

JULKAISU

Niina Laine, Paula Timonen, Anne Halmetoja,
Suvi Hakoinen, Heini Kari ja Hanna Kortejärvi

Hoivayksiköissä lääkehuollon ja -hoidon pitäisi olla joukkuepeliä

**Hoivayksiköissä lääkehuollon ja
-hoidon pitäisi olla joukkuepeliä**

Niina Laine, Paula Timonen,
Anne Halmetoja, Suvi Hakoinen,
Heini Kari ja Hanna Kortejärvi

**Hoivayksiköissä lääkehuollon ja
-hoidon pitäisi olla joukkuepeliä**

**KAKS – Kunnallisan
kehittämissäatiö**

Kunnallisan kehittämissäatiön Julkaisu 19
2018

ISBN 978-952-349-015-4

Sisällys

Sisällys	5
Esipuhe.....	6
1 Johdanto	8
2 Tutkimuksen toteutus	10
2.1 Tutkimuksen tavoitteet.....	10
2.2 Tutkimuksen aineisto	10
2.2.1 Tutkimusprosessin kuvaus ja eettiset näkökulmat	10
2.2.2 Sähköiset kyselyt henkilökunnalle ja auditointilomake farmaseuteille ja proviisoreille.....	11
2.2.3 Auditoinnit hoivayksiköissä.....	12
2.2.4 Tutkimustulosten analyysi	13
3 Lääkehoidon ja -huollon kehittämiskohteet ja suositukset.....	14
3.1 Lääkehoito on vaativa prosessi, joka ylittää ammattiryhmä- ja organisaatorajat.....	14
3.1.1 Lääkehoitosuunnitelman laadinnasta puuttuu keskeisiä ammattiryhmiä.....	14
3.1.2 Lääkehoitosuunnitelma laaditaan viranomaisia varten eikä asukkaan parhaaksi	16
3.1.3. Hoivayksiköihin toivotaan farmaseuttia hoitajien tueksi.....	18
3.2 Hoitajilta puuttuu edellytyksiä turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi	22
3.2.1 Hoitajat eivät saa riittävästi lääkehoidon täydennyskoulutusta.....	22
3.2.2. Lääketiedon lähteissä ja niiden käytössä on usein vakavia puutteita.....	24
3.2.3. Lääkityslistoilta puuttuu keskeisiä tietoja	26
3.3 Yksikössä tunnistetut riskilääkkeet ja lääkityspoikkeamat eivät johda käytännön toimiin.....	28
3.3.1 Lääkityspoikkeamia raportoidaan, mutta käytännöt eivät muutu	28
3.3.2 Lääkkeenmäääämispoikkeamat – inhimillisiä poikkeamia sattuu myös lääkärille	30
3.3.3 Riskilääkkeet tunnistetaan, mutta haittatapahtumiin ei varauduta.....	31
3.4. Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet	33
4 Johtopäätökset.....	34
Lähteet.....	36
Liitteet	40

Esipuhe

Hoivakotifarmasia ry on yhdistys, joka edistää lääkitysturvallisuutta ja järkevää lääkehoitoa hoivayksiköissä. Hoivayksikön asukkaiden lääkehoidon toteuttaminen ja vaikutusten seuranta ovat tarkkaa ja vaativaa työtä. Lääkehoitoprosessi ylittää organisaatio- ja ammattikuntarajat, jolloin riskinä on kokonaiskuvan hämärtyminen ja toimintatapa, jossa jokainen hoitaa minimipanos- tuksella oman osuutensa kiinnittämättä huomiota kokonaislääkityksen tavoitteisiin ja vaikutuksiin.

Yhdistys aloitti hoivakotien ja palvelutalojen lääkehoitoprosessiin liittyvän tutkimushankkeen suunnittelun vuonna 2014, koska havaitsimme, että Suomessa ei ole toteutettu tutkimusta, jossa olisi paneuduttu hoivayksiköiden lääkehoitoprosessiin. Tämän raportin kirjoittamisen aikana Aluehallintoviraston julkaisi selvityksen lääkehoitoprosessista tehostetussa palveluasumisessa (Lindfors-Niilola ym. 2018). Tämän tutkimuksen tulokset ovat hyvin samansuuntaiset kuin AVI:n havainnot, nostaen kehittämiskohteet selkeästi esiin.

Huolestuttavin löydös tässä tutkimuksessa oli, että monissa hoivayksiköissä hoitajilla ei ole tarvittavia työkaluja ja tukea lääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen ja vaikutusten seurantaan. Yli kolmasosassa hoivayksiköissä ei ollut asiallisia sähköisiä lääketiedon lähteitä käytössä tai hoitajia ei oltu perehdytty niiden hyödyntämiseen. Etenkin lähihoitajat saavat lääkehoitoon liittyvää täydennyskoulutusta niukasti, vaikka käytännössä juuri he vastaavat lääkehoidon toteuttamisesta ja vaikutusten seurannasta vaativilla asukasryhmillä, kuten vanhukset ja kehitysvammaiset. Lääkityslistoissa havaittiin vakavia puutteita: lääkkeen käyttöaihe ja tieto mahdollisista lääkeallergioista puuttuivat usein.

Yksikön lääkehoitosuunnitelma on tärkeä dokumentti, jonka avulla lääkehuolto ja -hoito voidaan ohjata, valvoa ja kehittää. Tässä tutkimuksessa havaitsimme, että lääkehoitosuunnitelman laatiminen ei useinkaan ole moniammatillista ja lääkäri allekirjoittaa suunnitelman ”kumileimasimena”. Lisäksi havaitsimme, että lääkehoitosuunnitelma ja omavalvonta ovat toimenpiteitä, jotka tehdään usein sen vuoksi, että viranomaisvaatimukset täyttyvät. Vaatii asenne- ja ajattelutavan muutosta johdolta ja työntekijöiltä, jotta lääkehoitoprosessia ohjataan, valvotaan ja kehitetään ennen kaikkea asukkaiden turvallisuuden ja hyvinvoinnin vuoksi. Hoivayksiköissä tunnistetaan lääkityspoikkeamia ja yksikön riskilääkkeet ovat tiedossa. Huolestuttavaa on, että tämä ei ole johtanut haittatapahtumilta suojaavien ohjeiden laatimiseen, joten käytännöt eivät ole muuttuneet turvallisemmiksi.

Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että hoivayksikköjen henkilökunta kaipaa farmaseutin apua lääkeneuvontaan, lääkehoitoprosessin kehittämiseen ja asukkaiden lääkehoidon arviointeihin. Tällä hetkellä hoivayksiköissä farmasian palveluita hyödynnetään vain lääkehuoltoon liittyvissä toimissa.

Kiitämme Kunnallissalan kehittämissäätiötä, jolta saimme rahoituksen tähän tutkimukseen. Kiitämme myös tutkimusprojektissa mukana olleita yhteistyötahoja, hoivakotien ja palvelutalojen henkilöstöä – ilman heidän osallistumistaan tutkimusta ei olisi voitu toteuttaa. Hoivakotifarmasia ry:n jäsenistöstä löytyi tarvittava määrä farmaseutteja ja proviisoreita auditoimaan hoivayksiköitä. Kiitos heille ennakoluulottomasta ja toimeen tarttuvasta asenteesta. Kiitos myös kaikille muille yhteistyötahoille, jotka edesauttoivat tämän tutkimuksen suunnittelua ja toimeenpanoa.

Helsingissä
30.5.2018

Tieteellinen työryhmä:

Niina Laine,
Päätutkija, FaT, Aino ja Eino Lääkehoitopalvelut Oy

Paula Timonen,
Projektipäällikkö, Proviisori, Pro dosis Oy, FaT-jatko-opiskelija, Kliinisen farmasian ryhmä, Helsingin yliopisto

Anne Halmetoja,
Proviisori, Aino ja Eino Lääkehoitopalvelut Oy

Suvi Hakoinen,
Proviisori, FaT-jatko-opiskelija, Kliinisen farmasian ryhmä, Helsingin yliopisto

Heini Kari,
Proviisori, FaT-jatko-opiskelija, Kliinisen farmasian ryhmä, Helsingin yliopisto, Etelä-Haagan apteekki, Aino ja Eino Lääkehoitopalvelut Oy

Hanna Kortejärvi,
FaT, Freelancer

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon säästöpainneessa ja väestömme ikääntyessä vauhdilla on tärkeää tutkia ja kehittää taloudellisesti kestäviä ratkaisuja lääkehoidon ja -huollon järjeistämiseen hoivakodeissa ja palvelutaloissa. Iäkkäiden lääkehoito on vaativaa hoitoa, jossa tulee ottaa huomioon useita eri näkökohtia, kuten monilääkityksen riskit ja lääkevaikutusten muutokset ikääntymisen johdosta (Raivio ym. 2006, Hosia-Randell ym. 2008, Ahonen 2011, Teramura-Grönblad ym. 2011, Leikola 2012, Juola ym. 2016). Yli puolet terveydenhuollon vaaratapahtumista liittyy lääkityspoikkeamiin, joten lääkitysturvallisuuteen tulee panostaa entistä enemmän kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä (Bonsdorff-Nikander & Salminen 2013). On merkillepantavaa, että lääkehoitojen kustannusten kasvamisesta ja lääkehoidon monimutkaistumisesta huolimatta ei lääkkeiden turvallinen, tarkoituksenmukainen, tehokas ja taloudellinen käyttö vielä toteudu.

Lääkekaaoksen hallinta sote-muutoksessa – nykytila, haasteet ja ratkaisuehdotukset - raportissa todettiin monien tahojen osallistuvan lääkehoidon toteutukseen usein toisistaan tietämättä ja ilman työn- ja vastuunjaosta sopimista (Hakoinen ym. 2017). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisen ja tuottamisen pirstaleisuus johtaa siihen, että kenelläkään ei ole lääkehuollon ja lääkehoidon kokonaisvastuuta, vaan toimijat hoitavat vain oman kapean osansa. Hoivayksiköissä ei seurata systemaattisesti lääkehoidon ongelmien aiheuttamia lisäkuluja, kuten esimerkiksi iäkkään joutumista päivystykseen epäsooivan lääkityksen vuoksi. On varsin hyvin tiedossa, että puutteellinen lääkehoito-osaaminen ja puutteellinen lääkehoidon vaikutusten seuranta altistavat iäkkäitä yli- ja alilääkitykselle sekä vaaratapahtumille, jotka lisäävät terveydenhuollon kustannuksia päivystyskäyntien muodossa (Ekholm 2016a, Mäkinen 2016, Nurmi 2017).

Lääkehoitosuunnitelma ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden lääkehoidon ja -huollon toteuttamista. Turvallinen lääkehoito opas julkaisussa kuvataan lääkehoitosuunnitelmaan vaadittava sisältö ja annetaan ohjeita sen laatijalle (Inkinen R. ym. 2016). Lääkehoitosuunnitelma on lakisääteinen osa terveydenhuoltolain mukaista potilasturvallisuussuunnitelmaa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Lääkehoitosuunnitelma tulee olla laadittuna kaikissa organisaatioissa, joissa toteutetaan lääkehoitoa. Lääkehoitosuunnitelmien valvonnasta vastaa Valvira. Hoivayksiköiden esimiesten vastuulla puolestaan on varmistaa, että lääkehoitoa ja -huoltoa toteutetaan lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Jokainen työntekijä on myös itse vastuussa lääkehoitosuunnitelman käytännön toteutuksesta työssään.

Suomessa tutkimusta hoivayksiköiden lääkehoitosuunnitelman sisällöistä ja käytännön toimeenpanosta ei ole tehty, lukuun ottamatta vuoden 2018 alussa julkaistua Aluehallintoviraston raporttia (Lindfors-Niilola ym. 2018). Lääkehoidon ja -huollon systeeminäkökulmaan liittyvät julkaistut tutkimukset ovat koskeneet sairaala- ja apteekkiympäristöä. Sosiaalihuollon laitokset sen sijaan ovat väliinpuotoajia, joiden lääkehoitoa ja -huoltoa ei juurikaan tutkita. Tämä

on huolestuttavaa, sillä juuri näissä yksiköissä asukasryhmät ovat lääkehoidon toteuttamisen ja vaikutusten seurannan näkökulmasta vaativia. Valviran puolivuotisvalvontaraportissa todetaan, että lääkehoitoon liittyviä yhteydenottoja ja ohjaustarvetta on edelleen runsaasti. On käynyt ilmi, että lääkkeitä ei aina hävitetä asianmukaisesti, lääkkeiden jako- ja antopoikkeamat voivat ilmetä siten, että hoivayksikön asukas saa vahingossa toisen asukkaan lääkkeitä, lääkehoidon kirjaamiset eivät ole riittäviä ja asukkaille voidaan joskus antaa lääkkeitä viranomaissääntöjen vastaisesta yhteislääkevarastosta, johon on kerätty kuolleiden asukkaiden lääkkeitä tai muusta syystä ylijääneitä lääkkeitä (Valvira 2015).

Tällä tutkimuksella haluttiin kartoittaa hoivayksiköiden lääkehoidon ja -huollon turvallisuutta sekä nostaa esille tarvittavia toimenpiteitä turvallisuuden parantamiseksi.

2 Tutkimuksen toteutus

Tutkimuksessa kartoitettiin lääkehoitoprosessin nykytilaa ja kehittämiskohteita hoivayksiköiden henkilöstön näkökulmista sekä farmasian ammattilaisten tekemien auditointien avulla. Auditoinnit kohdistettiin ainoastaan lääkeshoidon ja -huollon prosessiin ja sen kehittämiseen.

2.1 Tutkimuksen tavoitteet

Tämän Hoivakotifarmasia ry:n tutkimuksen tavoitteet olivat:

- Tunnistaa kehittämiskohteita hoivayksiköiden lääkeshoidossa ja -huollossa
- Laatia suosituksia lääkehuollon ja lääkeshoidon järjeistämiseksi hoivayksiköissä
- Selkiyttää terveydenhuollon ammattilaisten rooleja ja vastuita hoivayksiköiden lääkehoitoprosessissa
- Selvittää farmasian ammattilaisten osaamisen hyödyntämistä hoivayksiköiden lääkenneuvonnassa ja lääkehoitoprosessin kehittämässä

2.2 Tutkimuksen aineisto

2.2.1 Tutkimusprosessin kuvaus ja eettiset näkökulmat

Tutkimuksen suunnitteli ja koordinoi Hoivakotifarmasia ry:n hallitus sekä tutkimusta varten perustettu tieteellinen työryhmä, joka koostui Hoivakotifarmasia ry:n jäsenistä. Tieteellisen työryhmän jäsenet vastasivat tutkimusraportista vastuullisen päätutkijan johdolla.

Tutkimuksen aineisto koostui 12 hoivayksiköstä (hoivakoteja tai palvelutaloja), jotka sijaitsivat eri puolilla Suomea. Suurin osa yksiköistä oli yksityisiä, mutta joukossa oli myös kunnallisia palveluntarjoajia. Tietojen keruu hoivayksiköistä aloitettiin marraskuussa 2017 sähköisillä alkukyselyillä. Tietoa lääkeshoidon ja -huollon turvallisuudesta, tehokkuudesta ja tarkoituksenmukaisuudesta kerättiin sekä sähköisillä auditointikyselyillä että farmasian ammattilaisten tekemillä auditoinneilla paikan päällä hoivayksiköissä.

Tutkimustulosten analyysissa kunkin hoivayksikön ja terveydenhuollon ammattilaisen anonymiteetti oli suojattu. Yksittäistä hoivayksikköä tai terveydenhuollon ammattilaista ei voida kyselyjen ja auditointien tulosten perusteella tunnistaa. Tutkimuksen tarkoituksena ei ollut hoivayksiköiden keskinäinen vertailu.

Tässä tutkimuksessa asukkaita ei haastateltu eikä heidän lääkityksiään arvioitu. Lääkityslistojen auditointi tapahtui siten, että asukkaiden henkilötiedot eivät olleet näkyvissä.

2.2.2 Sähköiset kyselyt henkilökunnalle ja auditointilomake farma-seuteille ja proviisoreille

Tieteellisen työryhmän jäsenet laativat sähköiset kyselyt ja auditointilomakkeet tiedonkeruuta varten.

Tutkimuksessa käytetyt kyselyt olivat:

- Sähköinen alkukysely hoivayksiköille (Liite A)
- Sähköinen auditointikysely hoivayksiköille (Liite B)
- Auditointilomake farmasian ammattilaisille (Liite C)
- Sähköinen palautekysely hoivayksiköille ja farmasian ammattilaisille (Liite D)

Vastauksia pyydettiin kaikkiin sähköisiin kyselyihin hoivayksikön johtajalta tai palvelupäälliköltä, vastuulääkäriltä, yhdeltä sairaanhoitajalta ja yhdeltä lähihoitajalta. Vastaajat osallistuivat kyselyihin heille lähetettyjen sähköpostilinkkien välityksellä.

Alkukyselyn tarkoituksena oli kartoittaa hoivayksiköiden näkemyksiä lääkehoitoprosessin toimivuudesta vallitsevassa tilanteessa (Liite A). Alkukyselyssä kysyttiin esimerkiksi työn kuormittavuudesta, yksikön lääkitysturvallisuudesta ja lääkärin roolista lääkehoitosuunnitelman laatimisessa. Lisäksi hoivayksiköiden henkilökunnalta kysyttiin ennakoon farmaseuttien ja proviisorien mahdollista toimenkuvaa hoivayksiköissä, esimerkiksi millaisissa asioissa farmasian ammattilaiset voisivat tukea hoivayksiköiden lääkehoitoa ja -huoltoa. Alkukysely lähetettiin ennen varsinaista auditointikyselyä. Alkukyselyssä käytettiin Likert-asteikkoa, joka pisteytettiin ja sanallistettiin seuraavasti: 1 = hyvin hyödytöntä, 2 = hyödytöntä, 3 = ei hyödytöntä eikä hyödyllistä, 4 = hyödyllistä ja 5 = hyvin hyödyllistä. Sähköiseen alkukyselyyn vastattiin seuraavasti: lähihoitajat n=12, sairaanhoitajat n=12, lääkärit n=7, ja johtajat tai palvelupäälliköt, n=12. Lääkäreistä 42 % ei vastannut kyselyyn (5/12). Kyselyyn vastasi 43 henkilöä vastausprosentin ollessa 90% (43/48).

Auditoinnissa (Liitteet B ja C) käytettiin pohjana sairaaloita varten kehitettyä auditointityökalua, joka muokattiin hoivayksikköjen tarpeita vastaavaksi (Cellikkayalar 2008). Auditointilomakkeet pilotoitiin kahdessa hoivakodissa kesällä 2016. Siitä saatua kokemusta hyödynnettiin lomakkeiden muokkaamisessa. Muokkauksissa huomioitiin myös Turvallinen lääkehoito -oppaan ohjeet auditointia koskien. Auditointityökalu sanallistettiin ja pisteytettiin seuraavasti: 0=eivät toteudu, 1=toiminnan käyttöönottoa on suunniteltu, 2=toteutuu osittain, 3=toteutuu täysin, 0=en osaa sanoa.

Sähköisessä auditointikyselyssä henkilökunnalta kysyttiin lääkehoitoprosessin eri osa-alueiden toimivuudesta (Liite B). Kyselyn auditointikysymyksiä karsittiin farmasian ammattilaisten auditointilomakkeiden auditointikysymyksiin nähden, jotta voitiin varmistaa hoivayksiköiden henkilöstön riittävä vastausprosentti tutkimuksessa. Hoivayksiköiden auditointikysymysten täyttämiseen arvioitiin kuluva aika 20–30 min/henkilö. Farmaseuttien ja proviisorien auditointikäynneillä käytetty lomake oli hoivayksiköiden henkilökunnan lomaketta laajempi ja sisälsi myös näytöttehtäviä yksiköiden nimeämille vastuusairaanhoidajille (Liite C). Sähköiseen auditointikyselyyn vastattiin seuraavasti: lähihoitajat N=12, sairaanhoitajat N=12, lääkärit, N=5 ja johtajat tai palvelupäälliköt, N=10. Lääkäreistä 58 % ei vastannut kyselyyn (7/12). Huomattavaa oli, että viisi vastaajaa, eli 11 % (5/44) jätti ilmoittamatta tittelinsä ja toimipisteensä auditointikyselyssä.

Kustakin hoivayksiköstä auditoitiin asukkaiden lääkityslistoja (viisi lääkityslistaa/hoivayksikkö, yhteensä 60 lääkityslistaa). Kussakin hoivayksikössä vieraileva farmasian ammattilainen sai lääkityslistat anonymisoituina (asukkaiden nimet ja henkilötunnukset peitettyinä). Hän arvioi lääkityslistat yksilöllisesti ja antoi niille yhteisarvosanan, joka parhaiten vastasi lääkityslistojen laatua.

Sähköiseen palautekyselyyn vastasivat hoivayksiköiden henkilöstö sekä farmasian ammattilaiset (Liite D). Palautekyselyn tarkoituksena oli muodostaa kokonaiskuva auditointien hyödyllisyydestä ja auditointiprosessin toimivuudesta. Palautekyselyssä käytettiin Likert-asteikkoa, joka pisteytettiin ja sanallistettiin seuraavasti: 1 = hyvin hyödytöntä, 2 = hyödytöntä, 3 = ei hyödytöntä eikä hyödyllistä, 4 = hyödyllistä ja 5 = hyvin hyödyllistä. Vastauksia tuli yhteensä 44 vastausprosentin ollessa 73% (44/60).

2.2.3 Auditoinnit hoivayksiköissä

Auditointien tekijät, farmaseutit tai proviisorit, ovat Hoivakotifarmasia ry:n jäseniä. He ilmoittautuivat tutkimukseen Hoivakotifarmasia ry:n jäsenille tehdyn kyselyn kautta. Hoivayksiköiden valinta tapahtui farmasian ammattilaisten toimesta, eikä erityisiä valintakriteereitä ollut. Valintaan vaikuttivat mm. aikaisemmat yhteistyösuhteet ja yksiköiden yhteistyöhalukkuus. Yhdistys järjesti auditointeja suorittaville 28.10.2017 koulutuspäivän, jossa käytiin läpi tiedonkeruun toteuttamista, tutkimusprotokollaa sekä yleisesti hoivakotien ja palvelutalojen toimintaa ja niiden lääkehoitoa – ja huoltoa. Koulutuspäivä valmensi farmasian ammattilaiset suorittamaan auditointeja ja pyrki varmistamaan, että kaikki auditoijat toimivat samalla tavoin.

Auditointikäyntien tarkoituksena oli verrata nykyisiä toimintatapoja Turvallisen lääkehoito-oppaan suosituksiin (Inkinen R. ym. 2016), havainnoida sairaanhoitajien tietotaitoa lääkehoitoprosessiin liittyen ja saada tietoa lääkehoidon ja -huollon kehittämiskohteista hoivayksiköissä. Auditointikäynnit toteutettiin jokaisessa hoivayksiköissä viiden perättäisen viikon aikana. Jokaiseen

hoivayksikköön oli nimetty farmasian ammattilainen ja vastuusairaanhoitaja, jotka tekivät auditoinnin yhteistyönä. Sairaanhoitaja oli apuna näyttämässä hoivayksikön toimintaa ja vastaamassa farmaseutin tai proviisorin kysymyksiin. Farmasian ammattilainen täytti auditointilomakkeen omiin havaintoihinsa perustuen. Farmaseutit ja proviisorit olivat hoivayksiköissä viikoittain 1–2 tunnin ajan kartoittamassa lääkehoitoprosessin toimivuutta eri näkökulmista. Joka viikolla oli omat aihealueensa, joita auditointiin. Auditointiviikoilla sairaanhoitajalle tehtiin näyttökokeita, jotta voitiin havainnoida paikan päällä käytännössä lääkehoidon ja -huollon toimivuutta. Samalla voitiin verrata todellisia käytäntöjä lääkehoitosuunnitelmaan. Näyttötehtäviin kuului esimerkiksi lääketiedonhakua sekä hoitajien lääketietouden testaamista.

Havaittuihin lääkehoitoprosessin epäkohtiin ei puututtu auditointiviikoilla 1–5, ellei kyseessä ollut välittömästi lääkitysturvallisuutta uhkaava tilanne tai toimintatapa. Viimeisellä auditointiviikolla (viikko 6) farmasian ammattilaiset antoivat yksiköille oman palautteensa lääkehoidon ja -huollon tilanteesta. Samalla käytiin yhteiset keskustelut lääkehoitoprosessin kehittämiskohteista hoivayksiköiden johdon ja muun henkilöstön kanssa.

2.2.4 Tutkimustulosten analyysi

Tutkimuksessa kerättiin ja analysoitiin tietoa monipuolisesti käyttäen sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia menetelmiä. Sähköiset kyselyt toteutettiin Survey Monkey -työkalulla (Survey Monkey 2017). Tutkimustulokset analysoitiin käyttäen Microsoftin Excel-ohjelmistoa ja Survey Monkey -analyysityökaluja.

3 Lääkehoidon ja -huollon kehittämis-kohteet ja suositukset

Tässä luvussa esitetään yhteenveto ja pohdinta tärkeimmistä tutkimustuloksista.

3.1 Lääkehoito on vaativa prosessi, joka ylittää ammattiryhmä- ja organisaatorajat

3.1.1 Lääkehoitosuunnitelman laadinnasta puuttuu keskeisiä ammattiryhmiä

Yksikön lääkehoitosuunnitelma ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden lääkehoidon ja -huollon järjestämistä, valvontaa ja kehittämistä. Sairaanhoidajan rooli lääkehoitosuunnitelman laatimisessa korostui. 84 % vastauksista todettiin sairaanhoidajan laativan suunnitelmaa (36/43). Sen sijaan väittämään: *”Lääkehoitosuunnitelma on laadittu moniammatillisesti, eli sen laatimiseen ovat osallistuneet lääkäri, sairaanhoitaja, perus-/lähihoitaja sekä farmaseutti/proviisori”* vastasi vain 9 %, *”toteutuu täysin”*, 39 % toteutuu osittain” ja 27 % *”ei toteudu”*. Farmasian ammattilainen mainittiin vain yhdessä vastauksessa koskien lääkehoitosuunnitelman päivitystä.

Kysyttäessä, ketkä osallistuvat lääkehoitosuunnitelman laatimiseen ja mikä on lääkärin rooli prosessissa, vastauksissa korostui lääkärin roolin vähäisyys. Useissa yksiköissä lääkärin rooli on lähinnä valmiiksi tehdyn lääkehoitosuunnitelman hyväksyntä ja sen allekirjoitus. Kaikista vastauksista 40 % (17/43), oli selkeästi ilmaistu, että lääkehoitosuunnitelman laativat muut henkilöt kuin lääkäri ja lääkäri ainoastaan allekirjoittaa suunnitelman, kun se on valmis.

”Lääkehoitosuunnitelman valmis pohja tulee suoraan työnantajalta, joten lääkäri ei juurikaan osallistu.”
-johtaja/palvelupäällikkö-

”Kunta ostaa asukaspaikat, niin terveyskeskuksen ylilääkäri tarkistaa lääkehoitosuunnitelman. Asukkaita hoitava lääkäri ei ole osallistunut lääkehoitosuunnitelman laadintaan.”
-sairaanhoitaja-

”En tiedä kuka laatii lääkehoitosuunnitelman tai päivittää sitä.”
-lääkäri-

Tutkimuksemme mukaan lääkärin perehdytyksessä yksikön toimintaan on puutteita, joten lääkärillä ei välttämättä ole tietoa lääkehuollon ja lääkehoidon

toteuttamisesta hoivayksikössä. Väittämään *”Lääkehoitosuunnitelmaan on kirjattu lääkäreille annettava perehdytys.”* 48 % vastaajista kertoi, että perehdytystä ei ole kirjattu ja 39 % ei tiennyt onko perehdytystä kirjattu.

Terveystenhuoltolain (1326/2010) 57 §:n mukaan terveydenhuollon toimintayksikössä on oltava vastaava lääkäri, joka johtaa ja valvoo toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoitoa (Inkinen R. ym. 2016). Sosiaalitoimen yksikössä, jossa toteutetaan lääkehoitoa, noudatetaan samoja periaatteita kuin terveydenhuollossa.

Vastaava lääkäri hyväksyy toimintayksikön lääkehoitosuunnitelman, jossa kuvataan lääkehoidon käytännön toteuttamiseen ja lääkitysturvallisuuteen liittyviä asioita (Inkinen R. ym. 2016). Lääkäri toimii yleensä hoivayksikön ulkopuolisessa organisaatiossa ja käy yksikössä parhaimmillaan viikon välein tai vain kerran kuukaudessa. Siten lääkäri ei ole mukana asukkaiden ja hoitajien arjessa, joten lääkehuoltoon ja lääkehoitoprosessiin liittyvät käytännön asiat ovat hänelle vieraita. Tässä tutkimuksessa lääkäreiden vastausprosentti oli pieni, 42%. Käytännössä yksikköä ohjaava lääkehoitosuunnitelma on monelle lääkärille vieras käsite ja useat lääkärit mieltävätkin sanan ”lääkehoitosuunnitelma” tarkoittavan potilaskohtaista lääkehoitosuunnitelmaa.

Läkehoidon toteuttaminen on monivaiheinen prosessi, johon osallistuu eri koulutustaustan omaavia terveydenhuollon ammattilaisia eri organisaatioista. Asukkaan lääkkeet tulevat useimmiten avoapteekista, lääkkeet määrää ja lääkehoitoa seuraa yksityisessä yrityksessä tai terveysasemalla toimiva lääkäri ja hoivayksikkö on julkinen laitos tai yksityinen yritys. Tämän vuoksi on ymmärrettävää, että Turvallinen lääkehoito -opas suosittaa moniammatillisen tiimin hyödyntämistä lääkehoitosuunnitelman laatimis- ja päivittämisvaiheissa (Inkinen R. ym. 2016). Hoivayksikön johto kantaa kokonaisvastuun turvallisen läkehoidon edellytyksistä ja toteutumisesta yksiköissään. Tämä voi tuottaa ongelmia, mikäli yksikön johtajalla ei ole riittävää kokemusta tai tietotaitoa lääkehoitoprosessin ylläpitoon ja kehittämiseen liittyen. Huolestuttavaa oli, että tutkimuksessamme kaksi johtajaa tai palvelupäällikköä vastasivat, että he eivät tiedä, mitä kehittäisivät yksikkönsä lääkehoitoprosessiin liittyen. Käytännön toteuttamistavaksi suositellaankin, että johto nimeää moniammatillisen työryhmän (Inkinen R. ym. 2016). Se laatii lääkehoitosuunnitelman sekä määrittelee tarvittavat resurssit, keinot ja vastuunjaon, joiden mukaan suunnitelman toteutumista ohjataan ja valvotaan. Mukana tulisi olla yksikön johtaja, vastaava lääkäri, läkehoidosta vastaava sairaanhoitaja, lähihoitaja ja farmasian ammattilainen. Mikäli lääkehoitosuunnitelma laaditaan ja päivitetään pelkästään johdon ja esimiesten toimesta, se jää teoreettiseksi dokumentiksi, joka ei vaikuta arjen rutiineihin. On tärkeää hyödyntää kaikki erilaiset läkehoidon ja -huollon näkökulmat, jotta hoivayksikön asukkaiden lääkehoito on järkevää ja turvallista.

Farmasian ammattilaisten tietotaito oli alihyödynnetty voimavara. Tutkimuksen mukaan lääkehoitosuunnitelman päivittämisessä farmaseuttia tai proviisorina oli konsultoinut vain yksi hoivayksikkö kahdestatoista. Farmaseutit ja

proviisorit ovat parhaimmillaan lääkehuollon, lääkehoitoprosessien, lääkitysturvallisuuden ja rationaalisen lääkehoidon asiantuntijoita. Lähihoitajilla on suuri vastuu lääkehoidon käytännön toteuttamisesta (lääkkeiden jakaminen ja antaminen) sekä lääkehoidon seurannasta ja kirjaamisesta. Heillä on arvokasta tietotaitoa siitä, millaiset toimintatavat edistävät turvallista lääkehoitoa ja mitkä taas estävät tai hidastavat sitä. Tämän käytännön näkökulman huomioiminen on myös tärkeää huomioida lääkehoitosuunnitelman laatimisessa.

Kehittämiskohteet ja suositukset:

- Lääkehoitosuunnitelman laatiminen, päivittäminen ja jalkauttaminen ovat moniammatillisen tiimin vastuulla, jossa on mukana yksikön johtaja, vastaava lääkäri, lääkeshoidosta vastaava sairaanhoitaja, lähihoitaja ja farmasian ammattilainen
- Lääkehoitosuunnitelmaan tulee kirjata lääkäreille annettava perehdytys. Lääkäreitä tulee perehdyttää yksikön lääkehoitoprosessiin ja henkilöstön lääkeosaamiseen, mikäli lääkäri vastaa lääkehoitosuunnitelman ja lääkelupien allekirjoituksesta
- Farmaseutteja ja proviisoreita tulee konsultoida lääkehoitosuunnitelman laatimisessa ja päivittämisessä, koska he ovat lääkehuollon ja lääkitysturvallisuuden asiantuntijoita
- Lähi- ja perushoitajia tulee konsultoida lääkehoitosuunnitelman laatimisessa ja päivittämisessä, koska he vastaavat lääkehoidon käytännön toteuttamisesta ja vaikutusten seurannasta

3.1.2 Lääkehoitosuunnitelma laaditaan viranomaisia varten eikä asukkaan parhaaksi

Jokaisella auditointiviikolla farmaseutti tai proviisori esitti sairaanhoitajalle näyttötehtäväkysymyksiä, joiden avulla arvioitiin sairaanhoitajien lääkeosaamista ja kykyä soveltaa tietoa käytännön tilanteissa.

Aiheena oli mm. lääkkeiden murskaaminen, jonka yksi farmaseutti tai proviisori nosti kehittämiskohteena esille näillä sanoilla:

“Sairaanhoitaja koki, että nielemisvaikeudet ovat keskeinen ongelma lääkehoidon toteuttamisessa, arviolta kolmasosalla osaston asukkaista on nielemisvaikeuksia. Kirjallisia ohjeita ei kuitenkaan ole, tavallisimmista lääkkeistä hoitajat oppivat “käytännössä” mitä voi murskata ja mitä ei.”
-farmaseutti/proviisori-

Vastauksessa mainittu käytännön osaaminen ei aina toteudu, vaan sairaanhoitajilla voi olla väärää tietoa.

"Muistan ulkoa voiko tabletin murskata vai ei. Tabletin voi aina murskata kun siinä on jakouurre puolittamista varten."

-sairaanhoitaja-

Tämä näkemys on väärä. Jakouurre tabletissa ei ole tae sille, että tabletin saisi murskata. Näyttötehtävässä puolet sairaanhoitajista (6/12) osasi kuvata murskaamiseen liittyviä hyötyjä ja haittoja ja he tiesivät voiko tietyn tabletin murskata ja kapselin avata. Kaksi vastaajaa ei osannut sanoa tai antoi kokonaan väärän vastauksen. Loput neljä vastaajaa vastasi kysymykseen vain osittain. Tämä on huolestuttavaa, koska sairaanhoitajan pitäisi osata opastaa lähihoitajia lääkehoidon toteuttamisessa. Väärä tieto ja siihen liittyvä käytäntö leviävät nopeasti yksikössä. Käytäntöjen muuttaminen on hidasta ja aikaa vievää.

Tämä lääkkeiden murskaamiseen liittyvä käytännön esimerkki osoittaa, että vaikka asiat näyttävät olevan paperilla kunnossa, voi käytäntö olla asukkaiden lääkitysturvallisuutta vaarantava. Tämän havainnon yksi farmaseutti/proviisori puki sanoiksi näin:

"Lääkehoitosuunnitelma jää helposti ns. mappiin pölyttymään pakollisena viranomaisohjeena, vaikka sitä voisi hyödyntää monella tavalla käytännön työssä, lääkehoitoon liittyvässä perehdytyksessä, laatukäsikirjana ja prosessin arvioinnissa."

-farmaseutti/proviisori-

Erilaisilla viranomaismittareilla, kuten tarkastamalla lääkehoitosuunnitelmaa, voidaan osoittaa paperilla asioiden olevan kunnossa. Pelkät dokumentit eivät kerro sitä, toteutuvatko asiat käytännössä kuten suunnitelmassa on kuvattu. Mikäli lääkehoitosuunnitelma laaditaan ja omavalvontaa suoritetaan vain viranomaisvaatimusten täyttämiseksi, niistä ei ole hyötyä henkilöstölle eikä asukkaille.

Vaatii ajattelu- ja toimintatapojen muutosta kaikilla tasoilla (johto, esimiehet, työntekijät), jotta lääkehoitosuunnitelmasta ja omavalvonnasta tulee johtamisen ja kehittämisen työvälineitä. Henkilökunnan on tärkeää pitää koko ajan mielessä, että kaikki tehdyt toimenpiteet tähtäävät siihen, että asukkaiden lääkehoito on järkevää ja turvallista. Toimet, jotka eivät tue tätä tavoitetta, ovat turhia. Mekaanisesta viranomaisvalvonnasta tulee siirtyä kohti jatkuvaa ohjausta ja kehittämistä.

Kehittämiskohteet ja suositukset:

- Lääkehoitosuunnitelma ja omavalvonta eivät ole pelkkä suoritus viranomaisia varten, vaan niiden tulee tukea asukaslähtöisen, järkevän ja turvallisen lääkehoidon jatkuvaa ohjausta ja kehittämistä kaikissa ammattiryhmissä ja kaikilla tasoilla (johto, esimies, lääkäri, työntekijä)
- Lääkehoitosuunnitelman tulee sisältää ohjeistukset ongelmatilanteiden varalta ja lääkehoitosuunnitelma tulee laatia niin, että se tukee käytännön työtä
- Työntekijöiden näyttökokeessa testataan myös ohjeiden ja lääkehoitosuunnitelman tuntemus ja käytännön ongelmaan liittyvän ohjeen haku
- Lääkehoitosuunnitelman päivityksissä muutoksiin tutustumisesta tulee työntekijöiltä kerätä kirjallinen kuittaus

3.1.3. Hoivayksiköihin toivotaan farmaseuttia hoitajien tueksi

Tämän tutkimuksen perusteella farmasian ammattilaista toivottiin 89 % (42/43) hoivayksiköistä mukaan moniammatilliseen tiimiin tai neuvomaan silloin tällöin lääkeasioissa.

”Kyllä voi olla mukana. Hän osaa antaa neuvoa lääkkeiden yhteisvaikutuksista, haittavaikutuksista, muista huomioista, sekä ohjata oikeita antotapoja ja kertoa esimerkiksi saako lääkkeet jauhaa.”

-lähihoitaja-

”Ilman muuta voi olla mukana esimerkiksi oikean lääkemuodon valinnassa, lääkekeustannusten hallinnassa (oikeiden pakkauskokojen valintaan), lääkkeiden haittavaikutusten ja yhteisvaikutusten tiedostamisessa ja hallinnassa.”

-sairaanhoitaja-

”Farmasian ammattilainen voisi olla apuna lääkityksen tarkistamisessa uuden asukkaan tullessa hoitokotiin, ennen kuin talon lääkäri ehtii paneutua potilaan asioihin.”

-lääkäri-

”Farmaseutti voisi useammin käydä hoivakodin sairaanhoitajan kanssa keskustelua yksikön käytänteistä.”

-palvelupäällikkö-

Hoivayksiköiden henkilöstö näki farmasian ammattilaisten toimenkuvan monipuolisena (Taulukko 1.). Lääkeneuvonta, lääkehoidon tarkistus ja arviointi sekä lääkehoitoprosessin riskit ja lääkitysturvallisuus nousivat eniten esille.

Taulukko 1. Hoivayksiköiden henkilökunnan (hoitajat, johtajat tai palvelupäälliköt ja lääkärit, N=43) ehdottamia toimenkuvia farmasian ammattilaisille hoivayksiköissä.

Lääkehoitoprosessin osa	Ehdotetun toimenkuvan vastaajien määrä (% ja n/N)
Yleinen lääketuntemus, lääketietämys, neuvonta, konsultointi ja koulutus henkilökunnalle	50 % (21/42)
Lääkehoidon tarkistus, arviointi tai kokonaisarviointi ja monilääkitys	38 % (16/42)
Neuvonta lääkkeiden yhteisvaikutuksista	38 % (16/42)
Neuvonta lääkkeiden vaikutuksiin ja haittavaikutuksiin liittyen (farmakologinen konsultaatio ilman mainintaa lääkehoidon arvioinnista tai yhteisvaikutuksista)	31 % (13/42)
Lääkehoitoprosessin konsultaatio, lääkkeiden anto ja jako, riskien tunnistaminen ja lääkitysturvallisuus	24 % (10/42)
Lääkemuotoon liittyvä neuvonta (kuten lääkkeiden murskaus ja annostelu nielemisvaikeuksista kärsiville)	12 % (5/42)

Farmaseuttien ja proviisorien eri osa-alueilla suorittamat auditoinnit koettiin hyödylliseksi tai erittäin hyödylliseksi (Taulukko 9.). Auditointien jälkeen hoivayksiköissä pidettiin keskustelutilaisuus, jonne hoivayksiköiden henkilökunta oli kutsuttu. Keskustelutilaisuudessa käytiin läpi auditointien päätulokset, hoivayksikön näkemyksiä auditoinneista ja farmasian ammattilaisten palautteet yksiköille. Lisäksi yksiköiden henkilökunta sai esittää auditiojalle kysymyksiä lääkehoitoprosessiin liittyen. Keskustelutilaisuus sai erittäin hyvän arvosanan ja kaikki osallistujat antoivat tilaisuudelle keskimäärin arvion ”hyödyllistä” tai ”hyvin hyödyllistä”, keskiarvosanan ollessa Likert-asteikolla 4,6/5.

Taulukko 9. Hoivayksiköiden henkilöstön ja farmasian ammattilaisten (N yht.=44) näkemykset auditointien eri osa-alueiden hyödyllisyydestä arvioituna 5-portaisella Likert-asteikolla, 1= täysin hyödytön–5=erittäin hyödyllinen.

Auditointiviikko	Arvosana (1-5)
1. Lääkehoitosuunnitelma	4,7
2. Lääkkeenjako, lääkkeiden annostelu, lääkkeiden säilytys	4,7
3. Lääkehoitoon liittyvät kirjaamiset, huumausaineet	4,7
4. Riskilääkkeet, lääketiedonlähteiden käyttö	4,8
5. Lääkityspoikkeamat ja lääkitysturvallisuus	4,8
Kaikkien auditointialueiden yhteenlaskettu keskiarvo	4,7

Farmasian ammattilainen osana hoivayksikön tiimiä ja/tai ulkopuolisena auditoijana selkeyttää yksikön toimintatapoja, tehostaa lääkeasioiden selvittämisen ajankäyttöä ja luo turvallisuuden tunnetta henkilöstölle.

Hoitajat, etenkin lääkehoitoa toteuttavat lähihoitajat, tarvitsevat tukea ja apua jokapäiväisessä työssään. Tukea ja lääkeneuvontaa saa helpoiten apteekista, joka toimittaa lääkkeet yksikköön. Apteekilla on lakisääteinen velvollisuus antaa lääkeneuvontaa hoivayksiköille. Apteekkitarkastuksissa on huomattu, että apteekkien ja sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden välinen yhteistyö on vielä hyvin pienimuotoista (Bonsdorff-Nikander & Salminen 2013). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen *Apteekkitoiminnan ja muun lääkehuollon kehittämisen* -raportin mukaan apteekkien tulee jatkossa entisestään vahvistaa yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden kanssa (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2015). Hoivayksiköissä ei välttämättä olla tietoisia, että apteekilla on lääkeneuvontavelvoite myös silloin, kun lääkkeet toimitetaan asukkaille tilauksena.

Lääkehuollon ja lääkitysturvallisuuden valvonnassa, ohjaamisessa ja kehittämisessä hoivayksiköiden kannattaa konsultoida farmasian ammattilaista. Lääkekeuhon hallinta sote-muutoksessa -julkaisussa suositeltiin farmasian ammattilaisten osallistumista lääkehoitojen toteutukseen avo- ja laitoshoidossa palveluntuottajasta riippumatta (Hakoinen ym. 2017). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen lääkärin lääkehoidon järjeistäminen moniammatillisella yhteistyöllä -kirjallisuuskatsauksessa kannustettiin myös moniammatilliseen yhteistyöhön ja farmasian ammattilaisten tietotaidon hyödyntämiseen esimerkiksi monilääkityksasioissa (Kiiski ym. 2016).

Hoivayksiköissä toimivien farmasian ammattilaisten tulee puolestaan perehtyä terveydenhuoltojärjestelmän ja hoivayksiköiden toimintaan, moniammatilliseen yhteistyöhön, kliniseen farmasiaan ja geriatriseen lääkehoitoon. Heidän tulee tuntea asukasryhmän lääkehoidon erityispiirteet, potentiaaliset lääkehoitoprosessin ongelmakohdat sekä tuntea lääkärin ja hoitajien toimenkuvat. Suomessa on paljon farmaseutteja ja proviisoreja, joilla on rationaalisen lääkehoidon ja lääkitysturvallisuuden täydennyskoulutusta sekä kokemusta työskentelystä hoitajien ja lääkäreiden kanssa.

Läkehoidon arvioinnin koulutuksen suorittaneilla farmaseuteilla ja proviisoreilla on pätevyys arvioida asukaskohtaisia lääkityksiä. Nykyään myös farmaseuttien ja proviisorien peruskoulutuksessa opitaan läkehoidon arvioinnin perusteita. Vaikka lääkärit vastaavatkin läkehoidosta ja määräävät lääkkeet sekä hoitajat toteuttavat lääkärin määräyksiä käytännössä, voivat farmaseutit ja proviisorit käyttävät hankittua erikoisosaamistaan ja arvioida asukkaiden lääkityksiä tuottaen lääkärille hyödyllisen raportin läkehoidon järjeistämiseksi. Farmasian ammattilaisen tekemät läkehoidon arvoinnit nopeuttavat lääkärin työtä esimerkiksi hoivayksikön asukkaiden tulotarkastusten ja vuosikontrollien yhteydessä. Farmaseuttien ja proviisorien tekemät läkehoidon arvoinnit on todettu lääkitysturvallisuutta parantaviksi ja joissakin tutkimuksissa myös kustannustehokkaiksi, kun tarpeettomia lääkityksiä saadaan karsittua (Kanninen J-C 2014, Moberg ym. 2014, Elo 2016a ja 2016c Halonen 2016, Laine & Hautala 2016, Ranttila 2016, Timonen 2016, Hagelberg-Häkkinen 2017). Lääkitysturvallisuus on parantunut hoivayksiköissä farmaseutin tai proviisorin konsultoinnin jälkeen (Kari ym. 2014a ja 2014b, Ekholm 2016b ja 2016c, Elo 2016).

Sosiaali- terveydenhuollon yksiköt voivat ostaa läkehoidonarviointia palveluna ulkopuolisilta tahoilta, kuten apteekeilta, yrityksiltä tai oman organisaationsa sisältä, kuten esimerkiksi Forssassa ja Salossa on toimittu (Moberg ym. 2014, Elo 2016a ja 2016c).

Ulkomailla, esimerkiksi Iso-Britanniassa, USA:ssa ja Australiassa, proviisorit toimivat konsultteina hoivayksiköissä ja kotihoidossa (Andalo 2014, Royal Pharmaceutical Society 2016a ja 2016b, ASCP 2017, Elliott ym. 2017). Tämän on havaittu lisäävän lääkitysturvallisuutta ja laskevan lääkekustannuksia, kun turhia lääkkeitä saadaan karsittua pois. Esimerkiksi laajassa australialaisessa tutkimuksessa havaittiin 52 hoivayksikössä, että klinisen farmasian ammattilaisten interventio hoivayksiköihin vähensi lääkekustannuksia ja paransi läkehoidon laatua (Roberts M ym. 2001). Tällaisia toimintamalleja, joissa farmasian ammattilainen on toteuttamassa osaltaan läkehoitoprosessin suunnittelua, toteutusta ja valvontaa sekä asukkaiden läkehoidon arviointia, tulisi harjota otettavaksi käyttöön Suomessakin.

Kehittämiskohteet ja suositukset:

- Hoivayksikköjen kannattaa hyödyntää lääkkeitä toimittavan aptee-kin farmaseuttista henkilöstöä lääketiedon ja -neuvonnan lähteenä
- Lääkehuollon ja lääkitysturvallisuuden valvonnassa, ohjaamisessa ja kehittämisessä hoivayksiköiden kannattaa konsultoida farmasian ammattilaista, joka on perehtynyt rationaaliseen lääkehoitoon ja lääkitysturvallisuuteen
- Farmasian ammattilaisen tekemät lääkehoidon arvioinnit edistävät asukkaiden tarkoituksenmukaista ja turvallista lääkehoitoa sekä nopeuttavat lääkärin työtä hoivayksikön asukkaiden tulotarkastusten ja vuosikontrollien yhteydessä

3.2 Hoitajilta puuttuu edellytyksiä turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi

Tämän tutkimuksen huolestuttavimmat havainnot liittyivät hoitajien, etenkin lähihoitajien, edellytyksiin toteuttaa turvallista ja tarkoituksenmukaista lääkehoitoa. Havaitsimme vakavia puutteita lääkehoidon täydennyskoulutuksessa, lääketiedon lähteissä ja lääkityslistojen tiedoissa. Nämä tekijät ovat hoivayksikön johdon ja lääkärin vastuulla. Yksittäiset hoitajat eivät voi niihin juurikaan vaikuttaa.

Tuoreen tutkimuksen mukaan hoivayksiköissä työnsä lopettamista harkitsee 38% hoitajista (Kröger ym. 2018). Työhön sitoutumista voidaan edistää mm. sillä, että työn tekemisen edellytykset ovat kunnossa.

3.2.1 Hoitajat eivät saa riittävästi lääkehoidon täydennyskoulutusta

Hoivayksiköiden henkilöstön alkukyselyssä lääkehoitoon liittyvä täydennyskoulutus nousi kehittämiskohteena esille. Huomattavaa täydennyskoulutukseen liittyen oli, että vastaukset vaihtelivat vastaajan toimenkuvasta riippuen. Lähihoitajat kertoivat saavansa vähiten täydennyskoulutusta. Väittämään ”*Saan työni puolesta säännöllistä (vähintään kerran vuodessa) täydennyskoulutusta lääkehoitoon liittyen.*”, annetut keskiarvosanat olivat seuraavat: lähihoitajat: 2,0, sairaanhoitajat 2,8, lääkärit 3,4 ja johtajat/palvelupäälliköt 2,7. Maksimipistemäärä kyselyssä oli 5.

Auditoinnin yhteydessä farmaseutit ja proviisorit havaitsivat, että lääkehoitosuunnitelmissa ei ole koulutussuunnitelmaa ja lääkehoitoon liittyvän koulutuksen vähäisyys herätti huolta.

“Lääkelupaprosessi on kuvattu hyvin, mutta koulutustarpeen suunnittelua tai sen vastuuta ei kuvata.”

-farmaseutti/proviisori-

“Koulutustarpeen suunnittelua ei mainita lääkehoitosuunnitelmassa.”

-farmaseutti/proviisori-

“Lääkkeisiin liittyvä koulutus hoivakodissa oli hämmästyttävän vähäistä.”

-farmaseutti/proviisori-

Tulokset ovat erityisen huolestuttavia lähihoitajien kannalta, sillä he ovat vastuussa asukkaiden lääkehoidon käytännön toteuttamisesta, vaikutusten seurannasta ja heidän kirjausten perusteella lääkärin tulisi tehdä lääkehoitoon liittyviä päätöksiä ja toimenpiteitä. Jos lähihoitajalla ei ole riittävästi lääkeosaamista, jää merkittävä osa lääkehoidon hyödyistä ja haitoista havaitsematta ja raportoimatta hoitavalle lääkärille. Henkilöstön riittävä lääkehoidon tietotaso on avainasemassa turvallisen ja tarkoituksenmukaisen lääkehoidon toteutumisessa.

Valitettavasti lähi- ja perushoitajille ei tällä hetkellä ole täydennyskoulutus-suositusta työehtosopimus- tai liittotasolla. Tutkimustulosten perusteella suosittelemme hoivayksiköiden lähi- ja perushoitajille lääkehoitokoulutusta 1–2 päivää vuodessa. Laadukkailla verkkokursseilla, joita voidaan toteuttaa työn ohessa, voidaan osittain korvata täydennyskoulutus hoivayksikön ulkopuolella. Ei siis ole syytä jättää henkilökuntaa kouluttamatta, kun tarjolla on laadukkaita ja edullisia kouluttautumismahdollisuuksia. Hoivayksiköt voivat kutsua lähiseudun yhteistyöapteekissa toimivia farmaseutteja ja proviisoreita kouluttamaan lääkkeitä, lääkehoitoprosessista, lääkehoidon arvioinneista ja lääkitysturvallisuudesta. Koulutus on yksi tapa toteuttaa lääkeneuvontaa, joka on apteekin lakisääteinen velvoite kaikille asiakkaille.

Läkehoidon täydennyskoulutus nousi huolenaiheena esille myös Aluehallintoviraston raportissa, jossa selvitettiin vanhusten lääkehoitoa palveluasumisessa (Lindfors-Niilola ym. 2018). Raportissa todetaan, että vanhusten lääkehoidon toteuttaminen on vaativaa lääkehoitoa, eikä tämän toteuttamiseen riitä lääkehoidon perusosaaminen. On huolestuttavaa, että vaativaa geriatriasta lääkehoitoa toteuttavat hoitajat, jotka eivät välttämättä saa edes vuosittaista lääkehoidon koulutusta. Tämä on huomattava potilasturvallisuutta heikentävä tekijä.

Tulee myös huomioida lääkehoitoon liittyvien koulutusten laatu. Lääkehoitokoulutukset ovat usein teoreettisia ja lääkkeitä tarkastellaan eri terapia-alueiden näkökulmasta. Lähihoitajat hyötyvät eniten käytännönläheisistä koulutussaiheista, kuten millaisia tabletteja ei saa murskata, mitkä ovat hyviä lääketiedonlähteitä ja kuinka lääkityspoikkeamilta voidaan suojautua.

Kehittämiskohteet ja suositukset:

- Lääkehoidon täydennyskoulutusta tulee saada myös muilla tavoin kuin 3-5 vuoden välein uusittaviin lääkelupiin liittyvillä verkkokoulutuksilla
- Lähi- ja perushoitajille tulee tarjota vähintään yksi vuosittainen koulutuspäivä liittyen lääkehoitoon (mukaan lukien verkkokoulutukset)
- Henkilöstön tulee saada lääkehoitokoulutusta, jossa käsitellään iäkkäiden lääkehoidon erityispiirteitä ja -huomioita
- Lääkehoitokoulutuksen tulee pitää sisällään käytännönläheistä yksikön arkeen liittyvää koulutusta, kuten esim.: mitkä tabletit voi murskata nielemisvaikeuksista kärsiville asukkaille turvallisesti, mitkä ovat luotettavia lääketiedonlähteitä ja kuinka niitä käytetään, mitkä ovat yksikön lääkitysturvallisuutta heikentäviä tekijöitä ja kuinka niihin voidaan puuttua omassa työssä

3.2.2. Lääketiedon lähteissä ja niiden käytössä on usein vakavia puutteita

Väittämään *"Tarvittavat sähköiset tietokannat ovat työntekijöiden käytettävissä ja he osaavat etsiä niistä tietoa itsenäisesti"*, 69 % vastasi "toteutuu täysin" tai "toteutuu osittain". Yli kolmasosassa hoivayksiköistä lääketiedon lähteissä ja niiden käytössä on siis vakavia puutteita. Kysyttäessä *"Mitkä sähköiset tietokannat tai yksittäiset internetsivut ovat tyypillisesti käytössä yksikössä lääketiedon etsimiseen?"* joukossa oli kaksi (2/42), jotka vastasivat, etteivät tiedä mitä tietokantoja omassa yksikössä on käytössä. Pelkkää Googlea sähköisenä lääketiedonlähteenä vastasi käyttävänsä kolme henkilöä (3/42), joista kaksi ilmoitti olevansa johtajia tai palvelupäälliköitä ja yksi lähihoitaja. Yleisimpinä tiedonlähteinä mainittiin Terveysportin tietokannat 50 % (21/42), Pharmaca Fennica® 14 % (6/42) ja Fimean internetsivut 7 % (3/42). Sekä hoivayksikön henkilökunta että auditointeja tehneet farmaseutit ja proviisorit nostivat esiin lääketiedonlähteisiin liittyviä asioita.

"Etsin lääketietoa Googlesta."

-johtaja/palvelupäällikkö-

"Käytän vuoden 2010 Pharmaca Fennicaa tai soitan apteekkiin."

-lähihoitaja-

Toivotaan että tämän auditoinnin myötä saamme Terveysportin tietokannat käyttöömmme."

-lähihoitaja-

Farmaseuttien/proviisorien havaintoja auditoinneissa:

- *“Käytössä ei ole Terveysporttia eikä uusinta Pharmaca Fennicaa. Asiasta on keskusteltu esimiesten kanssa ja lääkärikin on sitä ihmetellyt. Lääkehoitosuunnitelmassa ei ole mainittu yksikön lääketietolähteitä. Tietolähteinä mm. Google ja pakkaussetelit.”*
- *“Ei paperisia eikä sähköisiä tietokantoja käytettävissä! Sairaanhoidaja kaipaisi sairaanhoidajan tietokantaa (Terveysportissa) tietäen sen olevan maksullinen.”*
- *“Sairaanhoidajan mielestä lähihoitajat etsivät lääketietoa googlettamalla.”*
- *“Henkilökunnalla ei ole käytössä mitään tietokantoja tai Pharmaca Fennicaa.”*
- *“Terveysportin tietokannat ovat kaikkien käytössä, mutta käytännössä niitä osaa/on kiinnostusta käyttää vain sairaanhoidajilla.”*
- *“Tiedonlähteiden käyttö hoivayksikössä on hataraa.”*

Tutkimuksen mukaan erilaiset lääketiedon lähteet tunnistettiin hoivayksiköissä suhteellisen huonosti ja käytössä oli vanhentuneita lähteitä. Kaikki tämä johtaa siihen, että monetkin yksinkertaiset asiat voidaan joutua selvittämään useita kertoja ja selvitystyöhön kuluu runsaasti hoitajien työaikaa. Jos koko henkilökunta tietäisi mitä tiedonlähteitä käyttää ja miten, hoitajien aikaa säästyisi ja lääkitysturvallisuus paranisi.

Asianmukaiset ja helppokäyttöiset koko hoivayksikölle yhteiset lääketiedon lähteet ovat avainasemassa tehostamassa työntekoa ja ennen kaikkea varmistamassa turvallisen lääkehoidon toteutumista. Uusien lääketiedon lähteiden käyttöönotossa on tärkeää varmistaa, että koko henkilöstö osaa niitä käyttää ja tulkita saatua tietoa oikein.

Kehittämiskohteet ja suositukset:

- Vanhentuneita lääketiedon lähteitä ei saa käyttää
- Johdon tulee hankkia asianmukaiset ja ajantasaiset lääketiedon lähteet henkilökunnan käyttöön
- Lääketiedon lähteiden hankinnassa tulee huomioida henkilökunnan käytännön työn tarpeet
- Koko henkilökunnan tulee käyttää samoja säännöllisesti päivittyviä lääketiedon lähteitä
- Ensisijaisina lääketiedon lähteinä tulee olla sähköiset lääketietokannat
- Henkilökunnalle tulee tarpeen mukaan järjestää koulutusta lääketiedon lähteiden käytöstä ja luotettavasta lääketiedosta

3.2.3. Lääkityslistoilta puuttuu keskeisiä tietoja

Lääkityslistojen (n=60) auditoinnissa väittämään *"Lääkelistoihin on merkitty käyttöaiheet"*, 42% vastasi "ei toteudu" ja vain 25% vastasi "toteutuu täysin". 42% yksiköistä lääkeaineallergioita ei ole lääkityslistalla, 25% ne on ilmoitettu osittain ja 33% lääkeaineallergiat on ilmoitettu.

Väittämään *"Jos samaa lääkettä on sekä säännöllisenä että tarvittavana lääkkeenä, päivittäiselle annokselle on kirjattu enimmäismäärä."* 50% vastasi "ei toteudu", 25% vastasi "toteutuu osittain" ja 25% "toteutuu täysin".

Lääkitysturvallisuutta heikentävät siis lääkkeiden käyttöaiheiden, lääkeaineallergiatietojen ja lääkkeiden vuorokausikohtaisten enimmäisannosmäärien kirjaamisten puuttuminen. Lisäksi lääkehoidon aloitus- ja mahdollisia lopetuspäivämääriä ei aina oltu merkitty lääkityslistaan.

Farmaseutit ja proviisorit havaitsivat, että lääkkeiden haittavaikutuksista ei ollut kirjauksia ja haittavaikutuksiksi miellettiin vain vakavat haitat.

Farmaseuttien ja proviisorien havaintoja lääkityslistojen auditoinneissa:

- *"Osasin odottaa, että lääkehoitojen haittavaikutusten seuranta ei todennäköisesti ole kovin aktiivista. Silti yllätyin, että se on niin vähäistä. Syylienee paljon siinä, että hoitajat eivät tiedä mitä pitää seurata ja siksi "haittavaikutuksia ei ole ollut."*

- *“Lääkehaittoja ei sairaanhoitajan mukaan ole hänen aikanaan (kohta 2 vuotta) ollut lainkaan. Jälkeenpäin tuli mieleen, että ehkä hoitaja käsitti lääkehaittoiksi vain vakavammat haittavaikutukset.*
- *“Ei ole tehty haittavaikutusilmoituksia, auditointitilanteessa selvinnyt, että ei tiedetä miten ilmoituksia tehtäisiin.”*

Hoivayksiköiden asukkaat ovat usein monisairaita ja -lääkittyjä. Vastuu kokonaislääkityksen tarkoituksenmukaisuudesta ja turvallisuudesta on hoitavalla lääkäriellä. Vakavin puute lääkityslistoissa oli lääkkeen käyttöaiheen puuttuminen. Tämä vaikeuttaa olennaisesti hoitajan työtä ja vaarantaa potilasturvallisuutta. Hoitaja ei voi seurata lääkehoidon vastetta, jos hän ei tiedä mihin sairauteen tai oireeseen lääke on määrätty. Asukkaan ja omaisten kanssa on hankala keskustella lääkkeiden käyttöön liittyvistä huolista ja toiveista, jos käytötarkoitus ei ole selvillä. Käyttöaiheen ilmoittaminen parantaa potilasturvallisuutta ja edistää hoitoon sitoutumista, kun hoitoa toteuttava henkilöstö tietää mihin lääkettä käytetään, mitkä ovat lääkkeen suotuisat vaikutukset ja mitkä toisaalta lääkkeen mahdolliset haittavaikutukset.

Kehittämiskohteet ja suositukset:

- Lääkityslistaan tulee mahdollisuuksien mukaan aina merkitä kunkin lääkkeen käyttöaihe
- Säännöllisesti käytössä olevien lääkkeiden ja tarvittaessa käytössä olevien lääkkeiden yhteenlaskettu vuorokausiannos ei saa ylittää lääkkeen suositeltua enimmäisvuorokausiannosta
- Lääkkeen aloituspäivämäärä ja mahdollinen suunniteltu lopetuspäivämäärä tulee mahdollisuuksien mukaan merkitä lääkityslistaan
- Lääkeallergioiden tulee olla hoitohenkilökunnan tiedossa
- Lääkeallergiat tulee olla kirjattuna potilastietoihin. Jos allergioita ei ole, tulee kirjata ”ei tunnettuja allergioita”

3.3 Yksikössä tunnistetut riskilääkkeet ja lääkityspoikkeamat eivät johda käytännön toimiin

3.3.1 Lääkityspoikkeamia raportoidaan, mutta käytännöt eivät muutu

Sähköisessä alkukyselyssä, joka toteutettiin ennen auditointeja, lääkitysturvallisuus ja lääkityspoikkeamien käsittely oli henkilökunnan mielestä pääosin hyvällä tasolla. Heikoimmalla tasolla nähtiin lääkärin tuntemus yksikössä sattuneista lääkityspoikkeamista (3,5/5) sekä yksikön lääkityspoikkeamien vähentäminen ja ennaltaehkäisy hoitajien, lääkärin ja johdon kesken yhdessä toimien (3,6/5).

Auditoinnissa väittämään ” Koko lääkehoitoprosessi analysoidaan vähintään vuosittain (sisäinen tai ulkoinen auditointi) lääkityspoikkeamien ja mahdollisten riskitekijöiden tunnistamiseksi” vain 44 % vastasi ”toteutuu osittain” tai ”toteutuu täysin”.

Vain noin neljäsosa (26 %) vastaajista ilmoitti, että hoivayksikölle oli nimetty lääkityspoikkeamista vastaava henkilö.

Farmaseuttien ja proviisorien havaintoja auditoinneissa:

- *”Sairaanhoitaja on ollut yksikössä 1,5 vuotta ja sen aikana ei ole tehty lääkityspoikkeamailmoitusten takia muutoksia. Lääkityspoikkeamien käsittely ollut vähäistä.”*
- *”Lääkityspoikkeamia käsitellään, mutta ei ole linjattu millaisia keinoja poikkeamien ehkäisemiseksi tulisi etsiä. Ei ole suunniteltu miten poikkeamia ehkäisevien toimenpiteiden vaikutuksia seurataan.”*
- *”Poikkeamien käsittelyn vastuuhenkilö on sairaanhoitaja. Hänellä ei ole mitään lisäkoulutusta poikkeamien käsittelyyn.”*
- *”Lääkityspoikkeamien käsittelyssä korostetaan koko henkilökunnan opimista sekä lääkehoitosuunnitelmassa, että käytännössä. Henkilökunnalle ei ole koskaan järjestetty erillistä koulutusta lääkityspoikkeamien esille nostamasta aiheesta.”*
- *”Esille nousi tarve keskustella eri tyyppisistä lääkityspoikkeamista – niitä on muitakin kuin lääkkeen antamiseen liittyvät virheet!”*
- *”Läheltä piti – lääkityspoikkeamatilanteita raportoidaan vain silloin tällöin. Esimerkkejä näistä olisi hyvä antaa, koska sairaanhoitajan käsitys läheltä piti – poikkeamista oli suppea.”*

- *“Lääkehoidon haittatapahtumien osalta mainittu, että arvioidaan aiheutuuko asukkaalle haittaa, tarvittaessa konsultoidaan lääkäreitä. Ei tarkempaa ohjeistusta. Ei mainintaa ensiapu- ja vastalääkkeistä eikä yhteystiedoista esim. päivystykseen/Myrkytystietokeskukseen.”*
- *“Lääkityspoikkeamat käydään läpi kuukausittain hoitajien kuukausipalaverissa. Tietojen koonnin vastuuhenkilö on nimetty. Käytännön toteutus vastaa lääkehoitosuunnitelman kuvausta.”*

Tärkeä osa yksikön omavalvontaa on lääkityspoikkeamien dokumentointi ja käsittely. Hoivakotifarmasia ry:n tutkimustulosten mukaan hoitajat eivät keskimäärin tunnista lääkitysturvallisuusriskejä. Hoivayksiköissä ei välttämättä myöskään tunnisteta lääkityspoikkeamille altistavia tekijöitä, joita ovat tutkimusten mukaan esimerkiksi kommunikaatio-ongelmat, kiire tai yleisesti muut toimintatavat, jotka altistavat poikkeamien synnylle (Härkänen 2014, Holmström 2017).

Aluehallintoviraston raportin mukaan lääkityspoikkeamailmoituksia dokumentoitiin tehostetussa palveluasumisessa hyvin (96 %) (Lindfors-Niilola 2018). Vaikka lääkityspoikkeamia raportoidaan ja niistä keskustellaan henkilöstön kesken, se ei tarkoita, että poikkeamista aidosti opitaan, henkilöstöä koulutetaan ja suojausmekanismeja kehitetään jatkuvasti vastaavien vaaratapahtumien välttämiseksi.

Jokaisessa yksikössä tulisi olla vastuuhenkilö, joka hallinnoi lääkityspoikkeamailmoituksia ja on vastuussa niiden asianmukaisesta käsittelystä tarpeen vaatiessa. Tutkimuksessa tuli ilmi, että näin ei aina ole ja lääkitysturvallisuusasioista vastaava ei välttämättä ole saanut lisäkoulutusta lääkitysturvallisuudesta.

Huomiota tulee kiinnittää myös ”läheltä piti” -lääkityspoikkeamien raportointiin, eli sellaisten poikkeamatilanteiden raportointiin, joissa poikkeama ei ylittänyt hoivakodin tai palvelutalon asukkaaseen asti. Niin sanottuja läheltä piti -tilanteita raportoimalla ja niistä oppimalla voidaan myös ehkäistä vaaratapahtumia tulevaisuudessa.

Olennaisia lääkitysturvallisuutta tukevia tekijöitä ovat selkeät toimintaohjeet ongelmatilanteiden varalta sekä henkilöstön riittävä tietämys esimerkiksi lääketiedon hausta tai kuinka toimitaan erilaisissa lääkityspoikkeamatilanteissa. Henkilökunnan valmius toimia poikkeavissa tilanteissa asianmukaisesti on erinomainen mittari lääkehoitoprosessin toimivuudesta. Koko lääkehoitoprosessi tulee analysoida vuosittain (sisäinen tai ulkoinen auditointi) mahdollisten lääkityspoikkeamien riskitekijöiden tunnistamiseksi.

Kehittämiskohteet ja suositukset:

- Henkilökunnan (mukaan lukien lääkäri) tulee saada täydennyskoulutusta lääkitysturvallisuudesta, lääkityspoikkeamista ja niiden ennaltaehkäisystä
- Lääkitysturvallisuuteen tulee panostaa enemmän – yksiköissä tulee olla vastuuhenkilö, joka vastaa lääkityspoikkeamaraporteista, niiden käsittelystä ja suojaavien toimenpiteiden suunnittelusta ja toteuttamisesta. Vastuuhenkilöllä tulee olla riittävä perehtyneisyys ja koulutus tehtävänsä
- Koko lääkehoitoprosessi analysoidaan vuosittain (sisäinen tai ulkoinen auditointi) lääkityspoikkeamien mahdollisten riskitekijöiden tunnistamiseksi
- Läheltä piti -lääkityspoikkeamien raportointiin tulee kiinnittää enemmän huomiota
- Farmasian ammattilaisia on suositeltavaa konsultoida yksikön lääkitysturvallisuusasioihin liittyen

3.3.2 Lääkkeenmääräämispoikkeamat – inhimillisiä poikkeamia sattuu myös lääkärille

Väittämään *”Myös lääkkeenmääräämispoikkeamia kirjataan, analysoidaan ja niitä käytetään osana laadunparantamistoimintaa. Lääkäri saa poikkeamista ja niitä ehkäisevistä menetelmistä tietoa”* vain 26 % vastaajista totesi, että väittämä *”toteutuu täysin”* heidän yksikössään ja 21 % vastaajista vastasi *”ei toteudu”*. Hoivayksiköissä hoitajat eivät siis välttämättä tunnista lääkärin tekemää määräämispoikkeamaa tai ajattele, että lääkäri voi edes tehdä poikkeamia.

Farmaseuttien ja proviisorien havaintoja auditoinneissa:

- *”Lääkehoitosuunnitelmassa ei ole ohjeistusta miten lääkkeenmääräämispoikkeamat käsitellään.”*
- *”Lääkärin tekemiä poikkeamia ei ole ollut. Mielestäni heille ei ole tullut mieleenkään, että lääkärille voisi tulla lääkityspoikkeamia.”*
- *”Lääkäri ei osallistu tiimipalaveriiniin, joten ei ole tarkkaa ohjeistusta siitä miten lääkäri saa tiedon poikkeamatilanteista.”*

- *“Lääkäri ei ilmoita poikkeamia. Hoitajat tulevat avoimesti kertomaan, kun on annettu väärät lääkkeet tai väärä insuliiniannos, mutta eivät tilanteita joissa lääke on jäänyt saamatta.”*
- *“Lääkärin lääkkeenmääräämispoikkeamat havaitaan usein apteekissa.”*
- *“Lääkärin lääkkeenmääräämispoikkeamat havaitaan usein apteekissa ja apteekki ei systemaattisesti raportoi niitä hoivayksikköön – pitäisikö olla sovittu raportointijärjestelmä?”*

Lääkäreillä on osaamista ja kokemusta lääketurvallisuudesta eli lääkkeiden yhteis- ja haittavaikutuksista. Sen sijaan lääkitysturvallisuus, jossa tarkastellaan lääkehoitoprosessin turvallisuutta, ei ole lääkärin ydinosaamista. Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että lääkkeenmääräämispoikkeamia, jotka ovat merkittävä lääkitysturvallisuusriski, ei tunnisteta eikä niihin reagoida riittävästi.

Kehittämiskohde ja suositus:

- Lääkärin tulee saada täydennyskoulutusta tyypillistä lääkkeenmääräämispoikkeamista ja niiden ennaltaehkäisystä
- Lääkkeenmääräämispoikkeamien raportointiin tulee kiinnittää erityistä huomiota, niitä tulee kirjata, analysoida ja käyttää laadun parantamiseen samoin kuin esimerkiksi lääkkeenantoon liittyviä poikkeamaraportteja
- Lääkäreitä tulee tiedottaa yksikön lääkityspoikkeamista ja ohjeistaa raportoimaan havaitsemiaan lääkityspoikkeamia

3.3.3 Riskilääkkeet tunnistetaan, mutta haittatapahtumiin ei varauduta

Alkukyselyssä hoivayksiköiden henkilöstöä pyydettiin määrittelemään yksiköidensä riskilääkkeet nimeämällä viisi lääkeainetta tai lääkeryhmää, jotka koettiin riskilääkkeiksi. Riskilääkkeiksi tunnistettiin opioidit, antikoagulantit sekä diabeteslääkkeet. Riskilääkkeet olivat vastaajien mielestä hallinnassa.

Vain 24 % vastaajista ilmoitti, että yksikön riskilääkkeisiin tutustuttiin perehdytyksessä. Väittämään *“Yksikössä on laadittu riskilääkkeiden käyttöä koskevia kirjallisia ohjeita, jotka sisältävät kuvauksia suojaavista toimenpiteistä”*, 12 % mukaan *“toteutuu osittain”*, 31 % vastasi *“ei toteudu”*, ja 33 % ei tiennyt, onko ohjeita saatavilla. Väittämään *“Keskivahvojen ja vahvojen opiaattien yliannostustilanteisiin on varauduttu ja yliannostustilanteisiin liittyvät kirjalliset ohjeet*

on laadittu.” vain 12 % vastaajista ilmoitti ”toteutuu täysin”, 29 % vastaajista ilmoitti ”ei toteudu” ja 29 % vastaajista totesi ”en osaa sanoa”.

Farmaseuttien ja proviisorien havaintoja auditoinneissa:

- *”Riskilääkkeitä ei ole listattu eikä sairaanhoitajalla ollut tarkkaa käsitystä siitä, mitä ne voisivat olla. Mielenkiinto tällaiseen listaukseen heräsi kyllä auditoinnin aikana.”*
- *”Insuliinien annosta eikä opioidilaastarien vahvuutta kaksoistarkasteta.”*
- *”Sairaanhoitajan mielestä riskilääkeasiat eivät liity hoivayksikköihin, vaan lähinnä sairaalaympäristöön.”*

Riskilääkkeet tunnistetaan, mutta suojaavista toimenpiteistä ei ole laadittu ohjeita eikä riskilääkkeisiin liittyen anneta perehdytystä. Yksikössä tulee olla ohjeistukset siitä, kuinka riskilääkkeiden kanssa toimitaan esimerkiksi lääkityspoikkeaman sattuessa ja mitkä ovat suojausmekanismit riskilääkkeisiin liittyvien vakavien lääkityspoikkeamien ehkäisemiseksi. Myös Aluehallintoviraston raportissa hoivayksiköistä todetaan, että yksikkökohtaiset riskilääkkeet ja suunnitellut suojausmekanismit lääkityspoikkeamien estämiseksi tulisi olla kirjattuna ylös (Lindfors-Niilola ym. 2018).

Erityisesti insuliinin sekä keskivahvojen ja vahvojen opiaattien yliannostustiloihin tulee varautua ja laatia kirjalliset ohjeet yliannostustilanteisiin. Hoivayksikön kannattaa konsultoida farmasian ammattilaista riskilääkkeisiin liittyen ja kouluttaa henkilökuntaa säännöllisesti riskilääkkeistä ja haittatapah-
tumien ennaltaehkäisystä.

Kehittämiskohteet ja suositukset:

- Yksikössä tulee olla yksikkökohtainen riskilääkelista
- Yksikössä tulee olla ohjeistukset, kuinka riskilääkkeiden kanssa toimitaan esimerkiksi lääkityspoikkeaman sattuessa ja mitkä ovat suojausmekanismit riskilääkkeisiin liittyvien vakavien lääkityspoikkeamien ehkäisemiseksi
- Yksikön riskilääkelistaan tutustutaan osana uusien työntekijöiden perehdytystä
- Keskivahvojen ja vahvojen opiaattien yliannostustiloihin on varauduttu ja yliannostustilanteisiin liittyvät kirjalliset ohjeet laadittu

- Yksikköön tulee laatia myös muidenkin riskilääkkeiden käyttöä koskevia kirjallisia ohjeita, jotka sisältävät kuvauksia suojaavista toimenpiteistä
- Farmasian ammattilaisia on suositeltavaa konsultoida riskilääkkeisiin liittyen

3.4. Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Todennäköistä on, että tutkimukseen valikoitui mukaan hoivayksiköitä, jotka ovat erityisen myönteisiä kehitys- ja tutkimusprojekteja kohtaan. Näin ollen tutkimuksemme tulokset antavat todennäköisesti todellisuutta paremman kuvan hoivayksiköiden lääkehuollosta ja -hoidosta.

Otosmäärä oli tutkimuksessamme pieni, mutta kuitenkin riittävän edustava, koska tutkimustuloksemme olivat samoilla linjoilla Aluehallintoviraston julkaisun löydösten kanssa.

Hoivayksikköjen sähköisissä kyselyissä (alkukysely, auditointikysely ja palautekysely), korostui lääkärien heikompi vastausprosentti muihin vastaajiin nähden (lähihoitaja, sairaanhoitaja hoivayksikön johtaja ja palvelupäällikkö). Tämän voidaan katsoa johtuvan siitä, että lääkärit ovat usein hoivayksiköissä ulkopuolisia ostopalvelutyöntekijöitä eivätkä hoivayksiköiden varsinaiseen henkilökuntaan kuuluvia. Lääkäri käy hoivayksikössä keskimäärin kerran kuukaudessa muutaman tunnin ajan, joten vaikka vastausaikaa oli annettu kussakin kyselyssä 1,5–2 kuukautta, osa hoivayksikköjen lääkäreistä ei vastannut kyselyihin.

Tutkimusta varten suunniteltu farmasian ammattilaisten käyttämä auditointilomake ei ollut aivan optimaalinen hoivakoti- ja palvelutaloympäristöön. Tästä saimme myös palautetta hoivayksiköiden henkilöstöltä. Lomakkeen pohjana oli alun perin sairaalaympäristöön tarkoitettu auditointilomake (Celikkayalar 2008). Tutkimuslomakkeen kysymykset painottuivat hieman liikaa sairaalaympäristöön, vaikka olimme yrittäneet Hoivakotifarmasia ry:n taholta muokata lomaketta hoivayksiköihin sopivammaksi. Hoivayksiköiden lääkehoitoprosessin auditointiin tulee kehittää auditointilomake, jossa otetaan huomioon hoivayksiköiden erityispiirteet.

Johtuen aikataulullisista sekä taloudellisista resursseista, emme pystyneet tutkimaan auditointien vaikuttavuutta 6–12 kuukauden jälkeen auditointien lopumisesta. Tulee myös huomioda, että farmaseuttien ja proviisorien tekemät auditointiarvioinnit olivat lopulta kunkin tekijän subjektiivisia näkemyksiä, vaikka olimmekin kouluttaneet kaikki auditointijat yhden päivän koulutuksessa varmistaaksemme auditointien yhteneväiset kriteerit ja laadun.

4 Johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa tunnistettiin monia kehittämiskohteita hoivayksiköiden lääkehuolto- ja lääkehoitoprosessista. Huolestuttavin löydös oli, että hoitajilla ei ole tarvittavia työkaluja ja tukea turvalliseen lääkehoidon toteuttamiseen ja vaikutusten seurantaan. Yli kolmasosassa hoivayksiköissä ei ollut asiallisia sähköisiä lääketiedonlähteitä käytössä tai hoitajia ei ollut perehdytty niiden hyödyntämiseen. Etenkin lähihoitajat saavat lääkehoitoon liittyvää täydennyskoulutusta niukasti, vaikka he vastaavat käytännössä lääkehoidon toteuttamisesta ja vaikutusten seurannasta vaativilla asukasryhmillä, kuten vanhukset ja kehitysvammaiset. Lääkityslistoissa havaittiin vakavia puutteita: lääkkeen käyttöaihe ja tieto mahdollisista lääkeallergioista puuttuivat usein. Hoivayksikön johdon vastuulla on järjestää täydennyskoulutus ja lääketiedon lähteet kuntoon sekä neuvotella lääkäripalveluja tuottavan yrityksen kanssa palvelun laadusta koskien lääkityslistoja.

Hoivayksikön lääkehoitosuunnitelmassa kuvataan lääkehoitoprosessi, joka on luonteeltaan vaativa prosessi, koska se kulkee yli organisaatio- ja ammattirajojen. Keskiössä tulisi olla asukkaan kokonaisvaltainen lääkehoito. Valitettavasti lääkehoito pilkkoutuu niin moneen osaan, ettei kenelläkään ole kokonaiskuvaa lääkehoidon tavoitteista eikä hoidon haitoista tai hyödyistä. Turvallinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito jää toteutumatta, eikä tavoiteltua hyötyä asukkaan fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn edistämiseen tai ylläpitämiseen saavuteta. Yksikön lääkehoitosuunnitelma on tärkeä dokumentti, jonka avulla lääkehuoltoa ja -hoitoa voidaan ohjata, valvoa ja kehittää. Tässä tutkimuksessa havaitsimme, että lääkehoitosuunnitelman laatiminen ei useissa tapauksissa ole moniammatillista ja lääkäri allekirjoittaa suunnitelman ”kumileimasimena”. Lääkärille on tarjottava mahdollisuus perehtyä yksikön lääkehoitoprosessiin ja lääkitysturvallisuuteen, mikäli hänen vastuullaan on allekirjoittaa lääkehoitosuunnitelma. Suosittelemme, että lääkehoitosuunnitelman laatimiseen ja päivittämiseen nimetään moniammatillinen tiimi, jossa ovat edustettuina kaikki lääkehoitoon ja -huoltoon osallistuvat organisaatiot ja ammattikunnat. Sallimalla jokaisen ammattiryhmän (lääkärit, hoitajat ja farmasian ammattilaiset) osallistuminen lääkehoitoprosessin kehittämiseen, toteuttamiseen ja valvomiseen, mahdollistetaan se, että jokainen terveydenhuollon ammattilainen toimii vahvuusalueellaan hoivayksiköiden asukkaiden parhaaksi. Lääkehoitoprosessi on hyvin olennainen osa potilasturvallisuutta ja tiedetään, että yli 50 % kaikista potilaille sattuneista vaaratapahtumista liittyy lääkkeisiin.

Lääkehoitosuunnitelma ja omavalvonta ovat toimenpiteitä, jotka tehdään, jotta viranomaisvaatimukset täyttyvät. Vaatii asenne- ja ajattelutavan muutosta johdolta ja työntekijöiltä, jotta lääkehoitoprosessia ohjataan, valvotaan ja kehitetään ennen kaikkea asukkaiden turvallisuuden ja hyvinvoinnin vuoksi. Esimerkkinä käytännön työn ohjeistamisesta nousi esille lääkkeiden

murskaaminen. Siihen ei ollut laadittu ohjeita, vaikka lähes kaikissa hoivayksiköissä lääkkeiden murskaaminen on jokapäiväinen toimenpide. Puolella sairaanhoitajista oli väärät tai puutteelliset tiedot, joten heidän lähihoitajille ohjaamansa käytäntö on huono ja jopa lääkitysturvallisuutta vaarantava. Lääkehoitosuunnitelma on arjen työkalu, joka palvelee hyvin käytännönläheisissä lääkehoidon toteuttamiseen liittyvissä asioissa, kuten lääkkeiden murskaaminen.

Hoivayksiköissä tunnistetaan lääkityspoikkeamia ja yksikön riskilääkkeet ovat tiedossa. Tutkimuksessa kävi kuitenkin ilmi, että lääkityspoikkeamien ja riskilääkkeiden tunnistaminen ei ole johtanut haittatapahtumilta suojaavien ohjeiden laatimiseen, joten käytännöt eivät ole muuttuneet.

Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että hoivayksikköjen henkilökunta kaipaa farmaseutin apua lääkeneuvontaan, lääkehoitoprosessin kehittämiseen ja asukkaiden lääkehoidon arviointeihin. Tällä hetkellä hoivayksiköissä farmasian palveluita hyödynnetään vain lääkehuoltoon liittyvissä toimissa. Lääkkeet hoivayksikköön toimittavilla avoaptekeilla, sairaala-aptekeilla tai lääkekeskuksilla on lakisääteinen lääkeneuvontavelvoite. Ei siis tarvita uusia resursseja, vaan kyse on olemassa olevan yhteistyön ja resurssien tehokkaammasta ja tarkoituksenmukaisemmasta hyödyntämisestä. Hoivayksikön ja yhteistyöapteekin henkilöstön kannattaa pitää säännöllisesti palavereja ja sopia yhteistyömuodoista lääkeneuvontaan liittyen. Yhteistyöapteekin kanssa yhteistyötä voi olla luontevaa laajentaa myös lääkehoitoprosessin kehittämiseen ja asukkaiden lääkehoitojen arviointiin. Näitä palveluja tarjoavat myös klinisen farmasian palveluja tarjoavat asiantuntijayritykset.

Lähteet

Ahonen, J. (2011). Iäkkäiden lääkehoito ja vältettävät yhteisvaikutukset. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0500-0>

Andalo, D. (2014). Pharmacists offer a clinical service to vulnerable care home residents. The Pharmaceutical Journal 292, 313–314.

ASCP (The American Society of Consultant Pharmacists) (2016–2017). <http://www.ascp.com/page/aboutscp>.

Bonsdorff-Nikander, A. & Salminen, S. (2013). Lääkitysturvallisuus ja lääkehoidon palvelut avohoidon toimintayksiköissä. Sic! Lääketietoa Fimeasta 2/2013, 46–47. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014120350544>

Celikkayalar, E. (2008). Lääkitysturvallisuuden arviointi sairaalassa – itsearviointityökalun kehittäminen ja lääkiturvallisuuden auditointi Satakunnan keskussairaalassa. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto.

Ekholm V. (2016a). Vanhusten kaltoinkohtelua havaitaan paljon, yli- ja alilääkitsemistä harvoin. Apteekkari 13.9.2016. <http://www.apteekkari.fi/uutiset/vanhusten-kaltoinkohtelua-havaitaan-paljon-yli-ja-alilaakitsemista-harvoin?tagged=Potilasturvallisuus>

Ekholm V. (2016b). Farmaseuttista apua arvostetaan – "Hoitajat ovat hoivakodeissa todella yksin". Apteekkari 14.9.2016. <http://www.apteekkari.fi/uutiset/farmaseuttista-apua-arvostetaan-hoitajat-ovat-hoivakodeissa-todella-yksin.html>

Ekholm V. (2016c). Helsingiläiset hoivakodit saivat farmaseuttista tukea 2013 – näkyykö se enää missään? Apteekkari 15.9.2016. <http://www.apteekkari.fi/uutiset/helsingilaiset-hoivakodit-saivat-farmaseuttista-tukea-2013-nakyyko-se-ena-missaan.html>

Elliott RA., Lee CY., Beanland C., Goeman DP, Petrie N., Petrie B., Vise F. & Gray J. (2017). Development of a clinical pharmacy model within an Australian home nursing service using co-creation and participatory action research: the Visiting Pharmacist (ViP) study. BMJ Open 2017:7

Elo E. (2016a). Salo otti kopin kaatuvista vanhuksista. Apteekkari 8.2.2016. www.apteekkari.fi/teemat/vaikuttajavieraat/salo-otti-kopin-kaatuvista-vanhuksista.html

Elo E. (2016b). Farmasian ammattilaiset alkavat sparrata hoivakoteja lääkeasioissa. Apteekkari 19.9.2016. <http://www.apteekkari.fi/uutiset/farmasian-ammattilaiset-alkavat-sparrata-hoitokoteja-laakeasioissa.html>

Elo E. (2016c). Forssa tarkistaa satojen ikäihmisten lääkitykset. Apteekkari 21.9.2016. www.apteekkari.fi/uutiset/forssa-tarkistaa-satojen-ikaihmissen-lakitykset.html

Hagelberg-Häkkinen E (2017). Lääkityksen arviointi paljasti – väärä annoste-luajankohta lisäsi lääkitystä. Apteekkari 25.1.2017. <http://www.apteek-kari.fi/teemat/laakitys-kuntoon/laakityksen-arviointi-paljasti-vaara-annos-teluajankohta-lisasi-lakitysta.html>

Hakoinen S., Laitinen-Parkkonen P., Airaksinen M. (2017). Lääkekaaoksen hal-linta sote-muutoksessa – nykytila, haasteet ja ratkaisuehdotukset. KAKS – Kunnallisanalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 106

Halonen I. (2016). Melkoinen terveysteko! Lääkehoidon arvioinnit kisaa Health Awards -finaalissa. Apteekkari 28.1.2016. www.apteekkari.fi/uuti-set/melkoinen-terveysteko-laakehoidon-arvioinnit-kisaa-health-awards-fi-naalissa.html

Holmström, A.-R. (2017). Learning from Medication Errors in Healthcare – How to Make Medication Error Reporting Systems Work? Väitöskirja. Helsin-gin yliopisto. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/179230>

Hosia-Randell H.M.V., Muurinen S.M. & Pitkälä K.H. (2008). Exposure to poten-tially inappropriate drugs and drug-drug interactions in elderly nursing home residents in Helsinki, Finland. Drug Aging 25, 683–692.

Härkänen, M. (2014). Medication-related adverse outcomes and contributing factors among hospital patients: an analysis using hospitals incident reports, the global trigger tool method, and observations with record reviews. Väitös-kirja. Itä-Suomen yliopisto. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1636-5/

Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. (toim.) (2016). Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelmien tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ohjaus 14/2015, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.jul-kari.fi/handle/10024/129969>

Juola, A.L., Pylkkanen, S., Kautiainen, H., Bell, J.S., Bjorkman, M.P., Finne-Soveri, H., Soini, H. & Pitkälä, K.H. (2016). Burden of potentially harmful medications and the association with quality of life and mortality among institutionalized older people. Journal of the American Medical Directors Association 17(3), 276.

Kanninen J.-C. (2014). Lääkekuorma vaimensi hermoston. Apteekkari 18.12.2014. <http://www.apteekkari.fi/uutiset/tag/laakekuorma-vaimensi-hermoston?p1882=110>

Kari H. & Laine N. (2014a). Hoivakotifarmasia sai hyvän vastaanoton. Provii-sori 1/2014, 16–17.

Kari H. & Laine N. (2014b). Lääkitys kuntoon. Sairaanhoitaja 10/2014, 26–31.

Kiiski, A., Kallio, S., Pohjanoksa-Mäntylä, M., Kumpusalo-Vauhkonen, A., Järvensivu, T., Airaksinen, M. & Mäntylä, A. (2016). Iäkkäiden lääkehoidon järjeistäminen moniammatillisena yhteistyönä. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Raportteja ja muistioita 2016:12, Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3704-8>

Kröger, T., Van Aerschot, L. & Puthenparambil, JM. (2018). Hoivatyö muutoksessa: suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa. Jyväskylän yliopisto, YFI julkaisuja. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7372-8>

Laine N. & Hautala J. (2016). Lääkitysarviointi paljasti –osa lääkkeistä jäi ottamatta yhden lääkkeen takia. Apteekkari 28.9.2016. <http://www.apteekkari.fi/uutiset/laakitysarvionti-paljasti-osa-laakkeista-jai-ottamatta-yhden-laakkeen-takia.html>

Leikola, S. (2012). Development and application of comprehensive medication review procedure to community-dwelling elderly. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/30203>

Lindfors-Niilola A., Järvelä L., Hiiri A. (2018). Vanhusten tehostetun palveluasumisen lääkehoitohanke 2017. Aluehallintovirastojen julkaisuja 41/2018.

Moberg, P., Selin, H., Sulonen, H., Ranttila, N., Laaksonen, R., Hakoinen, S. & Airaksinen, M. (2014). Forssassa kehitetty toimintamalli palveluasunnoissa asuvien iäkkäiden lääkitysten moniammatilliseen järjeistämiseen. Dosis 30(4), 286–304.

Mäkinen T. (2016). Vuosien piina palvelukodissa – vasta hoitajien kantelu herätti viranomaiset. Tehylehti 15.8.2016. <https://www.tehylehti.fi/fi/tyoelama/vuosien-piina-palvelukodissa-vasta-hoitajien-kantelu-heratti-viranomaiset>

Nurmi R. (2017). Vakava hoitovirhe vei vanhuksen ensiapuun – hoitokoti antoi toisen potilaan lääkkeitä. YLE 30.1.2017. <https://yle.fi/uutiset/3-9431342>

Raivio, MM., Laurila, JV., Strandberg, TE., Tilvis, RS. & Pitkälä, KH. (2006). Use of inappropriate medications and their prognostic significance in hospital and nursing home patients with and without dementia in Finland. Drugs Aging 23, 333–343.

Ranttila N. (2016). Lääkelistan puolittaminen auttoi – rouvan vointi koheni. Apteekkari 29.11.2016. <http://www.apteekkari.fi/teemat/laakitys-kuntoon/laakelistan-puolittaminen-auttoi-rouvan-vointi-koheni.html>

Roberts MS, Stokes JA, King MA, Lynne TA, Purdie DM, Glasziou PP, Wilson AJ, McCarthy ST, Brooks GE, Looze FJ, and Del Mar CB (2001). Outcomes of a randomized controlled trial of a clinical pharmacy intervention in 52 nursing homes. *Br J Clin Pharmacol*. 2001 Mar; 51(3): 257–265.

Royal Pharmaceutical Society (2016a). Pharmacists working in care homes. <https://www.rpharms.com/resources/ultimate-guides-and-hubs/ultimate-guide-to-working-in-care-homes>

Royal Pharmaceutical Society (2016b). The Right Medicine: Improving Care in Care Homes. Report 2016

Sosiaali- ja terveysministeriö (2015). Apteekkitoiminnan ja muun lääkehuollon kehittäminen. Työryhmän loppuraportti. STM:n raportteja ja muistioita 2015:4. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3554-9>

Survey Monkey: www.surveymonkey.com. Käytetty välillä lokakuu 2017-helmikuu 2018.

Teramura-Grönblad, M., Muurinen, S., Soini, H., Suominen, M. & Pitkälä, KH. (2011). Use of anticholinergic drugs and cholinesterase inhibitors and their association with psychological well-being among frail older adults in residential care facilities. *Annals of Pharmacotherapy* 45(5), 596–602.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010 (2010). www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326

Timonen P. (2016). Lääkityksen arviointi tuli liian myöhään. Apteekkari 18.5.2016. <http://www.apteekkari.fi/teemat/laakitys-kuntoon/laakityksen-arviointi-tuli-liian-myohaahan.html>

Valvira (2015). Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan havaintoja. Puolivuotisraportti. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 26.10.2015.

Liitteet

LIITE A

Sähköinen alkukysely hoivayksiköille

Hoivayksiköiden alkukartoitus (Hoivakotifarmasia Ry ja KAKS tutkimus)

1. Kuinka usein yksikön lääkehoitoa ja -huoltoa ohjaava lääkehoitosuunnitelma päivitetään?

- ☐ Kerran vuodessa
- ☐ Kerran kahdessa vuodessa
- ☐ Harvemmin kuin kerran kahdessa vuodessa
- ☐ Kun katsotaan tarpeelliseksi
- ☐ Muu päivitysväli (mikä?)

2. A) Kuka tai ketkä (henkilöiden toimenkuvat) osallistuvat säännöllisesti lääkehoitosuunnitelman laatimiseen ja päivittämiseen? B) Mikä on lääkärin rooli lääkehoitosuunnitelman laatimisessa ja päivittämisessä?

3. Arvioi yksikkösi töiden organisointia, ohjeistuksia, perehdytystä ja täydennyskoulutusta lääkehoidon näkökulmasta

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri meiltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Yksikössäni on tarpeeksi hoitohenkilökuntaa	☐	☐	☐	☐	☐
Työkuormitus on sopivalla tasolla	☐	☐	☐	☐	☐
Työnkuvaani nähden lääkehoito-osaamiseni on mielestäni riittävän hyvällä tasolla	☐	☐	☐	☐	☐
Saan työni puolesta säännöllistä (vähintään kerran	☐	☐	☐	☐	☐

vuodessa) täydennyskoulu- tusta lääkehoitoon liittyen					
Tunnen hyvin yksikön toi- mintaa ohjeistavan lääke- hoitosuunnitelman sisällön ja osaan soveltaa sitä työ- höni	☐	☐	☐	☐	☐
Lääkelistan lukutaitoni on mielestäni hyvällä tasolla	☐	☐	☐	☐	☐
Yksikössämme hoitajat kir- jaavat tärkeät lääkehoitoon liittyvät huomiot aina säh- köisesti ylös	☐	☐	☐	☐	☐
Yksikössämme on "Tarvit- taessa annettavat lääkkeet" - lista, joka ohjaa esim. itse- hoitolääkkeiden käyttöä asukkailla	☐	☐	☐	☐	☐

4. Lääkitysturvallisuus (lääkehoidon turvallisuus) ja lääkitys- poikkeamien (lääkehoidon virheiden) käsittely

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri meiltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin sa- maa mieltä
Yksikössämme kirjataan kaikki sattu- neet lääkitys- poikkeamat	☐	☐	☐	☐	☐
Henkilös- tömme tietää kuinka lääki- tyspoikkeama kirjataan	☐	☐	☐	☐	☐
Keskustelu- kulttuuri on avoin - ketään ei syyllistetä sattuneesta lääkitys- poikkeamasta, yksilön sijasta katsotaan pro- sesseja	☐	☐	☐	☐	☐
Vakavat lääki- tyspoikkeamat käsitellään heti asian- osaisten kanssa ja asuk- kaalle (ja so- veltuvien osin	☐	☐	☐	☐	☐

asukkaan omaisille) ilmoitetaan tapahtuneesta					
Lähihoitajat tuntevat yksikössä yleisesti sattuvat lääkityspoikkeamat	○	○	○	○	○
Sairaanhoitajat tuntevat yksikössä yleisesti sattuvat lääkityspoikkeamat	○	○	○	○	○
Lääkäri tuntee yksikössä yleisesti sattuvat lääkityspoikkeamat	○	○	○	○	○
Johto (esim. johtaja, palvelupäällikkö yms.) tuntevat yksikössä yleisesti sattuvat lääkityspoikkeamat	○	○	○	○	○
Olemme yhdessä (lähihoitajat, sairaanhoitajat, lääkäri ja johto) miettineet ratkaisuja lääkityspoikkeamien vähentämiseen	○	○	○	○	○

5. Luettele mielestäsi 5 yleisintä riskilääkettä yksikössä

Riskilääke = Lääkeaineet tai lääkeaineryhmät, joilla on muita lääkkeitä suurempi mahdollisuus aiheuttaa väärällä tavalla käytettynä vakavaa haittaa potilaalle. Riskilääkkeet eivät välttämättä aiheuta määrällisesti eniten lääkityspoikkeamatapauksia (lääkehoidossa esiintyviä virheitä), mutta niiden potilaalle aiheuttama haitta mahdollisissa poikkeamatapauksissa on yleensä hyvin vakava.

1.

2.

3.

4.

5.

6. Mitkä 3 lääkehuoltoon/lääkehoitoon liittyvää asiaa mielestäsi toimivat erityisen hyvin yksikössänne?

1.

2.

3.

7. Mitkä 3 lääkehuoltoon/lääkehoitoon liittyvää asiaa mielestäsi tarvitsevat kehittämistä yksikössänne?

1.

2.

3.

**8. A) Voiko mielestäsi farmasian ammattilainen olla mukana asukkaan hoitoketjussa hoivakodeissa ja palvelutaloissa muiden terveydenhuollon ammattilaisten ohella (mm. hoitajat ja lääkäri)?
B) Millaisiin asioihin farmaseutti tai proviisori voisi mielestäsi tuoda osaamistaan ja apua hoivaympäristössä?**

9. Hoivakodin/palvelutalon nimi JA osaston nimi

10. Toimenkuvani

- Johtaja
- Palvelupäällikkö tai vastaava
- Sairaanhoidaja
- Lähihoitaja
- Lääkäri

LIITE B

Sähköinen auditointikysely hoivayksiköille

Hoivayksiköiden auditointikysymykset (Hoivakotifarmasia Ry ja KAKS tutkimus)

1. Lääkehoitosuunnitelma (tässä yksikön toimintaa ohjaava EI potilaskohtainen)

	Ei toteudu	Toiminnan käyttöön-ottoa on suunniteltu	Toteutuu osittain	Toteutuu täysin	En osaa sanoa
1.1. Lääkehoitosuunnitelma on laadittu rakenteeltaan selkeäksi, mm. otsikointi tukee tiedon hakemista.	☐	☐	☐	☐	☐
1.2. Lääkehoitosuunnitelma on laadittu moniammatillisesti, eli sen laatimiseen ovat osallistuneet lääkäri, sairaanhoitaja, perus-/lähihoitaja sekä farmaseutti/provii-sori.	☐	☐	☐	☐	☐
1.3. Lääkitysturvallisuutta edistävät käytännöt on mainittu selkeästi hoivakodin lääkehoitosuunnitelmassa.	☐	☐	☐	☐	☐
1.4. Hoivakodissa on käytössä uusien työntekijöiden lääkeshoidon	☐	☐	☐	☐	☐

perehdytys-suunnitelma.					
1.5. Perehdytyksen pituus on yksilöllinen ja arvioidaan uusien sairaan- ja lähihoitajien tarpeiden mukaan, esim. riippuen koulutustaustasta, työuran pituudesta, työkokemuksesta ja pitkästä tauosta työssä.	○	○	○	○	○
1.6. Lyhytaikaisia sijaisia varten on kirjattu selkeä perehdytyskäytäntö.	○	○	○	○	○
1.7. Lääkehoidosuunnitelmaan on kirjattu lääke- reille annettava perehdytys.	○	○	○	○	○
1.8. Lääkehoidosuunnitelmaan tutustuminen on osa perehdytystä kaikille lääkehoitoon osallistuville henkilöille, opiskelijat mukaan lukien.	○	○	○	○	○
1.9. Lääkehoidosuunnitelmaan sisältyy suunnitelma lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön osaamisen varmistamisesta ja ylläpitämisestä (lupaprosessit,	○	○	○	○	○

koulutustarpeen suunnittelu).					
1.10. Eri ammattiryhmien edustajien toimenkuva ja vastualueet lääkeshoidossa on määritetty ja työnjakoa koskeva kirjallinen ohjeistus on saatavilla.	○	○	○	○	○
1.11. Lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattu millaisin valmiuksin opiskelijat voivat osallistua lääkeshoidon toteuttamiseen.	○	○	○	○	○
1.12. Lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattu, kuinka hoivakodin lääkeshuolto (sisältää mm. logistiikka, tilaaminen, säilytys, hävittäminen) järjestetään.	○	○	○	○	○
1.13. Lääkehoidon prosessi eli potilaan lääkkeen saamiseen tähtäävä toimintaketju (lääkkeiden määrääminen, jakaminen annoksiin, antaminen, kirjaaminen, seuranta) on kuvattu lääkeshoitosuunnitelmassa.	○	○	○	○	○

1.14. Lääkehoidon vaaratapahtumien (lääkevirhe, eli esim. määrätty väärin, annettu väärät lääkkeet tai vakava haitta-reaktio esim. anafylaktinen reaktio) toimintaohjeet on kirjattu lääkehoitosuunnitelmaan.	○	○	○	○	○
1.15. Yksikön toiminnan kannalta keskeiset lääkehoitoon liittyvät riskit on tunnistettu ja ne kuvataan lääkehoitosuunnitelmassa.	○	○	○	○	○
1.16. Yksikön lääkehoitoprosessin kehittämiskohteita on tunnistettu.	○	○	○	○	○
1.17. Lääkehoitoprosessiin sisältyvä dokumentointi ja tiedonkulun varmistavat käytännöt on kuvattu lääkehoitosuunnitelmaan (esim. yhtenäiset kirjaamiskäytännöt).	○	○	○	○	○
1.18. Lääkehoitosuunnitelmaan on kirjattu selkeästi lääkehoidon vaikuttavuuden havainnointia ja	○	○	○	○	○

arviointia koskeva työnjako (esim. kuka seuraa asukkaan lääkehoidon hättävai- kutuksia ja te- hoa).					
1.19. Käytetyt toiminnan seu- ranta- ja pa- lautejärjestel- mät on ku- vattu lääkehoi- tosuunnitel- massa (esim. omavalvonta, poikkeamara- portointi, poikkeamien käsittely).	○	○	○	○	○
1.20. Lääke- hoitosuunni- telmaa päivite- tään aktiivi- sesti, vähin- tään vuosit- tain.	○	○	○	○	○
1.21. Lääke- hoitosuunni- telman muu- toksista tiedo- tetaan henkilö- kuntaa.	○	○	○	○	○
1.22. Lääke- hoitosuunni- telman muu- toksiin tutus- tumisesta ke- rätään työnte- kijöiltä kirjalli- nen kuittaus.	○	○	○	○	○

2. Lääkkeenjako, lääkkeiden annostelu ja lääkkeiden säilytys

	Ei toteudu	Toiminnan käyttöön- ottoa on suunniteltu	Toteutuu osittain	Toteutuu täysin	En osaa sa- noa
2.1. Lääkehoi- toa toteutta-	○	○	○	○	○

vat pääsään- töisesti vaki- tuiset työntekijät tai pitkä- aikaiset, tehtävään perehdytetty, sijaiset.					
2.2. Yksikössä on lista lääkkeistä, joita ei saa murskata.	○	○	○	○	○
2.3. Yksikössä on ohjeet, miten lääkkeen murskattu vuus tarkistetaan.	○	○	○	○	○
2.4. Lääkärille kerrotaan asukkaan lääkkeiden murskaamistarpeesta, jotta hän voi päättää, tarvitseeko lääkettä tällä vuoksi muuttaa.	○	○	○	○	○
2.5. Hoitajat tarkistavat (lääkelistaan vertailu) että asukkaalle annetaan oikea lääke ennen annostelua.	○	○	○	○	○
2.6. Lääkekorttiin merkitään potilaan lääkityksessä tapahtuneet muutokset selkeästi, käsin kirjaimista välteään.	○	○	○	○	○
2.7. Potilaan tai omaisten tuomia lääkkeitä (ja luon- taistuotteita ja	○	○	○	○	○

ravintolisiä) ei annostella ennen kuin lääkäri on hyväksynyt niiden käytön ja hoitaja on annostelun turvallisuuden varmistamiseksi tarkistanut lääkkeet ja niiden pakkaukset.					
2.8. Lääkevalmisteet, jotka muistuttavat toisiaan tuotenimiltään tai pakkauksiltaan ja jotka henkilökunta tietää ongelmallisiksi, on varastoitu erikseen eikä aakkosten mukaan tai pakkaukset merkitty siten, että ne selvästi eroavat toisistaan.	○	○	○	○	○
2.9. Vanhentuneet tai muusta syystä käytöstä poistetut lääkkeet säilytetään muista lääkkeistä erillään, kunnes lääkkeet palautetaan apteekkiin.	○	○	○	○	○
2.10. Yksikössä on ohjeistus vanhentuneiden ja virheellisten pakkausten ilmoitta-	○	○	○	○	○

misesta ja palauttamisesta apteekkiin.					
2.11. Silmätip- papullojen avaamispäivät on merkitty pakkauksiin ja niiden käyttö- kelppoisuutta seurataan ak- tiivisesti (pää- sääntöisesti 28 vrk).	○	○	○	○	○
2.12. Käyttöön otettuihin voi- depakkauk- siin on mer- kitty avaamis- päivä ja niiden käyttökelpoi- suutta seura- taan aktiivi- sesti.	○	○	○	○	○
2.13. Lääkkei- den säilyvyys ja säilytysoh- jeistus tarkis- tetaan, kun pakkaus ava- taan.	○	○	○	○	○
2.14. Lääke- jääkaapin sekä lääke- huoneen läm- pötilaa seura- taan päivittäin ja tiedot kirja- taan ylös.	○	○	○	○	○
2.15. Lääke- laastareiden vaihtoväli ja vaihtojen ajankohdat sekä kiinni- tyspaikkojen kierrätys on kirjattu selke- ästi potilaan tietoihin. Kaikki asuk- kaan hoitoon osallistuvat	○	○	○	○	○

henkilöt tietävät, mistä kirjaukset voi tarkistaa.					
2.16. Lääkehoitosuunnitelmaan on kirjattu, miten toimitaan, kun potilaan lääkkeen huomataan loppuneen. Ohje on henkilökunnan tiedossa.	○	○	○	○	○
2.17. Hoivakodissa on kirjallinen ohje tilanteisiin, joissa potilaalle määrätty lääkevalmiste todetaan vaikeaksi annostella (lääkevastaisuus, vaikeus inhaloida lääkkeitä, pistosvastaisuus). Ohje on henkilökunnan tiedossa.	○	○	○	○	○

3. Lääkehoitoon liittyvät kirjaamiset, huumausaineet.

	Ei toteudu	Toiminnan käyttöön-ottoa on suunniteltu	Toteutuu osittain	Toteutuu täysin	En osaa sanoa
3.1. PKV-lääkkeiden annostelusta tehdään selkeä kirjaus potilaan tietoihin. PKV= pääasiallisesti keskushermoston kautta vaikuttava (kolmiolääke)	○	○	○	○	○

3.2. Perus-/lähihoitaja ilmoittaa sairaanhoitajalle ja lääkärille sekä suullisesti että kirjallisesti havaitsemansa potilaan voimien muutokset, lääkehoidojen vaikutukset sekä lääkehaitat.	○	○	○	○	○
3.3. Mahdollisista lääkkeen vakavista haittavaikutuksista tehdään ilmoitus joko Fimeaan tai lääkkeen myyntiluvan haltijalle.	○	○	○	○	○
3.4. Huumausaineille on muista lääkkeistä erillään oleva lukittava säilytyspaikka (esim. kaappi).	○	○	○	○	○
3.5. Huumausaineiden kulu- tusta seura- taan kulutus- kortilla, joka tarkastetaan säännöllisesti. Tarkastuk- sesta on vas- tuussa use- ampi kuin yksi työntekijä.	○	○	○	○	○
3.6. Vanhentuneet ja tarpeettomat huumausai- neita sisältä- vät valmisteet palautetaan apteekkiin	○	○	○	○	○

niin, että niiden väärinkäyttö estetään.					
--	--	--	--	--	--

4. Riskilääkkeet, tiedonlähteiden käyttö

Riskilääke = Lääkeaineet tai lääkeaineryhmät, joilla on muita lääkeaineita suurempi mahdollisuus aiheuttaa väärällä tavalla käytettynä vakavaa haittaa potilaalle. Riskilääkkeet eivät välttämättä aiheuta määrällisesti eniten lääketyspoikkeamatapauksia (lääkehoidossa esiintyviä virheitä), mutta niiden potilaalle aiheuttama haitta mahdollisessa poikkeama-tapauksissa on yleensä hyvin vakava.

	Ei toteudu	Toiminnan käyttöön-ottoa on suunniteltu	Toteutuu osittain	Toteutuu täysin	En osaa sanoa
4.1. Yksikön riskilääkkeet on listattu ja lista sisältyy lääkehoitosuunnitelmaan. Listaa päivitetään käytössä olevien lääkkeiden mukaan.	☐	☐	☐	☐	☐
4.2. Riskilääkelistaan tutustutaan osana perehdytystä.	☐	☐	☐	☐	☐
4.3. Korkean riskin lääkkeitä annettaessa kaksi työntekijää tarkastavat annoksen (kaksoistarkastus) ennen lääkkeen antoa.	☐	☐	☐	☐	☐
4.4. Keskipäivien ja vahvojen opiaattien yliannostustiloihin on varauduttu ja	☐	☐	☐	☐	☐

yliannostustilanteisiin liittyvät kirjalliset ohjeet on laadittu.					
4.5. Yksikössä on laadittu muidenkin riskilääkkeiden käyttöä koskevia kirjallisia ohjeita, jotka sisältävät kuvaksia suojaavista toimenpiteistä.	○	○	○	○	○
4.6. Työntekijöiden näyttökokeessa testataan myös ohjeiden ja lääkehoitosuunnitelman tuntemus ja käytännön ongelmaan liittyvän ohjeen haku.	○	○	○	○	○
4.7. Yksikössä on käytettävissä uusin Pharmaca Fennica tai jokin muu lääketiedon lähde/lääkehoidon opas.	○	○	○	○	○
4.8. Tarvittavat sähköiset tietokannat ovat työntekijöiden käytettävissä ja he osaavat etsiä niistä tietoa itsenäisesti.	○	○	○	○	○

5. Mitkä sähköiset tietokannat tai yksittäiset internetsivut ovat tyyppillisesti käytössä yksikössä lääketiedon etsimiseen?

6. Mitä oppikirjoja/muuta EI-sähköistä lääketietoa käytetään yksikössä?

--

7. Lääkityspoikkeamat ja lääkitysturvallisuus

Lääkityspoikkeama = lääkehoidossa sattunut virhe kuten väärä lääke väärälle potilaalle

Lääkitysturvallisuus = lääkehoidon turvallisuus

	Ei toteudu	Toiminnan käyttöön- ottoa on suunniteltu	Toteutuu osittain	Toteutuu täysin	En osaa sanoa
7.1. Perehdytyksen aikana työntekijät saavat tietoa aidoista hoivakodissa tapahtuneista lääkityspoikkeamista ja heidät koulutetaan yhteinäisin toimintamallein tunnistamaan ja välttämään vastaavien lääkityspoikkeamien riski.	○	○	○	○	○
7.2. Hoitohenkilökunta ja lääkäri saavat säännöllisesti tietoa hoivakodissa ilmenivistä lääkityspoikkeamista, poikkeama-alttiista tilanteista ja toimenpiteistä	○	○	○	○	○

niiden ehkäisemiseksi.					
7.3. Kun lääkityspoikkeamia ilmenee, koulutukselliset toimet suunnataan koko henkilökuntaan. Toimia ei kohdisteta ainoastaan työntekijöihin, jotka olivat osallisena poikkeamassa.	○	○	○	○	○
7.4. Hoitohenkilökunta ja lääkäri ilmoittavat havaitut poikkeamat ja keskustelevat avoimesti poikkeamista.	○	○	○	○	○
7.5. Myös hoitohenkilökunnan ulkopuolisilla henkilöillä, kuten potilailla ja omaisilla, on mahdollisuus raportoida havaitsemansa poikkeamatilanteet ja heitä tiedotetaan tästä mahdollisuudesta.	○	○	○	○	○
7.6. Sellaiset lääkityspoikkeamat JA läheltä piti -tilanteet, joista on ilmoitettava, on määritelty esimerkein ja niistä on tiedotettu työntekijöille.	○	○	○	○	○
7.7. Työntekijöille ei ke-	○	○	○	○	○

räänny virhe- merkkintöjä tai -pisteitä lää- kityspoikkea- mista eikä nii- hin liittyviä tietoja käytetä työntekijän pätevyyden tai tarkkaavai- suuden mitta- rina henkilös- töarvioin- neissa.					
7.8. Yksikössä on huoleh- dittu siitä, että työntekijät, jotka ovat ol- leet osallisena vakavassa po- tilasvahingon aiheutta- neessa lääki- tys- poikkeamassa, saavat työyh- teisössä tukea ko. tilanteissa.	○	○	○	○	○
7.9. Lääkitys- poikkeamien estämisstrate- giat keskitty- vät järjestel- män paran- nuksiin, ei yk- sittäisiin työn- tekijöihin.	○	○	○	○	○
7.10. Yksi työntekijöistä toimii vastuu- henkilönä, joka on koulu- tettu kehittä- mään lääkitys- poikkeamien havaitsemista, valvomaan niiden syiden arviointia ja koordinoi- maan toimi- vaa suunnitel-	○	○	○	○	○

maa poikkeamien vähentämiseksi.					
7.11. Hoito- henkilökun- nalla on vel- vollisuus tie- dottaa poti- laalle/omai- sille merkittä- vistä lääkitys- poikkeamista, joista on ole- tettavasti seu- rannut vahin- koa potilaalle.	○	○	○	○	○
7.12. Koko lääkehoito- prosessi ana- lysoidaan vä- hintään vuo- sittain (sisäi- nen tai ulkoi- nen audi- tointi) lääki- tys- poikkeamien mahdollisten riskitekijöiden tunnista- miseksi.	○	○	○	○	○
7.13. Myös lääkkeenmää- räämis- poikkeamia kirjataan, ana- lysoidaan ja niitä käyte- tään osana laadunparan- tamistoimin- taa. Lääkäri saa poikkeas- ta ja niitä ehkäisevistä menetelmistä tietoa.	○	○	○	○	○

8. Hoivakodin/palvelutalon nimi JA osaston nimi

9. Toimenkuvani on

- Johtaja/palvelupäällikkö
- Sairaanhoitaja
- Lähihoitaja
- Lääkäri

LIITE C

Hoivakotifarmasia ry:n tutkimus: Lääkehoidon ja -huollon turvallisuuden kartoitus ja kehittä- minen moniammatillisella yhteistyöllä hoivakodeissa ja pal- velutaloissa

Lomake farmaseutin tai proviisorin auditointikäyntejä varten.

Kohdan kuvaama käytäntö

A = TOTEUTUU TÄYSIN

B = TOTEUTUU OSITTAIN (toteutuu pääosin, voi olla pieniä poikkeamia)

C = TOIMINNAN KÄYTTÖÖNOTTOA ON SUUNNITELTU

D = EI TOTEUDU

E = TIETOA EI SAATAVILLA

1. Yksikön lääkehoitosuunnitelma

KÄYTÄNTÖ	A	B	C	D	E
1.1. Lääkehoitosuunnitelma on laadittu raken- teeltaan selkeäksi, mm. otsikointi tukee tiedon hakemista. Kommentti: <i>Arvioi: Otsikointi, sisällysluettelo (jos yli 10 sivua), liit- teisiin viitataan tekstissä selkeästi, rakenne on loogi- nen.</i>					
1.2. Lääkehoitosuunnitelma on laadittu moniam- matillisesti, eli sen laatimiseen ovat osallistuneet lääkäri, sairaanhoitaja, perus-/ lähihoitaja sekä farmaseutti/proviisori. Kommentti: <i>Arvioi: Eri ammattiryhmät ovat selkeästi tehneet yh- teistyötä. Esim. jos lääkehoitosuunnitelman on laati- nut sairaanhoitaja ja allekirjoittanut lääkäri ilman selkeää yhteistä arviointia tai keskustelua, ei moniam- matillisuus ole toteutunut. TL: s. 13.</i>					
1.3. Lääkitysturvallisuutta edistävät käytännöt on mainittu selkeästi hoivakodin lääkehoito- suunnitelmassa. Kommentti: <i>Arvioi: Käytännöt liittyen lääkkeen määräämiseen ja lääkehoidon toteutukseen on esitetty tavalla, joka ko- roostaa turvallisuutta. Näitä käytäntöjä ovat esim. kak- soistarkastus, lääkkeenantoon liittyvät tarkastukset</i>					

sekä lääkitysturvallisuuden kehittämiseen tähtäävät käytännöt, kuten poikkeamaraportointi. TL: s. 14.					
---	--	--	--	--	--

KÄYTÄNTÖ	A	B	C	D	E
1.4. Hoivakodissa on käytössä uusien työntekijöiden lääkehoidon perehdytysuunnitelma. Kommentti: <i>Arvioi: Kirjallinen perehdytysuunnitelma tai -lomake, jossa käydään läpi lääkehoidon prosessi ml. poikkeamien raportointijärjestelmä ja vaaratilanteissa toimiminen. TL:s.31.</i>					
1.5. Perehdytyksen pituus on yksilöllinen ja arvioidaan uusien sairaan- ja lähihoitajien tarpeiden mukaan, esim. riippuen koulutustaustasta, työuran pituudesta, työkokemuksesta ja pitkästä tauosta työstä. Kommentti: <i>Arvioi: Lääkehoitosuunnitelmassa on nimetty vastuuhenkilö/rooli, joka arvioi perehdytyksen pituuden. Arvioinnin perusteet on eritelty.</i>					
1.6. Lyhytaikaisia sijaisia varten on kirjattu selkeä perehdytyskäytäntö. Kommentti: <i>Arvioi: Käytäntö on kirjattu lääkehoitosuunnitelmaan tai lääkehoitosuunnitelmassa viitataan erilliseen kirjalliseen käytäntöön, esim. perehdytyslomakkeen/perehdytyskansioon ja on henkilökunnan käytössä.</i>					
1.7. Lääkehoitosuunnitelmaan on kirjattu lääkäreille annettava perehdytys. Kommentti: <i>Arvioi: Perehdytys voi olla suullinen, mutta sen sisältö ja vastuuhenkilö/rooli on kirjattu lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkäreille annetaan kuvauksen mukainen perehdytys.</i>					
1.8. Lääkehoitosuunnitelmaan tutustuminen on osa perehdytystä kaikille lääkehoitoon osallistuville henkilöille, opiskelijat mukaan lukien. Kommentti: <i>Arvioi: Lääkehoitosuunnitelmaan tutustutaan joko itseopiskeluna tai se käydään läpi yksikön vakituisen työntekijän kanssa. Tutustuminen sisältyy perehdytysuunnitelmiin. TL: s.12, 14, 31.</i>					

KÄYTÄNTÖ	A	B	C	D	E
1.9. Lääkehoitosuunnitelmaan sisältyy suunnitelma lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön osamisen varmistamisesta ja ylläpitämisestä (lupaprosessit, koulutustarpeen suunnittelu). Kommentti: <i>Arvioi: Lääkeluvan myöntämisen perusteet ja käytännöt, lääkeluvan voimassaoloaika ja sen seuranta, uusi- misen käytännöt, koulutustarpeiden suunnittelun perusteet (esim. henkilöstön toiveet, asukkaiden perussairaudet, lääkityspoikkeamien paljastamat osaamisen heikot kohdat yms.) TL: s. 31-32.</i>					
1.10. Eri ammattiryhmien edustajien toimenkuva ja vastualueet lääkeshoidossa on määritelty ja työnjakoa koskeva kirjallinen ohjeistus on saatavilla. Kommentti: <i>Arvioi: Selkeä kuvaus lääkehoitosuunnitelmassa sisältää kaikki lääkehoitoon osallistuvat ammattiryhmät. Henkilökunta on tietoinen tehtävän- ja vastuunjaosta myös käytännössä. TL: s.26-29.</i>					
1.11. Lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattu millaisin valmiuksin opiskelijat voivat osallistua lääkeshoidon toteuttamiseen. Kommentti: <i>Arvioi: Selkeä kuvaus lääkehoitosuunnitelmassa, esim. opintojen määrä ja laatu. Valmiuksien tarkastamisen vastuuhenkilö/rooli on nimetty. TL:s.30</i>					
1.12. Lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattu, kuinka hoivakodin lääkehuolto (sisältää mm. logistiikka, tilaaminen, säilytys, hävittäminen) järjestetään. Kommentti: <i>Arvioi: Selkeä kuvaus lääkehuollon kaikista osa-alueista ja nimetyt vastuuhenkilöt/ammattiryhmät. TL: s. 41-48.</i>					
1.13. Lääkehoitoprosessi eli potilaan lääkkeen saamiseen tähtäävä toimintaketju (lääkkeiden määrääminen, jakaminen annoksiin, antaminen, kirjaaminen, seuranta) on kuvattu lääkehoitosuunnitelmassa. Kommentti:					

*Arvioi: Selkeä kuvaus kaikista prosessin vaiheista ja
eri vaiheiden nimetyt vastuuhenkilöt/ammattiryhmät.
TL: s. 34-60.*

--	--	--	--	--

KÄYTÄNTÖ	A	B	C	D	E
1.14. Lääkehoidon vaaratapahtumien (lääkevirhe, eli esim. määrätty väärin, annettu väärät lääkkeet tai vakava haittareaktio esim. anafylaktinen reaktio) toimintaohjeet on kirjattu lääkehoitosuunnitelmaan. Kommentti: <i>Arvioi: Kuvaus lääkehoitosuunnitelmassa sisältää selkeät ohjeet toimenpiteistä, ensiapu- ja vastalääkkeiden käytöstä ja niiden säilytyspaikasta, asukkaan seurannasta sekä yhteystiedot (päivystys, myrkytystietokeskus tms.) Henkilökunta on tietoinen ohjeista. TL: s. 78-79</i>					
1.15. Yksikön toiminnan kannalta keskeiset lääkehoitoon liittyvät riskit on tunnistettu ja ne kuvataan lääkehoitosuunnitelmassa. Kommentti: <i>Arvioi: Riskejä tunnistettaessa lääkehoidon prosessia on tarkasteltu monipuolisesti. Valitut riskit ovat todennäköisiä ja/tai toteutuessaan vakavia. TL: s. 86-87.</i>					
1.16. Yksikön lääkehoitoprosessin kehittämis-kohteita on tunnistettu. Kommentti: <i>Arvioi: Kehittämiskohteet on mainittu lääkehoitosuunnitelmassa. TL: s. 12, 15.</i>					
1.17. Lääkehoitoprosessiin sisältyvä dokumentointi ja tiedonkulun varmistavat käytännöt on kuvattu lääkehoitosuunnitelmaan (esim. yhteinäiset kirjaamiskäytännöt). Kommentti: <i>Arvioi: Lääkehoitosuunnitelmassa esitetään periaatteet sekä kirjalliseen että suulliseen tiedonvälitykseen; kirjaamiskäytännöt, tiedonkulku akselilla lääkäri/sh/lh/hoiva-avustaja sekä ammattiryhmien sisällä (esim. lh/lh vuoronvaihdon yhteydessä). Sisältää sekä sisäisen että ulkoisen tiedonkulun, kuten hoitopaikan vaihdokset. Vastuuhenkilöt/ammattiryhmät on nimetty kriittisiin tiedonkulun vaiheisiin. TL: s. 14-15, 34, 39, 45, 46-47, 50-52</i>					
1.18. Lääkehoitosuunnitelmaan on kirjattu selkeästi lääkehoidon vaikuttavuuden havainnointia ja arviointia koskeva työnjako (esim. kuka seuraa asukkaan lääkehoidon haittavaikutuksia ja tehoa) Kommentti:					

Arvioi: Vastuuhenkilöt/ammattiryhmät/roolit on nimetty ja työnjako on selkeä. TL: s. 46.					
--	--	--	--	--	--

KÄYTÄNTÖ	A	B	C	D	E
1.19. Käytetyt toiminnan seuranta- ja palautejärjestelmät on kuvattu lääkehoitosuunnitelmassa (esim. omavalvonta, poikkeamaraportointi, poikkeamien käsittely). Kommentti: <i>Arvioi: Kuvaus lääkehoitosuunnitelmassa on selkeä. TL: s. 36, 81.</i>					
1.20. Lääkehoitosuunnitelmaa päivitetään aktiivisesti, vähintään vuosittain. Kommentti: <i>Arvioi: Todellinen, toteutunut päivitysväli käy ilmi lääkehoitosuunnitelmasta, esim. versionumerointi, päivityksen päivämäärä. Päivityksestä vastuussa oleva henkilö/rooli on nimetty. TL: s. 13-14</i>					
1.21. Lääkehoitosuunnitelman muutoksista tiedotetaan henkilökuntaa. Kommentti: <i>Arvioi: Tiedotuksen keinot on eritelty ja tiedotuksesta vastuussa oleva henkilö/rooli on nimetty. TL: s. 15.</i>					
1.22. Lääkehoitosuunnitelman muutoksiin tutustumisesta kerätään työntekijöiltä kirjallinen kuittaus. Kommentti: <i>Arvioi: Kirjalliset kuittaukset.</i>					

1.23 Näyttötehtävä

Pyydä sairaanhoitajaa näyttämään, mistä hän löytää lääkehoitosuunnitelman viimeisimmän version tulostetussa ja sähköisessä muodossa.

- a) Löytää molemmat
- b) Löytää vain toisen (myös tilanteet, jossa toinen on viimeisin, mutta toinen vanha versio)
- c) Ei löydä kumpaakaan

2. Lääkkeenjako, annostelu ja säilytys

KÄYTÄNTÖ	A	B	C	D	E
2.1 Lääkehoitoa toteuttavat pääsääntöisesti vakituiset työntekijät tai pitkäaikaiset, tehtävään perehdytetyt sijaiset. Kommentti: <i>Arvioi: Sairaanhoidajan kuvaus toiminnasta, mukaan lukien vakituisen henkilöstön epidemiat ja loma-ajat.</i>					
2.2. Yksikössä on lista lääkkeistä, joita ei saa murskata. Kommentti: <i>Arvioi: Lista löytyy yksiköstä ja on henkilökunnan käytössä.</i>					
2.3 Yksikössä on ohjeet, miten lääkkeen murskattavuus tarkistetaan. Kommentti: <i>Arvioi: Ohjeet ovat lääkehoitosuunnitelmassa tai erillisenä ohjeena ja henkilökunnan käytössä.</i>					
2.4. Lääkärille kerrotaan asukkaan lääkkeiden murskaamistarpeesta, jotta hän voi päättää, tarvitseeko lääkehoitoa tämän vuoksi muuttaa. Kommentti: <i>Arvioi: Todellinen toteutuminen. Miten tiedon välittymistä tukee kirjaamiskäytännöt ja lääkäripalveluiden saatavuus? TL: s. 44.</i>					
2.5. Hoitajat tarkistavat (lääkityslistaan vertailu) ennen annostelua, että asukkaalle annetaan oikea lääke. Kommentti: <i>Arvioi: Todellinen toteutuminen. Toteutuu vain, jos lääkehoito on helposti löydettävissä ja käytettävissä lääkkeenannon yhteydessä. TL: s. 44-45.</i>					
2.6. Lääkityskorttiin merkitään potilaan lääkityksessä tapahtuneet muutokset selkeästi, käsin kirjaamista vältetään. Kommentti: <i>Arvioi: Muutosten kirjaamisen vastuuhenkilö/rooli ja nimetty ja kirjaamisten prosessi sairaanhoidajan kuvaamana selkeä. Huom! Lääkityslistoja auditoidaan 3. auditointikerralla.</i>					

KÄYTÄNTÖ	A	B	C	D	E
2.7. Potilaan tai omaisten tuomia lääkkeitä (ja luontaistuotteita ja ravintolisiä) ei annostella ennen kuin lääkäri on hyväksynyt niiden käytön ja hoitaja on annostelun turvallisuuden varmistamiseksi tarkistanut lääkkeet ja niiden pakkaukset. Kommentti: <i>Arvioi: Sairaanhoidajan kuvaus käytännöstä vastaa lääkehoitosuunnitelman kuvausta. Miten lääkäripalveluiden saatavuus ja omaisten kanssa sovitut käytännöt tukevat tätä periaatetta?</i>					
2.8. Lääkevalmisteet, jotka muistuttavat toisiaan tuotenimiltään tai pakkauksiltaan ja jotka henkilökunta tietää ongelmallisiksi, on varastoitu erikseen eikä aakkosten mukaan tai pakkaukset on merkitty siten, että ne selvästi eroavat toisistaan. Kommentti: <i>Arvioi: Sairaanhoidaja pystyy näyttämään sekaantumisriskin vuoksi erikseen sijoiteltuja valmisteita. TL: s. 19, 42.</i>					
2.9. Vanhentuneet tai muusta syystä käytöstä poistetut lääkkeet säilytetään muista lääkkeistä erillään, kunnes lääkkeet palautetaan apteekkiin. Kommentti: <i>Arvioi: <u>Kaikki</u> palautettavaksi tarkoitetut valmisteet säilytetään asianmukaisesti. Sekaantumisvaaraa käytössä oleviin lääkkeisiin ei ole. Huomioi myös lääkkeenannon tilanteessa syntyvä lääkejäte, kuten asukkaan sylkemät/lattialta löytyvät yksittäiset tabletit/kapselit. TL: 47-48.</i>					
2.10. Yksikössä on ohjeistus vanhentuneiden ja virheellisten pakkausten ilmoittamisesta ja palauttamisesta apteekkiin. Kommentti: <i>Arvioi: Ohjeistus on lääkehoitosuunnitelmassa tai erillisenä ohjeena ja henkilökunnan käytössä. TL: 47-48, 85</i>					
2.11. Silmätippapullojen avaamispäivä on merkitty pakkauksiin ja niiden käyttökelpoisuutta seurataan aktiivisesti (pääsääntöisesti 28 vrk). Kommentti:					

Arvioi: Valitse viisi (5) avattua silmätippapullopakkausta huoneenlämmöstä ja kolme (3) jääkaapista. Onko niissä merkinnät käyttökelpoisuudesta ja ovatko merkinnät yhtenäiset ja selkeät? Sairaanhoitajan kuvaus käyttökelpoisuuden tarkistamisesta ja merkitsemisestä (käytäntö, vastuu) vastaa lääkehoitosuunnitelman kuvausta.					
KÄYTÄNTÖ	A	B	C	D	E
2.12. Käyttöön otettuihin voidepakkauksiin on merkitty avaamispäivä ja niiden käyttökelpoisuutta seurataan aktiivisesti. Kommentti: Arvioi: Valitse kolme (3) avattua voidepakkausta huoneenlämmöstä ja kaksi (2) jääkaapista. Onko niissä merkinnät käyttökelpoisuudesta ja ovatko merkinnät yhtenäiset ja selkeät? Sairaanhoitajan kuvaus käyttökelpoisuuden tarkistamisesta ja merkitsemisestä (käytäntö, vastuu) vastaa lääkehoitosuunnitelman kuvausta.					
2.13. Lääkkeiden säilyvyys ja säilytysohjeistus tarkistetaan, kun pakkaus avataan. Kommentti: Arvioi: Huomioi, että tämä koskee myös tabletti- ja kapselipakkauksia (esim. Soma-purkkipakkaus). Sairaanhoitaja osaa eritellä käytännön; mistä ohjeet tarkistetaan ja kenen vastuulla se on.					
2.14. Lääkejääkaapin sekä lääkehuoneen lämpötilaa seurataan päivittäin ja tiedot kirjataan ylös. Kommentti: Arvioi: Yksiköstä löytyvä kirjanpito, jossa on lämpötilamerkinnät joka päivälle. TL: s. 42.					
2.15. Lääkelaastareiden vaihtoväli ja vaihtojen ajankohdat sekä kiinnityspaikkojen kierrätys on kirjattu selkeästi potilaan tietoihin. Kaikki asukkaan hoitoon osallistuvat henkilöt tietävät, mistä voivat kirjaukset tarkistaa. Kommentti: Arvioi: Pyydä sairaanhoitajaa näyttämään lääkelaastareihin liittyvät merkinnät kolmen (3) asukkaan lääkityslistasta ja lääkehoidon toteutuksen kirjauksista. Asukkaan tunnistamisen mahdollistava tieto täytyy peittää auditoijalta. Tarkista merkinnät/kirjaukset. Sairaanhoitajan kuvaama käytäntö kirjaamisista on selkeä.					

2.16. Lääkehoitosuunnitelmaan on kirjattu, miten toimitaan, kun potilaan tarvittavan lääkkeen huomataan loppuneen. Ohje on henkilökunnan tiedossa. Kommentit: <i>Arvioi: Kuvaus lääkehoitosuunnitelmassa vastaa sairaanhoitajan kertomaa kuvausta käytännöistä. TL: s. 41-43.</i>					
---	--	--	--	--	--

KÄYTÄNTÖ	A	B	C	D	E
2.17. Hoivakodissa on kirjallinen ohje tilanteisiin, joissa potilaalle määrätty lääkevalmiste todetaan vaikeaksi annostella (lääkevastaisuus, vaikeus inhaloida lääkkeitä, pistosvastaisuus). Ohje on henkilökunnan tiedossa. Kommentti: <i>Arvioi: Ohje on lääkehoitosuunnitelmassa tai erillisenä ohjeena. Sairaanhoidajan kuvaus ohjeen toteutumisesta käytännöstä on selkeä. TL: s. 46.</i>					

2.18. Näyttötehtävä

Kysy sairaanhoitajalta miksi kaikki lääkkeet eivät sovi murskattavaksi. Miten lääkkeen vaikutus voi muuttua, jos tabletti murskataan tai kapseli annetaan avattuna?

- a) Vaikutus voi voimistua/voi aiheuttaa haittavaikutuksia/voi aiheuttaa yliannostuksen tai vaikutus voi heikentyä.
- b) Vaikutus voi voimistua.
- c) Vaikutus voi heikentyä.
- b) Ei tiedä tai antaa väärän vastauksen.

2.19. Näyttötehtävä

Pyydä sairaanhoitajaa näyttämään, mitä lääkityslistaa hän käyttää lääkkeenjaossa.

- a) Sähköistä lääkityslistaa.
- b) Yhtä tulostettua lääkityslistaa.
- c) Useasta eri lähteestä löytyvää lääkitystietoa.
- c) Dosetin lääkityslistaa.

2.20. Näyttötehtävä

Pyydä sairaanhoitajaa näyttämään, mitä lääkityslistaa hän käyttää lääkkeenannostelussa.

- a) Sähköistä lääkityslistaa.
- b) Yhtä tulostettua lääkityslistaa.
- c) Useasta eri lähteestä löytyvää lääkitystietoa.
- d) Dosetin lääkityslistaa.
- e) Ei mitään. Tämä vaihtoehto koskee myös tilanteita, joissa lääkkeet kyllä lasketaan ja pyritään tunnistamaan tai katsotaan annosjakelupussin teksti, mutta ei käytetä lääkityslistaa.

3. Lääkehoitoon liittyvät kirjaamiset, huumausai- neet.

3 A) LÄÄKITYSLISTOJEN AUDITOINTI

Pyydä sairaanhoitajaa valitsemaan satunnaisesti viisi lääkityslistaa (viisi eri asukasta).

Pyydä peittämään/poistamaan lääkityslistoista kaikki henkilön tunnistami-
sen mahdollistava tieto.

LÄÄKELISTOJEN AUDITOINTI	A	B	C	D	E
3A.1. Lääkelistoihin on merkitty lääkitysten aloi- tuspäivät ja kuurimaisten lääkehoitojen pituu- det. Kommentti:					
3A.2. Lääkelistojen annostustiedot ovat yksiselit- teiset, käsin tehtyjä korjauksia ei ole. Kommentti:					
3A.3. Lääkelistoihin on merkitty lääkkeiden käyt- töaiheet. Kommentti:					
3A.4. Potilaiden lääkeaineallergiat on merkitty lääkelistaan. Kommentti:					
3A.5. Jos samaa lääkettä on potilaalla sekä sään- nöllisenä että tarvittavana lääkkeenä, päivittäi- selle annokselle on kirjattu enimmäismäärä. Kommentti:					
3A.6. Päiväkohtainen potilaalle annosteltu lääke- aineen kokonaisannos on todennettavissa kir- jauksista. Kommentti:					

3 B) PROSESSIN AUDITOINTI

KÄYTÄNTÖ	A	B	C	D	E
3.1. PKV-lääkkeiden annostelusta tehdään selkeä kirjaus potilaan tietoihin. PKV= pääasiallisesti keskushermoston kautta vaikuttava (kolmio-lääke). Kommentti: <i>Arvioi: Pyydä sairaanhoitajaa näyttämään kolme (3) asukkaan PKV-lääkkeiden annostelua koskevat kirjaukset. Asukkaan henkilöllisyyden tunnistamisen mahdollistava tieto täytyy peittää auditoijalta. TL: s. 54-57</i>					
3.2. Perus-/lähihoitaja ilmoittaa sairaanhoitajalle ja lääkärille sekä suullisesti että kirjallisesti havaitsemansa potilaan voinnin muutokset, lääkehoitojen vaikutukset sekä lääkehaitat. Kommentti: <i>Arvioi: Sairaanhoitajan kertoma kuvaus kirjaamisen ja tiedonvälityksen käytännöistä. Pyydä näyttämään kolmen (3) asukkaan tiedoista kirjaukset voinnin muutoksista, lääkehoitojen vaikutuksista ja lääkehaitoista. Asukkaan henkilöllisyyden tunnistamisen mahdollistava tieto täytyy peittää auditoijalta. TL: s. 46.</i>					
3.3. Mahdollisista lääkkeen vakavista haittavaikutuksista tehdään ilmoitus joko Fimeaan tai lääkkeen myyntiluvanhaltijalle. Kommentti: <i>Arvioi: Sairaanhoitaja osaa kertoa, kuinka haittavaikutusilmoitus tehdään. Mahdollisesti osaa kertoa tapausesimerkin Fimeaan tai myyntiluvanhaltijalle ilmoitetusta haittavaikutuksesta. TL: s. 82-83.</i>					
3.4. Huumausaineille on muista lääkkeistä erillään oleva lukittava säilytyspaikka (esim. kaappi). Kommentti: <i>Arvioi: Huumausaineiden fyysinen säilytystila. Lukon avainta säilytetään tavalla, joka estää väärinkäytön, esim. avainta ei säilytetä lukossa. TL: s. 54.</i>					
3.5. Huumausaineiden kulutusta seurataan kuluuskortilla, joka tarkastetaan säännöllisesti. Tarkastuksesta on vastuussa useampi kuin yksi työntekijä. Kommentti:					

Arvioi: Pyydä nähdä viisi (5) huumausaineen kulutuksen seurantakorttia ja tarkasta niiden tarkastuskirjaukset. Huumausaineiden inventoinnin vastuuhenkilöt/roolit ja prosessi on selkeä. Sairaanhoidajan kuvaama käytäntö vastaa lääkehoitosuunnitelman kuvausta. TL: s. 55.					
KÄYTÄNTÖ	A	B	C	D	E
3.6. Vanhentuneet ja tarpeettomat huumausaineita sisältävät valmisteet palautetaan apteekkiin niin, että niiden väärinkäyttö estetään. Kommentti: Arvioi: Sairaanhoidajan kuvaama käytäntö vastaa lääkehoitosuunnitelman kuvausta. TL: s. 54-55.					

3.7. Näyttötehtävä

Kysy sairaanhoidajalta, mitkä näistä lääkkeistä ei sovi yhtäaikaan käyttöön. Miksi?

1. Tenox (tematsepaami)
2. Norspan (buprenorfiini)
3. Panacod (parasetamoli, kodeiini)

- a) Vastaa oikein, eli mitään näistä ei voi käyttää yhtä aikaa toistensa kanssa. Osaa perustella vastauksensa oikein eli mainitsee joko liiallisen väsyttävän vaikutuksen (sedatiivisuus) tai hengistyslaman riski.
- b) Vastaa väärin: Tenoxia ja toista opioideista.
- c) Vastaa väärin: Panacod ja Norspan.

4. Riskilääkkeet, tiedonlähteiden käyttö

KÄYTÄNTÖ	A	B	C	D	E
4.1. Yksikön riskilääkkeet on listattu ja lista sisältyy lääkehoitosuunnitelmaan. Listaa päivitetään käytössä olevien lääkkeiden mukaan. Kommentti: <i>Arvioi: Lista on lääkehoitosuunnitelman osana. Päivityksen vastuuhenkilö/rooli on nimetty. Listan viimeisimmän päivityksen päivämäärä on merkitty listaan. TL: s. 17-20.</i>					
4.2. Riskilääkelistaan tutustutaan osana perehdytystä. Kommentti: <i>Arvioi: Riskilääkelista sisältyy perehdytysuunnitelmaan kaikille lääkehoitoon osallistuville ammatiryhmille, ml. opiskelijat. TL: s. 17.</i>					
4.3. Korkean riskin lääkkeitä annettaessa kaksi työntekijää tarkastavat annoksen (kaksoistarkastus) ennen lääkkeen antoa. Kommentti: <i>Arvioi: Sairaanhoidajan kuvaus käytännöstä vastaa lääkehoitosuunnitelman kuvausta. TL: s. 44.</i>					
4.4. Keskivahvojen ja vahvojen opiaattien yliannostustiloihin on varauduttu ja yliannostustilanteisiin liittyvät kirjalliset ohjeet on laadittu. Kommentti: <i>Arvioi: Kirjallinen ohje on lääkehoitosuunnitelmassa tai erillisenä ohjeena ja henkilökunta on ohjeesta tietoinen. Ohje sisältää oireiden tunnistamisen, välittömät toimenpiteet, tarvittavat yhteystiedot ja akuutin tilanteen jälkeen tehtävät toimenpiteet ml. poikkeamaraportointi. Mahdolliset ensiapu- tai vastalääkkeet säilytetään selkeästi merkityssä paikassa ja ovat käyttökelpoisia. TL: s. 55.</i>					
4.5. Yksikössä on laadittu muidenkin riskilääkkeiden käyttöä koskevia kirjallisia ohjeita, jotka sisältävät kuvauksia suojaavista toimenpiteistä. Kommentti: <i>Arvioi: Vertaa yksikön riskilääkelistaan. Esimerkiksi verensokeria alentavat lääkkeet (hypoglykemia-glukagoni), verenhyytymistä estävät lääkkeet (verenpuotien aktiivinen seuranta). TL: s. 17, 78-79.</i>					

KÄYTÄNTÖ	A	B	C	D	E
4.6. Työntekijöiden näyttökokeessa testataan myös ohjeiden ja lääkehoitosuunnitelman tuntemus ja käytännön ongelmaan liittyvän ohjeen haku. Kommentti: <i>Arvioi: Yksikössä käytettävä lääkeluvan näyttökokeen lomake.</i>					
4.7. Yksikössä on käytettävissä uusien Pharmaca Fennica tai jokin muu lääketiedon lähde/lääkehoidon opas. Kommentti: <i>Arvioi: Sairaanhoidajan kuvaama käytäntö vastaa lääkehoitosuunnitelman kuvausta.</i>					
4.8. Tarvittavat sähköiset tietokannat ovat henkilökunnan käytettävissä ja he osaavat etsiä niistä tietoa itsenäisesti. Kommentti: <i>Arvioi: Sähköisen lääketietoon/lääkehoitoon liittyvän tietokannan saatavuus, esim. onko jokaisella osastolla. Sairaanhoidajan kuvaus käytännöstä.</i>					

4.9 Näyttötehtävä

Pyydä sairaanhoitajaa selvittämään, saako Emconcor tabletin (5 mg tai 10 mg) antaa murskattuna.

- Selvittää asian Terveystieteen tietokannasta.
- Selvittää asian sähköisestä Pharmaca Fennicasta.
- Selvittää asian Emconcor-pakkauksesta löytyvästä pakkausselosteesta.
- Selvittää asian Fimean sivustolta (pakkausseloste tai valmisteyhteen-veto).
- Muu lähde, mikä: _____

5. Lääkityspoikkeamat ja lääkitysturvallisuus

KÄYTÄNTÖ	A	B	C	D	E
7.1. Perehdytyksen aikana työntekijät saavat tietoa aidoista hoivakodissa tapahtuneista lääkityspoikkeamista ja heidät koulutetaan yhtenäisin toimintamallein tunnistamaan ja välttämään vastaavien lääkityspoikkeamien riski. Kommentti: <i>Arvioi: Perehdytysuunnitelman sisältö. TL: s. 81.</i>					
7.2. Hoitohenkilökunta ja lääkäri saavat säännöllisesti tietoa hoivakodissa ilmenevistä lääkityspoikkeamista, poikkeama-alttiista tilanteista ja toimenpiteistä niiden ehkäisemiseksi. Kommentti: <i>Arvioi: Sairaanhoitajan kuvaus poikkeamaraportoinnin seurannan ja seurantatiedon käsittelyn käytännöstä vastaa lääkehoitosuunnitelman kuvausta. Tehtävälle on nimetty vastuuhenkilö. TL: 13.</i>					
7.3. Kun lääkityspoikkeamia ilmenee, koulutukselliset toimet suunnataan koko henkilökuntaan. Toimia ei kohdisteta ainoastaan työntekijöihin, jotka olivat osallisena poikkeamassa. Kommentti: <i>Arvioi: Sairaanhoitajan kuvaus käytännöstä vastaa lääkehoitosuunnitelman kuvausta. Sairaanhoitaja osaa nimetä koulutuksen, joka järjestettiin lääkityspoikkeaman paljastaman osaamisen puutteen korjaamiseksi. TL: s. 81</i>					
7.4. Hoitohenkilökunta ja lääkäri ilmoittavat havaitut poikkeamat ja keskustelevat avoimesti poikkeamista. Kommentti: <i>Arvioi: Sairaanhoitajan kuvaus käytännöstä ja tiimipalavereiden keskustelujen aiheet. Pyydä sairaanhoitajaa esittelemään poikkeamaraportointijärjestelmästä vähintään raportointimäärät.</i>					
7.5. Myös hoitohenkilökunnan ulkopuolisilla henkilöillä, kuten potilailla ja omaisilla, on mahdollisuus raportoida havaitsemansa poikkeamatilanteet ja heitä tiedotetaan tästä mahdollisuudesta. Kommentti:					

Arvioi: Kirjallinen tiedotus esimerkiksi palvelusopimuksessa tai yleisellä ilmoitustaululla. TL: s. 79, 86.

--	--	--	--	--

KÄYTÄNTÖ	A	B	C	D	E
7.6. Sellaiset lääkityspoikkeamat JA läheltä piti – tilanteet, joista on ilmoitettava, on määritelty esimerkein ja niistä on tiedotettu työntekijöille. Kommentti: <i>Arvioi: Kirjalliset esimerkit ja ohjeet lääkehoitosuunnitelmassa tai erillisenä ohjeena. TL: 86.</i>					
7.7. Työntekijöille ei keräänny virhemerkintöjä tai –pisteitä lääkityspoikkeamista eikä niihin liittyviä tietoja käytetä työntekijän pätevyyden tai tarkkaavaisuuden mittarina henkilöstöarvioinneissa. Kommentti: <i>Arvioi: Sairaanhoitajan kuvaus käytännöstä. TL: s. 81.</i>					
7.8. Hoivakodissa on huolehdittu siitä, että työntekijät, jotka ovat olleet osallisena vakavassa potilasvahingon aiheuttaneessa lääkityspoikkeamassa, saavat työyhteisössä tukea ko. tilanteissa. Kommentti: <i>Arvioi: Sairaanhoitajan kuvaus käytännöstä vastaa lääkehoitosuunnitelman kuvausta. Sairaanhoitaja osaa nimetä tapoja, joilla työntekijää tuetaan (esim. työterveyshuollon palvelut tarvittaessa) sekä tukitoimien vastuuhenkilön/roolin.</i>					
7.9. Lääkityspoikkeamien estämisstrategiat keskittyvät järjestelmän parannuksiin, ei yksittäisiin työntekijöihin. Kommentti: <i>Arvioi: Sairaanhoitajan kuvaus käytännöstä vastaa lääkehoitosuunnitelman kuvausta. Sairaanhoitaja osaa nimetä konkreettisia muutoksia, joita prosessiin on tehty estämään poikkeamia, ml. tehtävänjaon, muistilistat, työvälineet. Tl: s. 81, 89.</i>					
7.10. Yksi työntekijöistä toimii vastuuhenkilönä, joka on koulutettu kehittämään lääkityspoikkeamien havaitsemista, valvomaan niiden syiden arviointia ja koordinoimaan toimivaa suunnitelmaa poikkeamien vähentämiseksi. Kommentti: <i>Arvioi: Vastuuhenkilö/rooli on nimetty lääkehoitosuunnitelmassa. Yksikössä on kirjallisia dokumentteja vastuuhenkilön koordinoimasta toiminnasta (tiedotteet, raportit, pöytäkirjat).</i>					

KÄYTÖNTÖ	A	B	C	D	E
7.11. Hoitohenkilökunnalla on velvollisuus tiedottaa potilaalle/omaisille merkittävistä lääkityspoikkeamista, josta on oletettavasti seurannut vahinkoa potilaalle. Kommentti: <i>Arvioi: Sairaanhoitajan kuvaus vastaa lääkehoitosuunnitelman kuvausta. Sairaanhoitaja osaa nimetä tilanteita, joissa omaisille on ilmoitettu lääkityspoikkeamasta. TL: s. 79</i>					
7.12. Koko lääkehoitoprosessi analysoidaan vähintään vuosittain (sisäinen tai ulkoinen auditointi) lääkityspoikkeamien mahdollisten riskitekijöiden tunnistamiseksi. Kommentti: <i>Arvioi: Sairaanhoitajan kuvaus vastaa lääkehoitosuunnitelman kuvausta. TL: s. 86-90.</i>					
7.13. Myös lääkkeenmääräämispoikkeamia kirjataan, analysoidaan ja niitä käytetään osana laadunparantamistoimintaa. Lääkäri saa poikkeamista ja niitä ehkäisevistä menetelmistä tietoa. Kommentti: <i>Arvioi: Poikkeamaraportit. Sairaanhoitajan kuvaus poikkeamien käsittelystä lääkärin ja muun henkilökunnan kanssa sekä toimenpiteistä lääkkeenmääräämispoikkeamien vähentämiseksi, esim. asukkaiden lääkehoidon riskitietojen selkeämpi merkitseminen potilaan lääkehoitosuunnitelmaan/lääkityslistaan. TL: s. 36.</i>					

7.18. Näyttötehtävä

Läkehoidon turvallisuuteen liittyvät vaaranpaikat voidaan tunnistaa esimerkiksi siitä, että vahinko on päässyt syntymään tai vahinko se on käynyt lähellä.

Kerro, minkälaisia muutoksia yksikössä on tehty työtapoihin, työtehtävien vastuisiin tai työssä käytettäviin apuvälineisiin (ml. dosetit, kirjalliset ohjeet, muistilistat) sen jälkeen, kun yksikössä on havaittu jokin lääkehoitoon liittyvä vaaranpaikka.

a) Osaa nimetä helposti vähintään yhden muutoksen.

b) Osaa nimetä pohtimisen jälkeen vähintään yhden muutoksen.

b) Poikkeamat käsitellään vain suullisesti, jotta kaikki muistavat olla tarkkavaisempia jatkossa.

c) Poikkeamia ei käsitellä.

7.19. Näyttötehtävä

Jos huomaat tehneesi lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät virheen, kuinka avoimesti pystyt kertomaan siitä muille?

a) Hyvin avoimesti.

b) Kerron vain osan (esimerkiksi vakavimmat).

c) En kerro niistä ollenkaan, muuta saatan käyttää raportointijärjestelmän kirjallista lomaketta.

d) En kerro, enkä raportoi kirjallisesti.

LIITE D

Sähköinen palautekysely hoivayksiköille ja farmasian ammattilaisille

KAKS ja HKF tutkimuksen palautekysely joulukuu 2017

1. Työnkuvasi

- ☐ Johtaja/palvelupäällikkö
- ☐ Sairaanhoitaja
- ☐ Lähihoitaja
- ☐ Lääkäri
- ☐ Farmaseutti tai proviisori

2. Osallistuitko auditointikäyntien keskustelu- ja palautetilaisuuteen (farmaseutin/proviisorin viimeinen käynti yksikössä)?

- ☐ kyllä
- ☐ ei

3. Kuinka hyödyllisenä näet seuraavien osa-alueiden auditoinnin?

	Hyvin hyödytön	Hyödytön	Ei hyödy- tön eikä hyödyllinen	Hyödyllinen	Hyvin hyödyllinen
1. Lääkehoidosuu- nittelma	☐	☐	☐	☐	☐
2. Lääk- keenjako, annostelu ja säilytys	☐	☐	☐	☐	☐
3. Lääkehoidon liitty- vät kirjaa- miset, huu- mausaineet	☐	☐	☐	☐	☐
4. Riskilääk- keet, lääke- tiedonläh- teiden käyttö	☐	☐	☐	☐	☐
5. Lääkitys- poikkeamat ja lääkitus- turvallisuus	☐	☐	☐	☐	☐

4. Mitkä olivat 3 tärkeintä asiaa, jotka opit auditointeja koskien?
Jos et osallistunut auditointikäynteihin tai keskustelu- ja palautetilaisuuteen, voit jättää vastaamatta.

1.

2.

3.

5. Muu palautteesi liittyen auditointeihin

6. Arvioi auditoinnin keskustelu- ja palautetilaisuutta (farmaseutin viimeinen käynti yksikössä).

Jos et osallistunut tilaisuuteen, voit jättää vastaamatta.

	Epäonnistui täysin	Oli puutteellista	En osaa sanoa	Onnistui jokseenkin hyvin	Onnistui erinomaisesti
Palautetilaisuuden sisältö	☐	☐	☐	☐	☐
Palautetilaisuuden yhteiset keskustelut	☐	☐	☐	☐	☐
Palautetilaisuudessa oppiminen oman työni kannalta	☐	☐	☐	☐	☐
Palautetilaisuuden ilmapiiiri	☐	☐	☐	☐	☐

7. Muu keskustelu- ja palautetilaisuutta koskeva palaute

8. Hoivayksikön ja farmaseutin/proviisorin yhteistyö oli mielestäni

- ☐ Hyvin hyödytöntä
- ☐ Hyödytöntä
- ☐ Ei hyödytöntä eikä hyödyllistä

- Hyödyllistä
- Hyvin hyödyllistä

9. Avoin palaute (mahdolliset risut, ruusut, kehitysideat ja yhteistyötoiveet)

--

Kunnallisan kehittämissäätöön Julkaisusarjassa ovat ilmestyneet

1 Sami Borg & Sari Pikkala
KUNTAVAALITRENDIT (2017)

2 Toim. Soile Pohjonen & Marika Noso
KANSALAINEN KESKIÖÖN! NÄKÖKULMIA SOTE-UUDISTUKSEEN (2017)

3 Markku Lehto
MIKSI HANKE EI ONNISTUNUT – VAI ONNISTUIKO SE? (2017)

4 Tapio Häyhtiö
OSALLISUUTTA SOTE-PALVELUIHIN PALVELUMUOTOILEIMALLA? (2017)

5 Veera Värtinen
TUTKIJAT JA SOSIAALISEN MEDIAN KÄYTTÖ (2017)

6 Esko Hussi, Esa Mäkinen & Erkki Vauramo
IKÄÄNTYVÄ VÄESTÖ JA TOIMINTAKYVYN YLLÄPITO (2017)

7 Matti Wiberg (toim.)
FAKTAT JA POLITIIKKA (2017)

8 Antti Mykkänen
VALTUUTETTUIJEN ILMAPUNTARI 2017- KUNNAT, MAAKUNNAT JA YHTEISTYÖ (2017)

9 Sanna Laulainen, Helena Taskinen, Jere Rajaniemi, Erja Rappe, Päivi Topo & Sari Rissanen
KUMPPANUUDELLA KUNTOON-KUNTIEN JA JÄRJESTÖJEN YHTEISTYÖ IÄKKÄIDEN TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ (2017)

10 Auli Valli-Lintu
SOTE- JA KUNTARAKENTEEN PITKÄ KUJANJUOKSU (2017)

11 Esa Ahonen, Maire Ahopelto, Matti Heikkinen, Marjo Huovinen-Tervo & Eeva Mäntymäki
NÄIN TEHDÄÄN SAUMATON SOTE -KAINUUN HILJAINEN TIETO 2003–2017 (2017)

12 Anneli Hujala & Johanna Lammintakanen
PALJON SOTE-PALVELUJA TARVITSEVAT IHMISET KESKIÖÖN (2018)

13 Anita Kangas
AKTIIVISET OSALLISTUJAT – KUNTALAISET KULTTUURI- JA LIIKUNTAPAL-
VELUJEN KEHITTÄJINÄ (2018)

14 Juha Talvitie
100 VUOTTA KAAVOITUSTA – MUUTTUVA MAANKÄYTTÖ (2018)

15 Erkki Vauramo, Seppo Ranta, Jonna Taegen & Ira Verma
SOTE-PALVELUT MUUTTUVAT UUDISTUKSESTA HUOLIMATTA- KONSOR-
TION TYÖN TULOKSET 2015–2017 JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET (2018)

16 Kaija Saranto, Eija Kivekäs, Sari Palojoki, Ulla-Mari Kinnunen, Olli Sjöblom
& Reima Suomi
TIEDONKULUN VAIKUTUS SOTE-PALVELUJEN MAINEESEEN (2018)

17 Jasmin Penttinen
ARVIO KUNTIEN KOTISIVUISTA (2018)

18 Tomi venho
KABINETIN PUOLELLA
SÄÄTIÖT JA PUOLUERAHOITUS SUOMESSA (2018)

19 Niina Laine, Paula Timonen, Anne Halmetoja, Suvi Hakoinen, Heini Kari &
Hanna Kortejärvi
HOIVAYKSIKÖISSÄ LÄÄKEHUOLLON JA -HOIDON PITÄISI OLLA
JOUKKUEPELIÄ (2018)

Niina Laine, Paula Timonen, Anne Halmetoja, Suvi Hakoinen, Heini Kari ja Hanna Kortejärvi

Hoivayksiköissä lääkehuollon ja -hoidon pitäisi olla joukkuepeliä

Hoivayksiköiden asukkaat ovat monisairaita. Heillä on runsas lääkitys ja sitä muutetaan usein. Yli puolet vaaratapahtumista liittyy lääkitykseen.

Lääkehoito on vaikea prosessi ja se ylittää ammatti- ja organisaatiorajat. Hoitajat toteuttavat ja seuraavat lääkehoitoa.

Tarvitaanko hoivayksiköihin farmaseuttia hoitajien tueksi? Miksi esim. tunnistetut riskilääkkeet ja lääkityspoikkeamat eivät johda toimenpiteisiin?

Tutkijat kartoittivat hoivayksiköiden lääkehoidon ongelmia ja tarpeita. He antavat myös ratkaisuehdotuksia.