainoana ongelmana lääkemääräyksen kirjaamisessa. Osastolla on käytössä hoitolistat erilaisista lääkkeistä, kuten vahvoista kipulääkkeistä ja verenohennuslääkkeistä. Useasti oli käynyt siten, että sijaisille ei ollut kerrottu listojen olemassaolosta. Silloin nämä lääkkeet olivat jääneet jakamatta.

Lääkehoitoa koskevan tiedon siirtyminen yksiköiden välillä

Kaikilla kolmella osastolla oltiin sitä mieltä, että kun potilas siirtyy sellaisten yksiköiden välillä, joissa käytetään samaa sähköistä tietojärjestelmää, lääkehoitoa koskeva tieto siirtyy yksiköiden välillä hyvin. Yhdellä osastolla on käytäntönä, että kun potilas siirtyy yksiköiden välillä, soitetaan toiseen yksikköön ja keskustellaan lääkityksestä puhelimitse. Toisella osastolla edellytetään, että siirrettäessä potilasta sairaalasta osastolle tällä tulee olla mukanaan sairaanhoitajan lähete, josta käy ilmi potilaan senhetkinen lääkitys.

Puhelinkeskustelu oli kaikilla osastoilla yleisin menetelmä yksiköiden väliseen tiedonsiirrossa. Lisäksi kaksi osastoa käyttää paperimuodossa olevaa lääkelistaa.

Ongelmaksi yhdellä osastolla koettiin se, että välillä osastolle lähetetään epämääräisiä, esimerkiksi käsikirjoitettuja lääkelistoja, joista on vaikea saada selvää. Toisella osastolla puolestaan ongelmalliseksi koettiin se, että kun potilas esimerkiksi siirtyy osastolle iltapäivällä, ja hänen lääkelistassaan lukee annostuksena kolmesti vuorokaudessa, jää usein epäselväksi, onko iltapäivälääke jo annettu edellisessä hoitopaikassa, vai annetaanko se osastolla.

... kun potilas siirtyy, niin ei aina tiedetä lääkkeen antoaikaa. Esimerkiksi jos papereissa lukee kertaa kolme vuorokaudessa, niin voi olla vähän epäselvää

vaikka iltapäivällä, että onko se mennyt jo kello 12 vai onko se annettava silloin iltapäivällä.

Tietosuojan huomioiminen lääkehoidon kirjaamisessa ja tiedottamisessa

Jokaisella osastolla oltiin sitä mieltä, että tietosuojaa koskevissa asioissa ei ole mitään ongelmia.

Lääkelistan oikeellisuuden ja ajantasaisuuden varmistaminen

Yhdellä osastolla lääkäri tarkistaa lääkelistan oikeellisuuden ja ajantasaisuuden. Kahdella osastolla puolestaan hoitaja tekee sen. Yhdellä osastolla lääkäri tekee lääkelistaan muutoksen sähköisesti. Hoitaja puolestaan ilmoittaa annosjakelupisteeseen, jolloin siellä korjataan muutokset annosjakelupusseihin. Toisella osastolla puolestaan sairaanhoitaja voi itse korjata lääkelistan, jos tietää, mikä lääkelistalla oleva virhe on.

Ongelmia lääkelistan ajantasaisuudessa esiintyi kahdella osastolla. Eräällä osastolla tehdään lääkkeenjako kortti lääketarjottimelle, jolloin tiedon siirtämisessä korttiin voi sattua virheitä. Toisella osastolla puolestaan ei aina muisteta faksata lääkelistaa lääkkeiden annosjakelupisteeseen. Tällöin sieltä tulevat pussit saattavat sisältää vanhan lääkelistan mukaisia lääkkeitä. Tähän ongelmaan on kiinnitetty osastolla huomiota. Siellä on otettu käyttöön menetelmä, joka on havaittu hyväksi. Sitä mukaa, kun lääkäri tekee lääkemuutoksia, hoitaja faksaa päivitetyn lääkelistan annosjakelupisteeseen.

No jos ei aina muista faksata sitä lääkelistaa, niin sitten sieltä voi tulla pussit, joissa ei olekaan huomioitu niitä lääkemuutoksia.

Lääkehoidon vaikutusten seurannan suunnittelun kirjaaminen

Kahdella osastolla kaikkien hoitajien tulee kirjata lääkehoidon vaikutusten seurannan suunnittelu. Esimerkiksi yhdellä osastolla on käytäntönä, että jos potilaalle aloitetaan uusi lääke, lääkäri saattaa määrätä mitattavaksi verenpainetta tietyin väliajoin. Samalla hoitajien pitää miettiä, miten uusi lääkitys vaikuttaa. Lisäksi potilaan asiakirjoihin pitää kirjata ylös potilaan mahdollisia oireita ja pohtia, liittyvätkö oireet uuteen lääkkeeseen.

Kaikilla osastoilla ilmeni samanlainen ongelma lääkehoidon vaikutusten seurannassa. Kun potilaalle annetaan jokin tarvittava lääke, monesti jää arvioimatta annetun lääkkeen vaikutus. Jos potilaalle annetaan esimerkiksi kipulääke, kukaan hoitajista ei kirjaa, vaikuttiko

kipulääke ja kannattaako sitä antaa potilaalle toista kertaa. Eräs haastateltava totesikin, että on jokin perusoletus, että kun potilaalle on annettu tarvittava lääke, se on auttanut potilasta.

...unohtaa kirjata. niinhän se menee. Kyllähän hoitaja sen huomaa, että onko lääkkeestä ollut apua, mutta tosin se huomio jää sitten vain kirjaamatta.

Lääkkeiden vaikutusten seuranta

Jokaisella osastolla hoitajat seuraavat lääkkeiden vaikutusta tarkkailemalla potilasta. Vaikutukset kirjataan sähköisesti potilaan tietojärjestelmään. Jos lääkkeitä ilmenee vakavia sivuvaikutuksia, otetaan yhteys lääkäriin.

Lääkehoidon poikkeamien kirjaaminen

Kahdella osastolla lääkepoikkeamat kirjataan sekä HaiPro-järjestelmään että potilaan potilaspapereihin. Eräällä osastolla lääkepoikkeaman kirjaa se, joka on huomannut poikkeaman tapahtuneen. Toisella osastolla puolestaan kirjaajana toimii usein sairaanhoitaja.

Kirjaamiseen perehdyttäminen

Eräällä osastolla uuden työntekijän tullessa töihin pyritään siihen, että hän ei ole työvuoron vahvuudessa mukana. Tällöin uuden työntekijän kanssa voi käydä ihan kädestä pitäen läpi kaikki kirjaamisen vaiheet useampana päivänä. Toisella osastolla puolestaan on muutama hoitaja, jotka olivat käyneet kirjaamisen koulutuksen. He ohjaavat ja neuvovat muita työntekijöitä.

...kun uusi ihminen tulee tänne, niin pyritään siihen, että voidaan käydä ihan kädestä pitäen kaikki vaiheet läpi useampana päivänä.

Kahdella osastolla uuden työntekijän tullessa on hänelle nimetty perehdyttäjä, jolla on päävastuu. Yhdellä osastolla sijaisia ei perehdytetä kirjaamiseen, vaan heidän tulee kysyä neuvoa vakiohenkilökunnalta. Eräällä osastolla puolestaan aina sairaanhoitaja perehdyttää sairaanhoitajaa.

Yhdellä osastolla ongelmana kirjaamisen perehdyttämisessä oli ainainen kiire.

...yllättävän hyvin kirjaaminen sähköisesti on onnistunut. Ja me saatiin uusia tietokoneitakin lisää, kun muuten se kirjaaminen on ollut niin hidasta.

Potilaan lääkehoidon jatkosuunnitelma

Millään kolmesta osastosta ei tehdä varsinaisesti jatkohoitosuunnitelmia potilaille. Kun potilas kotiutuu tai siirtyy toiseen hoitopaikkaan, hänelle laitetaan mukaan lääkelista ja reseptit. Tarvittaessa yhdellä osastolla käydään lääkelista läpi potilaan kanssa. Silloin potilasta ohjataan reseptien kanssa ja potilas saattaa esittää joitakin kysymyksiä.

Mikään kolmesta osastosta ei tunnistanut, että lääkehoidon jatkosuunnitelmassa olisi havaittu ongelmia.

6 Johtopäätökset

6.1 Lääkehoidon toteuttamisen arviointi

Potilaan osallistuminen ja sitoutuminen lääkehoitoon

Lääkehoitoon on usein vaikea sitoutua. Vain puolet pitkäaikaissairaista käyttää lääkkeitään sovitulla tavalla. Ohjattu omahoito ja koko terveydenhuoltoketjun tuki parantaa hoitoon sitoutumista olennaisesti. (Lääketeollisuus 2010.) Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat samaan aikaan monet tekijät: sosiaaliset ja taloudelliset tekijät, kuten esimerkiksi sukupuoli, työllisyystilanne ja hoidon hinta. Lisäksi vaikuttamassa ovat terveydenhuollon järjestämiseen liittyvät tekijät, kuten terveydenhoitohenkilöstön tiedon määrä ja sen tarjoama tuki, ohjeiden antamisen tapa ja määrä ja lisäksi myös taudin ominaispiirteet, oireettomuus tai oireisuus. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 145-152.)

Potilaan osallistumisesta ja sitoutumisesta lääkehoitoon kerrottiin haastatteluissa, että harva potilas osallistuu lääkehoitoonsa. Lääkäri määrää lääkkeet ja potilaat ovat niin monisairaita, että he harvoin kyselevät lääkkeitään. Potilaille annetaan lääkkeet tiettyihin kellonaikoihin, joten heidän itsensä ei varsinaisesti tarvitse huolehtia lääkkeitään. Haastetta tuo se, että saadaan kaikki potilaat ottamaan lääkkeensä. Haastateltavat eivät kertoneet, että esimerkiksi sukupuoli vaikuttaisi lääkehoitoon sitoutumiseen. Enemmänkin potilaan sairaus vaikuttaa juuri siihen, suostuuko potilas ottamaan lääkkeensä vai ei.

Lääkehoitotiedon antaminen potilaalle

Lääkäri ja lääkehoitoa toteuttava henkilöstö antavat potilaalle tai omaiselle tietoa sekä ohjaavat ja neuvovat potilasta lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä lääkehoitoprosessin eri vaiheissa. Näin ollen tiedon antamisella ja neuvonnalla tuetaan potilaan sitoutumista lääkehoidon noudattamiseen (Vaasan keskussairaala 2012, 40). Hyvän lääkehoidon neuvonnan avulla potilas pystyy ottamaan paremmin vastuuta omasta terveydentilastaan ja

lääkehoidostaan sekä sitoutumaan omaan hoitoonsa. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 145.) Ymmärrettävä, potilaat huomioonottava kirjallinen ohjaus on tullut yhä tärkeämmäksi osaksi hyvää hoitoa. Kirjallisen ohjauksen tarpeen kasvuun on useita syitä. Paitsi että potilaat itse haluavat tietää enemmän sairauksista ja niiden hoidosta, heiltä myös odotetaan entistä parempia itsehoitovalmiuksia. (Heikkinen, Tiainen & Torkkola 2002, 7.)

Potilaan neuvontaa ja ohjeistusta lääkkeiden käytössä osastoilla toteutettiin suullisesti. Yhdellä osastolla kukaan potilas ei vielä ollut vaatinut kirjallista tietoa lääkkeistään. Hoitajilla on myös mahdollisuus tarvittaessa antaa kirjallista ohjausta. Yleisemmin lääkeohjaus tapahtui suullisesti lääkkeenantotilanteessa. Tosin tässäkin tapauksessa neuvonnasta hoitajat eivät kokeneet olevan juurikaan hyötyä, sillä seuraavassa lääkkeenantotilanteessa potilaat saattoivat kysyä samoja kysymyksiä uudestaan.

Potilaan neuvonta ja ohjaus lääkkeiden käytössä

Sekä rauhallisella kertomisella ja kertaamisella että myös kirjallisilla ohjeilla annetaan potilaalle oleellinen lääketieto, jonka jälkeen potilasta pyydetään kertomaan lääkeohjeet omin sanoin. Näin varmistetaan, että potilas on varmasti ymmärtänyt tarvittavat tiedot. Jatkohoito ja seuranta ovat tärkeitä, jotta lääkehoitoa ei jatketa tarpeettomasti tai jotta annos ei ole väärä tai koko lääke potilaalle sopimaton. Luottamuksellinen hoitosuhde ja omalääkäri varmistavat lääkehoidon turvallisuuden, kun yksi henkilö tuntee potilaan koko lääkityksen. (Ritmala-Castrén 2004, 22.) Osastoilla potilasta neuvotaan ja ohjataan lääkkeiden käytössä suullisesti, ja huomiota on kiinnitetty ohjauksen yksinkertaisuuteen.

STM:n (2006, 47) mukaan työyksiköiltä lääkehoidossa edellytettävä osaaminen kartoitetaan, koulutustarpeet arvioidaan sekä osaamista ylläpidetään, kehitetään ja seurataan terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutusta koskevien säännösten mukaisesti. Työnantaja järjestää lääkehoidon täydennyskoulutusta työntekijöiden yksilöllisten koulutustarpeiden ja työyksikön lääkehoidon kehittämistarpeiden edellyttämällä tavalla. Kaikilla osastoilla oltiin sitä mieltä, että erilaiset koulutukset on paras tapa päivittää lääkehoidon taitoja ja tietoja.

Lääkehoidon ohjauksen perillemenon ja ymmärtämisen varmistaminen

Koska vain 20-58 prosentilla potilaista lääkehoito toteutuu annettujen ohjeiden mukaisesti, ohjaukseen tulisi kiinnittää toden teolla huomiota (Partanen & Lommi 2006). Vastausten mukaan osastoilla lääkehoidon ohjauksen perillemenon ja ymmärtämisen varmistaminen tapahtui suullisesti ja selkokielellä.

Lääkehoidon informoinnin ja neuvonnan riskitekijät

Nybergin (2012) mukaan saattaa tapahtua niin, että omaiset eivät tue riittävästi potilaan hoitoa, koska heiltä itseltään puuttuu tietoa sen merkityksestä, vaikutuksesta ja haitoista. Jos omaiset eivät ole saaneet riittävää opastusta, heidän tulisi pyytää tietoa hoitopisteestä. Mitä enemmän omaisilla ja sairastuneella on tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, sitä parempi se on potilaalle. Osastoilla omaiset otettiin huomioon ja yleensä heille ilmoitettiin, jos lääkehoidossa on tapahtunut muutoksia.

Lääkehoitoa koskevien merkintöjen teko potilaan asiakirjoihin

Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) velvoittaa tekemään asiakirjoihin potilaan terveydentilaan ja lääkehoitoon liittyvät merkinnät. Potilasasiakirjoihin tulee tehdä merkinnät lääkehoidon tarpeesta, lääkemääräyksestä, annetusta lääkehoidosta ja sen lääketieteellisistä perusteista. Lääkkeiden määräämisen ja antamisen osalta tietoja ovat lääkkeen nimi, lääkemuoto, määrä, kerta- ja vuorokausiannos, antopäivä, annostelutapa ja -aika sekä myös antajan nimi ja lääkkeen määrännyt lääkäri, jos kysee on muusta kuin osastopotilaan lääkelistan mukaisesta jatkuvasta lääkityksestä. (STM 2006,25.) Osastoilla oli selkeää, että lääkelistaan tekee merkinnät pääsääntöisesti lääkäri. Hoitajat kirjaavat lääkelistaan esimerkiksi vatsantoimituslääkkeet. Lisäksi huomattavaan virheeseen lääkelistassa hoitajat voivat itse korjata sen. Sähköinen kirjaaminen oli kaikissa kolmessa osastolla käytössä.

Lääkemääräyksen kirjaaminen

Lääkemääräyksen manuaalisen kirjaamisen on todettu olevan epätarkkaa ja epäselvää, joten terveydenhuoltoalalla on siirrytty sähköiseen kirjaamiseen. On todettu, että sähköinen lääkemääräys vähentää lääkityspoikkeamia, kun lääkemääräystä ei tarvitse siirtää asiaperistä toiseen. (Veräjänkorva ym. 2006, 87.) Lääkkeen määrääjän on kirjattava kaikki antamansa ja uusimansa lääkemääräykset potilasasiakirjoihin niin, että merkinnästä ilmenee lääkemääräyksen antopäivä, lääkevalmisteen kauppanimi tai lääkeaine tai -aineet ja vahvuus, pakkauskoko, mahdollisuus uudelleen toimittamiseen, käyttötarkoitus ja -ohje sekä kiellon syy, mikäli lääkkeen määrääjä on kieltänyt lääkevaihdon. (Valvira 2012.) Osastoilla lääkäri teki merkinnät lääkejakolistaan ja sähköiseen tietojärjestelmään, kun potilaan lääkitystä muutettiin.

Lääkehoitoa koskevan tiedon siirtyminen yksiköiden välillä

Potilassiirroissa informaatiota siirretään yksiköiden välillä raportoimalla suullisesti ja puhelimitse sekä tietojärjestelmiä apuna käyttäen. Sairaanhoitajat toimivat tiedonsiirtäjinä

ja vastaanottajina. Potilassiirtoihin liittyy usein yksiköiden välistä epäselvää ja epäjohdonmukaista tiedonsiirtoa. Ongelmat suullisessa tai sähköisessä tiedonsiirrossa voivat aiheuttaa potilaalle haittaa. Haittoja voivat olla esimerkiksi lääkemääräysten epäselvyys ja määräysten kopiointivirheet. (Jauhiainen 2009, 13.) Tiedon siirtyminen yksiköiden välillä koettiin hyväksi silloin, kun eri työyksiköt käyttivät samaa sähköistä potilastietojärjestelmää. Osastoilla oli käytössä paperimuodossa lääkelista, joka lähetetään toiseen yksikköön. Lisäksi eräällä osastolla ollaan tarvittaessa puhelimitse yhteydessä. Ongelmaksi koettiin epämääräiset lääkelistat, jotka suurimmaksi osaksi on kirjoitettu käsin.

Tietosuojan huomioiminen lääkehoidon kirjaamisessa ja tiedottamisessa

Lääkehoitosuunnitelmassa on huomioitava lääkehoidon jatkuvuus ja kiinnitettävä huomiota joustavaan tiedonsiirtoon toimintayksiköiden välillä kuitenkin niin, että tietosuojakysymykset huomioidaan (STM 2006, 61). Millään osastolla ei nähty mitään tietosuojaongelmia lääkehoidon kirjaamisessa ja tiedottamisessa.

Läkelistan oikeellisuuden ja ajantasaisuuden varmistaminen

Huomiota tulisi kiinnittää toimintatapoihin, joilla turvataan potilaan lääkelistan ajantasaisuus päällekkäisen lääkityksen sekä mahdollisten haitallisten yhteisvaikutusten ja niistä aiheutuvien ongelmien välttämiseksi. Potilaan kotiutuessa lääkelistan oikeellisuus on aina varmistettava, jotta esimerkiksi mahdolliset allergiat, yhteisvaikutukset ja päällekkäisyydet huomataan. (STM 2006, 61.) Osastoilla lääkäri ja sairaanhoitaja tarkistavat lääkelistan oikeellisuuden ja ajantasaisuuden. Läkelistat korjaa lääkäri ja sairaanhoitaja puolestaan korjaa tiedot lääketarjottimilla oleviin kortteihin. Lääkejakokortteihin lääketarjottimelle kirjoittaessa saattaa tapahtua virheitä, kun siirtää tietoa tarjottimelle.

Osalla osastoista oli käytössä annosjakelupussit. Annosjakelupisteeseen pitää kerran viikossa faksata lääkelistat. Ongelmaksi muodostui vanhojen lääkelistojen faksaaminen, jolloin myös annosjakelupussien sisältö oli saapuessaan virheellinen.

Lääkehoidon vaikutusten seurannan suunnittelun kirjaaminen

Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon suunnittelun, järjestämisen, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä tulee käydä ilmi, miten hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotakin erityistä ja millaisia hoitoa koskevia päätöksiä sen kuluessa on tehty. (Asetus

potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001.)

Lääkehoidon vaikutusten seurannan suunnittelun kirjaa osastoilla yleensä sairaanhoitaja. Myös lähi- ja perushoitajat voivat kirjata. Kaikilla osastoilla tuli ilmi sama ongelma: kun potilas saa tarvittavan lääkkeen, sen vaikutus jää usein arvioimatta. Eräällä osastolla on perusoletuksena, että kun potilaalle on annettu tarvittavaa lääkettä, se on myös auttanut häntä.

Lääkehoidon poikkeamien kirjaaminen

Lääkityspoikkeamalla tarkoitetaan sellaista tapahtumaa, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Lääkityspoikkeamasta puhuttaessa saatetaan myös käyttää usein sanaa virhe. Tutkimuksissa on arvioitu, että Suomen sairaaloissa hoitovirheisiin menehtyy joka vuosi enemmän ihmisiä kuin liikenneonnettomuuksissa. (Suikkanen 2008, 7.) Sosiaali- ja terveysministeriö, Lääkelaitos, VTT ja osa sairaanhoitopiireistä on kehittänyt HaiPro-järjestelmän, jolla terveydenhuollossa työskentelevät voivat tehdä nimettömänä ilmoituksia vaaratilanteista. HaiPro-järjestelmään on kulkeutunut muutamassa vuodessa 80 000 erilaista potilashoidon vaaratilannetta. Osa tapahtumista on ollut sellaisia, että niistä on aiheutunut potilaalle selvästi haittaa, mutta suurin osa on ollut läheltä piti -tilanteita. Kerätystä aineistosta on selvinnyt, että sairaaloissa tapahtuvista ongelmatilanteista suurin osa liittyy lääkehoitoon ja tiedonkulkuun. Esimerkiksi lääkkeet voidaan jakaa lääkekaapilla väärin tai potilaalle voidaan jakaa toisen potilaan lääkkeitä. (Kaarela 2010.) Kaikilla osastoilla oli käytössä HaiPro-järjestelmä, jonne lääkehoidon poikkeamat kirjataan. Osastoilla tieto meni myös esimiehille. Kaikki haastateltavat pitivät järjestelmää hyvänä.

Kirjaamiseen perehdyttäminen

Perehdyttämisellä tarkoitetaan työntekijän opastamista työhön, työtehtäviin ja työympäristöön. Perehdyttäminen on tarpeen uudelle työntekijälle, mutta myös pitkään työstä poissa olleelle työntekijälle. (Lahti 2007, 15.) Aggen (2008) mukaan hyvällä perehdyttämisellä voidaan vaikuttaa henkilöstön osaamiseen ja saatavuuteen. Hyvä perehdytys myös edistää työhyvinvointia ja työviihtyvyyttä. Silloin kun perehdytys on suunniteltu kunnolla, kun siihen on voimavaroja ja perehtyjä voi perehtyä rauhassa uusiin tehtäviinsä, hän saa myös tarvittavaa täydennystä taitotietoihinsa. Osastoilla pyritään kiinnittämään huomiota perehdyttämiseen. Vastauksista kävi ilmi, että uuden työntekijän aloittaessa pyritään siihen, että hän ei ole ensimmäisiä työvuoroja työvahvuudessa. Silloin kirjaamista pystyy käymään rauhassa läpi. Pääsääntönä osastoilla on, että sairaanhoitaja

perehdyttää sairaanhoitajan. Lisäksi eräällä osastolla on nimetty uudelle työntekijälle perehdyttäjä, jolla on päävastuu perehdyttämisestä. Tosin kaikki hoitajat perehdyttävät.

Potilaan lääkehoidon jatkosuunnitelma

Keistisen ym. (2008) mukaan tiedonkulun esimerkiksi osastojen ja terveyskeskuksen välillä tulee olla sujuvaa ja joustavaa. Sama koskee myös eri henkilöstöryhmiä. Näin varmistetaan mahdollisimman hyvä tiedon siirtyminen eteenpäin. Tiedonkulkua voidaan varmistaa tiedustelemalla potilaan tietojen perille saapumista, oli tiedot sitten lähetetty postitse, sähköisesti tai jotenkin muuten. Potilas tulee ottaa huomioon koko ajan sekä varmistaa, että hänen tietosuojaansa ei loukata. Jatkosuunnitelma kirjataan potilaan papereihin. Lähetteet potilasta koskevine oleellisine tietoineen lähetetään suoraan siihen yksikköön, johon potilas siirtyy. Vastausten mukaan osalla osastoista ei tehdä potilaille lainkaan jatkosuunnitelmia. Kun potilas kotiutuu tai siirtyy toiseen paikkaan, mukaan annetaan vain lääkelistat ja reseptit. Tarvittaessa sairaanhoitaja voi käydä potilaan kanssa läpi lääkelistan ja vastata mahdollisiin kysymyksiin.

6.2 Kehittämiskohteita

Haastattelujen pohjalta ilmeni muutamia konkreettisia kehittämiskohteita. Tärkeimmät olivat lääkehoidon vaikutusten kirjaamisessa, lääkehoitoa koskevan tiedon siirtymisessä yksiköiden välillä ja lääkelistan oikeellisuudessa ja ajantasaisuudessa.

Ongelmaksi koettiin lääkehoitoa koskevan tiedon siirtymisessä se, kun potilas siirtyy osastolle sellaisesta paikasta, jossa ei ole käytössä samaa sähköistä tietojärjestelmää kuin osastolla. Joskus potilaan siirtyessä tulee mukana epämääräisiä lääkelistoja, joista on vaikea saada selvää. Lisäksi lääkkeiden antoajat voivat olla epäselviä. Jos potilaan lääkelistassa lukee lääkkeen annosteluohjeeksi esimerkiksi kolmesti vuorokaudessa, on ollut epäselvää, onko potilas saanut jo edellisessä paikassa vaikkapa iltapäivälääkkeensä.

Läkelistan ajantasaisuutta ei pidetty ongelmana sähköisessä muodossa. Ongelmaksi koettiin se, kun sairaanhoitajat jakavat lääkkeet. He tekevät tällöin lääkkeenjakokortin lääketarjottimelle. Tiedon siirtämisessä on käynyt useasti virheitä. Kun potilaalta lopetetaan tai hänelle aloitetaan lääke, tiedot pitää siirtää lääkkeenjakokorttiin. Tässäkin saattaa tapahtua virheitä. Ajoittain haasteelliseksi koettiin lääkeannospussien, sähköisen tietojärjestelmässä olevan lääkelistan ja lääkejakokortin pitäminen ajan tasalla.

Pääsääntöisesti lääkeannosjakelupussit nähtiin hyvänä ratkaisuna. Pussien ajantasaisuuteen liittyi yksi ongelmakohta. Sairanhoitaja ei aina muista faksata uusinta lääkelistaa

annosjakelukeskukseen, jolloin sieltä lähetetään sellaiset annosjakelupussit, joissa ei ole lääkemuutoksia huomioitu. Huomiota tulisi kiinnittää siihen, että kun lääkäri on tehnyt lääkemuutoksen, uusi lääkelista faksataan heti annosjakelukeskukseen. Näin saataisiin lääkeannospussit ajantasaisiksi.

Suurin kehittämiskohde haastateltavien osalta ilmeni lääkehoidon vaikutusten kirjaamisessa. Kaikissa työyksiköissä oli jo aikaisemmin kiinnitetty tähän huomiota, mutta jokaisessa työyksikössä on paljon parantamisen varaa. Kun potilas saa lääkkeen, sen vaikutus jäi usein arvioimatta. Haastatteluista kävi ilmi, että hoitajat olettavat, että kun lääke on annettu, se on auttanut potilasta. Vaikuttavuuden kannalta olisi tärkeää kirjata, vaikuttiko lääke. Näin saataisiin selville, kannattaako samaa lääkettä antaa toisenkin kerran. Haastatteluista kävi myös ilmi, että vaikka hoitaja huomaa lääkkeen vaikutuksen, huomio jää syystä tai toisesta kirjaamatta.

Haastattelujen mukaan kaikki ongelmakohdat nähtiin lääkehoidon dokumentoinnin ja tiedonkulun alueella. Potilaan informoinnin ja neuvonnan kohdalla ei haastateltavien kohdalla noussut lainkaan ongelma-kohtia. Tähän saattoi vaikuttaa työyksiköiden samankaltaisuus. Jatkotutkimusaiheena olisikin hyvä käydä uudestaan läpi potilaan informointia ja neuvontaa hieman erityyppisten työyksiköiden kautta. Näin tutkimustulokset saattaisivat olla erilaiset kuin tässä opinnäytetyössä.

6.3 Luotettavuus ja eettisyys

Jokaiseen tutkimukseen, tässä tapauksessa opinnäytetyöhön, kuuluu olennaisena osana luotettavuus- ja eettisyyspohdinnat (Kylmä ym. 2007, 67). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät itse tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Aineiston keruussa saatu tiedon laatu riippuu siitä, miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. Näin ollen aineiston laatu korostuu. Aineiston analysoinnissa puolestaan korostuvat tutkijan taidot ja oivalluskyky. Sisällönanalyysiin tuo haasteensa se, miten tutkija pystyy pelkistämään aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Näin tutkijan tulee osoittaa luotettavasti yhteys aineistonsa ja tulosten välillä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 36.)

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään neljää eri luotettavuuden arvioinnin kriteeriä: uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta ja vahvistettavuutta. Uskottavuus edellyttää sitä, että tutkimustulokset on kuvattu niin selkeästi, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet. Siirrettävyyden varmistamiseksi tulee edellyttää aina huolellista tutkimuksen kuvausta, osallistujien valinnan selvittämistä ja

aineiston keruun ja analyysin seikkaperäistä kuvausta. Tutkijan itse tulee osata arvioida, mitkä luotettavuuden kriteerit voidaan soveltaa aineistoon. (Kankkunen ym. 2009, 159-160.)

Laadullisia tutkimuksia ja niiden luotettavuutta on usein kritisoitu pienistä tutkimuksiin osallistujien määrästä, haastateltujen omakohtaisista kokemuksista sekä satunnaistamisen ja yleistettävyyden puutteesta (Kylmä ym. 2007, 133). Hoitotieteellisessä tutkimuksessa joudutaan useasti pohtimaan, voidaanko esimerkiksi perusterveydenhuollossa saatuja tuloksia yleistää esimerkiksi erikoissairaanhoidon potilaisiin, eli kuinka hyvin saadut tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. (Kankkunen ym. 2009, 152).

Tutkimuksen eettisyys on kaiken ydin. Tutkimuksen eettisiä kriteerejä on yhteensä kahdeksan: älyllisen kiinnostuksen vaatimus, tunnollisuuden vaatimus, rehellisyyden vaatimus, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen ja kollegiaalinen arvostus. Nämä tarkoittavat, että tutkijan tulee olla aidosti kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta, tutkijan tulee syventyä tunnollisesti valitsemaansa aiheeseen, tutkija ei saa syyllistyä epärehellisyyteen, tutkimus ei saa tuottaa vahinkoa, tutkimuksen tekeminen ei saa loukata ihmisarvoa ja tieteellistä informaatiota käytetään eettisten vaatimusten mukaisesti. (Kankkunen ym. 2009, 172.)

Tutkijan tulee ottaa eettisyys huomioon koko tutkimuksen ajan. Esimerkiksi tutkimusaineiston sisällön analyysissä ei ole hyväksyttävää jättää analysoimatta jokin tietty kysymys, jos haastateltavat ovat siihen vastanneet. Kun tutkija on pyytänyt haastateltavia vastaamaan tiettyyn kysymykseen, se on myös käytävä läpi analysointivaiheessa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 292.) Tutkimusaineiston keruussa on aina kiinnitettävä huomiota tutkittavien ihmisten oikeuksiin ja kohteluun, joista säädetään muun muassa tutkimustoimintaa koskevissa laeissa. Lähtökohtana on, että tutkittavia ihmisiä tulee kohdella rehellisesti ja kunnioittavasti. Tutkittaville suodaan mahdollisuus keskeyttää tutkimus halutessaan ja heille tulee taata anonymiteetti eli heidän henkilötietojaan ei missään vaiheessa paljasteta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 290.)

Tässä opinnäytetyössä on noudatettu Laurea-ammattikorkeakoulun opinnäytetyön käytänteitä. Työ on tehty ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyötä tehtäessä on pyritty mahdollisimman rehelliseen tietoon niin etsimisessä kuin esittämisessäkin. Haastattelutilanteissa sairaanhoitajat olivat tietoisia, että heidän antamansa haastattelut pysyvät anonyymeinä. Haastatteluissa käytettävät nauhat poistettiin litteroinnin ollessa valmis. Tekstimuodossa haastattelut ovat opinnäytetyön tekijällä tallessa. Missään vaiheessa haastattelujen aikana ei puhuttu haastateltavista nimillä. Haastateltavat olivat tietoisia, että haastattelu sisältää kysymyksiä lääkeshoidon dokumentoinnista ja tiedonkulusta sekä potilaiden informoinnista ja neuvonnasta,

mutta varsinaiset kysymykset esitettiin vasta itse haastattelutilanteessa. (Lohjan Laurean opinnätetyön käytänteet 2009.)

Lähteet

- Agge, E. 2008. Hyvä perehdytys on valttikortti. Viitattu 24.10.2012.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/3_08/paakirjoitus/hyva_perehdytys_on_valttikortti/
- Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 2001/99. Suomen Säädöskokoelma. Helsinki. Viitattu 31.3.2010.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010099>
- Erikoissairaanhoitolaki 1989/1062. Suomen säädöskokoelma. Helsinki. Viitattu 31.3.2010.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>
- Erkko, P. & Ernvall, S. 2006. Sairaanhoitajan lääkelaskentataidot turvallisen lääkehoidon edellytyksenä. Viitattu 19.09.2012.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/9_2006/muut_artikkelit/sairaanhoitajan_laakelaskentatai/
- Forsbacka, J. & Nousiainen, A. 2010. Lääkehoitoon sitoutuminen. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 30.4.2012.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04651&p_haku=l%C3%A4%C3%A4kehoitoon%20sitoutuminen
- Hegney, D., Plank, A., Watson, J., Raith, L. & McKeon, C. 2005. Patient education and consumer medicine information: a study of provision by Queensland rural and remote area Registered Nurses. Viitattu 24.10.2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16000099>
- Heikkinen, H., Tiainen, S. ja Torkkola, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirsjärvi, S. ja Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Honkimaa-Salmi, A. 2006. Sähköisen potilastietojärjestelmän tulo terveydenhuoltoon hoitohenkilökunnan kokemana. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Ikonen, H., Rajalahti, E. & Ahonen, O. 2009. Potilasturvallisuus - osaamisen kehittäminen eN-NI-hankkeessa. Luettu 4.5.2010. <http://ojs.seamk.fi/index.php/osaaja/article/view/446/513>
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2001. Juva: WS Bookwell Oy.
- Jauhiainen, V. 2009. Organisaation sisäiset potilassiirrot teho- ja vuodeosastojen sairaanhoitajien kuvaamina. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Jylhä, V. & Saranto, K. 2008. Electronic documentation in medication reconciliation - a challenge for health care professionals. Viitattu 24.10.2012.
<http://www.deepdyve.com/lp/elsevier/electronic-documentation-in-medication-reconciliation-a-challenge-for-Eq9Qrlgnie>
- Kaarela, M. 2010. Oho, sattui moka! Luettu 4.5.2010.
http://ohjelmat.yle.fi/akuutti/arkisto/oho_sattui_moka
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro Oy.

Keistinen T., Kinnunen, M. & Holm, T. 2008. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmät kehittäivät hoitoa turvallisemmaksi. Viitattu 19.09.2012.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=&p_haku=vaaratapahtumien%20raportointij%C3%A4rjestelm%C3%A4t%20kehitt%C3%A4v%C3%A4t%20hoitoa%20turvallisemmaksi

Kinnunen, M. 2010. Lääkekortti lisää potilasturvallisuutta. Sairaanhoitaja Vol. 83 (3/2010), 46-47.

Knuuttila, J., Ruuhilehto K. & Wallenius J. 2007. HaiPro- Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä potilasturvallisuuden edistämiseen.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. Luettu 8.11.2010.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu_mutta_epaselva_ka/

Lahti, T. 2007. Sairaanhoitajien työhön perehdyttäminen. Pro gradu -tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampere: Tampereen yliopisto.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Viitattu 31.3.2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Viitattu 8.11.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. 2003. Juva: WS Bookwell Oy.

Lohjan kaupunki 2012a. Perusturvakeskus. Viitattu 14.09.2012.

http://www.lohja.fi/default.asp?kieli=246&id_sivu=128&alasivu=128

Lohjan kaupunki 2012b. Johtosäännöt. Viitattu 14.09.2012.

http://www.lohja.fi/default.asp?id_sivu=1957&alasivu=1957

Lohjan kaupunki 2012c. Terveys. Viitattu 14.09.2012.

http://www.lohja.fi/default.asp?kieli=246&id_sivu=47&alasivu=47

Lohjan kaupunki 2012d. Terveysasemat. Viitattu 14.09.2012.

http://www.lohja.fi/default.asp?kieli=246&id_sivu=83&alasivu=83

Lohjan kaupunki 2012e. Vuodeosastot. Viitattu 14.09.2012.

<http://www.lohja.fi/default.asp?sivu=1&alasivu=2193&kieli=246>

Lohjan Laurean opinnäytetyön käytänteet. 2009.

Läkelaki 1987/395. Suomen säädöskokoelma. Helsinki. Viitattu 31.3.2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>

Lääketeollisuus. 2010. Lääkkeiden käyttö Suomessa. Viitattu 24.10.2012.

http://www.laaketeollisuus.fi/etusivu/toimiala/laakkeiden_kaytto

Manno, M. S. 2006. Preventing adverse drug events. Nursing 36, 56-61.

Mielenterveyslaki 1990/1116. Viitattu 26.4.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Nyberg, K. 2012. Hoitomyöntyvyys tutkimusten valossa. Viitattu 24.10.2012.

http://www.omaisten.org/index.php?option=com_content&view=article&id=89&Itemid=34

Nylander, M. 2010. Turvallinen lääkehoito - lääkehoitosuunnitelman laatiminen ja sen pilotointi sosiaalihuollon yksikössä. PD-projektityö. Helsingin yliopisto. Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia.

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus - hoitotyön punainen lanka. Luettu 8.11.2010.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyön_punainen/

Partanen, L. & Lommi, J. 2006. Moniammatillisella työyhteisöllä tehoa sydämen vajaatoiminnan hoitoon. Viitattu 24.10.2012.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtiku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtiku_spape=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo95939&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero#s6

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Raportointi. Viitattu 24.10.2012.

<http://www.tays.fi/default.aspx?nodeid=17728&contentlan=1>

Pitkälä, K. & Savikko, N. 2007. Potilaan sitoutuminen hoitoon. Viitattu 25.4.2012.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtiku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtiku_spape=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo96322&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero

Potilasvahinkolaki 1986/585. Viitattu 25.4.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>

Pöyrälä, E. 2002. Johdatus laadullisen tutkimuksen metodologiaan. Viitattu 25.4.2012.

<http://www.valt.helsinki.fi/yleo/vali/vali1.htm>

Ritmala-Castrèn, M. 2004. Vaara vaanii lääkehoidossa. Sairaanhoitaja 5(77).

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006a. Litterointi. Kvali-MOTV. Viitattu 25.4.2012.

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_1.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006b. Teemahaastattelu. KvaliMOTV. Luettu

31.3.2010. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006c. Sisällönanalyysi. Kvali-MOTV. Viitattu

25.4.2012. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html

Sipola-Kauppi, I. 2009. ”Apua, minäkö tein virheen?” Sairaanhoitajien kokemuksia lääkityspoikkeamista. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

STM. 2006. Turvallinen lääkehoito - Valtakunnallinen ohje lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32.

Suikkanen, A. 2008. Keskussairaalan lääkityspoikkeamat ja niihin yhteydessä olevat tekijät. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Suomen Farmasialiitto ry ja Tehy ry. 2003. Tehokkuutta ja turvallisuutta lääkehoitoon. Forssa: Kirjapaino Oy.

Taam-Ukkonen, M. & Saano, S. 2010. Turvallisen lääkehoidon perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Terveys-EU. Euroopan unionin kansanterveysportaali. Potilasturvallisuus. 2012. Viitattu 25.4.2012.
http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_safety/index_fi.htm

Tietosuojavaltuutetun toimisto. Potilaan suostumus tietojen luovuttamiseen. 2010. Viitattu 18.09.2012. <http://www.tietosuoja.fi/7268.htm>

Vaasan keskussairaala. 2012. Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen Vaasan sairaanhoitopiirissä. Viitattu 30.4.2012.
http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Ammattilaiset_ja_rekrytointi/Potilasturvallisuus/Turvallinen_laakehoito

Valvira. 2010. Yleistä lääkkeen määräämisestä. Viitattu 24.10.2012.
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/laakehoito/yleista_laakkeen_maraamisesta

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

von Koch, R. 2007. Lääkehoidon kehittämisestä vanhuspsykiatrisella osastolla. Sairaanhoitaja 6-7(80), 34-35.

Liitteet

Liite 1: Lääkehoidon avoimet kysymykset

Lääkehoidon avoimet kysymykset

Potilaan informointi ja neuvonta

1. Miten potilas osallistuu hoitoonsa ja sitoutuu lääkehoitoonsa
 - a. Miten potilas osallistuu lääkehoidon suunnitteluun?
 - b. Mitkä ovat yleisimpiä haasteita mitä esiintyy potilaan sitoutumisessa lääkehoitoonsa?
 - c. Miten ohjataan potilasta joka ei noudata hänelle annettua lääkehoitosuunnitelmaa?

2. Miten potilaalle annetaan lääkkeitään tietoa
 - a. Miten aloittamisvaiheessa käydään potilaan kanssa läpi lääkkeiden haittavaikutuksia ja yleisimpiä yhteisvaikutuksia? Mitä asioita tieto sisältää?
 - b. Miten annatte lääkkeitä tietoa? Suullisesti? Kirjallisesti? Jotenkin muuten? Mitä otettava huomioon jokaisessa eri ohjaus muodossa?
 - c. Ketkä kaikki osallistuvat potilaan neuvontaan, keneltä kaikilta potilas saa tietoa lääkkeitä?
 - d. Mitä ongelmia liittyy lääkkeitä tiedottamiseen?

3. Miten potilasta neuvotaan ja ohjataan lääkkeiden käytössä
 - a. Miten lääkkeiden käyttöä ohjataan?
 - b. Mitä ongelmia ohjaukseen liittyy?
 - c. Mitä asioita ohjaus sisältää? Mitä menetelmiä käytetään?
 - d. Miten henkilökunta päivittää taitojaan?

4. Miten lääkehoidon ohjauksen perillemeno ja ymmärtäminen varmistetaan
 - a. Mitä keinoja ymmärtämisessä käytetään?

5. Informoinnin ja neuvonnan riskitekijät ja niihin liittyvät ongelmakohdat
 - a. Minkälaisia ongelmia näette potilaan informoinnissa ja neuvonnassa?
 - b. Minkälaisia ongelmia näette omaisten informoinnissa ja neuvonnassa?
 - c. Miten poikkeamista ilmoittaminen toteutuu?
 - d. Kuka ilmoittaa poikkeamista?
 - e. Mitä ongelmia liittyy poikkeamista ilmoittamiseen?

Lääkehoidon dokumentointi ja tiedonkulku

1. Miten lääkehoitoa koskevat merkinnät tehdään potilaan asiakirjoihin ja kuka niitä tekee
 - a. Kuka tekee merkinnät potilaan asiakirjoihin?
 - b. Miten merkinnät tehdään potilaan asiakirjoihin?
 - c. Mitä keinoja käytetään, kun merkinnät tehdään potilaan asiakirjoihin?
 - d. Mitä ongelmia esiintyy potilaan asiakirjoissa ja niihin merkitsemisessä?

2. Miten lääkemääräys kirjataan?
 - a. Kuka sen kirjaa?
 - b. Miten kirjataan?
 - c. Mitä ongelmia siinä esiintyy?

3. Miten lääkehoitoa koskeva tieto siirtyy yksiköiden välillä
 - a. Kuka tiedottaa?
 - b. Mitä menetelmiä käytätte tiedon siirrossa yksiköiden välillä?
 - c. Mitä ongelmia esiintyy tiedon siirtymisessä yksiköiden välillä?

4. Miten tietosuoja huomioidaan lääkehoidon kirjaamisessa ja tiedottamisessa
 - a. Mitä ongelmia esiintyy tietosuojaa koskevissa asioissa?

5. Miten varmistetaan lääkelistan oikeellisuus ja ajantasaisuus
 - a. Kuka tarkastaa ajantasaisuuden?
 - b. Miten lääkelistat korjataan?
 - c. Mitä ongelmia esiintyy lääkelistan ajantasaisuuteen?

6. Miten kirjataan lääkehoidon vaikutusten seurannan suunnittelu?
 - a. Kuka kirjaa?
 - b. Mitä ongelmia on esiintynyt?

7. Miten lääkkeiden vaikutusta seurataan?
 - a. Miten vaikutukset kirjataan?
 - b. Kuka kirjaa?
 - c. Mitä ongelmia esiintynyt?

8. Miten poikkeamat kirjataan?
 - a. Miten lääkkeiden poikkeamat kirjataan?
 - b. Kuka kirjaa?

- c. Mitä ongelmia esiintynyt?
9. Miten kirjaamiseen perehdytetään?
- a. Miten kirjaamiseen perehdytetään/koulutetaan?
 - b. Ketä koulutetaan?
 - c. Kuka perehdyttää?
 - d. Mitä ongelmia esiintynyt?
10. Miten tehdään potilaalle lääkehoidon jatkosuunnitelma?
- a. Kuka sen tekee?
 - b. Mitä ongelmia jatkosuunnitelman tekemisessä ilmenee?