

Turun ammattikorkeakoulun

Raportteja

77

TARJA BERGFORS, JAANA FORSBACKA,
IRMELI LEINO & ULLA WIIRILINNA (TOIM.)

Vanhusten lääkehoidon kehittäminen

VALO-projektin tuloksia Salon seudulla



Turun ammattikorkeakoulun

raportteja

77

TARJA BERGFORS, JAANA FORSBACKA,
IRMELI LEINO & ULLA WIIRILINNA (TOIM.)

Vanhusten lääkehoidon kehittäminen

VALO-projektin tuloksia Salon seudulla

Turun ammattikorkeakoulun raportteja 77

Turun ammattikorkeakoulu
Turku 2008

Kannen suunnittelu: Erkki Tuomi

ISBN 978-952-216-075-1 (painettu)
ISSN 1457-7925 (painettu)

ISBN 978-952-216-076-8 (PDF)
ISSN 1459-7764 (verkkajulkaisu)

Painopaikka: Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522160768.pdf>

Myynti: <http://julkaisumyynti.turkuamk.fi>

SISÄLTÖ

ESIPUHE	5
---------	---

VANHUSTEN LÄÄKEHOITO OPTIMAALISEKSI (VALO) -PROJEKTI <i>Ulla Wiirilinna</i>	7
--	---

VANHUSTEN LÄÄKEHOITO SALOSSA

VANHUS JA LÄÄKKEET YHTEISKUNNASSAMME <i>Tarja Bergfors ja Jaana Forsbacka</i>	13
--	----

SAIRAAHOITAJA VANHUKSEN LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAJANA <i>Anni Lähde ja Johanna Öyry</i>	22
---	----

SAIRAAHOITAJIEN VALMIUS TUNNISTAA SEROTINIINIOIREYHTYMÄ <i>Annastiina Sonck ja Maria Salonen</i>	32
---	----

LÄÄKKEIDEN SIVUVAIKUTUSTEN SEURANTA LAITOKSISSA <i>Tanja Björkqvist ja Anna Lasorla</i>	39
--	----

AVOHOIDOSSA OLEVIENT VANHUSTEN YLEISIMMÄT LÄÄKKEIDEN SIVUVAIKUTUKSET <i>Tarja Bergfors ja Jaana Forsbacka</i>	45
---	----

SALON KAUPUNGIN KOTIPALVELUN HENKILÖKUNNAN LÄÄKEOSAAMINEN <i>Mari Jakku, Annamari Luukkanen ja Tuula Mäkelä</i>	54
---	----

VANHUSTEN HOIDON LAADUN PARANTAMINEN

VANHUSTEN TYYTYVÄISYYS SALON KAUPUNGIN AVO- JA LAITOSHOIDON PALVELUIHIN 2004–2006 <i>Tarja Bergfors ja Jaana Forsbacka</i>	61
--	----

VANHUSTEN HOIDON LAATU HALIKOSSA OMAISTEN ARVIOIMANA <i>Susanna Hauhtonen, Anniina Virtanen ja Kaisa Väliatalo</i>	70
---	----

SALON KAUPUNGIN AVOHUOLLOSSA OLEVIENT IKÄÄNTYNEIDEN LIKKUMINEN <i>Kirsi Saario</i>	77
--	----

HOITOKANSION KÄYTTÖ JA SISÄLTÖ HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMANA <i>Tiina Lehtonen</i>	90
--	----

VANHUSTEN HOIDON KEHITTÄMISHAASTEITA SALOSSA <i>Tarja Bergfors, Jaana Forsbacka, Irmeli Leino ja Ulla Wiirilinna</i>	98
---	----

LIITE I: PROJEKTIHENKILÖSTÖ JA KIRJOITTAJAT	105
---	-----

ESIPUHE

Lääkehoito-osaaminen ja sen kehittäminen ovat keskeisiä Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalueen asiantuntijuusalueita. Lääkehoidon toteuttaminen on vuosien kuluessa tullut aina haasteellisemmaksi, turvallisen lääkehoidon toimintamalleja ja järjestelmiä on valtakunnallisesti ohjeistettu ja useita laajoja kehittämishankkeita on toteutettu ja meneillään. Tavoitteena on optimaalisen lääkehoidon varmistaminen väestölle.

Väestön ikääntyessä usein myös lääkehoidon tarve lisääntyy, ja usein vanhukset joutuvat käyttämään useita lääkkeitä samanaikaisesti. Tämä aiheuttaa suuren haasteen yksilöllisen lääkkeidenkäytön suunnittelulle, toteutukselle, ohjaukselle ja neuvonnalle. Salon kaupungin, Salon seudun terveystieteiden keskuksen ja Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalueen yhteisenä kehittämissuunnitelmana vuosina 2006–2008 toteutunut *VALO – Vanhusten lääkehoito optimaaliseksi* -kehittämissuunnitelma on keskittynyt edistämään vanhusväestön turvallista lääkehoitoa.

Hankkeen tuloksena syntyi vanhusten palveluyksiköille lääkehoitosuunnitelmia, siinä kehitettiin lääkehoitopalvelujen saumattomia ketjuja sekä koulutettiin vanhusten kanssa työskenteleviä terveystieteiden asiantuntijoita turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa. Opiskelijat osallistuivat hankkeeseen tekemällä opinäytetöitä, joissa he perehtyivät monipuolisesti lääkehoitoon liittyviin kysymyksiin, oppivat projektityöskentelyä ja saivat samalla hyviä kokemuksia osaamisen ylläpitämisen ja kehittämisen menetelmistä tulevissa työyhteisöissään.

Tässä raportissa esitellään onnistuneeseen hankkeeseen osallistuneiden tahojen näkemyksiä ja kokemuksia yhteistyöstä lääkehoito-osaamisen kehittämiseksi.

Turussa 13.11.2008

Kaija Lind

koulutusjohtaja

Terveysala-tulosalue, Turun ammattikorkeakoulu

VANHUSTEN LÄÄKEHOITO OPTIMAALISEKSI (VALO) -PROJEKTI

Ulla Wiirilinna

VALO-projekti on Salossa vuosina 2006–2008 toteutettu Salon kaupungin, Salon seudun terveystieteiden keskuksen ja Turun ammattikorkeakoulun yhteinen kehittämishanke, jossa tavoitteena oli vanhusten lääkehoidon saaminen optimaaliselle tasolle. Projektin taustalta löytyvät vanhusten parissa työskentelevän henkilökunnan huoli vanhusten lääkehoidon tilasta sekä kokemus omasta lisäkoulutustarpeesta. Lisäksi projekti oli luonteva jatko Salossa vuosina 2001–2004 toteutetulle *Vanhusten palvelujen kehittäminen (VAPA)* -projektille sekä siihen yhdistetylle, Stakesin koordinoimalle, valtakunnalliselle palvelujen kehittämiseen liittyvälle PALKO-projektille. VALO-projektia toteutettiin jo aikaisemmissa projekteissa hyväksi havaitulla tavalla kolmessa vaiheessa, joita olivat koulutus, tutkimus ja kehittäminen ja joita toteutettiin ajallisesti osin myös samanaikaisesti. Yhteistyöprojektien hallinnointi on tapahtunut sopimalla vastuunjaosta ja taloudellisista resursseista eri hallintokuntien välillä sekä kokoomalla ohjausryhmä osallistujatahojen edustajista (LIITE 1).

Läkehoidon nopea kehittyminen sekä lääkehoitoon liittyvät hoitovirheet tai lähtä piti -tapaukset ovat yleisemminkin lisänneet vaatimusta entistä paremmasta lääkehoidosta. Turvallinen ja laadukas lääkehoidon toteuttaminen edellyttää siihen osallistuvalla henkilökunnalla asianmukaista osaamista. Lääkehoito-osaamisen kehittyminen tapahtuu ammatillisessa peruskoulutuksessa syntyneen oppimisen jälkeen jatkuvana prosessina työelämässä, ja työnantajan velvollisuutena on huolehtia henkilökunnan ammattitaidon ylläpitomahdollisuuksista, johon tässä projektissa erityisesti päätettiin paneutua.

Projektin yhtenä tavoitteena Salossa oli selvittää vanhusten lääkehoidon ongelmakohtia ja löytää niihin soveltuvia ratkaisuja, jotta päästäisiin turvalliseen ja optimaalisesti toimivaan lääkehoidon käytäntöön. Siihen pyrittiin lisäämällä perustietoa lääkkeiden käsittelystä ja lääkehoidon toteuttamisesta ja kirjaamisesta sekä tehostamalla VAPA-projektissa kehitetyn hoitokansion käyttöä avo- ja

sairaalahoidon välillä. Lisäksi kiinnitettiin huomiota lääkkeiden interaktioiden tunnistamiseen. Samalla projektissa vahvistettiin jatkuvan asiakaspalautejärjestelmän vakiinnuttamista Salon alueelle, jotta myös sitä kautta pystyttäisiin tehostamaan palveluiden saatavuutta, laatua ja toimivuutta. Ammattikorkeakoulun opettajat toimivat projektissa eri prosessien vetäjinä ja varsinaisena työryhmäkasena toimi projektityöryhmä, joka koostui eri organisaatioiden edustajista, joiden tehtävänä oli käydä vuoropuhelua työn tuloksista omissa organisaatioissaan. (LIITE 1.)

Projektin ensimmäisessä vaiheessa vuonna 2006 kartoitettiin yli 75-vuotiaiden vanhusten, sekä avohoidon että laitoshoidon asiakkaiden lääkemäärät, annokset, ottotavat ja mahdolliset haittavaikutukset. Kartoitusta varten kehitettiin mittari, jossa oli osia sekä vanhusten palveluiden tyytyväisyyskyselyistä että lääkehoidon toteutuksesta ja samalla asiakkailta kerättiin tietoa lääkkeiden käytöstä sekä lääkkeiden aiheuttamista sivuvaikutuksista.

Koulutuksessa paneuduttiin lääkehoidon ongelmakohtien tunnistamiseen ja lääkehoidon uhkatekijöiden minimoimiseen vahvistamalla erityisesti kotipalvelun ja kotihoidon perustyötä. Koulutusta toteutettiin sairaanhoitajille omana ryhmänään sekä kodin-, lähi- ja perushoitajille omana ryhmänään. Sairaanhoitajien koulutus keskittyi lähinnä laskimonsisäiseen lääkehoitoon, neste- ja ravitsemushoitoon, verensiirtoihin ja monilääkityksen arviointiin, ja se antoi eväitä lääkehoitosuunnitelman tekemiseen ja työstämiseen. Perus- ja lähihoitajille suunnattu koulutus sisälsi enemmän perustietoa eri sairauksien lääkehoidosta sekä injektioiden antamiseen liittyviä harjoituksia Lääkelaskutaitojen parantaminen kuului molempien ammattiryhmien koulutukseen. Kaikkiaan koulutukseen osallistui noin 100 sairaanhoitajaa ja 300 perus- tai lähihoitajaa.

Projektissa kehitettiin koulutuksen tueksi lääkepassi. Lääkepassin suorittamiseksi koulutuksessa olleiden tuli osallistua sekä teoriaopetukseen että tenttiin, joka sisälsi teoriakysymysten lisäksi myös lääkelaskuja. Lääkepassi toimii tulevaisuudessa täydennyskoulutuksen apuvälineenä, ja sen avulla työnantaja voi varmistaa henkilöstönsä lääkehoito-osaamisen ajantasaisuuden.

Kehittämistyössä parannettiin palveluketjujen laatua ja toimivuutta tehostamalla sosiaali- ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä. Lisäksi vahvistettiin VAPA-projektissa kehitettyjen hoitokansion ja asiakastyytyväisyysmittarin toimivuutta korostamalla niiden säännöllisen käytön tärkeyttä. Lisäksi tehostettiin yhteistyötä apteekkien kanssa lääkkeiden yhteensopivuuden varmistamisessa.

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut valtakunnallisen oppaan lääkehoidon toteuttamisesta julkisissa ja yksityisissä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä. *Turvallinen lääkehoito* -oppaan tarkoituksena on yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, sillä oikein toteutettu, tehokas, turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan saaman palvelun laatua. Projektissa tuotettiin Salon kaupungin vanhuksia hoitaviin toimipisteisiin ja Salon seudun terveyskeskukseen oma paikallinen lääkehoitosuunnitelma niin, että terveyskeskus ohjaa ja koordinoi näistä syntyvää seutukunnallista lääkehoitosuunnitelmaa. Jokainen työyksikkö jatkoi lääkehoidon suunnitelman työstämistä itsenäisesti ja näin työyksiköt saivat omat lääkehoitosuunnitelmansa valmiiksi. Lääkehoitoa koskevia kehittämistarpeita ovat erityisesti lääkehoidon vastuukysymykset eri toimialoilla, lupakäytäntöjen yhtenäistäminen, työntekijöiden perehdyttäminen, lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja käytäntöjen saumaton sujuminen. Projektissa arvioitiin myös vanhusten monilääkitystä proviisorin ja lääkärin yhteistyönä ja tehtiin siltä pohjalta ehdotuksia lääkehoidon parantamiseksi kymmenen monilääkityn vanhuksen lääkehoidossa.

Alkukartoitusten pohjalta sekä projektin etenemisen myötä projektiin yhdistettiin myös ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden opinnäytetöitä niiltä vanhustenhuollon osa-alueilta, joilta tarvittiin tarkempaa selvitystä. Tähän julkaisuun on koottu juuri näiden opinnäytetöiden tuloksia.

Projektin aikana ohjausryhmä kantoi huolta myös siitä, miten saada tulevaisuudessa riittävästi osaavaa henkilökuntaa innostumaan vanhusten hoitotyöstä ja ikäihmisten auttamisesta. Tästä syystä heräsi ajatus vanhustyön messujen järjestämisestä projektin puitteissa ja tätä kirjoitettaessa messuja valmistellaan ja koko projekti päätetään niihin. Messujen avulla pyritään nostamaan vanhustyön profilia ja tekemään näkyväksi vanhustyön suuri merkitys yhteiskunnassamme.

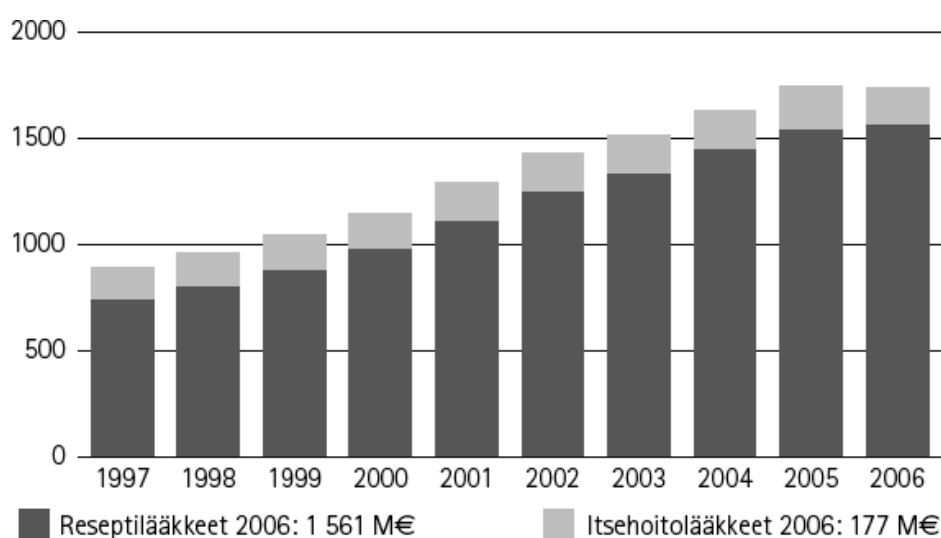
VANHUSTEN LÄÄKEHOITO SALOSSA

VANHUS JA LÄÄKKEET YHTEISKUNNASSAMME

Tarja Bergfors
Jaana Forsbacka

Yhä useampi sairaus voidaan tänä päivänä parantaa lääkkeillä, ja lääkkeillä voidaan merkittävästi vähentää sairauden tuomaa haittaa. Yhteiskunta on myös hyötynyt kehittyneestä lääkehoidosta; monet ennen kroonistuttavat sairaudet kuten skitsofrenia tai nivelreuma voidaan nykyisin vallalla olevien hoitokäytäntöjen mukaan lääkittää niin, että valtaosa potilaista kuntoutuu kokonaan tai osittain työkykyisiksi. (Lääkehoitokeskus 2007.)

Lääkkeiden kulutus on noussut merkittävästi viime vuosikymmenien aikana koko maailmassa, ja myös Suomessa kaikkien lääkevalmisteiden myynti on viimeisen kymmenen vuoden aikana lähes kaksinkertaistunut (TAULUKKO 1). Etenkin eri reseptivalmisteiden myynti on noussut rajusti. Yksittäisistä lääkeryhmistä viime vuosina eniten myytiin hermostoon vaikuttavia lääkkeitä. Hermostoon vaikuttavista lääkkeistä myynnin rahalliselta arvoltaan suurin oli Zyprexa[®], joka on



Lähde: Suomen Lääkedata Oy, 2007

KUVIO 1. Lääkkeiden käyttö.

psykoosilääke. Zyprexa[®] myytiin 33.1 miljoonan euron edestä. Seuraavat kolme ovat kolesterolilääke Lipitor[®] (31,6 milj. euroa), astmalääke Seretide[®] (25,3 milj. euroa) ja psykoosilääke Seroquel[®] (20,4 milj.euroa). (Lääkelaitos 2007.)

Reseptivapaista lääkkeitä parasetamolin (Panadol, Paratabs) suhteellista turvallisuutta on viime vuosina korostettu monissa tutkimuksissa; sen kulutus onkin noussut tasaisesti viime vuosina. Vuoden 2005 alussa parasetamolin myynti oli noin kolminkertainen vuoteen 2000 verrattuna. (Lääkelaitos 2007.)

Psykelääkkeiden ja parasetamolin käyttäjistä suurin osa on yli 70-vuotiaita ja ikääntyneiden osuus psykelääkkeiden käytössä on edelleenkin kasvussa (Lääkelaitos 2007). Yhteiskunnan ikärakenne on lisäksi muuttumassa koko läntisessä maailmassa. Stakesin ennusteen mukaan vanhusväestön lisääntyminen on ennustettavissa Suomessa seuraavan 30 vuoden aikana (TAULUKKO 1), joten esimerkiksi psykelääkkeiden ja parasetamolin käytön lisääntymiseen on hyvä varautua.

TAULUKKO 1. Väestöennuste.

	Yksikkö	2010	2020	2030	2040
Väkiluku	1 000	5 310	5 412	5 443	5 367
0–14 v.	%	16	16	16	15
15–64 v.	%	66	61	58	58
65- v.	%	17	23	26	27

Lähde: Stakes 2007.

Ikääntyneiden osuus Suomen väestöstä oli 16,5 % vuonna 2006. Suomessa oli vuoden 2007 lopussa noin 870 000 yli 64-vuotiasta henkilöä, joista lähes puolet oli yli 74-vuotiaita. Vanhusväestön reseptilääkkeiden osuus kaikkien lääkkeiden kustannuksista oli 40 %. Tulevaisuudessa lääkehoito ja sen tuomat ongelmat muuttuvat yhä selvemmin geriatriseen suuntaan.

Vanhukset tarvitsevat ja käyttävät lääkkeitä paljon enemmän kuin muu väestö. Syitä ovat muun muassa sairauksien kasaantuminen, jonka takia heille joudutaan määräämään – käypä hoito -suositusten mukaan – monia tehokkaita lääkevalmisteita. Lisäksi monet vanhukset ovat valmiita turvautumaan myös omaehtoiseen lääkitykseen, minkä syitä ovat luja luottamus lääkkeiden auttavaan voimaan tai tuttavien hyvää tarkoittavat neuvot. (Kivelä 2005.)

Vanhusten lääkkeiden käyttö kasvaa ja samalla yhä useampi vanhus on monilääkitty, mikä tarkoittaa, että vanhus käyttää vähintään viittä eri reseptivalmistetta yhtä aikaa. WHO suositteli vuonna 1987 korkeintaan kolmea eri reseptilääkettä vanhukselle yhtäaikaaisesti, nykytutkijat suosittelevat korkeintaan viittä. Yhä suurempi joukko vanhuksia hakeekin tietämättään terveydenhoidon palveluksia lääkkeiden sivu- ja yhteisvaikutusten ja jopa toksisten vaikutusten vuoksi – ja yhä useampi lääkäri niitä tietämättään hoitaa – usein uudella lääkkeellä. (Kivelä 2005.)

Terveydenhuollon väestötutkimuksen mukaan jo vuonna 1976 vähintään viittä reseptilääkettä käytti yli 74-vuotiaista 21 %. Nykyään luku on reilusti kaksinkertaistunut. On arvioitu, että jopa 15 % tästä joukosta saa lääkkeen syönnistään merkittäviä haitallisia sivuvaikutuksia. (Linjakumpu, Hartikainen, Isoaho & Kivelä 2001.) Vanhusten lääkkeiden käyttöä on tutkittu muun muassa Liedossa 90-luvun alussa ja lopussa. Reseptilääkkeitä käytti vuosikymmenen alussa 78 % ja lopussa 88 %. Erityisesti kasvoi vanhimman ikäryhmän lääkkeiden käyttö. He käyttivät vuosikymmenen lopussa keskimäärin 6,8:aa reseptilääkettä. Monilääkittyjen määrä kasvoi yli 64-vuotiaiden ryhmässä 19 prosentista 25 prosenttiin, mutta vanhimmassa ryhmässä se yli kaksinkertaistui 23 prosentista 51 prosenttiin. (Jyrkkä, Hartikainen, Sulkava & Enlund 2006.)

Kuopion yliopiston tutkimuksen mukaan joka kolmas vanhus syö yli kymmentä lääkettä päivittäin. Kaksi kolmesta 75-vuotta täyttäneestä syö päivittäin yli kuutta lääkettä. Tutkimuksen mukaan laitoshoidossa olevat iäkkäät käyttävät selvästi enemmän lääkkeitä kuin kotona asuvat. Viimeisen viiden vuoden aikana lääkkeiden määrä on lisääntynyt huomattavasti niin kotona asuvilla kuin erityisesti laitoshoidossa olevilla vanhuksilla. Mitä enemmän iäkkäillä on käytössään lääkkeitä, sitä suurempi on lääkkeistä aiheutuvien haitta- ja yhteisvaikutusten riski. Monilääkitys ja lääkkeistä johtuva sekavuus alentavat vanhuksen toimintakykyä, aiheuttavat huimausta, pahoinvointia ja kaatumisia. (Linjakumpu, Hartikainen, Klaukka, Veijola, Kivelä & Isoaho 2002.)

Vanhusten lääkkeiden käytön ongelmien taustalla ovat potilaan alentunut lääkkeen sietokyky, monilääkitykseen (polyfarmasiaan) liittyvät lääkkeiden lisääntynyt sivuvaikutusriski sekä tarkkojen käyttöohjeiden noudattamisen vaikeudet. Polyfarmasiapotilaat ovat kaikista vanhimpia potilaita ja kaikista yleisintä polyfarmasia on vanhimmillä naisilla; keskimäärin yli 85-vuotiailla naisilla on käytössä 6,8 eri lääkettä. (Linjakumpu ym. 2002.)

Vanhusten käyttämistä lääkkeistä yleisimpiä ovat kohonneen verenpaineen ja sydänsairauksien hoitoon tarkoitettut lääkkeet, jotka ovat tyypillisiä reseptilääkkeitä. Niiden käyttö kasvaa selvimmin ikävälillä 70–80 vuotta. Toiseksi eniten lääkkeitä käytetään kiputilojen hoitoon; niiden käyttöön liittyy myös itselääkityksen lisääntyminen omine ongelmineen. Suurin ongelma on kuitenkin ikäihmisten psykelääkkeiden käyttö. Erityisesti masennuslääkkeiden ja nukahtamislääkkeiden osalta kulutus on kasvanut viimeisen vuosikymmenen aikana. Vielä 10 vuotta sitten Suomessa syötiin unilääkkeitä vähiten Pohjoismaista, nyt eniten Islannin jälkeen: noin 15 prosenttia ikäihmisistä käyttää niitä. (Läketietokeskus 2007.)

Suomalainen erityispiirre on neuroleptit eli vahvat harhaisuuslääkkeet, joilla yleensä hoidetaan psyykkisesti sairaita ihmisiä etenkin mielisairaaloissa. Täällä niitä määrätään enemmän kuin muissa Pohjoismaissa dementoituneiden vanhusten aggressiivisten tai harhaisten oireiden hallintaan. Joka neljäs yli 64-vuotias käyttää psykelääkettä ja 85-vuotiaista jo puolet; heistä lähes kolmannes ilman lääkärin tekemää selvää diagnoosia. Erityisen tavallista on saada rauhoitettava eli bentsodiatsepiinia johonkin oireeseen ilman diagnoosia. (Suomen geriatri 2007.)

Haitallisia hermostovaikutuksia on monilla muillakin eri lääkkeillä ja ne kuormittavat vanhusten vähentyneitä aivoresursseja, jolloin on suurentunut riski saada äkillisiä haittavaikutuksia, kuten sekavuutta. Dementoituneiden lääkityksessä olisikin tärkeää ensin vähentää aivojen kannalta haitallista muuta lääkitystä ennen kuin aloitetaan aivotoimintaa suojaava erillinen dementialääkitys. (Läketietokeskus 2007; Martin-Latry, Goumy, Latry, Gabinski, Begaud, Faure & Verdoux 2007.)

Kotona asuvat vanhukset lisäävät monilääkitystä usein ostamalla käsikauppalääkkeitä ilman, että keskustelevat siitä terveydenhoitohenkilön kanssa. Vanhusten käyttämistä käsikauppavalmisteista tavallisimpia ovat anti-inflammatoriset analgeetit eli niin sanotut tulehduskipulääkkeet kuten ibuprofeeni ja naprokseeni. Lisäksi vanhukset ostavat paljon suolen toimintaan vaikuttavia lääkkeitä ja erilaisia vitamiini- ja hivenainevalmisteita. Etenkin tulehduskipulääkkeet saattavat aiheuttaa yllättäviä haittavaikutuksia yhdessä muiden lääkkeiden kanssa. (Niemelä 2006.)

Ongelmia vanhusten lääkehoidossa aiheuttavat myös annettujen ohjeiden noudattaminen ja tarkoituksenmukainen lääkehoidon toteutus, mikä ei ole vanhuspotilailla niin itsestään selvää kuin työikäisillä. Monien selvitysten mukaan vain

noin joka kolmas yli 65-vuotias henkilö käyttää lääkitystä sovittujen ohjeiden mukaan. Alikäyttöä tiedetään esiintyvän tavallisimpien reseptilääkkeiden, kuten sydän- ja verenpainelääkkeiden kohdalla. Ylikäyttöä taas on havaittavissa eniten särkylääkkeiden, vitamiinivalmisteiden ja erilaisten ”vahvistavien” valmisteiden osalta. (Lääkelaitos 2007.)

Hoitomyyöntyvyyteen eli lääkkeiden käyttöön annettujen ohjeiden mukaan vaikuttavat varsin monet tekijät. Oikea käyttö on ongelmallista, jos päivittäin joudutaan käyttämään yli kolmea erityyppistä lääkevalmistetta. Muistin heikentyminen, lääkitysohjeiden väärinymmärrys, vaikeudet lääkepurkkien avaamisessa, puuttuva apu lääkkeiden annostuksessa ja joskus myös haluttomuus käyttää lääkkeitä ovat tavallisimpia lääkehoidon epäonnistumisen syitä iäkkäillä potilailla. (Suomen geriatri 2007.)

Lääkkeiden oikean käytön edistäminen edellyttää käytännössä hyvää yhteistyötä potilaan, hänen omaistensa ja terveydenhuoltohenkilöstön välillä. Lääkehoidosta ei vanhuspotilailla saa muodostua kaiken muun hoidon ohittava itsetarkoitus. Ihmiset sitoutuvat akuutin, lyhytaikaisen sairauden hoitoon paremmin kuin pitkäaikaisiin hoitoihin. Yleensä hoitoon sitoutumista parantaa, jos ihminen pääsee helposti hoitoon, jos hänelle syntyy hyvä hoitosuhde terveydenhuollon ammattilaisen kanssa ja jos hoidolla on jatkuvuutta. (Pitkälä & Savikko 2006.)

Yllättäen sellaisilla tekijöillä kuin ihmisen iällä, sukupuolella, sosioekonomisella asemalla, älykkyydellä, monilla persoonallisuuksien piirteillä ja koulutuksella on vain vähäinen yhteys hoitoon sitoutumiseen. Jotta ihminen jaksaisi sitoutua sairautensa hoitoon jopa loppuiäksi, hän tarvitsee ympärilleen tukiverkoston. Perheellä, ystävillä, työkavereilla sekä terveydenhuoltoalan ammattilaisilla on merkittävä vaikutus ihmisen hoitoon sitoutumiseen. Ammattihenkilöitä arvostetaan, heidän ammattitaitoonsa luotetaan ja heidän sanomisillaan ja asenteellaan on selkeä vaikutus ihmisen sitoutumiseen oman itsensä hoitamiseen. (Pitkälä & Savikko 2006.)

Lääkehoito vaatii hoitohenkilökunnan erityisosaamista aina kun lääkehoitoa toteutetaan riippumatta siitä, tapahtuuko lääkehoito potilaan kotona vai laitoksessa, ja riippumatta siitä, kuka lääkehoitoa toteuttaa. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä on laatinut valtakunnallisen oppaan lääkehoidon toteuttamisesta julkisissa ja yksityisissä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä. Turvallinen lääkehoito -oppaan tarkoituksena on yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteita, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen

liittyvää vastuunjakoa ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteutettavissa yksiköissä. Oppaan laatimisen taustalla olevat kehittämistarpeet liittyvät ennen muita lääkehoidon vastuukysymysten määrittämiseen eri toimialoilla, lupakäytäntöjen yhtenäistämiseen, työntekijöiden perehdyttämiseen sekä ennen kaikkea lääkehoidon osaamisen varmistamiseen ja ylläpitämiseen. (STM 2006.)

Läkehoidon osaamisen asiat, etenkin ongelmat siinä, ovat saaneet viime aikoina runsaasti negatiivista julkisuutta. Lääkehoito on keskeisimpiä potilasturvallisuuteen vaikuttavia asioita, ja muun muassa Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa on parhaillaan tutkinnan alaisena monta tapausta, jossa lääkehoitoa on toteutettu virheellisesti – pääasiassa tahattomasti. *Turvallinen lääkehoito* -opas onkin tarkoitettu kartoittamaan suurimmat ongelmakohdat kaikissa lääkehoitoa toteutettavissa yksiköissä ja antamaan suosituksia turvallisempaan lääkehoitoon.

TÄYDENNYSKOULUTUSTA TARVITAAN

Usein myös hoitohenkilökunta itse on tietoinen osaamisen puutteista ja on monien tutkimusten mukaan halukas lääkerekoulutukseen. Oili Veräjänkorvan väitöskirjan (2003) mukaan sairaanhoitajat eivät riittävästi tunnista lääkehoidon ongelmatilanteita ja potilasturvallisuutta uhkaavia tekijöitä omassa työympäristössään. He arvioivat raportoivansa tapahtuneet virheet, mutta eivät koe tarvetta keskustella yhteisesti työpaikalla ongelmia aiheuttavista tilanteista. Eniten ongelmia aiheuttavat lääkkeen annostelussa yksikönmuunnokset, vaikka koulutuksensa perusteella sairaanhoitajilla pitäisi olla hyvät matemaattiset taidot. Sairanhoitajat tarvitsevat teoreettisia lääkehoitotaitoja käytännön hoitotyössä.

Sairanhoitajien taitoja havainnoida lääkehoidon vaikuttavuutta tulee parantaa. Potilas tarvitsee ohjausta ymmärtääkseen lääkehoidon tarkoituksen ja selviytyäkseen kotioloissa mahdollisimman omatoimisesti. Myös lääkehoidon suullista ja kirjallista dokumentointia tulee kohentaa ja kehittää lääkehoidon tiedottamista, kun potilasta siirretään osastolta toiselle tai toiseen hoitolaitokseen tai kotiutetaan. Sairanhoitajat kokivatkin Veräjänkorven tutkimuksen mukaan tarvitsevansa lisäkoulutusta potilaan lääkehoidon ohjaamisessa, joka tänä päivänä helposti kuitataan mukaan annettavilla kirjallisilla ohjeilla tai pahimmassa tapauksessa kehoitetaan katsomaan purkin mukana tulevaa ohjetta.

Kirjallisella lääketiedolla on kuitenkin rajallinen vaikutus. EU edellyttää jäsenmailtaan kaikkiin lääkevalmisteisiin valmisteyhteenvedot eli kaikkiin lääkkeisiin kirjalliset ohjeet ja selostuksen lääkkeestä. Kirjallisen lääkeinformaation ja asiakkaiden arvostaman tiedon välillä näyttää olevan monien tutkimusten mukaan ristiriita. Asiakkaat arvostavat enemmän tietoa, joka on räätälöity juuri heidän tarpeisiinsa, ja vaikka kaikki tutkimukset korostavat kirjallisen informaation laadun ja luettavuuden merkitystä, koetaan terveydenhuollon ammattilaisten antama suullinen informaatio ensisijaiseksi. (Wahlroos 2007.)

Koulutuksen vaikutusta reumapotilaan lääkehoidossa on myös tutkittu sairaanhoitajilla ja tulosten mukaan sairaanhoitajien päätöksentekotaidot olivat tilastollisesti parantuneet koulutuksen jälkeen. Tutkimuksessa selvitettiin sairaanhoitajien lääkehoitotaitoja reumapotilaan hoitotyössä sekä täydennyskoulutuksen vaikutusta sairaanhoitajien lääkehoito-osaamiseen. Tutkimus suoritettiin kvantitatiivisena tutkimuksena, jossa aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Alku- ja loppumittauksien perusteella voitiin todeta, että sairaanhoitajien osaaminen oli loppumittauksessa monien taitoalueiden kohdalla alkumittauksia parempi. (Bergqvist & Ojala & Salonen & Savola 2005.)

Myös Grandell-Niemi (2005) on tutkinut sairaanhoitajien ja sairaanhoitajaopiskelijoiden lääkehoito-osaamista. Lääkelaskentataidot ja itse lääkehoitoprosessin sujuvuus edellyttävät hoitajien lisäkoulutusta. Samaten Grandell-Niemen tutkimuksen mukaan hoitajien farmakologisissa tiedoissa on parantamisen varaa. Lääkelaskentataito, lääkehoitoprosessin sujuvuus ja farmakologian riittävä tuntemus ovat kaikki niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen.

Pietikäinen (2004) on tutkinut kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoa työntekijöiden näkökulmasta. Kotihoidon työntekijät kokivat lääkehoidon monipuoliseksi ja osaamista vaativaksi tehtäväksi. Lisäksi lääkehoito liittyi jossakin muodossa lähes kaikkien kotihoidossa työskentelevien työntekijöiden tehtäviin. Kotihoidon lääkehoidossa oman osansa tuovat omaisten näkökulma ja asiakkaan itsenäinen asema, jotka kotihoidon työntekijän täytyy ottaa huomioon omassa työssään. Koulutuksen ja lisätiedon tarve tuli esille sekä omaisten ohjaamisessa, lääkkeiden annosteluissa, määräämisessä ja vastuukysymyksissä. (Pietikäinen 2005.)

LÄHTEET

Bergqvist N., Ojala T., Salonen E. & Savola A. 2005. Sairaanhoidajan lääkehoitotaidot reumapotilaan hoitotyössä – täydennyskoulutuksen vaikutus sairaanhoidajien lääkehoito-osaamiseen. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 40. Turku.

Grandell-Niemi, H. 2005. The Medication Calculation Skills of Nursing Students and Nurses. Developing a medication calculation Skills Test. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja. Turku.

Jyrkkä J, Hartikainen S, Sulkava R. & Enlund H. 2006. Vanhusten monilääkitys huolen aiheena – Tuloksia Kuopio 75+ -tutkimuksesta. Suomen Lääkärilehti 61 (9): 984–986.

Kivelä, S-L. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. WSOY: Helsinki.

Linjakumpu, Hartikainen, Klaukka, Veijola, Kivelä & Isoaho. 2002. Use of medication and polypharmacy are increasing among the elderly. *Journal of Clinical Epidemiology* 55 (8): 809–817.

Mikkonen J., Pölönen, S. & Vanttinen, N. 2005. Sairaanhoidajien lääkehoidon osaaminen Palokan terveydenhuollon kuntayhtymässä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Martin-Latry K., Goumy, M-P., Latry, P., Gabinski, C., Begaud, B., Faure, I. & Verdoux, H. 2007. Psychotropic drugs use and risk of heat-related hospitalisation. *European Psychiatry* 20: 1–4.

Niemelä, A. 2006. Vanhusten monilääkitys. *Mediuutiset* 1/2006.

Pietikäinen, T. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon asiakkaan näkökulmasta. Pro gradu -työ. Tampereen yliopisto. Tampere.

Pitkälä, K & Savikko, N. 2006. Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet, *Tabu* 6(5)25–28.

STM. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Yliopistopaino. Helsinki. Saatavilla myös sähköisenä www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/

Wahlroos, H. 2007. Kirjallisella lääketiedolla rajallinen vaikutus. Tabu 6 (4): 3–5.

Veräjänkorva, O. 2003. Sairaanhoidtajien lääkehoitotaidot. Lääkehoitotaitojen arviointimittari ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja. Turku.

ELEKTRONISET LÄHTEET

Lääkelaitos 2007. www.nam.fi/laaketieto.

Lääketietokeskus 2007. www.laaketietokeskus.fi/page.php.

Suomen geriatri 2007. www.gernet.fi/auto/opetus.

SAIRAANHOITAJA VANHUKSEN LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAJANA

Anni Lähde
Johanna Öyry

Sairaanhoitaja vanhuksen lääkehoidon toteuttajana -opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää yleisimpiä lääkkeitä vanhustenhoitolaitoksissa Salossa, tarkastella sairaanhoitajien lääkehoitotaitoja ja pohtia vanhusten lääkekustannuksia. Opinnäytetyön tehtävänä oli saada tietoa vanhusten lääkityksen tämänhetkisestä tilanteesta ja sen kautta muuttaa vanhusten lääkehoitoa paremmaksi. Tutkimus on osa VALO-projektia, joka on Salossa toteutettava kehittämishanke ja jonka tarkoituksena on optimoida vanhusten lääkehoito ja parantaa palveluiden laatua.

VANHUSTEN HYVÄ LÄÄKEHOITO

Lääkehoidon päätavoitteena on vanhuksen hyvinvoinnin ja itsenäisyyden tukeminen. Lääkehoidon tarkoituksena ei ole pelkästään parantaa sairauksia, vaan parantaa elämänlaatua, hidastaa sairauden pahenemista ja etenemistä sekä lieventää oireilua. Hyvä lääkehoito perustuu siihen, että jo lääkkeen määräämisvaiheessa erotetaan normaalin vanhenemisen tuomat muutokset ja todellinen sairaus toisistaan. (Kivelä 2005b, 15, 20; STM 2005 [Viitattu 19.9.2007]; Vallejo Medina ym. 2005, 325).

Vanhusten hyvän lääkehoidon toteuttaminen vaatii monien eri tahojen yhteistyötä. Jotta vanhusten hyvä ja turvallinen lääkehoito toteutuisi, vaatii se paljon erityisosaamista eri alojen ammattilaisilta. Onnistuneen lääkehoidon edellytyksenä on riittävä tieto lääkehoidon peruseräaatteista, kuten lääkkeen vaikutuksen havaitsemisesta. (Kivelä 2005a, 7–9; Veräjänkorva 2003, 12.) Erityisen tärkeää on myös eri ammattialojen välinen yhteistyö lääkehoidon toteuttamisessa ja sairaanhoitajan raportointi lääkärille havainnoistaan. Lääkehoito on terveydenhuollon toimintaa, jota toteuttavat lääkehoidon koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattihenkilöt. Lääkäri määrää lääkehoidon, jota terveydenhuol-

lon ammattihenkilöt toteuttavat määräysten mukaisesti. (Kivelä 2005b, 15, 20; STM 2005 [viitattu 19.9.2007].)

VANHUSTEN LÄÄKEHOIDON ONGELMIA

Sairauksien yleistyminen iän myötä ja eliniän piteneminen tuovat ongelmia vanhusten lääkehoitoon. Osa vanhuksista on monisairaita ja tämä vaatii hoitohenkilökunnalta kokonaisvaltaisen hoitotyön ymmärtämistä, lääkehoidon sujuvaa toteuttamista sekä yhteistyöstä potilaan hoitoon liittyvien eri tahojen kanssa. Optimaalisen lääkehoidon saavuttaminen ja ylläpitäminen vaativat terveydentilan ja lääkityksen säännöllistä arviointia, jossa pyritään huomioimaan ensisijaisesti monilääkityksen aiheuttamia lääkehaittoja. (Jyrkkä, Hartikainen, Sulkava & Enlund 2006, 28–30; Von Koch 2007, 34–35.)

Vanhusten lääkehoidon yleisimpiä ongelmia ovat useiden lääkkeiden samanaikainen käyttö eli polyfarmasia ja siitä johtuvat lääkkeiden haitalliset yhteisvaikutukset. Jyrkkä ym. (2006) tutki kuopiolaisten vanhusten (n=339) lääkkeiden käyttöä vuosina 1998 ja 2003. Monilääkittyjä vanhuksia oli vuonna 1998 joka toinen ja vuonna 2003 kaksi kolmesta. Keskimääräinen lääkemäärä oli 6,3–7,5 lääkettä, laitoshoidossa olleilla tutkittavilla lääkemäärä oli 7,5–10,9. Joissain tutkimuksissa on todettu, että 40 %:lla hoitolaitosten potilaista on ainakin yksi virheellinen lääkitys. Useimmiten virheellisyyttä tapahtuu annostuksessa. (Johansson 2001, 8; Jyrkkä ym. 2006, 28–30.)

Ikääntyessä ihmisen ruumiissa tapahtuu monia muutoksia, jotka vaikuttavat vanhuksen hyvään ja onnistuneeseen lääkehoitoon. Ikääntyessä lääkkeiden kulun vaiheet ja lääkkeiden vaikutukset elimistössä muuttuvat. Keskeisiä muutoksia ikääntymisessä ovat elintoimintojen ja elinten hidastuminen, kuivuminen ja rasvoittuminen, jotka kaikki vaikuttavat lääkeaineiden kulkuun elimistössä. Iän myötä tulevat muutokset johtavat ennen pitkää siihen, että lääkeaineiden vaikutukset elimistössä kestävät pitempään ja saattavat tehostua hyvinkin voimakkaasti. Lääkkeiden sietokyky vähenee ikääntyessä ja haittavaikutukset lisääntyvät ja ne saattavat olla hyvinkin erilaisia kuin työikäisillä. Koska vanhuksilla on käytössään useita eri lääkkeitä, myös vaarallisten yhteisvaikutusten riski kasvaa. Tämä on erittäin suuri ongelma vanhusten lääkehoidossa. (Kivelä 2005a, 20; Kivelä 2005b, 33; Veräjänkorva ym. 2006, 63.)

Maaailman terveysjärjestö WHO on 1980-luvulla laatinut yleisiä suosituksia lääkeannoksista ja lääkkeiden käytöstä. On suositeltu, että 75–80-vuotiailla ei pi-

täisi olla käytössä yhtäaikaaisesti enempää kuin kolmesta neljään lääkeainetta. Yli 74-vuotiaista suomalaisista vanhuksista melkein 40 % käytti vähintään viittä reseptilääkettä samanaikaisesti (Klaukka & Rajaniemi 1996). Laitoshoidossa olevista 70–89-vuotiaista vanhuksista lähes kaikki käyttävät reseptilääkkeitä ja lähes 97 prosentilla heistä on ainakin yksi pitkäaikaissairaus (Johansson 2001). Joka kymmenes 75 vuotta täyttäneistä käyttää vähintään kymmentä lääkettä samanaikaisesti. Yli kolmen lääkkeen yhtäaikaisen käytön katsotaan lisäävän lääkehoidon epäonnistumista. Vanhusten lääkemäärä perustuu siihen, että vanhukset sairastavat muuta väestöä enemmän ja heillä on muita ikääntymiseen liittyviä vaivoja enemmän kuin muulla väestöllä. Suositusten mukaan lääkeannostuksen tulee olla yksilöllinen ja vähintään puolet keski-ikäisen annostuksesta. Lääkkeellinen hoito tulee aloittaa mahdollisimman pienellä annostuksella ja lääkemäärän nostaminen tulee tehdä hitaasti. (Johansson 2001, 10, 55; Kivelä 2005, 33–34; Lumme-Sandt 2002, 14–15; Vallejo Medina ym. 2005, 323.)

HOITAJAN VASTUU VANHUksen LÄÄKEHOIDON TOTEUTUKSESSA

Sairaanhoitaja vastaa työssään lähes kaikesta lääkehoidon toteutuksessa. Tutkimuksissa on todettu lääkehoitoon liittyvien käytäntöjen olevan yhtenäisiä ja lääkehoidon osaamisen olevan puutteellista (Veräjänkorva 2003, 18). Opiskeluaikana lääkehoidon opettamiseen tulee kiinnittää erityisesti huomiota. Grandell-Niemen (1997) tutkimuksesta kävi ilmi, että opiskelijoiden aritmeettiset ja käsitteelliset taidot olivat puutteellisia. Sairaanhoitajaopiskelijat (n = 180) eivät kokeneet lääkelaskennan opetusta kovinkaan innostavaksi eivätkä tarpeeksi selkeäksi. Varsinaisen lääkelaskennan opetus keskittyi liikaa opiskelujen alkuvaiheeseen. Sekä opiskelijoilla että kokeneilla sairaanhoitajilla on ongelmia lääkelaskentataidoissa ja lääkehoidossa tekemiensä virheiden tunnistamisessa. (Grandell-Niemi 2005, 40–43; Veräjänkorva & Leino-Kilpi 1998, 26.)

Lääkehoito vaatii sairaanhoitajalta osaamista, tarkkuutta ja huolellisuutta. Potilasturvallisuuden tulee olla koko ajan läsnä työskenneltäessä lääkkeiden kanssa. Potilaiden lääkehoidon turvallisuudessa on kuitenkin havaittu puutteita. Raportoituja virheitä on melko vähän, mutta todellisuudessa virheet ovat kymmenkertaiset. Lääkehoidossa tapahtuu virheitä joka päivä kaikissa lääkehoitoprosessin vaiheissa, kuten lainsäädännön ja ohjeistuksen tuntemisessa, lääkelaskentataidoissa, lääkkeiden vaikutusten tunnistamisessa ja lääkkeiden annosteluun liittyvien mittasuhteiden ja määreiden hahmottamisessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005; Veräjänkorva 2003, 18–19.) Lähes puolet virheistä tapahtui lääkehoidon toteuttamisen yhteydessä ja tavallisin virhe tapahtui lääkkeen an-

nostelun yhteydessä Lopesin (1998) tutkimuksen mukaan. Hoitajien omien käsitysten mukaan lääkehoidon virheet tapahtuvat esimerkiksi lääkemääräysten kirjaamisessa ja tarkistamisessa sekä lääkejaon yhteydessä. (Rangel & Cassian 2000.)

Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa. Täydennyskoulutuksen kautta terveydenhuollon ammattihenkilölle taataan ammattipätevyuden säilyttäminen ja uusien tietojen ja taitojen oppiminen. Työnantajan tulee antaa työntekijälle mahdollisuudet osallistua tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559 [viitattu 14.1.2007].)

LAITOSHOIDON LÄÄKEKUSTANNUKSIA

Lääkekustannukset ovat nousseet vuositasolla 10–12 prosenttia. Terveydenhuollon kokonaiskustannukset ovat kohonneet 40 miljardia euroa vuodesta 1960 vuoteen 1997. Yli 40 % näistä kustannuksista muodostui laitoshoidossa. Ylimääräiset lisäkustannukset katsotaan hyväksyttäväksi, jos lääkehoidon hyödyt ovat riittävät. Näin on esimerkiksi silloin, kun elinvuodet lisääntyvät, elämänlaatu paranee tai kalliimmalla lääkehoidolla pystytään säästämään muissa terveydenhuoltomenoissa. (Johansson 2001, 3–4, 9; Veräjänkorva ym. 2006, 13–14.)

Vanhusten lääkehoito ei itsessään ole muuttunut, mutta haittavaikutuksiin on ruvettu kiinnittämään enemmän huomiota ja tätä kautta siirrytty kalliimpiin, haittavaikutuksiltaan pienempiin lääkevalmisteisiin. Vanhukset muodostavat jatkuvasti kasvavan osuuden Suomen väestöstä. Suomalaiset yli 65-vuotiaat käyttävät 40 prosenttia lääkkeistä ja muista terveydenhuollon palveluista. Vuonna 2006 lääkehoidon kustannukset olivat korkeimmillaan 80–84-vuotiailla. (Johansson 2001, 1–2, 6–7.) Laitoksissa asuvat vanhukset käyttävät muita vanhuk-
sia enemmän lääkkeitä (O'Neill 1999). Kuukausittaisten lääkekustannusten arvioidaan olevan laitoshoidossa noin kolminkertaiset kotona asuviin vanhuksiin verrattuna. Syiksi näihin katsotaan laitostumisen tuoma lääkityksen tarve ja entistä sairaammat ja iäkkäämmät vanhukset. (Johansson 2001, 10–11.)

Läkehoidon karsimisella voidaan saavuttaa taloudellisesti ja hoidollisesti etuja laitoshoidon kustannusongelmissa. Jopa puolet kustannusten noususta voidaan estää tehostetulla lääkkeiden farmaseuttisella tarkkailulla. Myös tehostamalla lääkkeiden annosjakelua ja käyttämällä suuria yhteiseen jakeluun soveltuvia annospakkauksia laitoshoidossa olevien vanhusten lääkekustannuksia voidaan vähentää. (Johansson 2001, 11–13.)

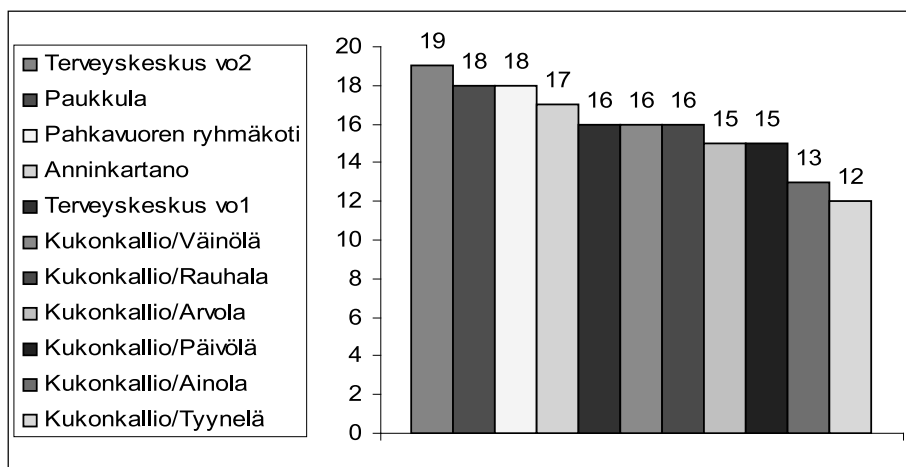
TUTKIMUSMENETELMÄT

Kohderyhmänä tutkimuksessa oli Salon eri pitkäaikaishoitolaitosten lääkelistat (N = 245) Kukonkalliosta, Pahkavuoresta, Paukkulasta, Anninkartanosta ja terveyskeskuksen vuodeosastoilta. Anninkartano ja Pahkavuori ovat tehostetun palveluasumisen yksiköitä. Salon kaupungin kaksi vanhainkotiä ovat Kukonkallion vanhainkoti ja Paukkulakoti, joka toimii myös palvelukeskuksena. Kukonkallio on vanhainkoti, joka on myös Salon suurin vanhustenhoitolaitos, ja asukkaita siellä on 122. Osastoja on kuusi ja niiden asukasmäärä vaihtelee 12:sta 29:ään. Kaikki osastot ovat niin sanottuja hoivaosastoja. Tutkittavina olivat lääkelistat myös terveyskeskuksen kahdelta vuodeosastolta, joissa on yhteensä 100 vuodepaikkaa. Potilasaines näillä osastoilla koostuu potilaista, jotka eivät pärjää kotona, mutta eivät tarvitse erikoissairaanhoidoa.

Aineiston keräsi laitosten hoitohenkilökunta syksyn 2006 aikana ja se saatiin valmiiksi tulostettuna. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikutti se, että kyseessä oli suuri otos ja että lääkelistat olivat ammattihenkilöiden keräämät, minkä vuoksi voidaan ajatella, että listat on kerätty luotettavasti. Luotettavuuteen negatiivisesti vaikutti se, että lääkelistoissa oli jonkin verran kirjoitusvirheitä, mikä vaikeutti niiden tulkintaa. Tutkimuksen eettiset näkökohdat on huomioitu siten, että lääkelistoissa olleiden vanhusten nimet ja myös sukupuoli jäivät anonyymeiksi.

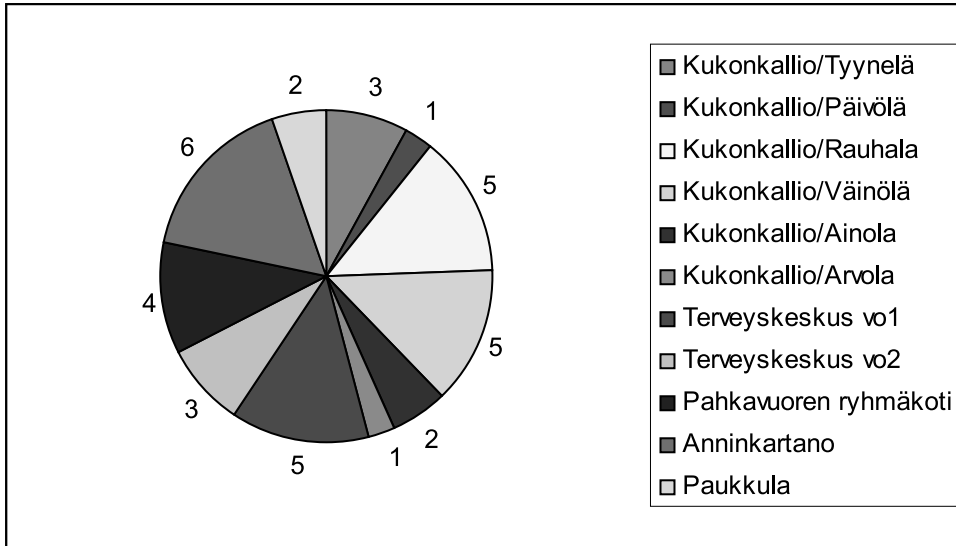
TUTKIMUSTULOKSET

Lääkemäärät vaihtelivat hoitolaitoksittain. Jokaisessa hoitolaitoksessa suurin lääkemäärä oli vähintään 12 lääkettä potilasta kohden. Terveyskeskuksen vuodeosastolla havaittiin suurin lääkemäärä, mikä oli 19 lääkettä potilasta kohti.



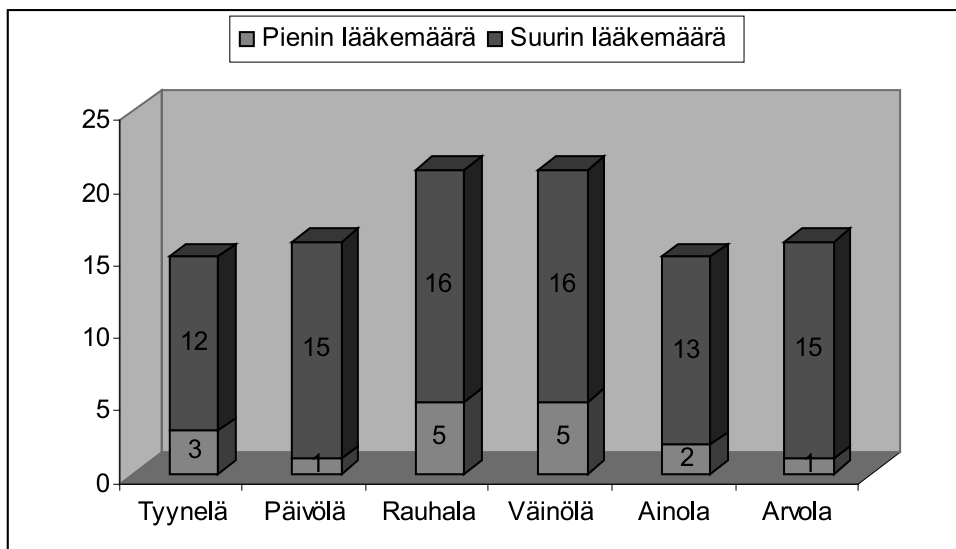
KUVIO 1. Suurin lääkemäärä hoitolaitoksittain.

Kahdella Kukonkallion osastolla, Päivölässä ja Arvolassa, oli vain yksi lääke listalla potilasta kohden. Yhdessä laitoksista pienin lääkemäärä potilaalla oli kuusi lääkettä, mikä ylittää suositukset reilusti. (KUVIO 2.)



KUVIO 2. Pienin lääkemäärä hoitolaitoksittain.

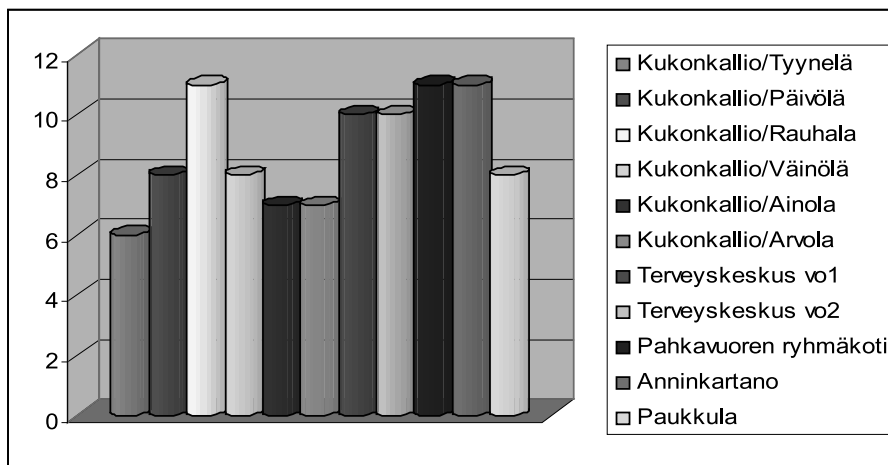
Kuviossa 3 on eriteltyä Kukonkallion eri osastojen pienimmät ja suurimmat lääkemäärät. Päivölässä ja Arvolassa oli käytössä pienin lääkemäärä, joka oli vain yksi lääke ja Rauhala ja Väinölässä suurin lääkemäärä yhdellä vanhuksella oli jopa 16 lääkettä. (KUVIO 3.)



KUVIO 3. Kukonkallion vanhainkodin osastojen pienimmät ja suurimmat lääkemäärät.

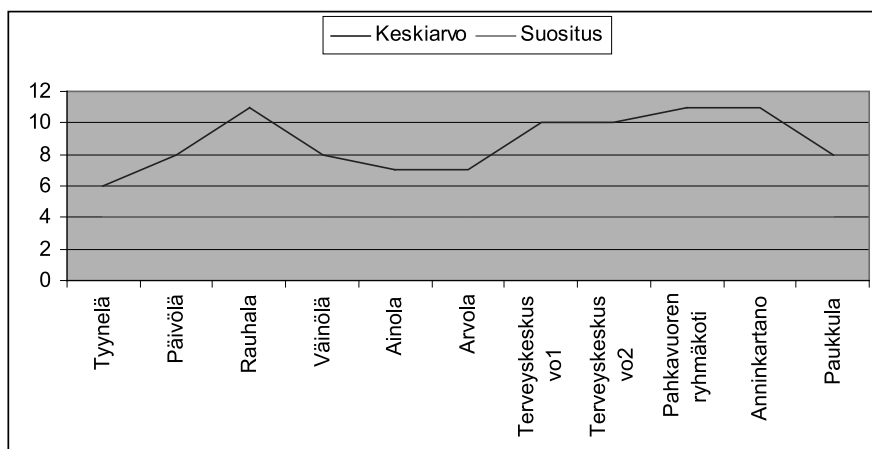
Yleisin lääkemäärä tutkituissa hoitolaitoksissa oli viisi lääkettä yhdellä vanhuk-
sella. Alle neljää lääkettä, neljä mukaan lukien, käytti 29 vanhusta kaikista Sa-
lon pitkäaikaishoitolaitoksista. Tämä tarkoittaa sitä, että vain 12 % vanhuksista
käytti lääkkeitä suositellun määrän mukaan.

Keskimäärin lääkkeitä käytettiin eniten yhtä vanhusta kohden Kukonkallion Rau-
halassa, Pahkavuoren ryhmäkodissa ja Anninkartanossa. Selkeästi keskiarvoa aja-
tellen pienimmät lääkemäärät olivat Kukonkallion Tyynelässä. (KUVIO 4.)



KUVIO 4. Keskimääräinen lääkekulutus yhdellä vanhukseilla hoitolaitoksittain.

Suosittelua lääkemäärä vanhukseilla on enintään neljä lääkettä yhtäaikaissessa käy-
tössä. Kuten kuviosta 5 näkyy, keskiarvot ovat kuitenkin paljon korkeampia,
eikä yksikään laitos pääse suositusten tasolle lääkemäärissä. (KUVIO 5.)



KUVIO 5. Lääkkeiden keskiarvot verrattuna suositusmääriin.

Taulukossa 2 on esitelty lääkelistojen määrät, jotka ylittävät suosituksen, joka on enintään neljä lääkettä yhdellä vanhuksella samanaikaisessa käytössä. Taulukossa on verrattu näitä lukuja lääkelistojen kokonaismääriin.

TAULUKKO 2. *Hoitolaitoksittain suositukset ylittäneiden lääkelistojen lukumäärät suhteessa kaikkiin listoihin.*

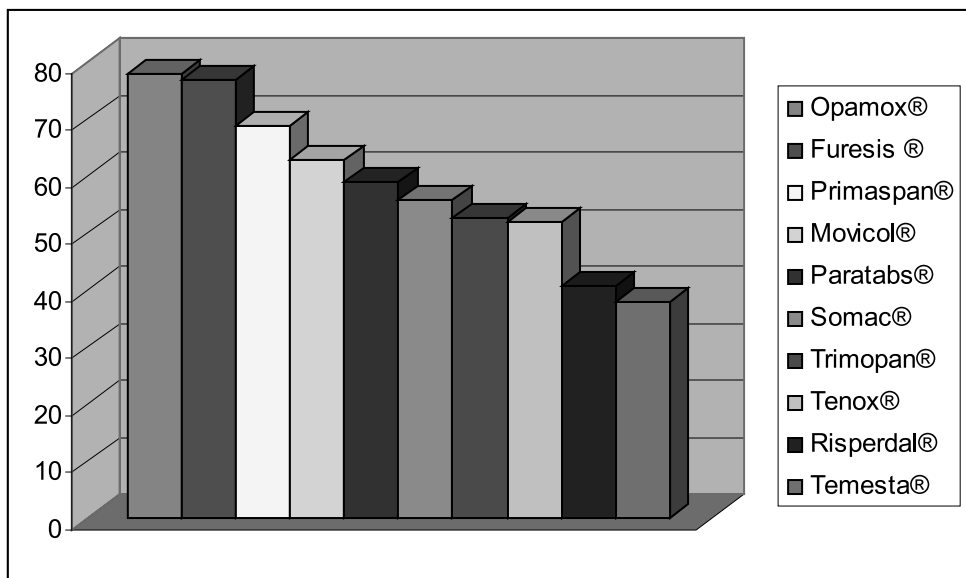
Hoitolaitokset	Suosituksien ylittäneiden lääkelistojen lukumäärä	Läakelistöjen lukumäärä yhteensä
Kukonkallio/Tyynelä	7	10
Kukonkallio/Päivölä	27	29
Kukonkallio/Rauhala	13	13
Kukonkallio/Väinölä	18	18
Kukonkallio/Ainola	19	24
Kukonkallio/Arvola	16	20
Terveyskeskus vo 1	18	18
Terveyskeskus vo 2	28	32
Pahkavuoren ryhmäkoti	29	30
Anninkartano	11	11
Paukkulakoti	25	33

Yleisimmät käytössä olevat lääkkeet vanhusten laitoshoidossa Salossa

Kuviosta 6 käy ilmi, että yleisimpänä lääkkeenä käytössä oli Opamox[®], joka kuuluu bentsodiatsepiineihin ja sitä käytetään rauhoittavana lääkkeenä. Opamox[®] oli suosittu jokaisessa tutkitussa hoitolaitoksessa, vaikkakin määrällisesti oli vaihtelua. 32 % Salon hoitolaitosten vanhuksista käytti lääkettä säännöllisesti. Suosittuja lääkkeitä olivat myös Tenox[®] ja Temesta[®], joita käytetään sekä rauhoittavana- että unilääkkeenä.

Tenox oli listalla 21 %:lla ja Temesta 16 %:lla vanhuksista. Nesteenpoistolääke Furesis[®], joka oli käytössä 31 prosentilla, kuuluu lyhytvaikutteisiin diureetteihin. Vanhuksista 28 % käytti tulehduskipulääkkeisiin kuuluvaa Primaspania[®], joka vaikuttaa myös veren hyytymiseen. Hoitolaitosten potilaista 26 %:lla oli käytössään Movicol[®], joka on osmoottinen ulostuslääke. Kipulääkkeenä käytetty Para-Tabs[®] sijoittui listalla viidenneksi. Somac[®], jota käytetään vatsansuojalääkkeenä, oli myös melko yleinen. Noin viidesosalla vanhuksista oli käytössään Trimopan[®], joka on antibiootti, mutta jota käytetään myös virtsatieinfektion ehkäisyyn. Hyvin yleinen oli toisen polven psykoosilääkkeisiin lukeutuva Ris-

perdal®, joka oli käytössä noin 17 prosentilla. Lääkevalmisteiden tarkennukset ovat Nurmisen kirjasta Lääkehoito (2004).



KUVIO 6. Yleisimmin käytössä olevat lääkkeet ja niitä käyttäneiden vanhusten lukumäärät.

LÄHTEET

Grandell-Niemi, H. 2005. The Medication calculation skills of nursing students and nurses. Turku: Turun yliopisto.

Johansson, T. 2001. Lääkekustannukset pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevilla vanhuksilla. Sosiaalifarmasian laitos. Pro Gradu. Kuopion yliopisto.

Jyrkkä, J., Hartikainen, S., Sulkava, R., Enlund, H. 2006. Vanhusten monilääkitys huolen aiheena. Tuloksia Kuopio 75+ -tutkimuksesta. Sairaanhoitaja 4/2006, vol. 79.

Kivelä, S-L. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. 1–2. painos. WSOY.

Kivelä, S-L. 2005. Vanhusten lääkehoito. Jyväskylä: Gummerus.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. [Viitattu 18.10.2007]. Saatavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lumme-Sandt, K. 2002. Ikäihmiset ja lääkkeiden käytön moninaiset maailmat. Tampere: Tampereen yliopisto.

Nurminen, M-L. 2004. Lääkehoito. 4–6. painos. Juva: WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Oppaita 2005:32. [Viitattu 18.09.2007] Saatavissa <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/6044/index.htm>

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V., Kivelä, S-L. 2005. Vanhustenhoito. WSOY

Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H-S. & Torniainen, K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. 1. WSOY.

Veräjänkorva, O., Leino-Kilpi, H. 1998. Lääkehoito ja sen opetus. Empiirinen tutkimus hoito-opin opettajien näkemyksistä valmiuksistaan ja toteutuneesta opetuksesta. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Turku: Turun yliopisto.

Veräjänkorva, O., Leino-Kilpi, H. 2003. Lääkehoidon opetus hoitotyön opettajien arvioimana. Hoitotiede Vol. 15, no 1. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Veräjänkorva, O. 2003. Sairaanhoitajien lääkehoitotaidot. Lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen. Turku: Turun yliopisto.

Von Koch, R. 2007. Lääkehoidon kehittämisestä vanhuspsykiatrisella osastolla. Sairaanhoitaja 6–7/2007, 34–35.

SAIRAAHOITAJIEN VALMIUS TUNNISTAA SEROTINIINIOIREYHTYMÄ

Annastiina Sonck
Maria Salonen

Tämä VALO-projektiin kuuluva opinnäytetyö käsittelee vanhusten lääkkeitä ja siinä esiintyviä ongelmia. Opinnäytetyön tarkoitus on kuvailla, miten sairaanhoitajat tunnistavat serotoniinioireyhtymän, joka on yleistymässä vanhuksilla lääkkeiden käytön lisääntyessä. Tavoitteena on saada tietoa sairaanhoitajien lääkeosaamisesta ja lisätä vanhusten lääkehoidon turvallisuutta. Survey-tutkimus suoritettiin Salon terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Informoitu ja kontrolloitu kysely suunnattiin sairaanhoitajille (n = 19).

Aikaisempiinkin tutkimuksiin perustuen serotoniinioireyhtymä on vielä uusi ja vieras asia, johon on vasta lähivuosina alettu kiinnittää enemmän huomiota. Tutkimuksessa selvisi, että serotoniinioireyhtymä on vieras asia myös Salon terveyskeskuksessa. Tutkimustulosten perusteella koulutuksen lisääminen on sairaanhoitajien mielestä paras keino serotoniinioireyhtymän tunnistamisen parantamiseen. Koulutuksissa olleet hoitajat voisivat jakaa oppimaansa tietoa enemmän esimerkiksi osastokokouksissa. Vanhusten lääkelistojen tarkistamisen periaatteiden painottaminen on myös tärkeää.

Vanhusten määrä Suomessa kasvaa koko ajan ikärakenteen muuttuessa. Väestön ikääntyminen on Suomessa suurempaa kuin muissa maissa. (Parjanne 2004 [Viitattu 16.4.2007].) WHO:n suositukset korkeintaan 3–4 lääkkeen käytöstä vanhuksilla ylittyvät huimasti monella (Kivelä 2004, 11).

Suomessa on tutkittu sairaanhoitajien ammatillista osaamista. Eskola ja Paloposki (2001) ovat tutkimuksessaan todenneet, että vastavalmistuneiden sairaanhoitajien teoreettiset taidot ovat heikoimpia. (Eskola & Paloposki 2001, 1.) Veräjänkorvan (2003) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien lääkehoitotaidot ovat yleisesti hyvät, mutta säädösten noudattamista ja lääkehoidon kirjaamista on parannettava. (Veräjänkorva 2003 [Viitattu 18.3.2008].)

Mustajoki (2005) on tutkinut hoitoon liittyviä virheitä HYKSin Peijaksen sairaalassa. Projektiin osallistui HYKSin Peijaksen sairaalasta kymmenen osastoa. Ilmoitettavien poikkeamien osa-alueet olivat yleispoikkeamat, lääkitysvirhepoikkeamat ja tapaturmapoikkeamat. Huhti-heinäkuun 2004 aikana tehtiin yhteensä 210 poikkeamailmoitusta. Suurin osa poikkeamista oli lääkitykseen liittyvää. (Mustajoki 2005, 2623–2625.) Suurin osa lääkevirheistä (88 %) ei ollut merkityksellisiä. (Mustajoki 2005, 2623–2625.)

Vanhenemisen muutokset ja monilääkitys lisäävät vanhusten lääkkeiden haitta-vaikutusten riskiä. (Kivelä, Puustinen & Nurminen 2005 [Viitattu 26.3.2008].) Suomalaisissa tutkimuksissa monilääkitys tarkoittaa yli viiden lääkkeen yhtäaikaista käyttöä. Vanhusten monilääkitystä on tutkittu Suomessa jonkin verran. (Linjakumpu, Hartikainen, Klaukka, Veijola, Kivelä & Isoaho 2002, 4102–4104; Jyrkkä, Vartiainen, Hartikainen, Sulkava & Enlund 2006, 163–167.)

SEROTINIINIOIREYHTYMÄ

Serotoniini on kudoshormoni ja aivojen välittäjäaine. (MedicineNET 2003 [Viitattu 5.12.2007].) Serotoniini vaikuttaa mielialaan. (Rosling [viitattu 5.12.2007].) Masennukseen käytettävät SSRI-lääkkeet ja MAO-inhibiittorit voivat yhdessä esimerkiksi tiettyjen vahvojen kipulääkkeiden kanssa aiheuttaa serotoniinioireyhtymän. (Nurminen 2004, 264–266.) Serotoniinioireyhtymä on myrkytystila, jonka aiheuttaa lääkkeistä johtuva, keskushermostossa oleva liika serotoniini (Laine 2005, 56–61). Serotoniinivaikutus perustuu potentioituvaan yhteisvaikutukseen, eli kaksi tai useampi lääke vaikuttaa haitallisesti samaan elinjärjestelmään. Serotoniinioireyhtymä on vaarallinen tila, joka voi pahimmillaan johtaa kuolemaan (Laine 2005, 56–61).

Serotoniinioireyhtymässä esiintyy autonomisia, neurologisia sekä kognitio- ja käyttäytymisoireita. Oireita on oltava vähintään kolme, jotta voidaan puhua serotoniinioireyhtymästä. (Kivelä 2004, 86–89.) Serotoniinioireyhtymän kliininen kuva voi vaihdella. Autonomisia oireita ovat pulssin kiihtyminen, kuume, verenpaineen nousu ja hikoilu. (Kivelä 2004, 86–89). Neurologisia eli hermosto- ja lihasoireita ovat mm. tärinä, vapina, kouristukset ja puhevaikeus. Kognitio- ja käyttäytymisoireita ovat sekavuus, kiihtyneisyys, tajunnantason muutokset tai tajuttomuus (Kivelä 2004, 86–89). Vakavampia serotoniinioireyhtymän oireita voivat olla sydämen rytmihäiriöt, rabomyoosi, (Journal of Emergency Nursing [Viitattu 6.12.2007]), hengityslama, munuaisten vajaatoiminta, DIC-vuototaipumus ja ARDS. (McDaniel 2001, 870–873.)

Serotoniinioireyhtymän hoito on oireenmukaista. (Journal of Emergency Nursing [Viitattu 6.12.2007].) Hoitoon kuuluu muun muassa pyrkimys elimistön mahdollisen korkean lämpötilan laskuun. (Elonen ym. 2006, 460–461). Suomensisäisestä nesteytyksestä huolehditaan, koska serotoniinioireyhtymäpotilas voi olla kuivunut. (Journal of Emergency Nursing [viitattu 6.12.2007].) Hoidossa on tärkeää elintoimintojen tarkka monitorointi ja seuranta. Näin pystytään heti reagoimaan oireisiin. (McDaniel 2001, 870–873). On varauduttava teho- tai hengityskonehoitoon. Lääkkeitä käytetään hillitsemään serotoniinioireyhtymän oireita. Näitä lääkkeitä on lääkehiili, serotoniinin vastavaikuttajat, diatsepaami ja lihasrelaksantit. (Elonen, Mäkijärvi & Vuoristo 2006, 461.)

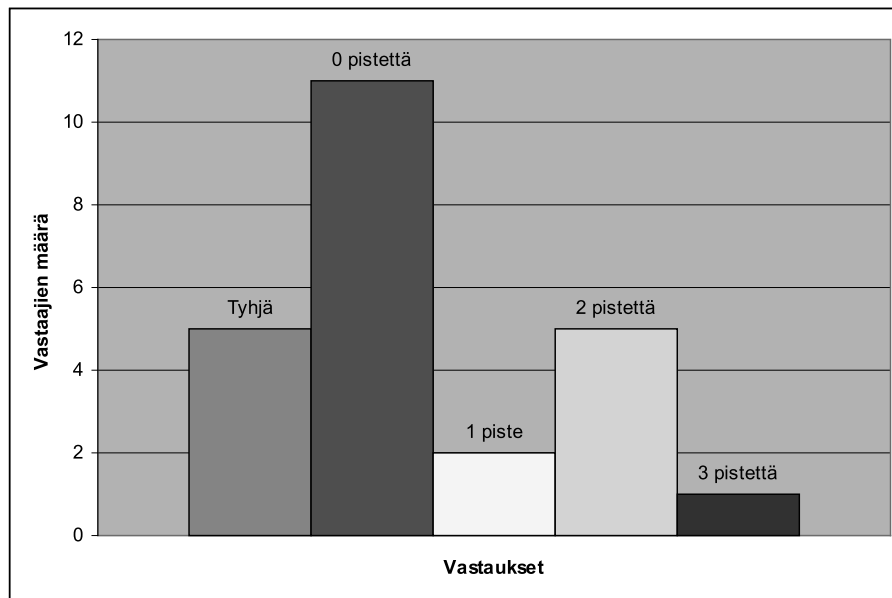
Serotoniinioireyhtymä on todennäköisesti aika yleinen, mutta se tunnetaan todella huonosti vanhustenhuollossa. Oireyhtymä pitäisi tunnistaa, ehkäistä ja poistaa paljon paremmin. (Kivelä 2004, 90.) Parhaillaan lääketieteen asiantuntijat kouluttavat lääkäreitä serotoniinioireyhtymästä. (Journal of Emergency Nursing [Viitattu 6.12.2007].) Tutkimuksissa on todettu, että lääkärinkään eivät tunnista hyvin serotoniinioireyhtymää. (Pringle 2007 [viitattu 18.3.2008].) Myös sairaanhoitajilta odotetaan, että heillä on riittävästi ammattitaitoa tunnistaa serotoniinioireyhtymä. (Journal of Emergency Nursing [Viitattu 6.12.2007].)

Vanhusten monilääkityksen lisääntyessä on ennustettavissa, että serotoniinioireyhtymä tulee yleistymään. (Kivelä 2004, 88, 89.) Serotoniinioireyhtymän todellinen esiintyvyys voi olla liian vähän raportoitua, koska oireet voidaan yhdistää väärään syyhyn. Helppoimpia serotoniinioireyhtymätapauksia ei välttämättä huomata. Parempi tietoisuus lääkeyhdistelmistä, jotka voivat johtaa serotoniinioireyhtymän syntyyn, voisi saada aikaan oireyhtymän ennaltaehkäisyn. Ennaltaehkäisyä kuitenkin vaikeuttaa se, että serotoniinioireyhtymää aiheuttavien lääkkeiden listaan kuuluu myös käsikauppatavaratuotteita ja yrttivalmisteita. (Pringle 2007 [Viitattu 18.3.2008].)

TULOKSET

Terveyskeskuksen vuodeosaston sairaanhoitajista 19 vastasi kyselyyn. Vastaajien keski-ikä oli 40 vuotta ja heillä oli työkokemusta keskimäärin 14 vuotta. Lähes kaikki vastaajat ($f = 16,83$ %) olivat vakituisia työntekijöitä. Yli puolet ($f = 13, 71$ %) hoitajista oli käynyt lääkehoidon koulutuksissa 2–3 kertaa viimeisen viiden vuoden aikana. Suurin osa hoitajista ($f = 12, 63$ %) oli sitä mieltä, ettei serotoniinioireyhtymästä ollut puhuttu osastolla. Sairaanhoitajia pyydettiin kuvailemaan serotoniinioireyhtymän oireita. Suurin mahdollinen pistemäärä oli 12.

Jokaisesta yhdestä oikeasta vastauksesta sai yhden pisteen. Vääristä vastauksista ei otettu miinuspisteitä. Yli puolet vastaajista ($f = 11$, 58 %) sai 0 pistettä, kun kysyttiin serotoniinioireyhtymän oireista. (KUVIO 1.)



KUVIO 1. Sairaanhoidajien ($n = 19$) kuvailut serotoniinioireyhtymän oireista.

Sairaanhoidajia pyydettiin arvioimaan, onko serotoniinioireyhtymä kiireetön vai kiireellinen tila. Oikea vastaus on kiireellinen tila. Molempia vastauksia tuli yhtä paljon. Osa sairaanhoidajista ($f = 3$, 16 %) jätti kokonaan vastaamatta tähän kysymykseen.

Edelleen selvitettiin sairaanhoidajien tietämystä siitä, miten serotoniinioireyhtymä syntyy ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat (kysymys 8). Suurin mahdollinen pistemäärä oli 3 pistettä. Pisteytyksessä otettiin huomioon lääkkeiden yhteisvaikutus, serotoniinin liian suuri pitoisuus ja vanhenemisen muutokset. Jokaisesta kohdasta sai yhden pisteen. Yli puolet ($f = 12$, 63 %) sairaanhoidajista sai tästä kysymyksestä 0 pistettä. Yhden pisteen sai pieni osa vastaajista ($f = 5$, 26 %) ja kaksi pistettä sai muutama ($f = 2$, 11 %) vastaaja. Alle puolet ($f = 7$, 37 %) vastaajista tiesi lääkkeiden yhteisvaikutuksen olevan osallisena serotoniinioireyhtymän synnyssä.

Sairaanhoidajia pyydettiin arvioimaan, miten he itse kokevat tunnistavansa serotoniinioireyhtymän (kysymys 9). Yksikään vastaajista ei kokenut tunnistavansa oireyhtymää erittäin hyvin. Kohtalaisesti oireyhtymän koki tuntevensa alle puo-

let (f = 8, 42 %) vastaajista ja yli puolet (f = 10, 53 %) koki tuntevansa oireyhtymän huonosti.

TAULUKKO 2. Vertailua kysymyksen 8 ja kysymyksen 9 vastausten välillä.

KYSYMYS 8	KYSYMYS 9	
	Luulee tietävänsä	Ei luule tietävänsä
0-1 pistettä	7	10
2-3 pistettä	2	0

Taulukossa vertailtiin kysymysten 8 ja 9 vastauksia keskenään. Kysymyksessä 8 kysyttiin, miten serotoniinioireyhtymä syntyy ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat. Tämä kysymys pisteytettiin. Yhdestä oikeasta vastauksesta sai yhden pisteen. Maksimipistemäärä oli kolme pistettä. Kysymyksessä 9 kysyttiin, miten sairaanhoitajat kokevat itse tunnistavansa serotoniinioireyhtymän. *Luulee tietävänsä* -sarakeeseen kuuluivat ne, jotka olivat vastanneet tunnistavansa serotoniinioireyhtymän joko erittäin hyvin, aika hyvin tai kohtalaisesti. *Ei luule tietävänsä* -sarakeessa vastaaja koki tunnistavansa serotoniinioireyhtymän huonosti. Yhdeksän vastaajaa vastasi ”luulee tietävänsä” serotoniinioireyhtymän. Näistä seitsemän vastaajaa oli saanut 0–1 pistettä ja kaksi vastaajaa 2–3 pistettä kysymyksestä kahdeksan. Kymmenen vastaajaa oli vastannut ”ei luule tietävänsä” serotoniinioireyhtymää. Näistä vastaajista kaikki saivat 0–1 pistettä.

Kysymyksessä 10 kysyttiin, miten sairaanhoitajat voisivat omasta mielestään itse tunnistaa paremmin serotoniinioireyhtymän. Sairaanhoitajat mainitsivat koulutuksen (f = 9,47 %), lääkkeiden yhteisvaikutusten opetteluun (f = 2,11 %), kirjallisuuteen tutustumisen (f = 3,16 %), tiedon saannin (f = 4,21 %), keskustelun (f = 1,5 %), potilaan voinnin tarkkailun (f = 1,5 %) ja itsenäisen opiskelun (f = 2,10 %) tärkeiksi asioiksi serotoniinioireyhtymän tunnistamiseksi.

YHTEENVETO

Sairaanhoitajilla tulisi olla riittävästi ammattitaitoa tunnistaa serotoniinioireyhtymä, jotta he kykenevät reagoimaan siihen ja hoitamaan oireyhtymää tehokkaasti (Journal of Emergency Nursing [Viitattu 6.12.2007]). Toisaalta oireyhtymä on kaikkialla maailmassa uusi asia ja oireet ovat moninaisia, jolloin yksittäisten oireiden tunnistaminen voi olla vaikeaa. Oireet voivat käytännössä liittyä moniin muihinkin sairauksiin ja tilanteisiin sekä lääkkeisiin. Koska kaikki oireet

eivät esiinny yhdessä, voi olla vaikeaa yhdistää esimerkiksi vanhuksen sekavuus tai levottomuus juuri serotoniinioireyhtymään.

Tutkimuksessa selvitettiin, miten Salon terveyskeskuksen vuodeosastojen sairaanhoitajat tunnistavat serotoniinioireyhtymän. Tuloksena havaittiin, ettei oireyhtymää juurikaan vielä tunnisteta. Muissakin tutkimuksissa on todettu, että sekä lääkärit että sairaanhoitajat tuntevat serotoniinioireyhtymän huonosti ja että oireyhtymä pitäisi tunnistaa, ehkäistä ja poistaa paljon paremmin (Kivelä 2004, 90).

Opinnäytetyön tekijöiden mielestä on tärkeää, että serotoniinioireyhtymä tunnustetaan eikä oireyhtymän oireita hoideta uutena sairautena. Tärkeimpänä seikkana voisikin nähdä serotoniinioireyhtymän esille tuomisen ja sairaanhoitajien tietojen lisäämisen lääkeaineryhmistä ja niiden yhdistelmistä, joista serotoniinioireyhtymä syntyy. Valppaus lääkelistojen tarkastamisessa ja potilaan mahdollisten oireiden oikea yhdistäminen lääkkeiden käyttöön on tärkeässä asemassa serotoniinioireyhtymän tunnistamisessa.

Serotoniinioireyhtymää aiheuttavien lääkkeiden tunnistamista voisi kehittää esimerkiksi laittamalla esille lista lääkkeistä, jotka yhdessä käytettyinä eivät sovi yhteen, sekä käyttämällä muun muassa Kivelän esittämää *Vanhusten lääkelistojen tarkistamisen periaatteita* -listaa (Kivelä, 2006 [Viitattu 17.4.2008]).

Kehittämisehdotuksena voisi olla myös, että Salon terveyskeskuksen vuodeosastojen koulutuksissa olleet sairaanhoitajat voisivat jakaa oppimaansa tietoa enemmän, esimerkiksi osastokokouksissa. Opinnäytetyön tekijät kehittivät tietolehtisen ”*Serotoniinioireyhtymä pähkinänkuoressa*” terveyskeskuksen vuodeosastoille serotoniinioireyhtymän esille tuomiseksi.

Jatkotutkimuksessa voitaisiin kontrolloida, tunnistavatko sairaanhoitajat paremmin serotoniinioireyhtymän sen esille tuomisen jälkeen. Olisi erittäin tärkeää, että tämä opinnäytetyö motivoisi muita tutkimaan serotoniinioireyhtymää lisää. Tiedon lisääntyessä se on todennäköisesti helpompaa.

LÄHTEET

Elonen, E., Mäkijärvi, M. & Vuoristo, M. (Toim.) 2006. Akuuttihoito-opas. Hämeenlinna. Duodecim.

Eskola, N. & Paloposki, S. 2001. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteiden Pro gradu -tutkielma.

Jyrkkä, J., Vartiainen, L., Hartikainen, S., Sulkava, R. & Enlund, H. 2006. Increasing use of medicines in elderly persons: a five years follow up of the Kuopio 75+ study. *Eur J Clin Pharmacol*, 163–167.

Kivelä, S-L. 2006. Vanhusten lääkehoito. Jyväskylä: Tammi.

Laine, K. 2005. Lääkkeiden yhteisvaikutukset. Helsinki. Tammi.

Linjakumpu, T., Hartikainen, S., Klaukka, T., Veijola, J., Kivelä, S. & Isoaho, R. 2002. Ikääntyvien ja iäkkäiden monilääkitys yleistyy. *Suomen lääkärilehti* 41, 4102–4104.

McDaniel, W. 2001. Serotoninsyndrome. *The Annals of Pharmacotherapy*. Dosis, 870–878.

Mustajoki, P. 2005. Hoitoon liittyvät virheet ja niiden ehkäisy Peijaksen sairaalan projekti. *Suomen lääkärilehti*, 2623–2625.

Veräjänkorva, O. 2003. Sairaanhoidajien lääkehoitotaidot. Lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen. Turun yliopiston julkaisu- ja C 200. Turku. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, Lääketieteen tiedekunta.

ELEKTRONISET LÄHTEET

Journal of Emergency Nursing, vol. 32, issue 3, June [Viitattu 6.12.2007]. Saatavissa <http://sciencedirect.com/science>.

Parjanne, M-L. 2004. Väestön ikärakenteen muutoksen vaikutukset ja niihin varautuminen eri hallinnonaloilla. [Viitattu 6.12.2007]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx./publishing>.

Pringle, E. 2007. Doctors fail to recognize Life-threatening Serotin Syndrome. [Viitattu 5.12.2007]. Saatavissa: <http://www.dissidentvoice.org/2007/05/doctors>.

LÄÄKKEIDEN SIVUVAIKUTUSTEN SEURANTA LAITOKSISSA

Tanja Björkqvist
Anna Lasorla

Opinnäytetyö Lääkkeiden sivuvaikutusten seuranta sairaanhoitajan näkökulmasta käsittelee laitoshoidon potilaiden yleisimpiä lääkkeiden sivuvaikutuksia ja sitä, mitä sisältyy sairaanhoitajan näkökulmasta hyvään lääkehoitoon. Työ kuuluu VALO-projektiin, joka on Salon kaupungin tilaama. Työssä huomioidaan hyvän lääkehoidon laatu ja niiden vanhusten käytössä olleiden lääkkeiden yleisimmät sivuvaikutukset, joiden hoitoa tutkimuksessa käsiteltiin. Hyvän lääkehoidon laadussa otetaan huomioon sivuvaikutusten seuranta sairaanhoitajan näkökulmasta. Tieto lääkkeiden sivuvaikutuksista on sairaanhoitajalle tärkeää, sillä lääkehoito on yleisin hoitomuoto terveydenhuollossa. Tässä yhteydessä lääkehoidolla tarkoitetaan lääkärin määräämillä reseptilääkkeillä toteutettua hoitoa.

Opinnäytetyön tehtävä on tarkastella Salossa laitoksissa hoidettavien vanhusten käytössä olevien lääkkeiden yleisimpiä sivuvaikutuksia. Tavoitteena on panostaa lääkehoidon hyvään laatuun sairaanhoitajan näkökulmasta ja näin ollen parantaa vanhusten kokonaisvaltaista hoitoa. Tutkimusongelma on laitoshoidossa ja avopalvelun puolella olevien vanhusten yleisimmät lääkkeiden sivuvaikutukset Salon laitoshoitopaikoissa ja palvelukodeissa. Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että suurimmalla osalla laitoshoidossa olevista potilaista on lääkehoidon tuomia sivuvaikutuksia. Suurimmalla osalla on lääkkeiden tuomia sivuvaikutuksia enemmän kuin yksi. Sivuvaikutusten häiritsevyys kuitenkin vaihtelee.

TAUSTAA

Sairaanhoitaja huolehtii laitoksissa hoidettavien potilaiden lääkkeiden jaosta ja annosta lääkärin ohjeiden mukaan. Vanhusten onnistunut ja hyvä lääkehoito edellyttää lääkäreiltä, hoitotyön henkilökunnalta sekä kaikilta muiltakin van-

husten hoitoon osallistuvilta hyviä tietoja ja vanhusta arvostavia asenteita (Lottonen 2004, 1700).

Lääkehoidosta puhutaan, jos potilaan terveyden säilyttämiseen tai sairauden hoitoon käytetään lääkettä. Se on tärkein lääketieteellinen hoitokeino, joten se on myös oleellinen osa hoitotyötä. Laissa määritellään, että lääke on valmiste tai aine, jota käytetään joko sisäisesti tai ulkoisesti parantamaan, lievittämään ja ehkäisemään sairautta sekä sen oireita. Jos kyseessä on lääkehaitta, on potilaalle aiheutunut haitta tai vamma, joka voi liittyä lääkkeen epätarkoituksenmukaiseen käyttöön. Lääkityspoikkeama on tapahtuma, johon voi liittyä epätarkoituksenmukainen lääkkeen käyttö tai pahimmassa tapauksessa potilaan vahingoittuminen. Niin kutsutussa läheltä piti -tilanteessa lääkitysturvallisuus säilyy, jos lääkityspoikkeaman syntyminen voidaan estää. (Huupponen, Huupponen, Kaukkila, Torniainen & Veräjänkorva 2006, 16–17.)

Lääkehoidon tavoitteena on terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäiseminen. Sen yksi tavoite on myös sairauksien tutkiminen, parantaminen ja etenemisen hidastaminen. Sairauksien aiheuttamien komplikaatioiden ja oireiden lievittäminen kuuluvat myös lääkehoidon tavoitteisiin. Lääkehoidon peruste on aina potilaan tarve siihen. (Huupponen ym. 2006, 17.) Oikein toteutettu, tehokas, turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan saaman palvelun laatua. Lääkehoidon toteuttaminen tapahtuu aina moniammatillisessa yhteistyössä ja edellyttää hoitohenkilöstöltä lääkehoidon eri vaiheiden sekä kokonaisuuden hallintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 11.) Potilaan lääkityksellä ja lääkitystiedoilla on tärkeä osa potilaan sairauden hoidossa. Sekä hoitajat että potilaat tarvitsevat tietoja lääkkeistä. Lääkehoidon ohjauksella onkin keskeinen merkitys potilaan hoitoon sitoutumisessa. (Turunen, Saranto & Syrjänen 2001, 311.)

Kivelän mukaan vanhusten hyvään lääkehoitoon kuuluu seitsemän kohtaa. Ensimmäinen kuvaa työntekijöiden yhteistyötä sekä yhteistyötä vanhusten ja omaisten kanssa. Toisena on lääkkeiden tarkistus- ja vähentämiskierrot. Kolmas kohta on oireiden, käyttäytymisen ja kognitiivisten toimintojen seuraaminen. Neljäntenä olivat ei-lääkkeelliset hoidot ja kuntoutus. Viides kohta on vanhenemisen normaalien muutosten tunnistaminen. Kuudentena olivat sosiaalinen kanssakäyminen, liikunta, ravitsemustila ja nestetasapaino. Seitsemäs ja viimeinen kohta on informointi vanhuksille ja omaisille. (Kivelä 2004, 30 [Viitattu 30.11.2006].) Vanhusten lääkehoidon tarpeellisuutta voi arvioida Kivelän te-

kemän tarkistuslistan avulla. Tarkistuslistassa on seuraavat kysymykset: Onko lääke tarpeellinen? Mikä on lääkkeen vaikutus hoidossa? Mikä on lääkkeen annoskoko? Ovatko ohjeet oikeat ja ymmärrettävät? Ovatko ohjeet toteutettavissa? Onko lääkkeiden yhteisivaikutuksia? Onko lääkkeiden ja sairauksien yhteisvaikutuksia? Onko käytössä päällekkäisiä lääkkeitä? Mikä on lääkeytyksen kesto? Mikä on halvin lääkevaihtoehto? Onko huomioitu ei-lääkkeelliset hoitovaihtoehdot? Ovatko lääkkeet oireenmukaisia? (Kivelä 2004, 27 [viitattu 30.11.2006].) Lumme-Sandtin tutkimuksen *Ikäihmiset ja lääkkeiden käytön moninaiset maailmat* mukaan lääkkeillä on kaksi vaikutusta. Lääkkeiden lääketieteellisen vaikutuksen lisäksi ne vaikuttavat myös ikäihmisten elämänlaatuun. Lääkkeet vaikuttavat toimintakykyyn ja näin ollen voidaan elää hyvää elämää. (Lumme-Sandt 2002, 6.)

Potilas on itse vastuussa omasta terveydestään ja lääkkeistään, mutta silloin kun hän tarvitsee apua, on myös sairaanhoitaja vastuussa potilaan lääkehoidosta. Sairaanhoitajan tulee osata kertoa potilaalle, miksi ja miten lääkkeitä tulee käyttää. Sairaanhoitajan on osattava lääkehoidon periaatteet, joihin kuuluvat oikea annostelu, antotapa ja lääkkeiden käyttöön liittyvien ohjeiden merkitys. Sairaanhoitajan on oltava ammattitaitoinen, mikä tarkoittaa sitä, että hän seuraa potilaan vointia sekä tunnistaa lääkehoidon hyödyn, mahdolliset haitat ja virheellisen käytön. Lääkehoito on yhteistyötä koko hoitoryhmän kanssa, joten on tärkeää, että lääkehoidon vaikutuksista informoidaan muuta hoitoryhmää. Potilaan oikeuksiin kuuluu hänen asianmukainen hoito. (Airaksinen 2005, 22–23.)

Sairaala- ja laitoshoidossa lääkehoitoa toteuttava, useimmiten sairaanhoitaja, seuraa potilaan vointia ja havainnoi lääkkeen aiheuttamia mahdollisia sivuvaikutuksia. Sairaanhoitaja arvioi lääkehoidon vaikuttavuutta yhteistyössä lääkärin ja potilaan kanssa. Lääkehoidon vaikuttavuus ja toteutuminen dokumentoidaan aina asianmukaisesti. Hoidon jatkamisen ehto on lääkehoidolla tavoiteltu positiivinen muutos. Mikäli lääkehoito aiheuttaa potilaalle sivuvaikutuksia tai lääke ei vaikutakaan terveydentilaan oletetulla tavalla, niin lääkäri arvioi silloin hoidon jatkamisen tai muuttamisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 37.) Potilaan läheisin ja tärkein lääkehoidon arvioija on sairaanhoitaja. Lääkehoidon arviointiin kuuluvat seuraavat osa-alueet: miten lääke on vaikuttanut, onko tullut haittoja vai onko lääke jäänyt vaikuttamatta. (Eskola 2007, 20.)

AINEISTON KERUU JA TULOKSET

Kyselylomakkeet on tehnyt Länsi-Suomen lääninhallitus. Näiden kyselylomakkeiden pohjalta on tehty salolaisille vanhuksille TyyTy-lomake, johon on lisätty kysymykset lääkkeiden sivuvaikutuksista. Vanhuksille osoitettujen kyselylomakkeiden tarkoituksena on selvittää vanhusten hyvinvointia Salossa. Kyselylomakkeet on esitettävä ja ne ovat valmiiksi täytetyt. Kyselyyn vastanneet asuvat hoitolaitoksissa Salossa. Hoitolaitokset olivat seuraavat: Kukonkallion vanhainkoti, Paukkulan vanhainkoti, Salon terveyskeskus, Paukkulan asumispalvelu, Anninkartanon asumispalvelu ja Pahkavuoren asumispalvelu. Vastanneet olivat henkilöitä, jotka kykenivät vastaamaan itse. Vastauksia saatiin 41 kappaletta. Vastanneista 34 oli naisia ja 7 miehiä. Kyselylomakkeissa oli vanhusten hyvinvointiin liittyviä eri osioita. Tutkimuksessa on käytetty TyyTy-lomakkeen lääkehoito-osiota, jossa kysyttiin 18:aa eri sivuvaikutusta. Kyselylomakkeessa kysyttiin sivuvaikutuksiin vastausvaihtoehdot olivat seuraavat: ei koskaan, erittäin harvoin, joskus, usein tai aina. Seuraavia sivuvaikutuksia kysyttiin: iho-oireet/ihottuma, unettomuus, huimaus, suun kuivuminen, ruokahaluttomuus, muistin heikkeneminen, sekavuus, levottomuus, masennus, jäykkyyks/vapina, virtsan karkailu, pahoinvointi, ummetus, ripuli, oksentelu, kipu ja lihaskouristus. Aineisto on kerätty survey-tutkimuksella.

Tuloksista ilmenee, että laitoksissa hoidettavilla vanhuksilla esiintyy paljonlääkkeiden sivuvaikutuksia, mutta niiden ilmeneminen vaihtelee. Vastausten mukaan potilailla esiintyy kaikkia kysytyjä sivuvaikutusvaihtoehtoja. On kuitenkin vaikeaa arvioida, ovatko nämä kaikki niin sanottuja sivuoireita tai ovatko ne iän tuomia muutoksia. Ne voivat vanhuksilla olla myös joitakin tilapäisiä oireita, jotka johtuvat jostain muusta kuin lääkityksestä tai iän tuomista ”vaivoista”. Toisaalta, iän myötä sairaudet lisääntyvät, ja näin ollen lääkkeiden käyttö lisääntyy, minkä myötä taas sivuvaikutukset lisääntyvät. Tämä on havaittavissa kyselyyn vastanneiden henkilöiden lääkityksestä johtuvien sivuvaikutusten määrästä.

Vastauksista ilmenee, että keskimääräisesti eniten vastanneilla vanhuksilla ilmenee suun kuivumista. Seuraavaksi eniten vastaajilla esiintyy huimausta, keskiarvoksi saatiin 2,4 Likert-asteikolla 1 = ei koskaan – 5 = aina. Suunnilleen yhtä suuri määrä vastaajista kokee myös muistin heikkenemistä sekä virtsan karkailua. Keskimääräisesti vähiten vastanneet kokevat lihaskouristuksia. Tähän on vastattu keskimäärin ykkösellä. Sekavuutta koetaan toiseksi vähiten, eli keskiarvo on 1,3. Jäykkyyks tai vapina on kolmanneksi vähiten ilmenevä sivuoire. Jokaista sivuvaikutusta koetaan suunnilleen saman verran, sillä niihin vastannei-

den erot ovat pieniä. Suurin ero näkyy lihaskouristuksia sekä suun kuivumista kokevien vastaajien välillä. Edellä mainittujenkin ero on vain suunnilleen kaksi vastaajaa, vaikka se on vastausten ääripäiden ero.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Tulosten perusteella sivuvaikutuksia esiintyy ja näin ollen niihin tulisikin kiinnittää enemmän huomiota. Vaikeutta sivuvaikutusten seurannassa aiheuttaa kuitenkin sen arviointi, ovatko kaikki oireet todella sivuvaikutuksia vai ovatko ne vanhuuden tuomia muutoksia ihmisessä. Iän myötä ihmisen elimistö muuttuu, ja niin sanottuja sivuoireita voi ilmentyä myös sen vuoksi eikä välttämättä jonkin lääkkeen tuomana sivuvaikutuksena. Näin ollen vanhuksia tulee hoitaa yksilöinä ja tarkkailla heidän vointiaan myös ennen lääkkeen antoa, jotta voidaan sulkea pois mahdollisista sivuvaikutuksista vanhuuden tuomat oireet. Lääkkeiden yleisimpiin haittavaikutuksiin ja samalla sivuoireisiin kuuluvia oireita on monia (Kivelä 2004, 56–57), ja niitä esiintyykin kyselyyn vastanneilla. Se, kuinka usein niitä ilmenee, vaihtelee paljon. Vaikka kyselyn vastaukset osoittavat, että sivuvaikutuksia esiintyy harvoin, sen perusteella ei kuitenkaan voida yleistää, että niitä esiintyisi vain vähän. Kysely on kuitenkin suoritettu vain Sallossa, ja vastanneita on ainoastaan 41 henkilöä.

Hoitohenkilöstön tulisi tarkkailla enemmän laitoshoidossa olevien potilaiden vointia ja lääkkeiden tuomia sivuvaikutusoireita. Näin ollen lääkärit voisivat miettiä uudestaan jonkin lääkkeen tarpeellisuutta. Tällöin on parempi mahdollisuus arvioida mahdollista monikäyttöä ja ali- tai ylikäyttöä. Tarkoituksena ei ole välttää monilääkitystä, vaan tarkoitus on välttää mahdollisia lääkehaittoja (Enlund ym. 2006, 30). Usein vanhus saattaa syödä myös samaan lääkeryhmään kuuluvia lääkeaineita, jolloin lääkkeen vaikutus ei lisääny vaan sen haitta- ja sivuvaikutukset korostuvat (Kivelä 2005, 47).

Tulevaisuutta pohdittaessa vaikuttaa siltä, että sairaanhoitajan ammattitaidon vaatimustaso kasvaa koko ajan. Sairaanhoitajalta vaaditaan laajaa lääkehoidon ammattiosaamista. Erilaisia lääkkeitä on paljon, ja jokaisella lääkkeellä on omat erityispiirteensä, joita tulee huomioida lääkkeen annon yhteydessä ja vaikutusta seurattaessa. Näin ollen sairaanhoitajalta vaaditaan erityisosaamista monista eri lääkkeistä, mikä osaltaan lisää sairaanhoitajan ammattitaitovaatimuksia.

LÄHTEET

Airaksinen, M. & Dahlström, A. 2005. Hoitaja potilaan lääkehoidon toteuttajana. Airaksinen, Marja (toim.) 2005. Hoitona lääke. Helsinki: Edita.

Enlund, H., Hartikainen, S., Jyrkkä, J. & Sulkava, R. 2006. Vanhusten monilääkitys huolenaiheena. Sairaanhoitaja 4/2006 vol. 79, 28–30.

Eskola, R. 2007. Potilaan lääkehoidon arviointi. Sairaanhoitaja 5/2007 vol. 80, 20–21.

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

Kivelä, S-L. 2004. Vanhusten hyvä lääkehoito. [pdf-dokumentti]. Turku: Turun Yliopisto. [Viitattu 30.11.2006]. Saatavissa http://vanha.med.utu.fi/yleislaak/pdf/vanhusten_hyva_laakehoito.pdf.

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

Kivelä, S-L. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Helsinki. WSOY.

Lotvonen, H. 2004. Vanhusten lääkelistan suursiivous. Suomen Lääkärilehti 15–16 vsk. 59, 1700.

Lumme-Sandt, K. 2002. Akateeminen väitöskirja: Ikäihmiset ja lääkkeiden käytön moninaiset maailmat. Tampere: Tampereen yliopisto.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki.

Turunen, P., Saranto, K. & Syrjänen, E. 2001. Lääketallennusjärjestelmä hoitajien arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotiede 6/2001, vol.13, 310–317.

AVOHOIDOSSA OLEVIENTEN VANHUSTEN YLEISIMMÄT LÄÄKKEIDEN SIVUVAIKUTUKSET

Tarja Bergfors
Jaana Forsbacka

Turvallinen lääkehoito koostuu kahdesta eri osa-alueesta. Ensimmäinen käsittää lääkevalmisteen farmakologiset ominaisuudet, niiden tuntemisen ja laadukkaasti valmistetut lääkkeet. Toinen on lääkkeiden käyttö ja lääkehoitojen toteuttaminen. (Sairaanhoitaja 2006, 31). Yleisimpiä käytettyjä lääkkeitä ovat verenkiertoelimistön lääkkeet, keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet, särkyläkkeet ja kolesterolilääkkeet. Ohjeita noudattaa 60–70 prosenttia potilaista, 50–80 prosenttia lääkäreistä noudattaa hoitokäytäntöohjeita ja 50 prosenttia potilaista hoitotasapaino on optimaalinen (Salmi 2006, 1).

Lääkehoito on vain osa vanhuksen hoitoa ja oikea lääke tulisi valita, jotta välttäisiin monien lääkkeiden samanaikaiselta käytöltä. Varovaisuus on hyvä ja lääkehoidon tulisi olla realistista ja perusteltua. Lääkehoidon tulee tukea vanhuksen itsenäisyyttä (Tilvis, Hervonen, Jäntti, Lehtinen & Sulkava 2001, 326). Lääkehoidon seitsemän periaatetta ovat oikea lääke, oikea annos, oikea antoaika, oikea antotapa, oikea potilas, oikea potilaan ohjaus ja oikea dokumentointi (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Tornainen 2006, 85). Elimistön rasvatasapaino muuttuu, kun ihminen vanhenee, ja useimpien kohdalla paino laskee 75 ikävuoden jälkeen. Energiankulutus vähenee perusaineenvaihdunnan ja lihassmassan vähetessä (Tilvis ym. 2001, 320). Ruokahalu ja janon tunne heikkenevät, mikä aiheuttaa ravitsemushäiriöitä. Lääkehoidot, sairaudet ja maku- ja hajuaistin heikkeneminen heikentävät ruokahalua (Ojala 2004, 10 [viitattu 7.12.2006]). Rasvaliukoisten lääkeaineiden jakaantumistilavuus suurenee ja poistuminen hidastuu. Vesiliukoisten lääkeaineiden jakaantumistilavuus pienenee. Maksan verenkierto heikkenee, ja joidenkin lääkeaineita hajottavien entsyymien toiminta hidastuu. Munuaisten kyky erittää lääkeaineita ja niiden hajoamistuotteita hidastuu ja on 75–80 vuoden ikäisellä potilaalla noin puolet nuoren aikuisen erityskyvystä (Kivelä, Puustinen & Nurminen 2005 [viitattu 30.5.07]).

Hyvän lääkehoidon kriteereitä ovat

1. yhteistyö lääkäreiden, hoitotyöntekijöiden, sosiaalityöntekijöiden ja vanhusten ja omaisten kanssa
2. lääkkeiden vähentämiset ja tarkistamiset
3. oireiden, käyttäytymisen ja kognitiivisten toimintojen seuraaminen
4. kuntoutuksen ja ei- lääkkeellisten hoitojen toteuttaminen
5. vanhuuteen liittyvät fyysisten muutosten tunteminen ja hyväksyminen
6. liikunnan, hyvän ravitsemustilan, nestetasapainon ja sosiaalisen kanssakäymisen ylläpitäminen. Päivittäisestä nesteensaannista on huolehdittava.
7. informointi lääkkeiden haittavaikutuksista, vaikutuksista ja muista hoitovaihtoehdoista sekä vanhenemismuutoksista kertominen vanhuksille ja omaisille (Kivelä 2004).

Tärkeää hyvän lääkehoidon toteuttamisessa on yhteistyö lääkäreiden, hoitotyöntekijöiden, sosiaalityöntekijöiden ja vanhusten sekä omaisten kanssa. Lääkäri määrää lääkkeet, kun taas hoitohenkilökunta seuraa vanhusten vointia ja oireita lääkehoitojen aloittamisen jälkeen ja hoidon jatkuessa. Kaikkien vanhusten lääkehoitoon osallistuvien velvollisuutena on raportoida lääkärille mahdollisista oireista. Omaisilla on tärkeä rooli lääkehoidon toteutuksessa (Kivelä 2004 [viitattu 9.11.2007]). Hoitomyöntyvyys on tärkeää tutkimuksessa Ikäihmiset ja lääkkeiden moninaiset maailmat (N = 34), koska hoito-ohjeiden laiminlyömisestä johtuvia riskejä pidetään suurina. Tutkimuksessa haastateltiin vanhuksia, jotka asuivat kotona itsenäisesti. Korkea ikä saattaa tuoda tullessaan monenlaisia kognitiivisia tai toiminnallisia ongelmia, jotka voivat vaikuttaa lääkkeiden ottamiseen. Polyfarmasian eli monilääkityksen on todettu heikentävän hoitomyöntyvyyttä, mutta monilääkitys yksinään ei ole merkittävä tekijä hoitomyöntyvyyden suhteen, olennaisempaa on monilääkityksen aiheuttamat sairaudet (Lumme-Sandt 2002, 30–31 [viitattu 7.4.2007]).

VÄLTETTÄVÄT LÄÄKKEET

Beersin lista on standardoitu luettelo lääkkeistä, joiden uskotaan aiheuttavan yleisesti sivuvaikutuksia vanhuksilla ja joita tulisi välttää (Gottlieb 2004, 329–367 [viitattu 26.4.2007]).

TAULUKKO 1. Vältettävät lääkeaineet, Beersin kriteerit.

	Vaikuttava aine	Kauppanimi
Lyhyt- ja keskipitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit	loratsepaami oksatsepaami	Temesta Opamox
Pitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit	diatsepaami	Diapam
Trisykliset masennuslääkkeet	amitriptyliini	Triptyl
Antikolinergiset lihasrelaksantit	karisoprolodi	Somadril comp
Antihistamiinit	hydroksitsiini	Atarax
Opioidit	dekstropropoksifeeni	Abalgin
Suolta stimuloivat	bisakodyyli	Metalax

Yhden vuoden aikana 162 370 ihmistä (21 %) käytti yhtä tai useampaa listalla olevaa lääkettä ja trisyklisiä masennuslääkkeitä käytti 23 %. Yleisimmät ongelmia aiheuttavat lääkkeet olivat psykoosilääkkeet ja neurologiset lääkkeet. (TAULUKKO 1.) (Gottlieb 2004, 329–367 [viitattu 26.4.2007].)

Vanhusten lääkehoidossa tulisi välttää pitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja, voimakkaita antikolinergeja ja useita lievästi antikolinergisiä lääkeaineita samanaikaisesti. Nämä heikentävät aivojen toimintaa, muistia ja muita kognitiivisia kykyjä ja aiheuttavat sekavuutta. Useita keskushermostoon vaikuttavia lääkeaineita, kuten opioideja, antikolinergeja ja psykiatrisia lääkkeitä, ei tulisi käyttää samanaikaisesti, koska ne altistavat ortostaattisen hypotonian synnylle. Samalla tavalla vaikuttavien lääkeaineiden yhtäaikaista käyttöä tulisi välttää ja unilääkkeiden, kipulääkkeiden sekä suolta stimuloivien ulostuslääkkeiden pitkäaikaisesta käytöstä tulisi arvioida tarpeen mukaan. Tehottomia kipulääkkeitä on turha käyttää. (Puustinen, Nurminen & Kivelä 2005, 19–27.) Stimuloivien laksatiivien jatkuva käyttö johtaa suolen oman toiminnan heikentymiseen, minkä vuoksi niitä tulee käyttää vain tilapäisesti (Paakkari 2005 [viitattu 13.4.2007]).

Väestötutkimuksessa vuonna 1998–1999 Suomessa tutkittiin vanhusten sopimattomien lääkkeiden käyttöä. Tutkimuskohteena oli 75–95-vuotiaat ja heille lähetettiin kysely postissa (N = 3921). Vastausprosentti oli 78. Yleisimpiä sopimattomia lääkkeitä, joita käytettiin, olivat dipyridamoli 3,6 %, pitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit 2,6 %, amitriptyliini 1,6 %, lihasrelaksantit 1,2 % ja psyykelääkkeet 1,1 %. Keuhkohtaumatautiin sairastavista potilaista 27,2 % käytti beetasalpaajia ja 19,3 % käytti sedatiiveja. Kaksi kolmasosaa näistä potilaista sairasti sepelvaltimotautia. Tulosten mukaan sopimattomien lääkkeiden käyttö oli vähäistä. (Pitkälä, Strandberg & Tilvis 2002 1707–1712.)

Bentsodiatsepiinit heikentävät muistia, erityisesti muistin varastoitumista. Vanhus ei välttämättä muista, mistä on puhuttu 15–30 minuuttia sitten. Muisti saattaa parantua lääkkeen lopettamisen jälkeen. Lyhytvaikutteiset nukahtamislääkkeet voivat aiheuttaa yöllä ja aamulla esiintyvää sekavuutta, joten niitä ei suositella vanhuksille.

Suuret bentsodiatsepiiniannokset aiheuttavat päiväväsymystä ja torkahtelua, mikä vähentää yöunen määrää. Bentsodiatsepiinit voivat aiheuttaa haparointia ja kävelyvaikeuksia, mistä voi seurata kaatumista ja luunmurtumia. Liian suuret annokset nukahtamislääkettä altistavat yöllisille kaatumisille. Ne voivat entisestään vaikeuttaa hengitysvaikeuksista kärsiviä, joten niitä ei suositella, jos kärsii uniapneasta tai kuorsauksesta. Trisyklisten masennuslääkkeiden ongelmana ovat antikolinergisyys eli parasympaattista hermostoa salpaava vaikutus ja alttius aiheuttaa matalaa verenpainetta. Lääkettä ei saa käyttää, jos sydämessä on johtumishäiriö tai alttius matalaan verenpaineeseen (Huttunen 2005 [viitattu 13.4.2007]). Antikolinergisillä lihasrelaksanteilla voidaan aiheuttaa uneliaisuutta, etenkin käytön alussa, ja suuret annokset heikentävät keskittymiskykyä. Nämä lääkeaineet vaikuttavat keskushermostoon. Antihistamiinit aiheuttavat väsymystä ja haittavaikutukset lisääntyvät, jos käytetään suuria annoksia. Opioidit vaikuttavat keskushermostoon ja voivat aiheuttaa pahoinvointia, hui- mausta sekä lamata hengitystä. Opioidien käytön suhteen on syytä olla varovainen (Lääkeopas 2002, 109–665).

MONILÄÄKITYKSEN ONGELMAT

Monilääkitykseksi katsotaan yli viiden lääkkeen käyttö. Vanhusten lääkehoidon keskeisiä ongelmia ovat runsas lääkkeiden käyttö eli polyfarmasia, sivuvaikutukset, sekaannukset lääkkeiden käytössä ja heikentynyt hoitomyöntyvyys. Kotona asuvista ikääntyneistä 12,5 % käytti jotakin sopimatonta lääkettä ja 1,3 % kahta sopimatonta lääkettä vuonna 1999.

Yleisimmät lääkkeet olivat dipyridamoli 3,6 %, pitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit 2,6 % ja amitriptyliini 1,6 %. Vuonna 2002 laitoshoidossa olevista vanhuksista 36,2 % käytti sopimatonta lääkettä. Tavallisimmat lääkeaineet olivat bentsodiatsepiinit 14 %, amitriptylin 4 %, dipyridamoli 4 % ja oxybutynin 3 % (Salmi 2006, 4 [viitattu 6.4.2007]).

Kotona asuvien 75-vuotiaiden vanhusten lääkkeiden kulutusta ja polyfarmasian selvittämistä varten haastateltiin 492 vanhusta. Vanhukset valittiin satun-

naisesti. Heitä haastateltiin kotona, ja heidän lääkevarastonsa tutkittiin. Tietoa saatiin myös lääkäreiltä. Kirjoitettuja reseptejä oli saanut 83 % vanhuksista ja 72 % käytti reseptivapaita lääkkeitä. Vain 3 % ei käyttänyt lääkkeitä lainkaan. Naisista 80 % ja miehistä 60 % käytti keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä. Tulosten mukaan lääkärin pitäisi tietää paremmin potilaansa lääkityksensä ja potilaan lääkkeiden käytön kirjaaminen on tärkeää. (Barat, Andreassen & Damsgaard 2000, 501.)

Väitöstutkimuksessa Ikäihmiset ja lääkkeiden käytön moninaiset maailmat (N=34) haastateltiin yli 75-vuotiaita vanhuksia. Ikäihmisten yleisimmin käyttämät reseptiläkkeet olivat verenkiertoelimistönlääkkeet, keskushermostonlääkkeet ja kipulääkkeet. Itsehoitolääkkeistä ostetuimpia olivat kipulääkkeet, vitamiini- ja hivenainevalmisteet, ulostuslääkkeet ja yskänlääkkeet. Depressiolääkkeiden käyttö on kasvanut 75 vuotta täyttäneillä ja myös vanhusten psyykenlääkkeiden käyttö on lisääntynyt viime vuosina. Maailman terveydenhuollon järjestö suosittelee ikäihmisille korkeintaan kolmea lääkettä samanaikaisesti. Neljän tai useamman lääkkeen yhtäaikainen käyttö katsotaan polyfarmasiaksi. Monilääkityt käyttävät eniten sydän- ja verisuonilääkkeitä, keskushermoston ja hengityselinsairauksien lääkkeitä, ja paljon käytetään myös käsikauppalääkkeitä. Monilääkitykseen vaikuttavia tekijöitä olivat alhainen sosiaaliluokka, diabetes, huonoksi koettu terveys ja sydän- ja verenkiertosairaudet. (Lumme-Sandt 2002, 14–15 [viitattu 7.4.2007]).

Ei-toivottujen lääkereaktioiden tärkein syy oli monilääkitys. Suomessa yli 74-vuotiaista 40 % käytti yli viittä reseptilääkettä. Kotona asuvat vanhuksat käyttivät eniten sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeitä, joita olivat beetasalpaajat, kalsiumkanavansalpaajat, statiinit ja RAA-järjestelmään vaikuttavat lääkkeet. Pahimmat ja tärkeimmät lääkeyhdistelmät olivat kalsiumkanavansalpaajat ja digoksiini, ACE-estäjät ja NSAID, diureetit ja kortikosteroidit/digoksiini, antasidit ja salisyytit.

Toiseksi eniten käytetään hermostoon vaikuttavia lääkkeitä, joista eniten käytetään psyykelääkkeitä, pääasiassa neurolepteja. Liedossa kotisairaanhoidon asiakkaista käytti uni- ja rauhoittavia lääkkeitä 50 %, neurolepteja 18 %, masennuslääkkeitä 16 % ja kipulääkkeitä 39 %. Kaikki nämä lääkkeet vaikuttavat kognitioon, aiheuttavat masennusta ja heikentävät toimintakykyä. Näiden lääkkeiden yhteiskäyttö lisää kaatumisvaaraa. Monilääkityistä vanhuksista 53 % käytti psyykelääkkeitä ja taas ei-monilääkityistä vanhuksista 21 %. Masennuslääkkeitä käytetään muiden lääkkeiden aiheuttamiin masennusoireisiin. Lisäksi käytet-

tiin paljon kipulääkkeitä, tuki- ja liikuntaelimestön lääkkeitä sekä verta muodostavien elinten lääkkeitä. (Linjakumpu, Hartikainen, Klaukka, Veijola, Kivelä & Isoaho 2002.)

Kasvavan monilääkityksen vaikuttavina tekijöinä olivat ikä, lääkkeiden moninainen käyttö, sedatiivien käyttö ilman syytä, sydänsairaudet, diabetes ja vatsaoireet. Monilääkityistä vanhuksista 40 % poti masennusoireita ja univaikeuksia, jotka vaikuttivat kognitioon. Monilääkitys altisti riskeille, kuten lääkemyrkytyksille ja lääkkeiden yhteisvaikutuksille. Se voi altistaa myös kaatumisille, josta voi seurata murtumia ja pitkäaikaista sairaalahoitoa. Psykoosi- ja sedatiivisten lääkkeiden käyttö on kasvanut 6 %:sta 31 %:iin. (Linjakumpu 2003, 24–25 [viitattu 6.4.2007].)

Lääkäreiden osaamattomuus ja tietämättömyys vaikuttavat lääkkeiden määräykseen. Vanhukset ovat yhä monisairaampia, joten lääkkeitäkin käytetään enemmän. Vanhuksilla voi olla kotona käytössään reseptivapaita lääkkeitä, kuten erilaisia kipulääkkeitä. Uusia lääkkeitä määrätään vanhojen lisäksi, ja usein hoito on liian lääkkeisiin painottuvaa.

Monilääkitys siis lisääntyy iän myötä, ja samalla se lisää yhteis- ja haittavaikutusten määrää. Vanhusten toimintakyky heikkenee ja hoitomyöntyvyys huononee. Lääkkeet tulevat vanhukselle sekä yhteiskunnalle kalliiksi. (Linjakumpu ym. 2002). Monilääkitystä voidaan ehkäistä määräämällä vain välttämättömät lääkkeet. Lääkitystä pitäisi karsia elämäntilanteen ja psyykkisen tilan mukaan ja valvontaa tulisi olla enemmän. Hoitohenkilökunnan tulisi keskustella vanhuksen kanssa lääkkeiden oikeasta käytöstä ja erityispiirteistä sekä antaa kirjalliset ohjeet lääkkeiden annostuksesta ja auttaa lääkkeiden hävittämisessä. (Salmi 2006, 4 [viitattu 7.4.2007].)

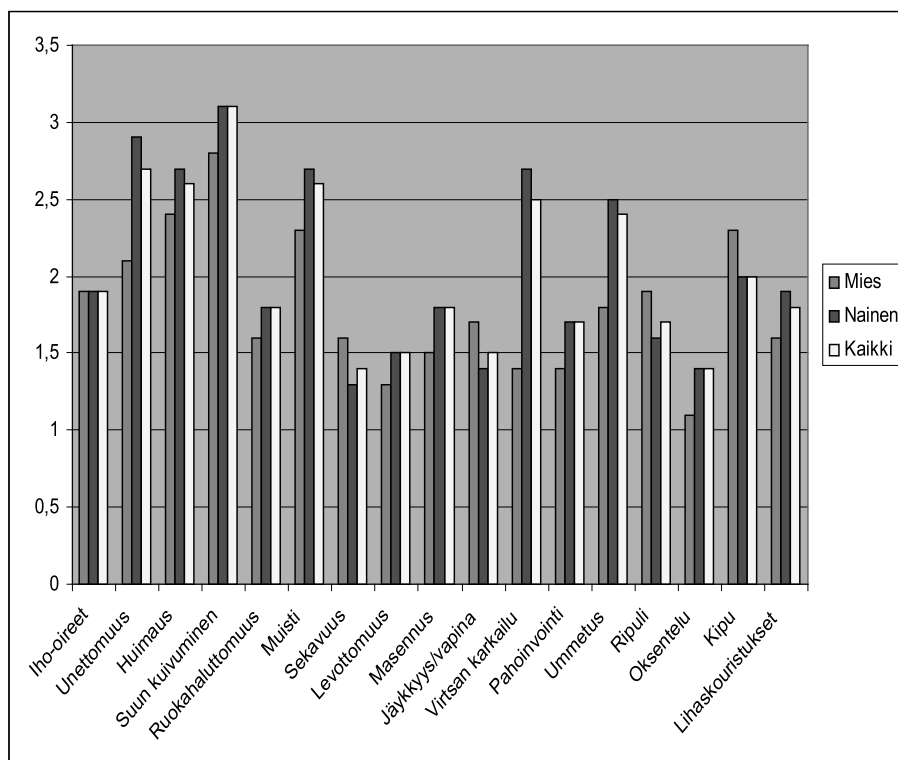
Kotipalvelun asiakkaat käyttivät vähemmän lääkkeitä kuin kotisairaanhoidon asiakkaat. Sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeitä käytettiin eniten, unilääkkeitä käytti 14 % ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien lääkkeitä käytti noin viidennes. Lääkkeiden annostelusta ja ottamisesta huolehti itse 46 % ja 37 % tarvitsi tässä apua. Lääkkeiden ottamisessa tarvitsi 17 % valvontaa (Ojala 2004, 11).

TULOKSET

Vireän (2007) opinnäytetyön tehtävänä oli tarkastella, mitkä olivat Salossa avohoidossa olevien vanhusten käytössä olevien lääkkeiden yleisimmät sivuvaiku-

tukset. Tavoitteena oli parantaa vanhusten lääkehoitoa ja ehkäistä lääkkeiden liikakäyttöä.

Vanhusten käyttämien lääkkeiden yleisimpiä sivuvaikutuksia olivat unettomuus, huimaus, suun kuivuminen, muistin heikkeneminen, virtsan karkailu, ummetus, kipu, iho-oireet ja ruokahaluttomuus. Naisilla yleisempiä olivat unettomuus, huimaus, suun kuivuminen, muistin heikkeneminen, virtsan karkailu, iho-oireet, ruokahaluttomuus, ummetus ja kipu. Miehillä yleisimpiä sivuvaikutuksia olivat unettomuus, huimaus, suun kuivuminen, muistin heikkeneminen, iho-oireet, ripuli ja kipu. (KUVIO 1.)



KUVIO 1. Sivuvaikutusten esiintyminen.

Merkittäviä haittavaikutuksia olivat unettomuus, huimaus ja kipu. Lisäksi naisilla oli huomattavasti enemmän virtsan karkailua kuin miehillä. Vanhukset olivat kuitenkin hyvin tyytyväisiä elämäänsä, sillä sekä miehet että naiset kokivat vointinsa ja kuntonsa hyväksi ja olivat myös elämänlaatuunsa yhtä tyytyväisiä.

LÄHTEET

Barat, I., Andreasen, E.M. & Damsgaard, S. 2000. The consumption of drugs by 75 year old individuals living in their own homes. *European Journal of clinical pharmacology*, vol. 56, 6–7/2000.501–509.

Gottlieb, S.2004. Inappropriate drug prescribing in elderly people is common. *BMJ* 2004; 329–367.

Huttunen, M. 2005. *Lääkkeet mielenhoidossa*. Helsinki: Duodecim.

Kivelä, S-L. 2004. Vanhusten lääkehoito – tarkistamisen periaatteet. Turun yliopisto. *Yleislääketiede*. [viitattu 14.11.2005] Saatavissa <http://www.med.utu.fi./yleislaak/opiskelu/perusopetus/valinnaiset/tarkistamisenperiaatteet.pdf>.

Kivelä, S-L., Puustinen, J. & Nurminen, J. 2005. Suosituksia vanhusten lääkehoidosta.. *TABU*. 15.10.2007.

Linjakumpu, T., Hartikainen, S., Klaukka, T., Veijola, J., Kivelä, S-L. & Isoaho, R. 2002. Ikääntyvien ja iäkkäiden monilääkitys yleistyy. *Sairaanhoitajlehti* 41/2002.

Linjakumpu, T. 2003. *Druguse among home-dwelling elderly – trends, polypharmacy and sedation*. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Lumme-Sandt, K. 2002. *Ikäihmiset ja lääkkeiden käytön moninaiset maailmat*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. [viitattu 7.4.2007] Saatavissa <http://www.acta.uta.fi/pdf/951-44-5525-8.pdf>.

Lääkeopas. 2002. Helsinki: Otava.

Ojala, E. 2004. *Kotipalvelun henkilöstö vanhusten lääkehoidon toteuttajan Kuopion kaupungissa*. Projektityö. Kuopion yliopisto. Kouluttamis- ja kehittämiskeskus. Saatavissa <http://www.uku.fi/kkk-pdtutkielmat/ojalaPD.pdf>.

Paakkari, I. 2005. *Suoliston toimintaan vaikuttavat lääkeaineet*. Farmakologia ja toksikologia. Helsinki: Duodecim. [viitattu 13.4.2007] http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat_tnp.Nautaartikkeli?p:artikkeli=fat0053hives.

Pitkälä, K., Strandberg, T & Tilvis, R. 2002. Inappropriate drug prescribing in homedwelling, elderly patients. *arc of internal medicine*. Vol. 162 No 15 2002. 1707–1712.

Puustinen, J., Nurminen, J. & Kivelä, S-L. 2005. Vanhusten hoidossa vältettävät lääkkeen kriteerit ja esiintyvyys. Turun yliopisto http://www.med.utu.fi./yleislaak/opiskelu/perusopetus/valinnaiset/vanhustenhoidossa_valtettavat_laakkeet.pdf.

Sairaanhoitaja 2006. Potilasturvallisuussanasto. 8/2006.

Salmi, P. 2006. Vanhusten lääkehoito. Luentomateriaali. Vanhustenhuollon ylläkäri. Salon seudun terveyskeskus.

Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtinen, A. & Sulkava, R. 2001. Geriatria. Helsinki: Duodecim.

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

Vireä, T. 2007. Avohoidossa olevien vanhusten yleisimmät sivuvaikutukset. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

SALON KAUPUNGIN KOTIPALVELUN HENKILÖKUNNAN LÄÄKEOSAAMINEN

Mari Jakku
Annamari Luukkanen
Tuula Mäkelä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kotipalvelussa työskentelevien hoitajien käsityksiä työhönsä sisältyvästä lääkehoidosta ja valmiuksista siihen. Tavoitteena oli kehittää Salon kotipalvelun henkilökunnan lääkeosaamista ja siihen liittyvää koulutusta. Tutkimusaineisto kerättiin 48:lta Salon kotipalvelun työntekijältä kyselylomakkeella. Vastausprosentti oli 64.

Lääketiede on kehittänyt ja tulee kehittämään yhä monipuolisempia hoitomuotoja. Ikäihmisten määrä kasvaa jatkuvasti, ja entistä enemmän on niitä ikäihmiä, jotka asuvat omassa kodissaan ja joiden lääkehoito toteutetaan myös siellä. Nämä asiat vaikuttavat kotipalvelun henkilöstön työhön. Siksi on erittäin tärkeää, että kotipalvelun henkilöstö on selvillä lääkehoidon uusista piirteistä, jotta lääkehoitoa voitaisiin toteuttaa turvallisesti jokaisen asiakkaan kohdalla. Tärkeätä olisi tietää, mitä kotipalvelun henkilöstö itse ajattelee lääkeosaamisestaan. Hoitotieteellisessä vanhustutkimuksen analyysissä on esitetty, että yhä enemmän tarvitaan tutkimuksia vanhusten elämään ja hoitamiseen liittyvistä asioista.

AINEISTO

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kyselyä. Kyselylomakkeessa käytettiin sekä monivalintakysymyksiä että avoimia kysymyksiä.

Tutkimuksen kohderyhmä oli Salon kaupungin kotipalvelun henkilökunta. Aineisto kerättiin marraskuun 2007 aikana. Kyselylomakkeisiin vastasi 48 kotipalvelun työntekijää (n = 48).

TULOKSET

Suurin osa hoitajista eli 26 (54 %) oli osallistunut neljään tai useampaan lääkehoitoon liittyviin koulutustilaisuuksiin, jotka työpaikka oli tarjonnut. Yhdeksän vastaajaa (19 %) ei ollut osallistunut yhteenkään työpaikan tarjoamaan lääkehoitoon liittyvään koulutustilaisuuteen. Hoitajista 28 (58 %) koki, että lääkehoitoon liittyvä koulutus on ollut riittävää. Vastanneista hoitajista yhdeksän (19 %) totesi lääkehoidon koulutuksen olleen niukkaa. Kysyttäessä aihetoivomuksia tuleville koulutuksille vastasi 15 (31 %) hoitajaa. Vastaukset luokiteltiin kolmeen aihealueeseen: toimenpiteet, lääkehoito ja tietokoneen käyttö.

Lääkityksen annosteluohjeen eli lääkelistan teko kuului 25:lle (52 %) kaikista hoitajista. 22 (46 %) hoitajalle lääkityksen annosteluohjeen tekeminen ei liity työhön. Vastanneista hoitajista 25 (52 %) oli sitä mieltä, että heidän työhönsä liittyy lääkelaskentaa. Hoitajista 20 (42 %) oli sitä mieltä, että lääkelaskenta ei liity heidän työhönsä. Kaikista vastanneista hoitajista 38 (79 %) ilmoitti antavansa lääketä ruiskeena.

Kaikki 47 vastaajaa (98 %) kokevat hallitsevansa lääkkeiden jaon hyvin. Suurin osa vastanneista hoitajista eli 40 (83 %) koki, että tunnistaa lääkkeet ja niiden antotavan hyvin. Vastanneista hoitajista 25 (53 %) koki hallitsevansa lääkelaskut hyvin. Vastanneista hoitajista 15 (58 %) eli ne, jotka olivat käyneet neljässä tai useammassa työpaikan tarjoamassa lääkehoitoon liittyvässä koulutuksessa, kokivat hallitsevansa lääkelaskut hyvin.

Lähes kaikki hoitajat eli 46 (96 %) vastasivat antavansa ohjausta asiakkaille reseptilääkkeiden käytöstä. Suurin osa vastanneista eli 34 (71 %) antaa ohjausta asiakkaan omaiselle lääkehoidosta. Vastanneista hoitajista 12 (25 %) vastasi, ettei anna ohjausta asiakkaan omaisille. Suurin osa vastanneista hoitajista eli 41 (85 %) vastasi tiedottavansa lääkehoidon vaikutuksista omaisille. Vastanneista hoitajista 5 (10 %) vastasi, ettei tiedota omaisia lääkehoidon vaikutuksista ja vastanneista hoitajista 43 (90 %) vastasi tiedottavansa lääkehoidon vaikutuksista muille hoitoon osallistuville työntekijöille. Hoitajista kolme (6 %) vastasi, että ei tiedota lääkehoidon vaikutuksista muille hoitoon osallistuville työntekijöille.

POHDINTA

Kysymyksessä lääkelaskujen hallinnasta esiintyi suurta vaihtelua. Sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista yksikään ei kokenut hallitsevansa lääkelaskuja huonos-

ti. Lähihoitajista suurin osa koki hallitsevansa lääkelaskut hyvin. Kodinhoitajista suurin osa taas koki hallitsevansa huonosti lääkelaskut. Heistä jätti myös neljä vastaamatta tähän kysymykseen. Sairaanhoitajien, terveydenhoitajien, lähihoitajien ja perushoitajien koulutukseen kuuluvat lääkelaskut, ja niiden osaaminen varmistetaan tentin avulla. Kodinhoitajien peruskoulutukseen ei ole kuulunut lääkelaskuopetusta, ja tästä syystä he varmaan kokevat, että heidän osaamisensa on puutteita. Voidakseen toteuttaa lääkehoitoa kotipalvelussa heidän on täytynyt käydä jonkinlainen kurssi lääkehoidosta, mutta kurssi ei ole ehkä yhtä laaja-alainen kuin lääkehoidon opetus, joka kuuluu lähihoitajien (aikaisemmin perushoitajien) sekä sairaan- ja terveydenhoitajien koulutukseen.

Tuloksissa ilmeni, että hoitajat, jotka olivat käyneet ylimääräisissä työpaikan tarjoamissa lääkehoitokoulutuksissa, hallitsivat lääkelaskut paremmin kuin hoitajat, jotka eivät olleet osallistuneet yhtä paljon ylimääräisiin lääkehoitokoulutuksiin. Tämän pohjalta voidaan arvioida, että lisäkoulutuksista on hyötyä.

Lähes kaikki hoitajat antavat asiakkaalle ohjausta reseptilääkkeiden käytöstä. Varsinkin kotihoidon asiakkaille on tärkeää, että hoitaja osaa ohjata lääkehoitoa. Hoitaja saattaa olla ainoa henkilö, jolta asiakas voi saada tietoa lääkehoidosta. Jotta hoitaja osaisi ohjata asiakasta, tulee hänen tietojensa olla hyvät ja ajan tasalla. Tällöin korostuu sekä lääkehoidon koulutuksen tärkeys että lisäkoulutuksen avulla tietojen päivittämisen tärkeys. Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito -oppaassa korostetaan ja ohjeistetaan potilaan ohjauksen tärkeyttä. Potilaalle tulee antaa lääkehoitoa koskevaa tietoa, neuvontaa ja ohjausta. Lisäksi on tärkeää varmistaa, että potilas on ymmärtänyt annetun ohjauksen.

Hoitajista suurin osa vastasi, että he tiedottavat asiakkaan lääkehoidon vaikutuksista muille hoitoon osallistuville työntekijöille. On tärkeää, että hoitajat tiedottavat toisilleen lääkehoidon vaikutuksista varsinkin, kun asiakkaan hoitajat vaihtuvat vuoroittain. Tällöin osataan tarkkailla pitkällä aikavälillä lääkehoidon vaikutuksia. Myös asiakkaiden lääkehoitoon liittyvät tiedot tulee merkitä huolellisesti asiakkaan hoitokertomukseen tiedon jatkuvuuden takaamiseksi. Suurin osa hoitajista tiedottaa lääkehoidon vaikutuksista asiakkaan omaisille. Tämä on tärkeää, sillä omainen saattaa osallistua paljonkin asiakkaan hoitoon. Tällöin myös omainen voi tarkkailla asiakasta ja hänen vointiaan sekä tiedottaa siitä hoitajille.

Tulosten mukaan nuoremmat hoitajat osallistuivat vanhempia hoitajia enemmän työpaikan tarjoamiin koulutustilaisuuksiin. Olettamuksena oli, että vanhemmat hoitajat olisivat käyneet nuorempia hoitajia aktiivisemmin koulutus-

tilaisuuksissa tietojen päivittämisen vuoksi. Nykykoulutuksessa korostetaan paljon tiedon jatkuvaa muuttumista ja sen päivittämisen tarvetta, joten nuoremmat hoitajat ovat ehkä omaksuneet tämän lisäkoulutuksen tarpeen helpommin. Kynnys lähteä koulutustilaisuuksiin päivittämään omaa tietoaan saattaa olla korkeampi vanhemmilla hoitajilla, sillä aiemmin ei myöskään koulutustilaisuuksia ole ollut yhtä paljon tarjolla eikä niiden tärkeyttä ole korostettu yhtä paljon kuin nykyään.

Kotipalvelussa toimivista ammattiryhmistä kodinhoitajat ovat vähiten koulutettuja. Tuloksista ilmeni, että he olivat käyneet koulutuksissa enemmän kuin muut ammattiryhmät. He itsekin varmaan kokevat, että tarvitsevat lisäkoulutusta. Työnantajalla on myös velvollisuus kouluttaa henkilöitä, joilla ei ole lääkehoidonkoulutusta, mutta joiden työnkuvaan se kuuluu. Työnantajan velvollisuus on järjestää lääkehoidon täydennyskoulutusta työntekijöiden yksilöllisten koulutustarpeiden mukaisesti ja järjestää lääkehoidon peruskoulutusta niille, joilla sitä ei ole. Tärkeää olisi motivoida kaikkia hoitajia osallistumaan koulutustilaisuuksiin. Jatkuva itsensä kouluttaminen ja tietojen päivittäminen tällä muuttuvalla alalla on hyvin tärkeää, joten hoitajia olisi hyvä muistuttaa tästä velvollisuudesta.

Hoitajien käsitykset siitä, mitä lääkehoitoon liittyviä asioita kuuluu heidän työtehtäviinsä, ovat melko hajanaiset. Yhteistä linjaa lääkehoidon käytännöille ei ole, vaan samat ammattiryhmät vastaavat eri tavoin kysyttäessä, mitä kuuluu heidän työtehtäviinsä. Tämä saattaa johtua siitä, että eri toimipisteen hoitajat saattavat hoitaa erilaisia asiakkaita, eikä kaikille hoitajille tule samanlaisia työtehtäviä vastaan. Vastauksista kävi ilmi, että kotipalvelussa tarvitaan laaja-alaista lääkehoitoon liittyvää taitoa. Koulutustarve on laaja-alaista, sillä eri työpisteissä tarvitaan erilaisia taitoja, ja yhtenäinen linja lääkehoidon toteutukseen tarvitaan.

Kaikki sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että heidän työhönsä liittyy injektioiden antaminen. Muiden ryhmien välillä oli asiasta erimielisyyttä. Pieni osa hoitajista oli vastannut, että työhön ei kuulu ruiskeen antaminen, mutta kirjoittanut sivuun, että insuliinin anto kuuluu työhön. Tällöin vastaus on tulkittu kyllä-vastaukseksi. Suurin osa kodinhoitajista oli vastannut, että heidän työhönsä liittyy ruiskeen antaminen. Tämä herättää ehkä pientä ihmetystä, mutta tällöin kodinhoitajien pitäisi osallistua lisäkoulutukseen sitä varten. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut ohjeet siitä, että injektioiden antaminen lihakseen tai ihon alle edellyttää henkilökunnan osaamisen varmistamista ja tarvittaessa lisäkoulutuksen antamista, myös kirjallinen lupa tulisi olla.

Tutkimuksen edetessä kävi ilmi, että kaikilta kotipalvelun hoitajilta puuttui kirjallinen lupa harjoittaa lääkehoitoa. Lupa tulisi saada oman alueen lääkäreiltä, mutta ilmeisesti yhteistyö ei toimi, ja lääkehoidon lupia ei ollut saatu. Lääkehoitoa toteutetaan kotipalvelussa lupien puuttumisesta huolimatta. VALO-projektin myötä jokaisen hoitajan tulisi suorittaa lääkepassi, jonka jälkeen heidän pitäisi hankkia lääkäriltä kirjallinen lupa lääkehoidon toteuttamiseen.

LÄHTEET

Grandell-Niemi, H. 1997. Valmistuvien sairaanhoitajien lääkelaskentataidot. Turku: Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Haapaniemi, H., Routasalo, P. & Lauri, S. 2003. Hoitotieteellinen vanhustutkimus: Analyysi vuosina 1979–2000 Suomessa tehdyistä yliopistollisista opinnäytetöistä. *Hoitotiede* Vol. 15, nro 2/-03, 89–99.

Lumme-Sandt, K. 2002. Ikäihmiset ja lääkkeiden käytön moninaiset maailmat. Tampere: Tampereen yliopisto, Terveystieteenlaitos. Sähköinen väitöskirja. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 220 [Viitattu 29.4.2007]. Saatavissa <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5525-8.pdf>.

Murtola, E. 1999. Lääkehoidon osaaminen. Kartoitus valmistuvien sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden lääkehoidon osaamisesta. Turku: Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos. Lisensiaattitutkimus.

Pietikäinen, T. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Solante, S. & Leino-Kilpi, H. 1998. Mitä koulutus tuotti? Viisi vuotta työelämässä olleiden hoitotyöntekijöiden näkemyksiä koulutuksen tuottamista valmiuksista. *Hoitotiede* 2/1998, 87–95.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. 2006. Turvallinen lääkehoito; Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Yliopistopaino [Viitattu 3.10.2007]. Saatavissa <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/potilasturvallisuus/index.htx.i640.pdf>.

**VANHUSTEN HOIDON LAADUN
PARANTAMINEN**

VANHUSTEN TYYTYVÄISYYS SALON KAUPUNGIN AVO- JA LAITOSHOIDON PALVELUIHIN 2004–2006

Tarja Bergfors
Jaana Forsbacka

Vanhusten palvelujen tavoitteena on edistää ikääntyneiden ihmisten hyvinvointia ja huolehtia siitä, että ikääntyvä väestö saa tarvittaessa hyvää hoitoa ja palvelua. Vanhusten elämässä keskeisellä sijalla ovat myös erilaiset sairaudet ja niiden hoitaminen. Sairauksien hoidossa korostuu erityisesti lääkehoidon osaaminen. Turvallinen lääkehoito kattaa onnistuessaan yhtenäiset lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvää vastuunjakoja ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joita tulee noudattaa kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä.

Terveys 2015 -ohjelman yksi päätavoite on, että yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paraneminen jatkuu samansuuntaisena kuin viimeisten 20 vuoden ajan. Tämä tavoite edellyttää myös vanhusten palveluiden laadun kehittämistä ja saumattomien palveluketjujen toimivuutta.

Palvelujen järjestämisessä on keskeistä sosiaali- ja terveystoimen yhteistyö, palvelujen saannissa tasa-arvo, saumattomat palveluketjut sekä henkilöstön hyvä ammattitaito ja riittävyys. Kuntien on palvelujen saatavuuden lisäksi turvattava ja varmistettava myös järjestämiensä palvelujen laatu. Asiakaspalautteen avulla voidaan selvittää asiakkaiden kokemaa palvelun ja hoidon laatua. Samalla keräämällä tietoja eri lääkityksistä ja lääkkeiden aiheuttamista sivuvaikutuksista saamme arvokasta tietoa tämän hetken lääketilanteesta Salon seudulla.

Ikäihmisten laitoshoidon ja asumispalveluyksiköiden asiakastyytyväisyys-kyselyt Salossa suoritettiin ensimmäisen kerran toukokuussa 2004 Länsi-Suomen lääninhallituksen TyyTy-asiakaspalauttejärjestelmällä, jota muokattiin paikalliseen tarpeeseen sopivaksi. Kysely uusittiin keväällä 2006 ja samalla kartoitettiin ikäihmisten lääkehoidon asioita. Kyselyn muokkaamisesta ja organisoinnista vastasivat VALO-projektin ohjausryhmän jäsenet.

TUTKIMUSONGELMAT JA TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

Salon kaupungin laitoshoidon ja asumispalveluyksiköissä asuvien asiakkaiden tyytyväisyyskyselyt tehtiin Länsi-Suomen lääninhallituksen Tyyty-menetelmää soveltaen. Tyyty-kyselylomakkeita muokattiin vastaamaan eri organisaatioiden tarpeita Salossa. Kyselyn otos muodostui siten, että valittiin asiakaskunnasta ne asiakkaat, jotka henkilökunnan arvioinnin perusteella pystyivät vastaamaan kysymyksiin ja lupautuivat osallistumaan tutkimukseen ja lisäksi olivat tavoitettavissa tutkimusajankohtana. Vastaajia oli 49 ja keski-ikä oli kyselyssä 86 vuotta.

Lomakkeita palautettiin yhteensä 49 kappaletta. Naisia tutkimuksen osallistujista oli 43 ja miehiä 6. Kyselylomakkeet olivat esitestattuja. Kyselyt toteutettiin Salon avopalveluasiakkaille. Turun ammattikorkeakoulun terveystalon, Salon toimipisteen opiskelijat suorittivat haastattelut ja täyttivät lomakkeet yhdessä asiakkaiden kanssa.

TUTKIMUSKOHTEIDEN ESITTELY

Kukonkallion vanhainkoti on perustettu v. 1932. Vanhainkodissa on 122 asukaspaikkaa salolaisille vanhuksille, jotka eivät enää avohuollon tukitoimenpitein selviä kotona eivätkä kuitenkaan tarvitse sairaalahoitoa. Osastoja vanhainkodissa on kuusi. Nämä ovat Tyynelä (13 sairaansijaa), Arvola (22 ss.), Väinölä (22 ss.), Ainola (24 ss.), Rauhala (12 ss.) ja Päivölä (29 ss.). Lisäksi vanhainkodissa on kuntoutus- ja viriketoimintayksikkö, keittiö, kanttiini ja pesula. Asukkaiden ja henkilökunnan käytössä on kirjasto, ja Salon kaupunginkirjastosta käy kirjastonhoitaja talossa 2 kertaa kuukaudessa. Asukkailla on myös käytössään jalkojenhoitajan palvelut kerran viikossa ja kampaajan palvelut joka toinen viikko. Vanhainkodin lääketieteellisestä hoidosta vastasi Salon seudun terveystakeskusten lääkäri Juha Sorasto. Lääkäri käy vanhainkodissa kaksi kertaa viikossa, tiistaina aamupäivällä ja torstaina iltapäivällä.

Vanhainkodin hoitotyössä korostuu kodinomaisuus ja yksilöllisyys. Jokainen osasto on ns. hoivaosasto ja osastoilla toteutetaan kuntouttavaa hoitotyötä asukkaiden omatoimisuuden tukemiseksi. Asukaspaikoista kaksi on käytössä lyhytaikaisia hoitajaksoja varten. Nämä ovat joko säännöllisiä intervallijaksoja tai tilapäisiä lyhytahoitajaksoja. Yhteistyötä tehdään kotipalvelun kanssa lyhytaikaisille hoitajaksoille tulevien asukkaiden hoitoon liittyvissä kysymyksissä. Pitkäaikaispaikoille odottavien asiakkaiden hoidon porrastukseen ja sijoituksiin liittyviä kysymyksiä käsitellään kuukausittain lähetepalaverissa, johon osallistuu Kukon-

kallion johtaja Heli Poikela. Hoidon porrastuksen apuvälineenä käytetään mm. RAVA-mittaria.

Paukkulakoti on Salon kaupungin palvelukeskus, vanhainkoti ja asumispalveluyksikkö. Toiminta on aloitettu vuonna 1996. Paukkulakodissa on palvelukeskus, joka palvelee monipuolisesti kotona asuvia salolaisia eläkeläisiä. Paukkulakodissa on kaksi 11 paikkaista vanhainkotosastoa: Kissankello ja Ketokaukoki. Osastot on tarkoitettu sellaisille vanhuksille, jotka eivät selviydy enää kotona kotiavun turvin, mutta eivät kuitenkaan tarvitse sairaalamaista hoitoa. Vanhainkoti tarjoaa hyvää hoitoa kodinomaisessa ympäristössä. Lähes kaikki huoneet ovat yhden hengen huoneita. Kaksi hoitopaikoista on varattu vuoro- hoitoa varten. Vuorohoidossa oleva asiakas asuu kotonaan ja viettää osastolla viikon tai kaksi kuukaudessa. Vuoro- hoito tukee omaishoitoa tai vanhuksen selviämistä kotipalvelujen turvin pidempään kotona.

Asumispalveluyksiköt on tarkoitettu paljon apua tarvitseville vanhuksille, jotka eivät selviydy enää kotona kotiavun turvin ja tarvitsevat valvontaa myös yö- aikaan. Kyse on laitoshoidon ja kotihoidon välille sijoittuvasta hoitomuodosta, joka on ympärivuorokautista. Asukkaat kalustavat itse asuntonsa.

Anninkartanon asumispalveluyksikössä on 10 asukasta ja yksi paikka on lyhyt- aikaista hoitoa varten. Asunnoista 7 on yksiötä, yksi kolmen asukkaan solu- asunto sekä huone lyhytaikaisia sijoituksia varten. Lisäksi ovat yhteiset oleskelu- ja ruokailutilat sekä sauna ja pyykkitupa.

Pahkavuoren asumispalveluyksikössä on 31 asukasta sekä 2 lyhytaikaispaikkaa 1–2 viikoksi kerrallaan. Yksikkö toimii kerrostalossa. Ryhmäkodeissa on 1. ja 2. kerroksessa 8 yksiötä ja jaettu kaksio, ja 3. kerroksessa 8 yksiötä sekä 1 kaksio. Lisäksi siellä ovat yhteiset oleskelu- ja ruokailutilat. Kellarikerroksessa sijaitsevat sauna-, pyykkitupa- ja päivätoimintatilat.

Paukkulakodin asumispalveluyksikössä on 22 paikkaa. Osasto Metsätähti on 11-paikkainen. Asukkailla on omat huoneet ja yhteiset oleskelu- ja ruokailu- tilat. Osasto Sinivuokko on 11-paikkainen. Asukkailla on omat asunnot: ma- kuuhuone, olohuone = keittiö ja kylpyhuone. Lisäksi osastolla on yhteiset oles- kelu- ja ruokailutilat. Asumispalveluyksikössä on hoitohenkilökuntaa ympäri vuorokauden.

että Kukonkallion vanhainkodissa, Paukkulakodissa, Anninkartanon asumispalveluyksikössä, Pahkavuoren asumispalveluyksikössä ja Paukkulakodin asumispalveluyksikössä sekä Salon seudun terveyskeskuksen vuodeosastolla.

Tutkimustulokset on käsitelty SPSS-ohjelmalla ja tulosten esittelyssä on käytetty prosenttiosuuksia ja vastanneiden lukumääriä.

Tutkimusongelmat olivat

1. Millaisena asiakkaat kokevat palvelujen ja hoidon laadun?
2. Mitkä ovat asiakkaiden mielipiteet työntekijöiden ammattitaidosta ja työn laadusta?
3. Millaisena asiakkaat kokevat työntekijöiden suhtautumisen asiakkaisiin?
4. Millainen on lääkehoito?
5. Miten laitos toimii?

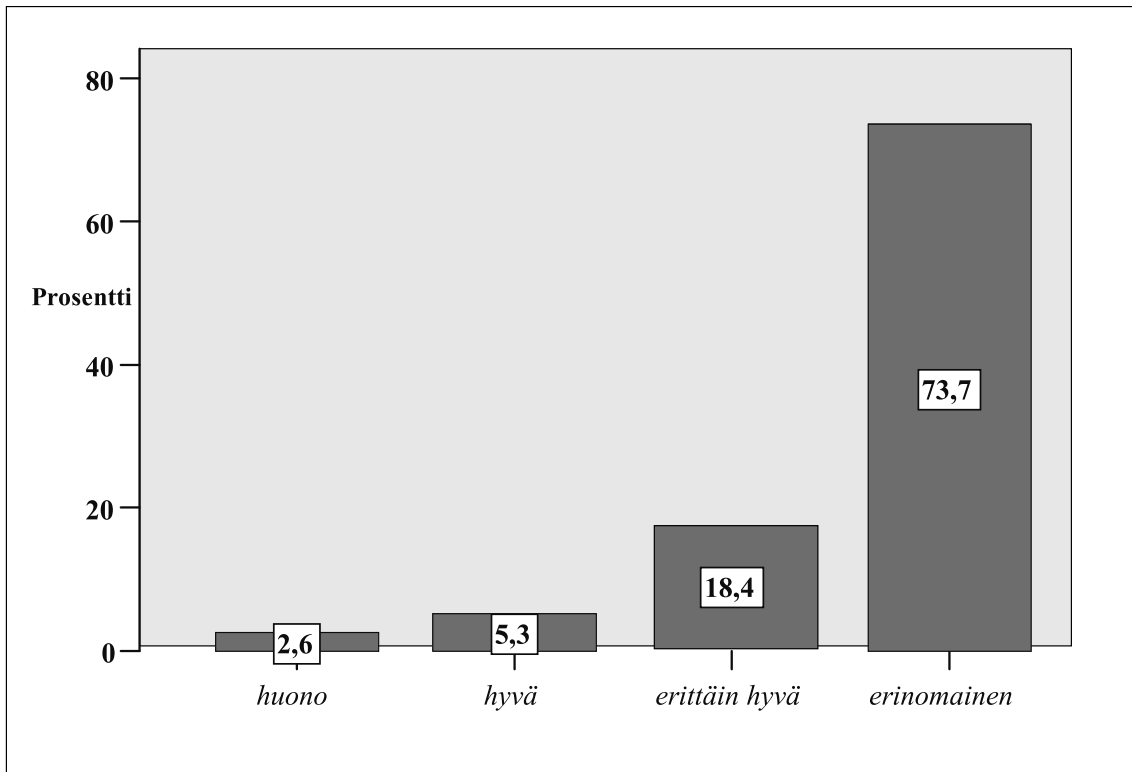
TULOKSET

TAULUKKO I. *Vastaajien hoitopaikat.*

HOITOPAIKKA	VASTAAJIEN LUKUMÄÄRÄ
Kukonkallion vanhainkoti	23
Paukkulakoti	4
Anninkartanon asumispalveluyksikkö	3
Pahkavuoren asumispalveluyksikkö	5
Paukkulakodin asumispalveluyksikkö	3
Salon tk:n vuodeosastot	3
yhteensä	41

Vastaajien ikä vaihteli 70 vuodesta 101 ikävuoteen. Vastaajien mielestä palvelut lisäsivät heidän turvallisuuttaan, sillä 80 % oli sitä mieltä, että palvelut lisäsivät heidän turvallisuuttaan usein tai aina. Vastaajat olivat tyytyväisiä saamaansa palveluneuvontaan, sillä 75,6 %:lle kerrottiin usein tai aina riittävästi hoitoon ja palveluun liittyvistä asioista, kun taas 18,9 % vastaajista oli sitä mieltä, että hoitoon ja palveluun liittyvistä asioista ei kerrottu koskaan tai niistä kerrottiin erittäin harvoin.

Vastaajista 68,4 % oli sitä mieltä, että kuntoutukseen liittyvistä asioista kerrottiin ymmärrettävästi usein tai aina ja 92,1 % oli sitä mieltä, että heitä hoidettiin heille itselleen sopivassa hoitopaikassa.



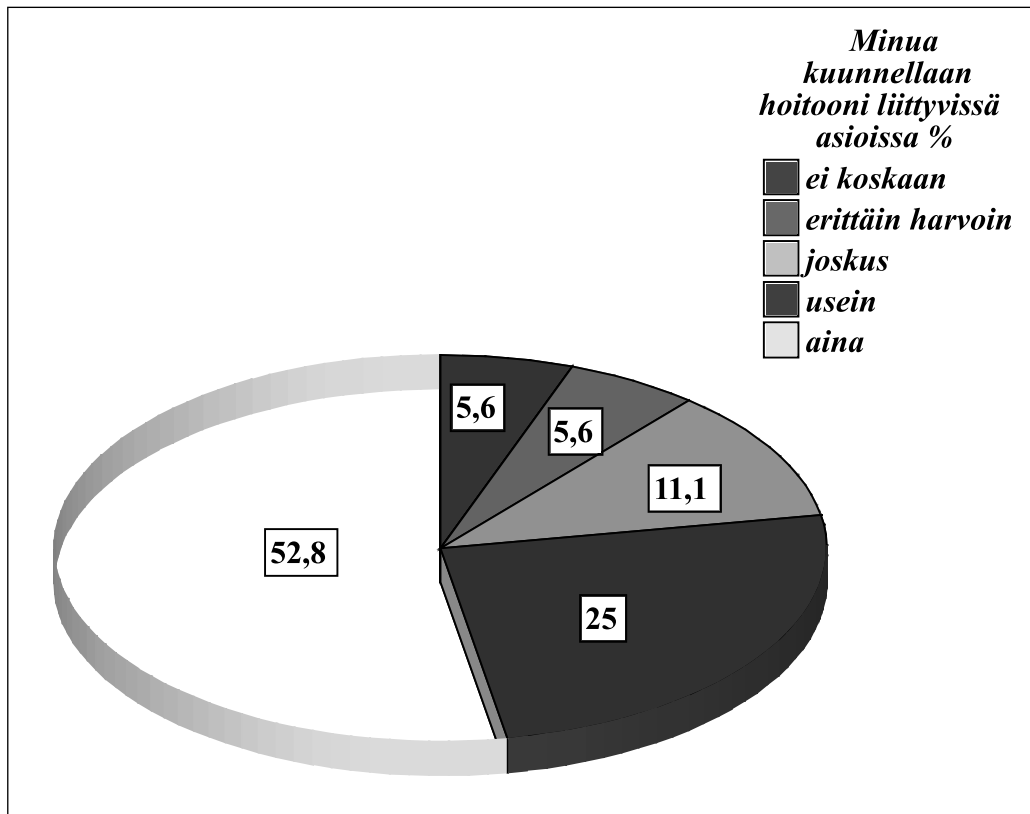
KUVIO 1. *Tyytyväisyys nykyiseen hoitopaikkaan*

Vastaajat eivät kokeneet pelokkuutta, mutta viisi heistä tunsi itsensä usein tai aina yksinäiseksi ja 11 vastaajaa poti joskus yksinäisyyttä. Vastaajista 35,1 % oli sitä mieltä, että heille on tullut uusia ihmissuhteita palvelujen myötä.

Asiakkaiden mielipiteet työntekijöiden ammattitaidosta ja työn laadusta

Työntekijöiden ammattitaitoa vastaajat arvostivat erittäin korkealle. Kaikkien vastaajien mielestä ammattitaito oli vähintään kohtalainen. Erinomaisena ammattitaitoa piti 45,9 % ja erittäin hyvänä 35,1 %. Työntekijät olivat vastaajien mielestä palvelualttiita ja ystävällisiä, 80,5 %:n mielestä työntekijät olivat palvelualttiita aina tai usein ja ystävällisiä aina tai usein 87,8 %:n mielestä. Asiakkaiden mielestä heitä kuunneltiin päätettäessä palveluun tai hoitoon liittyvistä asioista. Asiakkaita kuultiin aina tai usein 77,8 %:n mielestä.

Vastaajien mielestä heihin suhtauduttiin lämpimästi. Suhtautuminen oli lämmintä usein tai aina 80,5 % mielestä. Asiakkaita kuunneltiin palveluihin liittyvissä asioissa usein tai aina 77,8 % mielestä.



KUVIO 2. Asiakkaan kuuntelu hoitoon liittyvissä asioissa.

Asiakkaita hoidettiin erittäin kärsivällisesti. Kohtelu oli kärsivällistä usein tai aina 85,4 %:n mielestä. Asiakkaat kokivat, että heitä kannustettiin omatoimisuuteen. Usein tai aina omatoimisuuteen kannustusta koki 70,7 %. Usein tai aina omista asioistaan sai päättää 84,2 % vastaajista. Hoito toteutui varovaisin ottein usein tai aina 89,2 %:n mielestä ja 80,5 % vastaajista piti hoitoa kiireettömänä aina tai usein.

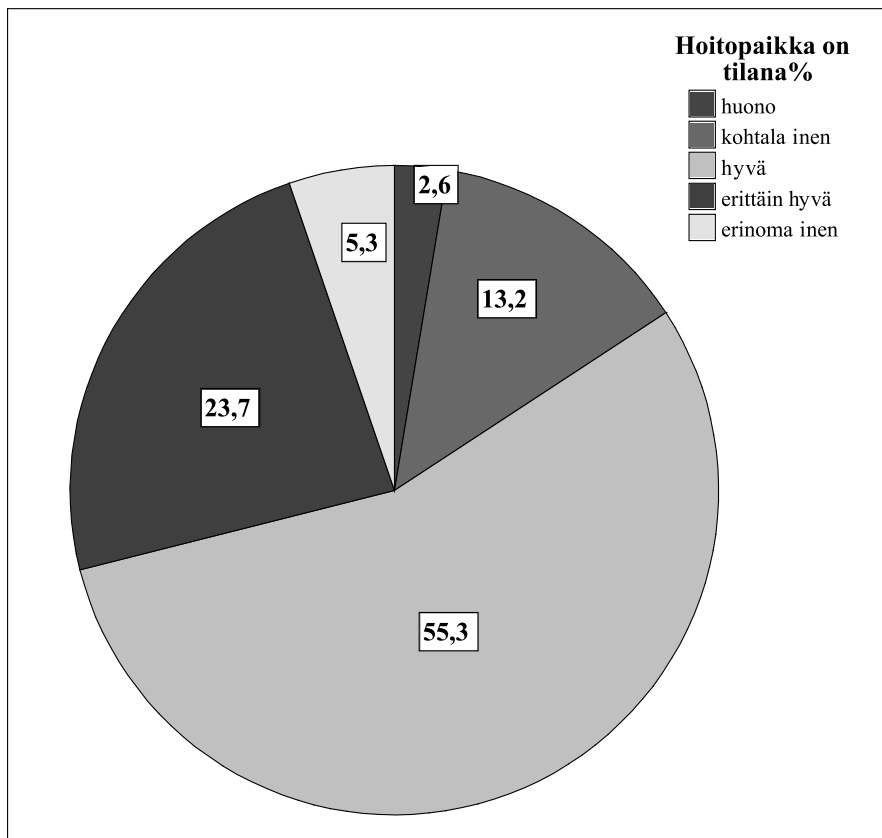
Työntekijät kunnioittivat vastaajien yksityisyyttä 91,7 %:n mielestä usein tai aina.

Vaitiolovelvollisuus toteutui usein tai aina 90,2 %:n mielestä. Vastaajista 78,9 % oli sitä mieltä, että heitä ei koskaan ollut kohdeltu huonosti ja vain 7,9 % oli sitä mieltä, että heitä oli joskus kohdeltu huonosti.

Laitoksen toiminta

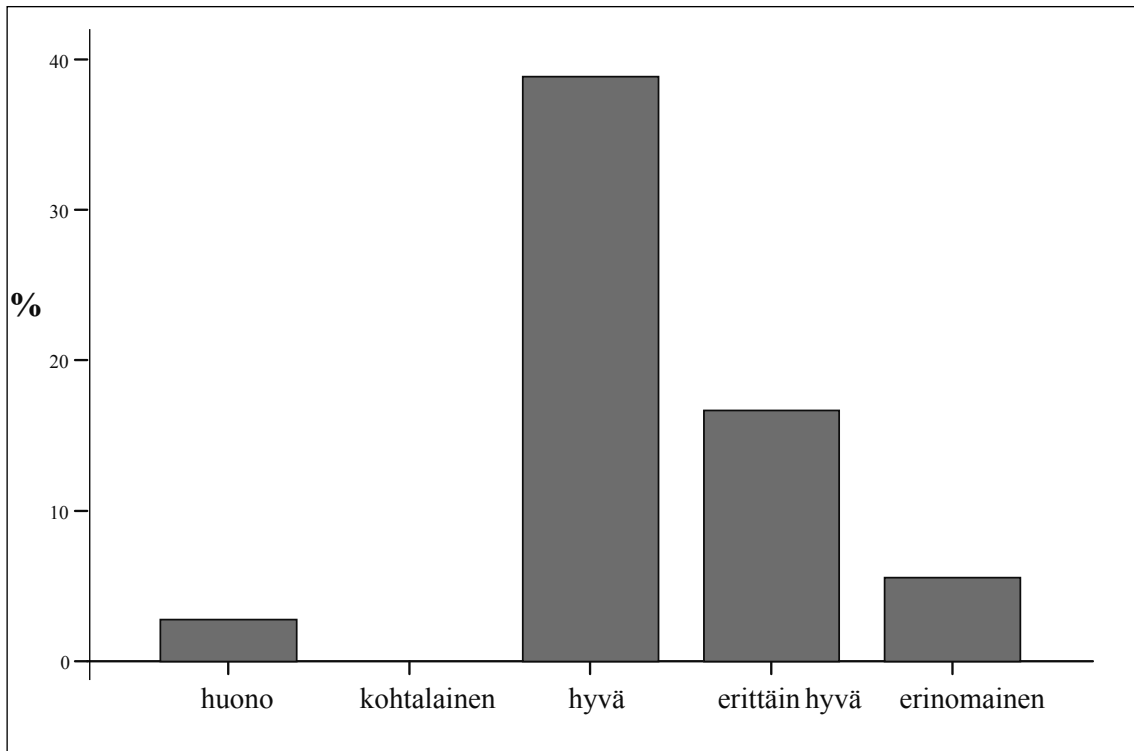
Vastaajista 46,3 % oli sitä mieltä, että heille on tarjolla sopivia virkistymistilaisuuksia. Vastaajista 47,9 % oli sitä mieltä, että tarjolla oli mielekästä tai järkevää tekemistä usein ja vain joskus mielekästä tekemistä oli tarjolla 18,4 %:n mielestä.

Vastaajista 60 % oli sitä mieltä, että toiminnassa huomioidaan aina tai usein vuodenajat ja juhlapyhät, ja 34,3 % oli sitä mieltä, että ne huomioidaan vain joskus. Hoitopaikka oli tilana erittäin hyvä ja jopa erinomainen 26,9 %:n mielestä. Arvosanan hyvä antoi 51,2 % vastaajista.



KUVIO 3. Asiakkaiden tyytyväisyys hoitopaikkaan tilana.

Vastaajista 19,5 % koki ilmapiirin erittäin hyvänä tai erinomaisena. Arvosanan hyvä antoi 34,1 %.



KUVIO 4. Hoitopaikan ilmapiiri.

POHDINTA

Salon kaupungin laitoshoidossa ja asumispalveluyksiköissä asuvat asiakkaat olivat erittäin tyytyväisiä saamiinsa palveluihin. Palvelut lisäsivät vanhusten turvallisuutta, he saivat tarvitsemansa avun nopeasti ja olivat tyytyväisiä saamaansa neuvontaan. Vastajat arvostivat työntekijöiden ammattitaidon erittäin korkealle. Kaikkien vastaajien mielestä työntekijöiden ammattitaito oli vähintään kohtalainen ja erittäin hyväksi tai erinomaiseksi ammattitaidon arvioi 81 % vastaajista. Työntekijät olivat palveluaittiita aina tai usein 80,5 %:n ja ystävällisiä aina tai usein 87,8 %:n mielestä. Asiakkaisiin suhtautuminen oli lämmintä ja asiakkaita kohdeltiin kärsivällisesti ja kiireettömästi. Asuinympäristö koettiin viihtyisäksi ja ilmapiiri hyväksi. Asiakkaiden mielestä ruokailutilanteet olivat kiireettömiä, ja suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä tarjottavaan ruokaan ja asuinympäristö koettiin viihtyisänä.

Kehittämiskohteeksi Salossa laitoshoidon ja asumispalvelujen asiakkaiden kyselyn perusteella tuli asiakkaiden toiminnallisuuden tukeminen. Vastajat kokivat, että heitä kannustettiin omatoimisuuteen ja heidät autettiin aina tarvit-

taessa pois vuoteesta, mutta he kokivat mielekkään tekemisen puutetta, eivätkä virkistystilaisuudet aina tuntuneet itselle sopivilta.

Salossa kyselyyn vastanneiden laitoshoidossa ja asumispalveluyksiköissä olevien asiakkaiden keski-ikä oli 84 vuotta. Toimintakyvyn heikkeneminen kiihtyy monilla erityisesti 80 ikävuoden jälkeen. Kaikille asiakkaille laaditaan yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma, jonka tavoitteena on turvata toimintakykyä ylläpitäviä ja kehittäviä palveluja. Ennaltaehkäisy ja kuntoutuksen voimavarat ja onnistuminen ovat keskeisiä ikääntyvien ihmisten toimintakyvyn säilyttämiseksi.

VANHUSTEN HOIDON LAATU HALIKOSSA OMAISTEN ARVIOIMANA

Susanna Hauhtonen
Anniina Virtanen
Kaisa Välitalo

Tämän artikkeli perustuu opinnäytetyöhön Iloiset, hyvät hoitajat, pitävät huolta omaisestani. Kiitos. – Omaisten näkemyksiä Halikon vanhainkodin, Tammilehdon palvelukeskuksen ja Hajalan kartanon asukkaiden saamasta hoidon laadusta”. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaiseksi omaiset kokevat läheistensä hoidon laadun. Aineisto koottiin strukturoidun kyselylomakkeen avulla. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda tietoa tutkimukseen osallistuvien hoitopaikkojen työntekijöille omaisten tyytyväisyydestä läheistensä hoidon laatuun ja antaa perusteita hoidon laadun parantamiseksi.

Suomessa jokaisella iäkkäällä ihmisellä on samanlainen oikeus terveydentilansa mukaiseen, laadultaan hyvään terveyden ja sairauden hoitoon kuin kaikilla muillakin ihmisillä (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2005, 357). Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien iäkkäiden potilaiden hoidossa eettiset ongelmat kuitenkin korostuvat, sillä riippuvuuden aste vaihtelee lähes omatoimisista täysin muista riippuvaisiin potilaisiin, ja siksi sairaanhoitajalla on usein keskeinen vastuu heidän hoidostaan (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 230). Yhä huonokuntoisempien vanhusten määrä laitoshoidossa kasvaa (Näslindh-Ylispangar 2005, 154). Siksi on tärkeää tutkia ja parantaa hoidon laatua tilanteiden muuttuessa jatkuvasti. Omaisten tärkeys korostuu sellaisissa tutkimuksissa, jotka koskevat laitoshoidossa olevia vanhuksia, koska vanhusten oma mielipide ei välttämättä ole yhtä luotettava kuin omaisten.

Elämänlaadun edistämisen haasteena nähdään erityisesti sellaiset potilasryhmät, kuten iäkkäät mielenterveyspotilaat sekä dementoituvat ja kuolevat potilaat (Sarvimäki 1998, 20). Näiden potilasryhmien kohdalla ihmisarvo, sosiaaliset oikeudet ja oikeusturva saattavat heikentyä, sillä he ovat usein riippuvaisia hoitohenkilökunnasta, omaisista ja muista läheisistä ihmisistä. (Koskinen, Aalto, Hakonen, Päivärinta 1998, 158.) Laitoshoidossa olevien iäkkäiden potilaiden

hoidossa eettiset ongelmat korostuvat siksi, että sairaanhoitajalla on usein keskeinen vastuu heidän hoidostaan. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa riippuvuuden aste vaihtelee lähes omatoimisista täysin riippuvaisiin potilaisiin. Tällaista riippuvuutta edistävät erilaiset tekijät, kuten ruokailu ja pukeutuminen tai hygienian hoito. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 230.)

Vanhustyön lähtökohtana tulee huomioida ikääntyneen ihmisen elämän todellisuus sellaisena, kuin se hänelle itselleen ilmenee. Vanhustyön pyrkimyksenä on etenkin vahvistaa ikääntyneen riippumattomuutta, autonomisuutta ja turvallisuutta sekä kunnioittaa hänen oikeuksiaan. Vanhusten hoitotyö edellyttää sekä teoreettista että käytännön tuomaa tietoa biologisista, psyykkisistä ja sosiaalisista vanhenemisprosesseista. Tämä ei kuitenkaan riitä, vaan hoitajien tulee tietää myös vanhusten elämästä sekä tietää keskeiset asiat vanhojen ihmisten tyypillisistä sairauksista ja hoitomahdollisuuksista. (Koskinen ym. 1998, 11, 41–42, 60.)

Waldén-Parnettin (2001) sisällön analyysimenetelmällä tehdyn tutkielman Hoitajien vanhuskuva ja vanhuskäsitys (n = 27) -tutkielman mukaan vanhustenhoitotyössä tarvittavia tietoa alueita ovat persoonallinen tieto, arvotieto, faktatieto, käytännöntieto ja kokemustieto. Tieto nähtiin myös tärkeänä osana oikean toiminnan perustana. (Waldén-Parnetti 2001, 49, 51.) Jaatisen (2005) sisällönanalyysimenetelmällä tehdyn tutkimuksen Asiantuntijuus vanhusten hoitotyössä – kokeneen sairaanhoitajan näkökulma mukaan työskentely vanhusten hoitotyössä edellyttää sairaanhoitajalta (n = 19) lisäksi empaattista, kunnioittavaa ja suvaitsevaista asennetta vanhukseen sekä työhön sitoutumista, vastuullisuutta ja työn arvostamista. Tämän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kokivat myös itse, että vanhukset arvostavat enemmän hoitajaa, joka tietää asioista ja osaa vastata heidän kysymyksiinsä. (Jaatinen 2005, 26, 38–40, 42–43.)

Vanhusten kokemus hoidon laadusta tarkoittaa vanhuksen omaa kokemusta siitä, minkälainen on hänelle annettujen hoitojen ja palvelujen laatu (Vallejo Medina ym. 2005, 359). Suurin osa hoitotyön toiminnoista on jokapäiväisiä, arkeen liittyviä toimintoja, minkä vuoksi hoitotyöntekijä ei välttämättä aina tunnista niihin liittyviä eettisiä ongelmatilanteita. Ikääntyneen näkökulmasta jokapäiväiset, arkiset toiminnot kuitenkin muodostavat potilaan käsityksen hoitotyön laadusta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 233.) Hyvää hoitoa toteutettaessa on otettava ensisijaisesti kuitenkin huomioon, miten ikääntyneet itse näkevät hyvän hoidon laitoksessa, sillä ikääntyneet mieltävät yksilöllisyyden huomioimisen usein hyvän hoidon perustaksi (Voutilainen, Backman & Paasivaara 2002, 116). Myös Mustajoen sisällön analyysimenetelmällä tehdystä tutkimuk-

sesta Vanhusten hyvä hoito vanhainkodissa – asukkaiden, heidän omaistensa ja hoitohenkilökunnan kokemana (2000) (n = 30) ilmenee, että hyvän hoidon tavoitteina pidettiin vanhuksen hyvää oloa, terveyden ja toimintakyvyn säilyttämistä sekä vanhuksen kivuttomuutta ja rauhallista kuolemaa. Tämän tutkimuksen mukaan hyvän hoidon edellytyksenä nähtiin lisäksi riittävät resurssit, hoitajan ammattitaito ja kokemus sekä koulutus että hoitajan persoona ja kutsumus työhön (Mustajoki 2000, 90, 93–94.)

Omaiset ovat erittäin tärkeä voimavara ikääntyneiden hoidossa. Kaikki osapuolet hyötyvät onnistuneesta yhteistyöstä omaisten kanssa (Vaarama & Voutilainen 2002, 77), sillä omaiset voivat toimia ainutlaatuisella tavalla ikääntyneen läheisensä elämässä. Omaisilla on aiemmin koettuja yhteisiä hetkiä ja muistoja, jotka ovat rikkaus vanhusten elämässä. Vanhojen muistojen vaaliminen on tärkeää myös siksi, että muistelu voi eheyttää ja olla terapeutista sekä auttaa hahmottamaan oman elämänsä merkitystä. (Näslindh-Ylispangar 2005, 158.) Tämä edellyttää kuitenkin sitä, että omaisella on mahdollisimman paljon tietoa niin osaston toiminnasta kuin potilaan sairauksista ja kunnosta, jotta omainen kykenee vaikuttamaan potilaan hoidon laatuun (Porkka 1998, 199). Riittävä tieto auttaa omaisia myös kohtaamaan ja ymmärtämään läheisensä käyttäytymistä esimerkiksi silloin, kun potilas on dementoitunut (Heimonen 1997, 123). Nuutisen ja Raatikaisen (2005) tutkimuksestakin ”Omaisten osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa” ilmenee, että omaisilla (n = 611) on kyllä paljon halua, mutta vähemmän tietoa, taitoa ja aikaa osallistua omaisensa hoitoon laitoksessa (Nuutinen & Raatikainen 2005, 135).

OMAISTEN TYYTYVÄISYYS LÄHEISTENSÄ SAAMAN HOIDON LAATUUN

Tutkimus suoritettiin kyselynä ja lomakkeet toimitettiin Halikon vanhainkodin osastonhoitajalle ja Tammilehdon palvelukeskuksen toiminnanjohtajalle, jotka toimittivat ne edelleen tutkimukseen osallistuneiden potilaiden omaisille. Lomakkeista palautettiin takaisin 30, joten vastausprosentiksi tuli 62,5.

Pitkäaikaishoidossa, kuten vanhainkodeissa, hoitosuhteen laadulla on erityisen suuri merkitys potilaan hyvinvoinnille ja tervehtymiselle (Kristoffersen & Nortvedt 2006, 145). Ikääntyneen näkökulmasta jokapäiväiset, arkiset toiminnot muodostavat potilaan käsityksen hoitotyön laadusta, sillä arkisiin toimintoihin liittyviä oikeuksia on helppoa loukata laitoshoidossa (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 233). Jokaisen näkemys hoidon laadusta on kuitenkin erilainen ja se vai-

kuttaa lopputulokseen erittäin oleellisesti (Vallejo Medina ym. 2005, 357). Halikkolaisiin hoitopaikkoihin tehdystä tutkimuksesta käy ilmi, että omaiset olivat pääasiassa erittäin tyytyväisiä läheistensä saamaan hoidon laatuun. Jokaisen neljän eri kyselylomakkeen osion vastausten keskiarvo oli yli kolme (3), mikä kuvasti tyytyväisyyttä kysytyyn asiaan usein. Tulosten mukaan omaiset olivat tyytyväisimpiä hoitajien suhtautumisesta potilaisiin ($\Sigma = 3,58$). Omaiset olivat tyytymättömiä hoitopaikkojen viihtyvyyteen ($\Sigma = 3, 15$) ja etenkin virikkeelliseen toimintaan. Kuitenkin 90 % ($f = 27$) omaisista ajatteli, että heidän läheisensä kokevat itsensä yksinäiseksi erittäin harvoin tai ei koskaan tai joskus.

Sairaanhoitajan ammatillista toimintaa ohjaavat ja säätelevät ammattitaito, etiikka ja lainsäädäntö (Kristoffersen & Nortvedt 2006, 146, Suomen sairaanhoitajaliitto ry [15.8.2007]). Halikkolaisten laitoshoidossa olevien vanhusten omaisille tehdyn tutkimuksen mukaan omaiset olivat todella tyytyväisiä työntekijöiden ammattitaitoon, palveluolttiuteen, ystävällisyyteen sekä vaitiolovelvollisuuteen. Tutkimuksen mukaan omaiset ovat olleet myös tyytyväisiä läheistensä saamaan apuun tarvittaessa ruokailussa, WC-asioissa ja vuoteesta poistumisessa, sillä melkein 80 % omaisista ($n = 29$) oli sitä mieltä, että heidän läheisensä saa apua tarvittaessa ruokailussa ja WC-asioissaan enimmäkseen tai aina.

Tiedonsaannin ja omaisten huomioimisen heidän läheisensä hoidossa koettiin tutkimuksen mukaan onnistuvan melko hyvin, mutta puutteita koettiin tuen saamisessa. Tulokset ovat jossakin määrin yhteneväisiä Nuutisen ja Raatikaisen (2005) tekemän tutkimuksen kanssa. Vastaajista yli 80 % ($n = 30$) tunsu, että heidän oli myös helppo lähestyä hoitopaikan työntekijöitä ja että he uskalsivat kysyä heiltä mieltään askarruttavia asioita enimmäkseen tai aina. Omaisten mukaan, jos he kokivat, että työntekijöitä oli helppo lähestyä, niin he myös kokivat uskaltavansa kysyä työntekijöiltä mieltänsä askarruttavia asioita ($p = 0,001$). Korrelaatiosta saatujen tulosten mukaan omaiset kokivat merkitsevänä asiana sen, että heidän kuuntelemisensa vaikutti myös siihen, mitä heille kerrottiin heidän läheisensä liittyvästä hoidosta. Korrelaatiolla saadun tuloksen mukaan omaiset kokivat erittäin merkitseväksi etenkin sen, että jos työntekijät kertoivat heille heidän läheisensä hoitotoimenpiteisiin liittyvistä asioista ymmärrettävästi, työntekijät myös kuuntelivat omaisten mielipidettä silloin, kun päätettiin heidän läheistensä koskevan hoidon sisällöstä ($p = 0,000$).

Ammattitaitoista hoitohenkilökuntaa ei aina ole tarpeeksi, jolloin laitoshoidossa olevien vanhusten hoitotyö ei aina välttämättä ole laadukasta. (Näslindh-Ylispangar 2005, 153.) Resurssipula uhkaa yksittäisen potilaan oikeutta hyvään

hoitoon, sillä hoitoresursseja ja hyvään hoitotyöhön liittyviä arvoja ei ole helppo linkittää yhteen (Kristoffersen & Nortvedt 2006, 183–184). Halikkolaisten laitoshoidossa olevien vanhuksien omaisille tehdystä tutkimuksesta ilmenee, että yli puolet (53,3 %) (f = 16) omaisista koki, että työntekijöiden vaihtuvuutta tapahtui harvoin tai ei koskaan, mutta kuitenkin jopa 16,7 % (n = 30) koki, että työntekijät vaihtuvat liian usein. Lisäksi kolmasosa vastaajista (n = 30) oli suhteellisen tyytymättömiä työntekijöiden määrään, sillä vastaajista 33,3 % oli sitä mieltä, että työntekijöitä on usein tai enimmäkseen tai aina liian vähän. Yli puolet vastaajista (66,7 %) (n = 30) oli toisaalta myös tyytyväisiä työntekijöiden määrään. Etenkin ruokailussa ja iltavuoroissa omaiset kokivat, että työntekijöitä ei ollut riittävästi. Omaiset kaipasivat myös sitä, että työntekijöillä olisi ollut enemmän aikaa seurustella heidän läheistensä kanssa.

Luottamuksen syntymiseen vaikuttavat sairaanhoitajan käyttäytyminen ja hänestä saatu vaikutelma (Kristoffersen & Nortvedt 2006, 144). Mustajoen vuonna 2000 tekemän tutkimuksen mukaan (n = 30) hyvä vuorovaikutussuhde edellyttää luottamusta, rehellisyyttä ja avoimuutta sekä ihmisläheisyyttä ja kunnioitettavaa kohtelua (Mustajoki 2000, 103–104). Halikkolaisten laitoshoidossa olevien vanhusten omaisille tehdyn tutkimuksen mukaan omaiset olivat hyvin tyytyväisiä työntekijöiden suhtautumisen heidän läheiseensä, sillä omaisista suurin osa (noin 90 % jokaisen kysymyksen osalta) oli vastannut pääasiassa jokaiseen kysymykseen ”usein” tai ”enimmäkseen tai aina”. Omaiset olivat myös tyytyväisiä siihen, miten työntekijät kunnioittivat heidän läheisensä yksityisyyttä ja rauhaa silloin, kun heidän läheisillään oli vierailijoita.

Asuinympäristöllä on suuri tunnepitoinen ja sosiaalinen merkitys ikääntyneen elämässä, sillä tuttu asuinympäristö säilyttää ikääntyneen persoonallisuutta, vahvistaa identiteettiä ja toimii samaistumisen ja itsenäisyyden lähteenä (Koskinen ym. 1998, 213). Mustajoen vuonna 2000 tekemän tutkimuksen (n = 30) mukaan hyvään psyykkis-sosiaaliseen hoitoympäristöön kuuluvat rauhallinen ja kunnioittava ilmapiiri, vanhusten omaiset, yhdessäolo, vanhainkodin virikkeellinen toiminta ja erilaiset tapahtumat (Mustajoki 2000, 104).

Halikkolaisten laitoshoidossa olevien vanhusten omaisille tehdyn tutkimuksen mukaan omaiset kokivat, että heidän läheisensä hoitopaikoissa huomioitiin hyvin vuodenajat ja juhlapyhät sekä merkkipäivät ja asukkaiden yksityisyys. Omaiset olivat hieman tyytymättömämpiä heidän läheistensä mieltymysten huomioimisen suhteen. Omaisista 40,0 % (n = 25) oli myös sitä mieltä, että heidän läheisillään oli tarjolla sopivia virkistymistilaisuuksia vain joskus. Omaiset ko-

kivat läheistensä hoitopaikan ilmapiirin tai hengen hieman paremmaksi kuin asuinympäristön viihtyvyyden. Jos omainen toisaalta koki läheisensä hoitopaikan asuinympäristön viihtyisäksi, niin hän koki myös läheisensä hoitopaikan ilmapiirin tai hengen hyväksi ($p = 0.000$). Tulos oli erittäin merkitsevä. Omaisten vastauksista kävi lisäksi ilmi, että viihtyvyyteen vaikuttivat heidän mielestään ympäristö, työntekijöiden hyvät vuorovaikutustaidot, seurustelumahdollisuus, yksityisyys, liikkumismahdollisuudet, kiireettömyys ja puhtaus sekä turvallisuus.

LÄHTEET

Heimonen, S. 1997. Omaiset voimavarana dementoituvien hoitotyössä. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituva hoitotyön asiakkaana. Tampere: Tammer-Paino, 113–126.

Jaatinen, H. 2005. Asiantuntijuus vanhusten hoitotyössä – kokeneen sairaanhoitajan näkökulma. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto.

Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S. & Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. Jyväskylä: Gummerus.

Kristoffersen, N. & Nortvedt, P. 2006. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen suhde. Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (toim.) Hoitotyön perusteet. Tanska: Narayana Press, 139–188.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY.

Mustajoki, S. 2000. Vanhusten hyvä hoito vanhainkodissa – asukkaiden, heidän omaistensa ja hoitohenkilökunnan kokemana. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto.

Nuutinen, H.-L. & Raatikainen, R. 2005. Omaisten osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Hoitotiede, Vol. 17, no 3/-05, 131–144.

Näslindh-Ylispanjar, A. 2005. Vanhuksen olemassaolon kokemuksen vahvistaminen yhteisössä. Teoksessa Noppari, E. & Koistinen, P. (toim.) Laatu vanhustyöhön. Tampere: Tammer-Paino, 147–158.

Porkka, S-T. 1998. Validoiva lähestymistapa dementoituvien hoidossa. Teoksessa Heimonen, S. & Vuotilainen, P. (toim.) Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Tampere: Tammer-Paino, 185–201.

Sarvimäki, A. 1998. Vanhusten elämänlaatu hoitotyön haasteena. Teoksessa Parviainen, T. (toim.) Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön. Tampere: Tammer-Paino, 11–24.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry. [viitattu 15.8.2007]. Saatavilla: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/mp/db/file_library/x/IMG/44357/file/Eettisetohjeetkopio.pdf.

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

Voutilainen, P., Backman, K. & Paasivaara, L. 2002. Hyvän laitoshoidon tunnusmerkit. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, S. & Finne-Soveri, U. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu - Opas laatuun. Saarijärvi: Gummerus, 115–122.

Walldén-Parnetti, M. 2001. Hoitajien vanhuskuva ja vanhuskäsitys. Tutkielma. Turun yliopisto.

SALON KAUPUNGIN AVOHUOLLOSSA OLEVIEN IKÄÄNTYNEIDEN LIKKUMINEN

Kirsi Saario

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää avohoidossa olevien ikääntyneiden salolaisten liikkumista, tyytyväisyyttä piha-alueeseen, liikunnan esteitä ja mielipiteitä säännöllisen liikkumisen vaikutuksista terveyteen. Tutkimuksen tavoite oli edistää ikääntyneiden salolaisten liikkumista ja parantaa vanhusten selviytymistä kotona sekä tarvittaessa korjata esiin tulleita ikääntyneiden liikkumista rajoittavia tekijöitä.

Suomessa elinikä on pidentynyt viime vuosikymmeninä ja väestö on muuttumassa entistä iäkkäämmäksi. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan ikääntyneiden toimintakykyä pitäisi parantaa kehittämällä lähiympäristöä ja palveluita niin, että ikääntyneet selviytyvät kotona heikollakin toimintakyvyllä. On todettu, että ikääntymisen myötä lihasmassa vähenee ja lihasvoima heikkenee, minkä taas on todettu olevan yhteydessä kävelyn hidastumiseen ja toimintakyvyn alenemiseen, jolloin kaatumisriski kasvaa. Tutkimukset osoittavat, että jo kohtalainen fyysinen aktiivisuus ehkäisee ikääntyneiden elimistön toiminnan heikkene mistä ja tuo lisää toimintakykyisiä elinvuosia. Ja koska väestön ikääntymistä ei voida olennaisesti muuttaa, on tärkeä kehittää keinoja, joilla pystyttäisiin ylläpitämään iäkkään väestön kykyä selviytyä itsenäisesti arkielämän vaatimuksista. Liikunnalla on todettu olevan tärkeä merkitys ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämisessä ja siksi onkin tärkeää tutkia ikääntyneiden liikkumista. Suuri haaste tulee olemaan yli 80-vuotiaiden määrän kolminkertaistuminen vuoteen 2030 mennessä (Lampinen 2004) ja lisääntyvät terveydenhuollon kustannukset (Finne-Soveri ym. 2001).

IKÄÄNTYNEIDEN LIKKUMISTA KOSKEVAT SUOSITUKSET

Suomen Sosiaali- ja terveysministeriön sosiaali- ja terveystalitiikan strategian yhdeksi tavoitteeksi vuodelle 2010 on asetettu, että ikääntyneiden toimintakykyä pitäisi parantaa kehittämällä lähiympäristöä ja palveluita niin, että ikäänty-

neet selviytyvät kotona heikollakin toimintakyvyllä (Sosiaali- ja terveysministeriön 2001a).

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteena on terveyden tukeminen ja edistäminen kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paranemisen tulisi jatkua samansuuntaisena kuin viimeiset 20 vuotta. (Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisu 2001b.) Sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten hoitoa ja palveluita sekä niiden laadun kehittämistä koskeva laatusuositus julkaistiin 2001 ja sen tavoitteena on, että mahdollisimman moni ikääntynyt voi elää itsenäisesti omassa kodissaan tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään (Sosiaali- ja terveysministeriö oppaita 2001b). Tämä tutkimus on saanut alkunsa sosiaali- ja terveysministeriön antaman suosituksen Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteiden saavuttamiseksi Salossa.

IKÄÄNTYMINEN JA LIIKUNTA

Ikääntymisen myötä lihasmassa vähenee ja lihasvoima heikkenee (Karppi & Ollila 1997). Tutkimuksen mukaan 80-vuotiaana lihasvoimasta on jäljellä enää noin 40 % ja lihasvoiman heikkenemisen on todettu olevan yhteydessä kävelyn hidastumiseen ja toimintakyvyn alenemiseen, mikä taas lisää kaatumisriskiä (Karppi 2004). Ikääntyvän ihmisen suurimpia riskejä ovat tapaturmat (Hartikainen, Isoaho & Kivelä 2000; Hervonen, Pohjolainen & Kuure 1998). Kaatuminen ja sen seuraukset ovat suuri syy ikääntyneiden laitokseen joutumiseen (Kansanterveyslaitos 2006, [viitattu 15.11.2006]; Kämäräinen 2001). Eri tutkimusten mukaan kaatumisia on todistettavasti pystytty vähentämään muun muassa liikunta- ja terveysneuvonnalla, kävelyllä, kodin muutostöiden tukemisella, voimistelulla, dynaamisella tasapainoharjoittelulla, kestävyys- ja voimaharjoittelulla sekä psyykenlääkkeiden asteittaisella lopettamisella ja laaja-alaisella mielialan, näön, asentoverenpaineen, toimintakyvyn, tasapainon ja ulkoisten vaaratekijöiden tutkimisella (Hartikainen, Isoaho & Kivelä 2000).

Liikunnalla on positiivinen vaikutus ikääntyneiden toimintakykyyn

Liikunnalla on todettu olevan tärkeä merkitys ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämisessä (Heikkinen & Ilmarinen 2001, 653–659). Liikunnan on myös todettu ehkäisevän toimintavajeita (Routasalo, Savikko, Tilvis & Pitkälä 2004, 155–163). Paavilaisen tutkimuksen mukaan ikääntyneiden hyvä fyysinen toimintakyky ja hyväksi koettu terveys ennustavat hyvää fyysistä toimintakykyä

ja hyvää terveyttä myös kymmenen vuoden kuluttua. Lähtötilanteessa huonon toimintakyvyn omaavien henkilöiden kuolleisuus kymmenen vuoden kuluttua oli noin 50 % ja hyvän fyysisen toimintakyvyn omaavien keskuudessa kuolleisuus oli noin 25 %. (Paavilainen 2001.)

Liikunta vaikuttaa ikääntyneiden psyykkiseen hyvinvointiin

Iäkkäiden masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden taustalta löytyy usein kroonisia sairauksia, huonoksi koettu terveys ja toimintakyvyn heikkeneminen. Iällä saattaa olla yhteys yksinäisyyden lisääntymiseen heikentyneen toimintakyvyn ja terveyden myötä, sillä yksinäisyyden kokemiseen liittyy usein kognitiivisen toimintakyvyn lasku. Fyysisen aktiivisuuden on osoitettu parantavan itsetuntoa. Näin ollen ikääntymisen tuoma toimintakyvyn heikkeneminen saattaa johtaa heikentyneeseen itsetuntoon. Fyysinen aktiivisuus ja psyykinen hyvinvointi ovat yhteydessä toisiinsa ja fyysisen aktiivisuuden on todettu vaikuttavan positiivisesti psyykkiseen hyvinvointiin. (Lampinen 2004.)

Liikkuminen ja liikunta vaikuttavat ikääntyneiden kotona selviytymiseen

Tärkeä itsenäisyyden ja riippumattomuuden mitta on itsenäinen selviytyminen päivittäisessä elämässä. Tähän kuuluu itsenäinen asioiden hoito niin kotona kuin kodin ulkopuolellakin. (Karppi & Ollila 1997, 55–66.) Toimintakyvyn heikkeneminen tuo ikääntyneille selviytymishaasteita niin kodin ulkopuolella kuin kotonakin. Tutkimuksen mukaan myös pitkäaikaissairaudet aiheuttavat elämänmuutoksia ja haasteita kotona selviytymiseen. (Lahti 2004, 25–36.) Kunto Auttaa Arkea -projektissa tutkittiin terveysliikunnallisen harjoittelun vaikutuksia iäkkäiden henkilöiden päivittäisissä toiminnoissa ja niissä selviytymisessä. Tulosten mukaan harjoituksissa tulee olla liikkeitä, jotka voi yhdistää päivittäisiin toimintoihin. Liikkeiden tulee olla tehokkaita ja helppoja, mutta silti haastavia sekä ennakkoluulottomia mielenkiinnon ja kiinnostuksen ylläpitämiseksi. Oikealla suunnittelulla ja fysioterapeuttien ammattitaitoa hyödyntämällä voidaan auttaa iäkkäitä pysymään aktiivisina ja toimeliaina pitempään. (Lerssi 2001, 14–16.)

TUTKIMUKSEN KULKU

Tämän tutkimuksen perusjoukko oli kaikki yli 70-vuotiaat (n = 225) Salon kaupungin kotipalvelua vähintään kerran viikossa käyttävät asiakkaat. Michiä ky-

seisistä kotipalvelun asiakkaista on 19 % ja naisia 81 %. Otannaksi muodostui Salon kaupungin kotipalveluohjaajan ja kotipalvelun henkilökunnan valitsema joukko (n = 63), 28 % perusjoukosta, jonka uskottiin kykenevän vastaamaan kysymyksiin. Tutkimuksen otannan ulkopuolelle jäivät esimerkiksi muistamattomat ja huonokuuloiset asiakkaat. Haastattelut (n = 48) tehtiin haastateltavien kotona syksyllä 2006. Tutkimukseen osallistui perusjoukosta 21 %, joista 13 % oli miehiä ja 87 % naisia. Sukupuolijakauma vastaa kohtalaisesti perusjoukkoa

Tässä tutkimuksessa käytettiin Länsi-Suomen lääninhallituksen vuonna 2003 julkaiseman TyyTy-asiakaspalautelomakkeen pohjalta mukailtua puolistrukturoitua kyselylomaketta, johon oli lisätty vanhusten liikkumista käsitteleviä kysymyksiä Salon kaupungin sosiaali-, liikunta- ja terveystoimen toimesta. Tutkimuksen aineisto kerättiin puolistrukturoidulla haastattelulla eli lomakehaastattelulla, jossa kysymykset olivat kaikille samat, mutta haastateltava sai vastata ainakin osaan kysymyksistä omin sanoin. Perehdytetty haastattelija täytti lomakkeen haastattelun yhteydessä.

TUTKIMUSTULOKSET

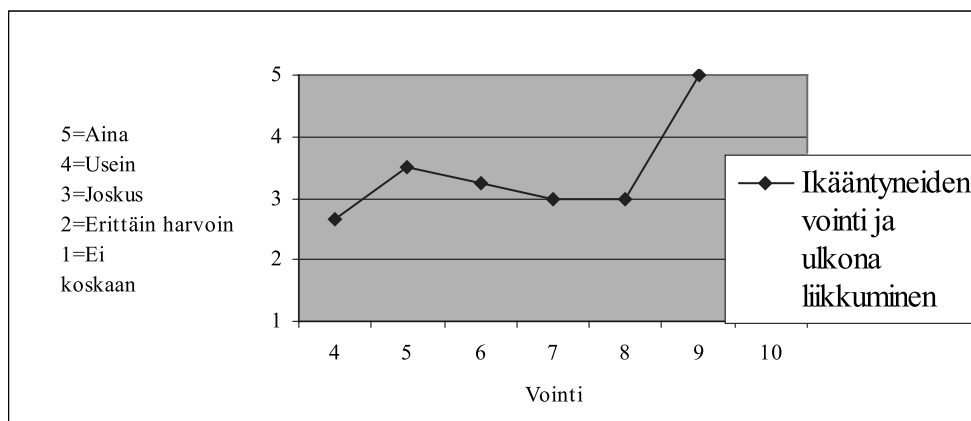
Ikääntyneiden ulkona liikkuminen ja mielipide piha-alueesta

Tutkimukseen osallistuneista lähes kolmannes, 29 %, ei liiku ulkona koskaan tai liikkuu ulkona erittäin harvoin. Miesten ja naisten välillä ei ollut eroa ulkona liikkumisessa. Vastaajista 43 % ilmoitti liikkuvansa ulkona aina tai usein (TAULUKKO 1). Pääasiassa tutkittavien liikuntamuoto oli kävely, sillä vastanneista 60 % (n = 29) ilmoitti, ettei harrasta muuta liikuntaa kuin kävelyä. Iällä ja sukupuolella ei tässä tutkimuksessa ollut muun liikunnan harrastamiseen vaikutusta.

TAULUKKO 1. *Vastanneiden liikkuminen ulkona (n=48).*

	Lukumäärä (f)	Prosentti (%)
ei koskaan	5	10
erittäin harvoin	9	19
joskus	13	27
usein	18	38
aina	3	6
Yhteensä	48	100

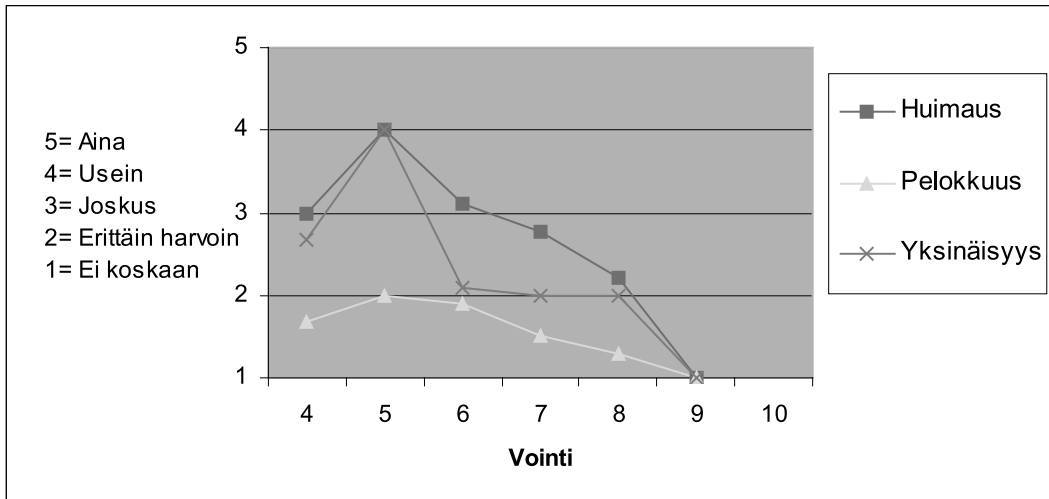
Tutkimukseen osallistuneista sekä 70-vuotiaat että 90-vuotiaat liikkuivat ulkona yhtä paljon. Tutkimus osoitti, että tyytyväisyys elämään ei ollut riippuvainen ulkona liikkumisesta. Tämän tutkimuksen mukaan ne ikääntyneet, jotka arvioivat vointinsa välttäväksi (5) tai kohtalaiseksi (6) (asteikolla 4–10), liikkuivat ulkona enemmän kuin ne, jotka arvioivat vointinsa tyydyttäväksi (7) tai hyväksi (8). Parhaan eli kiitettävän (9) arvion voinnista antaneet kuitenkin liikkuivat selvästi eniten ulkona, ja huonoksi vointinsa arvioineet liikkuivat vähiten (KUVIO 1). (arvoasteikko 10 = erinomainen, 9 = kiitettävä, 8 = hyvä, 7 = tyydyttävä, 6 = kohtalainen, 5 välttävä ja 4 = hylätty.)



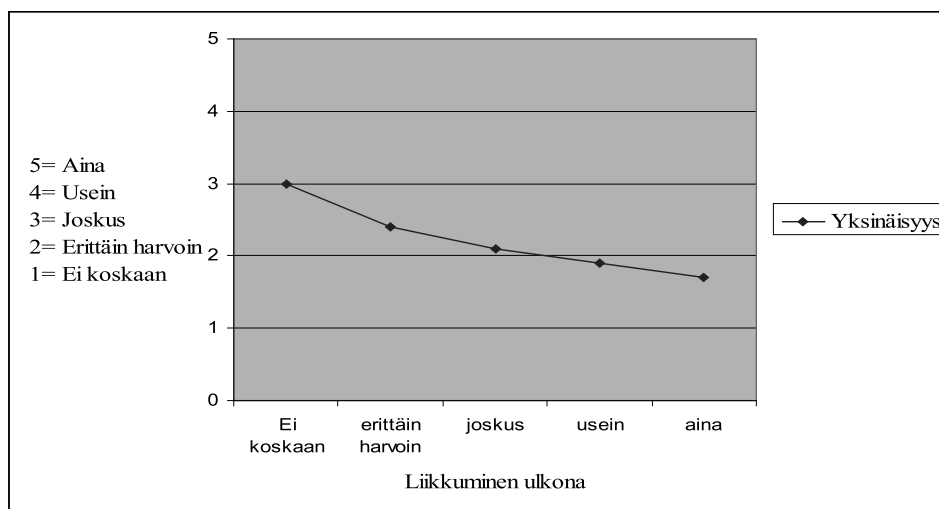
KUVIO 1. Ikääntyneiden vointi verrattuna liikkumiseen ulkona (n=48).

Huimauksella ja voinnilla on selkeä yhteys toisiinsa tässä tutkimuksessa, sillä ne vastaajista, jotka tunsivat usein huimausta, voivat huonommin kuin ne, jotka eivät kärsineet huimauksesta. Pelokkuutta tutkittavat ilmoittivat kokevansa erittäin vähän tai ei koskaan. Yksinäisyydellä oli myös negatiivinen vaikutus vointiin. Tuloksista näki selkeästi, että vointinsa hyväksi (= 9) tunteneet eivät tuntenee huimausta, pelokkuutta ja yksinäisyyttä. Huonoksi vointinsa kokeneiden vastaajien keskuudessa voinnin yhteyttä huimauksen, pelokkuuden ja yksinäisyyden välillä ei ollut havaittavissa (KUVIO 2).

Yli 50 % vastaajista ei tuntenut koskaan yksinäisyyttä, ja lähes neljännes tunsi olonsa yksinäiseksi usein tai aina. Yksinäisyydellä ja ulkona liikkumisella oli tutkimuksen mukaan yhteys toisiinsa, sillä mitä enemmän vastanneet tunsivat yksinäisyyttä, sitä vähemmän he liikkuivat ulkona. Yksinäisyyttä kokevien jou-



KUVIO 2. Vastanneiden huimauksen, pelokkuuden ja yksinäisyyden vaikutus vointiin (n=48).



KUVIO 3. Vastanneiden tuntemaan yksinäisyyden yhteys ulkona liikkumiseen (n = 48).

kossa oli tasapuolisesti niitä, jotka ulkoilivat usein ja niitä, jotka eivät ulkoilleet koskaan. (KUVIO 3)

Tutkimuksen mukaan avohoidossa olevat ikääntyneet Salossa olivat pääasiassa tyytyväisiä piha-alueeseensa, sillä neljännes (25 %) vastaajista oli sitä mieltä, että piha-alue oli erittäin hyvä tai erinomainen, ja vain 2 % vastaajista piti piha-alueita huonona. Tutkimuksen mukaan avohoidossa olevat salolaiset oleskelevat vähän käytettävissään olevalla piha-alueella, sillä 52 % ilmoitti, ettei oles-

kele koskaan tai oleskelee erittäin harvoin piha-alueellaan. Lähes kolmannes eli 29 % vastaajista ilmoitti oleskelevansa piha-alueellaan usein.

Ikääntyneiden liikkumista estäviä tekijöitä

Tutkimuksessa kävi ilmi, että avoterveydenhuollossa olevien ikääntyneiden mielestä suurimmat syyt ulkona liikkumattomuuteen olivat yksin liikkumisen turvattomuus (f = 14), huonoksi koettu terveys tai jaksaminen (f = 14) ja kaatumisen pelko (f = 13). Vastaajista 23 % (n = 11) tunsivat sekä turvattomuutta yksin liikkueessaan että kaatumisen pelkoa. Ikääntyneistä 6 ilmoitti huonon terveyden tai jaksamisen, kaatumisen pelon ja yksin liikkumisen turvattomuuden ulkona liikkumisen kolmeksi tärkeimmäksi syyksi. Muita esteitä (f = 6) ulkona liikkumiseen olivat avustajien puute, pyörätuoli, huono näkö, huono tasapaino, viihtyminen omissa oloissa ja vaatettamisen vaikeus. (TAULUKKO 2).

TAULUKKO 2. Salon avohuollossa olevien vastanneiden ulkona liikkumista estäviä tekijöitä (n=24).

Estävät tekijät	Vastausten lukumäärä (f)
Yksin liikkumisen turvattomuus	14
Huono terveys tai jaksaminen	14
Kaatumisen pelko	13
Liukkaus	6
Liikuntaesteet, kuten portaat, kaiteiden puute, pihan epätasaisuus jne.	6
Muu syy, mikä...	6
Hissittömyys	3
Puutteelliset lepomahdollisuudet ulkona esim. puuttuvat penkit	3
Pihan virikkeettömyys tai huono kunto	0
Apuvälineiden puute	0

Ikääntyneistä 72 % ilmoitti kärsivänsä kivuista. Iällä ja kivulla ei ollut yhteyttä toisiinsa. Kivulla ei ollut merkitystä vointiin ja vain vähän vaikutusta elämän tyytyväisyyteen. Lähes kolmannes (29 %) kipua tuntevista ei käynyt ulkona koskaan tai kävi ulkona erittäin harvoin. Yli kolmannes kivusta kärsineistä (35 %) liikkui ulkona usein. Lähes neljännes (23 %) niistä tutkittavista, jotka eivät tunneneet kipua, liikkui ulkona erittäin harvoin. Yleisesti kipua tuntevat liikkuivat ulkona hieman vähemmän kuin ne, jotka eivät kivuista kärsineet, mutta kipu ei merkittävästi vaikuttanut ikääntyneiden ulkona liikkumiseen. Kivuista kärsivät

ikäntyneet harrastivat jonkin verran enemmän muuta liikuntaa kuin kävelyä, kuin ne, joilla kipuja ei ollut.

Suurimmat esteet muun liikunnan kuin kävelyn harrastamiseen olivat fyysisen toimintakyvyn ja fyysisen kunnon heikkeneminen. Fyysiseen toimintakykyyn tämän tutkimuksen tuloksissa kuuluivat kipu ja jalkojen toiminnan puute; fyysisen kunnon heikkenemiseen kuuluivat kunnon puute ja liikkumista estävät sairaudet. Nämä erottuivat selvästi vastauksista, sillä koko aineiston vastauksista 69 % kuului näihin kategorioihin. Esille nousi myös muun liikunnan harrastamisen mahdollisuuksien ja ohjauksen puute. Osalla ikääntyneistä ei ollut mielenkiintoa tai halua harrastaa muuta liikuntaa kuin kävelyä.

Tutkimustuloksissa ilmeni, että viikoittainen liikkuminen vaikutti ikääntyneiden mielestä terveyteen sekä negatiivisesti että positiivisesti. Negatiivista liikkumisessa oli kivun lisääntyminen ja väsymyksen aiheutuminen (TAULUKKO 3). Positiivisia kommentteja vastauksista oli 88 % (45/50). Ikääntyneiden mielestä liikkuminen kohotti mielialaa, kuntoa ja terveyttä. Yleisesti liikkumisen todettiin tekevän hyvää (f=11). (TAULUKKO 4.)

TAULUKKO 3. *Viikoittaisen liikkumisen negatiiviset vaikutukset ikääntyneiden terveyteen.*

Suora lainaus	Alakategoria	Yläkategoria
Ei hyvin, paikat kipeytyy	Kipu (4)	Viikoittaisen liikunnan negatiivinen vaikutus
Kauppareissun jälkeen jalat kivuliaammat		
Polvi kipeytyy		
Väsyttää	Jaksamien (1)	

TAULUKKO 4. *Viikoittaisen liikkumisen positiiviset vaikutukset ikääntyneiden terveyteen.*

Suora lainaus	Alakategoria	Yläkategoria
Ainahan se hyvää tekee	Liikkuminen tekee hyvää	Viikoittaisen liikkumisen positiivinen vaikutus
Se tekee hyvää		
Se on hyväksi		
Tulee hyvä mieli	Mieliala	
Virkistää mieltä		
Mielialan kohoaminen		
Pirteämpi olo, kun käy päivittäin ulkona	Virkistyminen	
Virkeämpi olo		
Piristää		
Pitää terveyden tilaa yllä	Terveys	
Vaikuttaa paljon olemukseen		
Pysyy virkeänä terveys		
Pitää kuntoa yllä	Kunto	
Lihasten kunto paranee		
Vetreyttää lihaksia	Vetreys	
Jalat toimivat paremmin		
Jalat tuntuu paremmilta		
On hyvä liikkua	Liikkumisen positiivisen vaikutuksen tiedostaminen	
Yrittää liikkua		
ehdottomasti olisi hyvä		
Ei pahaa ainakaan tee		
Yöt saa nukuttua paremmin	Muut vaikutukset (2)	
Vähentää jalkojen turvotusta		

POHDINTA

Tutkimustuloksissa tuli ilmi, että salolaiset ikääntyneet liikkuvat aika vähän ulkona. Tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä lähes kolmannes ei liiku ulkona koskaan tai liikkuu ulkona erittäin harvoin. Tämä on erittäin huolestuttavaa, vaikkakin ymmärrettävää, sillä kotona asuu yhä huonokuntoisempia ikääntyneitä.

Tulosten mukaan liikkumisella ulkona oli merkitystä ikääntyneiden vointiin, sillä parhaan arvion voinnista antaneet liikkuivat selvästi eniten ulkona ja huonoksi vointinsa arvioineet liikkuivat vähiten. Tuloksista ilmeni, että vointinsa hyväksi arvioineet eivät tunteneet koskaan huimausta, pelokkuutta tai yksinäi-

syöttä. Voidaankin todeta, että vähentämällä ikääntyneiden huimausta, pelokkuutta ja yksinäisyyttä ja aktivoimalla ikääntyneitä enemmän liikkumaan parannetaan heidän vointiaan.

Tutkimuksessa yksinäisyydellä oli vaikutusta vointiin ja elämän tyytyväisyyteen, sillä mitä yksinäisemmäksi vastaajat tunsivat itsensä, sitä tyytymättömämpiä he olivat elämäänsä ja tunsivat vointinsa huonommaksi. Myös Lampinen (2004) on todennut samoin tutkimuksessaan. Ne vastanneet, jotka tunsivat kipua, olivat yksinäisempiä kuin ne, jotka eivät kärsineet kivuista. Tätä tukevat aiemmat Sauvolan (2004) ja Pohjolaisten (2001) tutkimukset. Yksinäisyydellä ja ulkona liikkumisella oli tämän tutkimuksen mukaan myös yhteys toisiinsa, sillä mitä enemmän vastanneet tunsivat yksinäisyyttä, sitä vähemmän he liikkuivat ulkona. Yksinäisyyden vähentämiseen tulisikin kiinnittää huomiota esimerkiksi lisäämällä päivätoimintaa, ystäväpalvelua tai kodinhoitajien aikaa, jotta he ehtisivät vaihtaa ikääntyneen kanssa kuulumisia.

Yksin liikkumisen turvattomuus, huonoksi koettu terveys tai jaksaminen ja kaatumisen pelko olivat tämän tutkimuksen mukaan suurimmat syyt ulkona liikkumattomuuteen. Vastaajista 23 % tunsivat sekä turvattomuutta yksin liikkuessaan että kaatumisen pelkoa. Tätä tukee muun muassa Kansanterveyslaitos (2006) ja Heikkisen ym. (1990) julkaisemat tutkimukset. Kaatumistapaturmien estoon tulisikin kiinnittää huomiota. Ikääntyneille järjestettävät lihasvoimaa, tasapainoa ja kestävyyttä parantavat jumput voisivatkin olla yksi keino vähentää yksin liikkumisen pelkoa ja turvattomuutta ja näin lisätä ulkona liikkumista. Myös ulkoiluttajien käytön lisääminen saattaisi olla aiheellista. Hartikainen ym. (2000) ovat kirjallisuuskatsauksessaan listanneet kaatumistapaturmien ehkäisykeinoja, kuten voimistelu, kodin muutostyöt, tasapainoharjoittelu, kestävyys- ja voimaharjoittelu, lääkkeiden vähentäminen, näön ja asentoverenpaineen sekä ulkois-tenvaaratekijöiden tutkiminen. Näistä saattaisi olla Salossakin apua.

Suurimmat esteet muun liikunnan kuin kävelyn harrastamiseen olivat fyysisen toimintakyvyn ja fyysisen kunnon heikkeneminen. Fyysiseen toimintakykyyn tämän tutkimuksen tuloksissa kuuluivat kipu ja jalkojen toiminnan puute ja fyysisen kunnon heikkenemiseen kuuluivat kunnon puute ja liikkumista estävät sairaudet. Tätä tutkimustulosta tukee Sauvolan (2004) tutkimus. Muun liikunnan kuin kävelyn harrastamiseen ikääntyneitä tulisi ohjata ja motivoida nykyistä enemmän. Tulee pohtia, tietävätkö ikääntyneet muita ikääntyneille soveltuvia liikunnan muotoja kuin kävely.

LÄHTEET

Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WSOY, Juva 1994.

Finne-Soveri, U. H., Noro, A., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. 2001. Kannattaako monenlainen kuntoutus vanhusten pitkäaikaishoidossa. *Fysioterapia* 2/2001, 11.

Hartikainen, S., Isoaho, R. & Kivelä, S-L. 2000. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. *Duodecim* 20/2000. 2209–2216.

Heikkinen, E. & Ilmarinen, J. 2001. Liikunta säilyttää työkykyä ja ikääntyneiden toimintakykyä. *Duodecim* 6/2001, 653–659.

Heikkinen, E., Heikkinen, R-L., Kauppinen, M., Ruoppila, I. & Suutama, . 1990. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihteät-projekti, osa 1, Sosiaalihuolto- ja terveysministeriö; suunnitteluosasto. Jyväskylän yliopisto. Valtion painatuskeskus. Helsinki 1990.

Hervonen, A., Pohjolainen, P & Kuure, K. A. 1998. Vanhene viisaasti. WSOY. Porvoo, 34–36, 83.

Kansanterveyslaitos 2006. Ikääntyneiden tapaturmat. [Viitattu 15.11.2006]. saatavissa http://www.ktl.fi/portal/suomi/yhteistyoprojektit/tapaturmat/ikaantyneiden_tapaturmat/.

Karppi, S-L. & Ollila, S. 1997. Fyysisen toimintakyvyn muutos ja suoriutumisen päivittäisistä toiminnoista. Toim. Rönnemaa, T. & Karppi, S-L. Terveiden ja toimintakyvyn muutokset terveillä 65-vuotiailla miehillä ja naisilla. Seurantatutkimus 80 vuoden ikään asti. Kelan tutkimuskeskus. Kirjapainoalan työkokeilu. Turku 1997, 54–73.

Karppi, S-L. 2004. Vanhusten progressiivisen lihasvoimaharjoittelun vaikuttavuus. *Fysioterapia* 3/2004, 36.

Lahti, M. 2004. Vanhusperheiden kotona selviytyminen ja ennaltaehkäisevät kotikäynnit. Pro gradu -tutkimus, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Tampere 2004.

Lampinen, P. 2004. Fyysinen aktiivisuus, harrastustoiminta ja liikkumiskyky iäkkäidin ihmisten psyykkisen hyvinvoinnin ennustajina. 65–84-vuotiaiden jyvaskyläläisten 8-vuotisseuruututkimus. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä university Printing House. Jyväskylä 2004.

Lerssi, J. 2001. Iäkkäiden päivittäiset toiminnot sujuviksi tehokkaalla harjoittelulla. *Fysioterapia* 2/2001, 14–16.

Paavilainen, P. 2001. Ikääntyneiden hyvä fyysinen toimintakyky. Tampereen yliopisto. Tampere 2001, 25–28, 59–60.

Perttilä, K. & Uusitalo, M. 2007. Terveystiedon edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen. TEJO-hankkeen väliraportti 2003–2005. Stakes, Raportteja 4/2007. Valopaino. Helsinki 2007.

Pohjolainen, T. 2001. Kehittämiskohteena Ikäihmisten kuntoutus. *Fysioterapia* 2/2001 5–9.

Roine, K., Tarkka, M-T. & Kaunonen, M. 1999. Säännöllisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttämättömien yli 75-vuotiaiden vanhusten kotona selviytyminen. *Hoitotiede* 6/2000, 312–321.

Routasalo, P., Savikko, N., Tilvis, R. & Pitkälä K. 2004. Ikääntyneet suomalaiset maaseudulla ja kaupungissa. *Hoitotiede* 3/2005, 155–163.

Sauvola, A. 2004. Vanhusten kivun hoito. Oulun yliopisto/OYS. Sisätautien klinikka. 2.12.2004. [Viitattu 30.5.2007.] Saatavissa: <http://cc.oulu.fi/~sisawww/esit/041202.htm>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a. Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2010 - kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. julkaisuja 2001:3, Helsinki 2001.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001b. Ikäihmisten hoitoa ja palveluita koskeva laatusuositus. Oppaita 2001:4, Helsinki 2001.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 2001:4, Helsinki 2001.

Tilastokeskus 2006. SuomiCD. Päivitetty 9.1.2007. TK/TP/Edita Prima Oy 2006/500.

Valve, R., Absetz, P., Fogelholm, M., Karisto, A., Katajamäki, E, Nissinen, A., Talja, M. & Uutela, A. 2002. Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus perusraportti 2002. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin julkaisuja A 12/2003. Lahti 2003.

HOITOKANSION KÄYTTÖ JA SISÄLTÖ HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMANA

Tiina Lehtonen

Tässä opinnäytetyössä arvioidaan aiemmin kehitettyä hoitokansiota hoitotyöntekijän näkökulmasta. Opinnäytetyön kvantitatiivisen kyselytutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten Salon seudun terveyskeskuksen vuodeosastojen 1 ja 2 hoitohenkilökunta käyttää hoitokansiota sekä mitä käsityksiä heillä on hoitokansiokäytännöstä ja hoitokansion sisällöstä. Lisäksi haluttiin selvittää, miten kehittää hoitokansiota ja hoitokansiokäytäntöä. Hoitohenkilökunta käyttää hoitokansiota saamansa ohjeistuksen mukaan, joten hoitohenkilökunnan näkökulman tunteminen on tärkeää hoitokansiokäytäntöä juurrutettaessa ja kehitettäessä.

Vanhusväestön määrän kasvaessa yhä useampi vanhus asuu kotona lisääntyvien ja monimutkaisesti ratkaistavien ongelmien kanssa (Koponen 2003, 108–116). Monen pitkäaikaisesti iäkkään ihmisen toive on elää kotona kuolemaansa asti, yksilöllisesti hoidettuna. (Pöyry & Perälä 2003, 78; Pöyry 1999, 56; Päivärinta & Haverinen 2002, 98; Rajaniemi 2006, 169.) Vanhuksen yksilöllistä avun tarvetta ei aina voida diagnosoida eikä auttaa pelkästään lääketieteen keinoin. Ongelmien ratkaisuksi on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteita uudistettu saumattomaksi hoito- ja palveluketjiksi, jonka lähtökohtana on hyvä palveluilla tuettu kotona asuminen. Siinä terveydenhuollon potilas huomioidaan moniammatillisen toimintaprosessin yhteiseksi asiakkaaksi yli sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajojen. (Hyppönen, Hämäläinen, Pajukoski & Tenhunen 2005, 45–46.)

Palveluketjun järjestelmien sopeuttamisessa ikääntyneiden tarpeisiin on Stake-sin Palko-mallissa (Perälä & Hammar 2003) ja alueellisessa VAPA-projektissa noussut esille asiakkaan siirtymätilanteessa kotiuttamiseen liittyvät ongelmat ja oikea siirtopaikka. VAPA-projektin selvityksen mukaan alueellisesti keskeisiksi vanhuspotilaan potilassiirron organisaatioiden palveluprosesseiksi muodostuvat Salon seudun sairaala, Salon terveyskeskuksen vuodeosasto ja kotisairaanhoido sekä perusturvan kotipalvelu. (Leino, Pekola & Wiirilinna 2005, 23.) Niissä

kunnissa, joissa peruskunta vastaa sekä sosiaalitoimesta että perusterveydenhuollosta, on kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistetty usein kotihoidoksi (Ikonen & Julkunen 2007, 11.) Palvelukokonaisuuteen voi lisäksi kuulua omaishoitaja tai esimerkiksi palvelusetelillä ostetut avohoidon yksityissektorin ostopalvelut. (Salon kaupunki 2006 [viitattu 24.8.2007]; Paasivaara 2004, 30.)

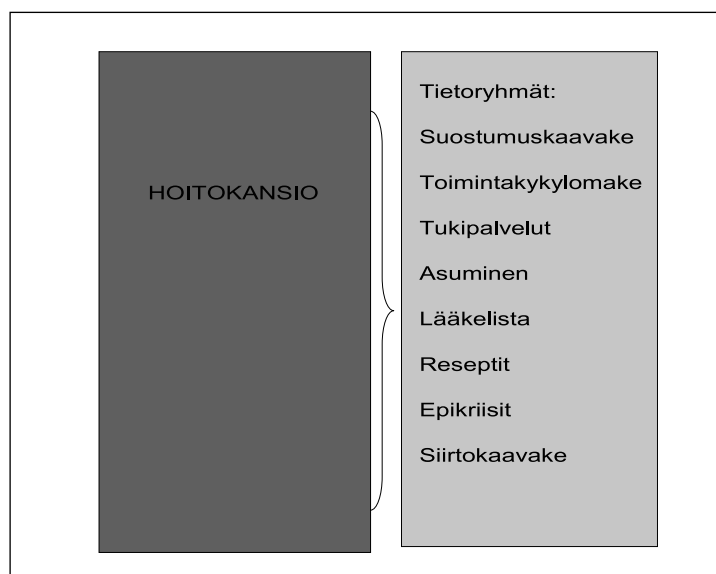
Eri organisaatioiden potilastiedonhallinnan ja viestinnän yhteisiä käytäntöjä integroitaessa ollaan eräänlaisessa epätasapainon tilassa, jossa potilastietoja käsitellään ja hyödynnetään toimintayksikön toimintatavoilla ja aikataululla, mutta samalla hoitohenkilökunnan on huomioitava yli organisaation tapahtuva tiedonkulun kokonaishallinta. (Lapveteläinen 2005, 48; Liikanen 2002, 5.) Uudet ja vanhat järjestelmät toimivat rinnakkain, mutta myös kilpailevat keskenään työntekijän huomiosta ja ajasta. Hoitotyöntekijän tiedonsiirtokyky tulee esille tavassa suhtautua tietoon ja tiedonkulun mahdollisuuksiin resurssina sekä asiakkaaseen ja työprosessiin vaikuttavana tekijänä. Aktiivisella tiedon dokumentoinnilla hoitotyön asiantuntijalla on mahdollisuus levittää ja käyttää koordinoitua ajantasaista potilastietoa. Salossa kehitettiin tiedon siirron välineeksi hoitokansio.

Asiakkaan kotihoidon tiedon siirtämiseksi ja palveluketjun toiminnan tehostamiseksi on Salossa kehitetty punainen A5-kokoinen hoitokansio, joka paikallisena ratkaisuna täyttää moniammatillisen tiedonsiirron rajapintojen toiminta-aukkoja. Alueellisena mallina se on käytössä Salossa ja Salon kuntayhtymän alueella. Hoitokansio on viestin viejä ja tuoja, jonka ensisijainen tiedonsiirtovastuu on asiakkaalla, mutta asiakaskohtainen käyttöönottovastuu sosiaali- ja terveydenhuollon hoitohenkilökunnalla. Arkistointivastuu hoitokansiosta on asiakkaalla. Hoitokansion käyttöä määrittävät sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon lainsäädäntö. Hoitokansioon kirjatun ajankohtaisen ja päivitetyn tiedon avulla sairaalasta ja perusterveydenhuollosta kotiutettavan vanhusasiakkaan tiedot siirtyvät kotiin ja sairaalahoitajaksojen aikana sairaalaan (Leino ym. 26–27.)

Hoitokansion sisällön tiedonhallinta viranomaisen asiakasasiakirjana alkaa, kun se saapuu terveyskeskuksen vuodeosastolle eli palveluyksikköön. Asiakkaan tuloilanteessa sen tietosisältöä voidaan alkaa hyödyntää ja kotiutustilanteessa sen sisältöä muokataan asiakkaan tarpeita vastaavaksi tietokoosteeksi, käyttäen vanhan tiedon pyyhkimistä ja uuden tiedon lisäämistä. Hoitokansio yhtenäisenä tietopankkina helpottaa asiakastiedon löydettävyyttä, käytettävyyttä ja hyödynnettävyyttä koko hoitoprosessien ajan. Se on yritys koota yhteen vanhuksen kokonaistilanne, joka tapahtuu tehokkaalla kirjaamisella ja tiedottamisella. A5-kokoinen hoitokansio sisältää henkilöstötietolomakkeen, toimintakyklomakkeen ja selvityksen kotiolosuhteista. Lisäksi kansiossa on tarkoitus säilyttää lääkitys-

tiedot, reseptit, epikriisit ja esitäytetyt siirtolomakkeet ja asiakkaan allekirjoittama lupa kansion käyttöön. (Leino 17.11.2006; Valtamo 19.11.2006.) Kansiossa tulisi näkyä myös tiedot apuvälineistä ja toiminnan rajoitteiden nimeäminen. (KUVIO 1.)

Hoitokansio on asiakkaan omistama ja henkilökohtainen hoito- ja palvelutiedon tiedonhallinnan apuväline. Kansio säilytetään asiakkaan kotona lääkkeiden kanssa samassa paikassa ja se on tarkoitus ottaa mukaan aina asiakkaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen. On tärkeää, että kaikki asiakkaan hoitoon osallistuvat kokoavat yksilöllisen hoitokansion sisällön ja kirjaavat tiedot kansioon, myös muutokset. Tiedot säilötään hoitokansioon perustiedot pysyvässä muodossa ja muuttuvat tiedot lyijykynällä kirjaamalla. Näin esim. toimintakyvyssä tapahtuvat muutokset saadaan kirjattua ajantasaisesti selkeästi ja ymmärrettävästi pyyhkimällä vanha lyijykynällä kirjattu tieto pois korvaamalla se uudella ajantasaisella tiedolla. (Turun ammattikorkeakoulu terveystieteiden tutkimuskeskus 2004 [viitattu 29.8.2007].)



KUVIO 1. Hoitokansio ja hoitokansion taskujen tietosisältö.

TUTKIMUS HOITOKANSION KÄYTÖSTÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Salon seudun terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosaston 1 ja 2 hoitohenkilökunnan hoitokansion käyttöä ja käsityksiä hoitokansion sisällöstä ja käytöstä. Tavoitteena oli selvittää, miten vuodeosastojen

henkilökunta hoitokansiota käyttää ja saada uutta ja ajankohtaista tietoa, miten hoitokansioikäytäntöä kehitetään. Tutkimuksen tutkimusongelmat olivat, miten hoitokansiota käytetään ja miten hoitokansiota tulisi kehittää.

Kyselyyn vastasi yhteensä 42 (n = 42) vuodeosastolla työskentelevää hoitohenkilöä. Vastausprosentti oli 57. Tutkimusaineisto kerättiin tammikuun 2007 aikana vuodeosastoilta 1 ja 2, jossa tutkimushetkellä työskenteli yhteensä 70 hoitohenkilöä. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi lisäksi 5 avointa kysymystä. Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla ja tuloksia kuvaillaan keskiarvoilla ja prosenttiosuuksia. Avoimet kysymykset analysoitiin laadullisella menetelmällä ja kuvaillaan luvuilla.

Tutkimustulokset osoittavat, että hoitohenkilökunta oli tietoinen hoitokansiota, mutta epätietoinen käytännön tiedonsiirtovastuusta ja kansion täytöstä. He eivät käyttäneet kansiossa olevaa tietoa henkilökohtaisessa hoitotyössään juuri lainkaan. Hoitohenkilökunta koki hoitokansioikäytännön opetuksen ja ohjeistuksen puutteelliseksi. Työntekijöiden perehdytystä kehittämällä ja lisäämällä voitaisiin laajentaa hoitokansion käyttöä sekä tietoisuutta hoitokansion merkityksestä tiedonkulun välineenä. Lisäksi hoitokansioiden nykyistä määrää voitaisiin suhteuttaa kotiutusten palveluita tarvitsevien asiakkaiden lukumäärään.

Sovitun toimintamallin ja kirjaamismallin käyttö työyhteisön vakiintuneena toimintamallina menestyäkseen edellyttää menettelytapatietoa, joka on saavutettu ja saavutetaan suunnitelmallisella tiedottamisella, koulutuksella ja ohjauksella. (Blankenship ym. 2004, 144; Partanen ym. 2004, 30.) Näin ei ole hoitokansioikäytännön kohdalla tapahtunut. Lähes kaikki pitivät tiedonsiirtovälineen, kansion, muotoa ja väriä sopivana, mutta sen käyttämistä pitää mielekkäänä vain kolmannes. Kansion ulkoasua pidettiin selkeänä ja ymmärrettävänä, mutta tietoisuus kansiossa olevista tyhjien taskujen merkityksestä oli alhainen. Kansioon kirjaaminen hoitokansioikäytännön käyttöönoton yhteydessä on toimintayksiköittäin ohjeistettu, mutta siitä huolimatta kirjaaminen on suoritettu usein ohjeiden vastaisesti. Hoitohenkilökunnalla ei näin ollen ole selkeää käsitystä siitä, mitä kansion tulisi sisältää ja mitä tietoa heidän siihen tulisi kirjata.

Hoitohenkilökunnan käsitykset hoitokansion käyttämisen mielekkyydestä ovat lähes yhteneväiset asiakkaiden mielipiteiden kanssa. Hoitokansiota täytettäisiin enemmän, jos sen käyttö olisi selkeämmin ohjeistettu. Päätös sitoutumisesta käytössä olevaan menettelytavan levittäjänä on viime kädessä työntekijällä ja asiakkaalla, joka tekee ratkaisunsa omien tietojensa ja taitojensa avulla (Sydänmaalakka 2007, 201–203).

Työsuhteella, työkokemuksella ja ammattiryhmillä havaittiin olevan vaikutusta kansion täytön tietämystasoon. Vakituksessa työsuhteessa olevat olivat paremmin perillä käytännöstä kuin määräaikaiset. Tätä käsitystä tukee Anttilan (2006, 89–91) tutkimus, jossa erityisiä haasteita toimintamallien kehittämiseksi ovat osa-aikaisuus ja sijaisuudet, joiden vaikutuksesta koulutusmahdollisuuksia on harvemmin. Työkokemuksen merkityksen hajanaiset keskiarvot viittaavat kuitenkin yleiseen käytön tietämystason heikkouteen, sillä alle 1 vuoden työsuhteessa olevien keskiarvot ovat samankaltaiset pidemmän työkokemuksen omaavien kanssa.

Kolmannes hoitohenkilökunnasta ymmärsi hoitokansion tiedonsiirtäjänä, vaikka käytännössä hoitokansion tiedonsiirto-ominaisuuksien käyttö on puutteellista ja hoitokansion mahdollisuuksia ei hyödynnetä. Nykyinen tiedonsiirtokulttuuri painottaa tietoteknologiaa ja uusia sähköisiä menetelmiä, joten tällä saattaa olla vaikutusta käsityksiin hoitokansiosta tiedonsiirtäjänä. Onhan lyijykynällä kirjaaminen paluuta ns. vanhaan kirjaamisen menetelmään. Hoitohenkilökunta ei ehkä tunnista hoitokansiota asiakkaan ja hoitotyön etuja ajavana menetelmänä, vaan yhdistää sen ainoastaan kotiutukseen kuuluvaksi kirjaamisen lisätekiäjäksi huomioimatta sen mahdollisuuksia tiedonhallintaan. Tätä käsitystä tukevat tutkimustulokset, joiden mukaan yli kaksi kolmasosa (79 %) vastaajista käytti hoitokansiossa olevaa tietoa omassa hoitotyössään vain harvoin. Lisäksi kahden kolmasosan mielestä hoitokansiossa ei ole mitään uutta asiakasta koskevaa hyödyllistä tietoa, jota ei muista järjestelmistä, esim. effikasta, jo olisi olemassa ja saatavilla. Tähän käsitykseen voi vaikuttaa hoitajien ymmärrys omista tiedontarpeista, joissa kirjaamisen tiedonkäsittely painottuu yhä edelleen hoitajalähtöiseen kirjaamiseen (Lappalainen 2000, 103–104). Tätä käsitystä tukee mielipide, jossa yli puolet vastanneista piti kansion sisältämää tietoa hyödyllisenä muille, vaikka ei itse sitä käyttäisikään. Eniten hoitokansion tiedosta oli hyötyä määräaikaisille työntekijöille, joilla hoitokansion sisältämä tieto vaikutti hoitotyön sisältöön kaikkein eniten. Tämä saattaa selittyä sillä, että määräaikaiset kompensoivat ammatillisuutta kaikella sillä tiedolla, jota työyhteisössä on mahdollista hoitotyön onnistumiseksi käyttää.

Hoitokansio toimintamallina on kehitetty yli organisaatorajojen ylittäväksi asiakkaan yksilölliseksi tiedonsiirtäjäksi, jonka tietosisältö lisää potilaan turvallisuutta kotona ja mahdollistaa hoidon ajantasaisen jatkuvuuden. Tähän tavoitteeseen hoitokansion nykyisellä käytöllä ei vielä ole päästy. Siitä ei ole haittaa muille tiedonkulun toimintamalleille, mutta se ei myöskään hoitohenkilökunnan menettelytapana tue saumattomuuden periaatetta.

KEHITYSEHDOTUKSIA

Kehittämisehdotuksista nousi selkeästi esille koulutuksen ja ohjeistuksen tarve. Määräaikaisia työsuhteita ja sijaisuuksia on paljon, joten aikaa ja mahdollisuuksia varsinaisiin koulutustilaisuuksiin on harvoin. Hoitohenkilökunta esitti ehdotuksen, jossa kansioon liitetään kirjallinen ohjeistus sen täytöstä. Siihen voidaan liittää ohjeistus lyijykynällä täytöstä ja mahdollisesti täytön vastualueet. Hoitohenkilökunnan toiveena oli myös, että uudelleen täytön sijaan olisi mahdollista täydentää kokonaan uusi sivu. Tämä mahdollistuu tiedottamalla, mistä sivuja on mahdollista tulostaa tai järjestämällä ns. hoitokansiotyöpiste, jossa kaikki hoitokansioon liittyvät ohjeistukset, kansiot ja tyhjät sivut sijaitsevat. Hoitokansioikäytännön leviämisen toisena kulmakivenä voidaan pitää asiakasta. Kotiutustilanne on vanhuksen tiedon vastaanottokykyä rasittava ja kaikkea vastaanotettua suullista ohjeistusta ei ehkä kotona muisteta. Oleellinen osa hoitokansion käyttötiedosta voi mennä ohi, joten paneutuminen myös asiakkaan ohjeistukseen edesauttaa hoitokansion käyttöönoton levittämistä. Tätä voisi aktivoida jakamalla uuden kansion käyttöönoton yhteydessä jokaiselle asiakkaalle työryhmän laatima jo valmiina oleva A4-kokoinen asiakastiedote.

Tieto- ja viestintäteknikka lisääntyy hoitotyön apuna jatkuvasti ja sen rooli selkiytyy valtakunnallisen yhtenäisen hoitotyön kirjaamisen edetessä ja kattaessa koko sosiaali- ja terveystieteiden toimintayksiköt. Onkin mielenkiintoista nähdä, kuinka pitkä hoitokansion elinkaari nykymuodossaan on. Se voidaan nähdä paluuna vanhakantaiseen kirjaamiseen, mutta nykymuotoisena se palvelee sekä vanhusväestöä että hoitohenkilökuntaa. Sitä on mahdollista hyödyntää ilman tietokonepohjaista ohjelmaa, vaikkakin sen tietojen päivitys on mahdollista vain tietokonepohjaisella päätöksenteon tuella.

LÄHTEET

Anttila, A. 2006. Sairaanhoidajan osaaminen terveyskeskuksen vuodeosastolla. Pro gradu-tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteenlaitos. Hoitotiede. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Blankenship, R.; Crew, T. & Dillon, T.W. 2005. Nursing Attitudes and images of Electronic Patient Record Systems. CIN: Computers, Informatics, Nursing vol. 23/3, 138–147.

Hyppönen, H.; Hämäläinen, P.; Pajukoski, M. & Tenhunen, E. 2005 Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulain (22.9.2000/811) toimeenpanosta kokeilulaeilla: loppuraportti 6/2005. Helsinki: Stakes

Ikonen, E-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä: substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Lapveteläinen, P. 2005. Tieto- ja viestintätekniset valmiudet kotihoidossa saumattomien hoito- ja palveluketjujen mahdollistajana. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotiede.

Liikanen, H. 2002. Tietotekniikka kehittää sosiaali- ja terveysalaa. Pro gradu. Tampereen yliopisto.

Leino, K. 2004. Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotiede.

Paasivaara, L. 2004. Kuuleeko palvelujärjestäjä vanhuksia. Teoksessa Kankare, H. & Lintula, H. (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Tammi, 88–97.

Partanen, P., Heikkinen, T. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2004. Sairaanhoidajien työolobarometri 2004: Suomen sairaanhoidajaliitto ry:n jäsenkysely. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto.

Perälä, M-L. & Hammar, T. 2003. PALKO-malli: palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Helsinki: Stakes.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2001. Ikäihmisen hoito- ja palvelusuunnitelma: opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Helsinki: Stakes.

Pöyry, P. 1999. Kotisairaanhoidon ja sairaaloiden henkilöstön yhteistyö ja tiedottaminen yli 65-vuotiaan asiakkaan kotiutumisen tukena. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotiede.

Pöyry, P. & Perälä, M-L. 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palvelujen saumakohdissa. Helsinki: Stakes.

Rajaniemi, J. 2006. Arkea tukevat verkosto-ikäntyneiden kokemuksia arjesta. Gerontologia 4/2006, 169–181.

Sydänmaanlakka, P. 2007. Älykäs organisaatio. 8. painos. Helsinki: Talentum.

ELEKTRONISET LÄHTEET

Salon kaupunki. Kotipalvelu. 2006. Asiakkaan opas palvelusetelin käytöstä. [Viitattu 24.8.2007] Saatavissa <http://www.salonsyty.fi/tietopaketti/palveluseteli.doc>.

Turun ammattikorkeakoulu terveystyöprojektit. 2004. [viitattu 29.8.2007] Saatavissa http://terveysprojektit.turkuamk.fi/vapa/palko_juurrsuunn.pdf.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri kuntayhtymä. 2005. Aluetietopalvelu. [Viitattu 30.8.2007] Saatavissa <http://www.vsshp.fi/fi/valpa>.

HAASTATTELUT

Leino, I. Lehtori. Turun ammattikorkeakoulu. Haastattelu 17.11.2006.

Valtamo, R. Osastonhoitaja VO 1. Haastattelu 19.11.2006.

VANHUSTEN HOIDON KEHITTÄMISHAASTEITA SALOSSA

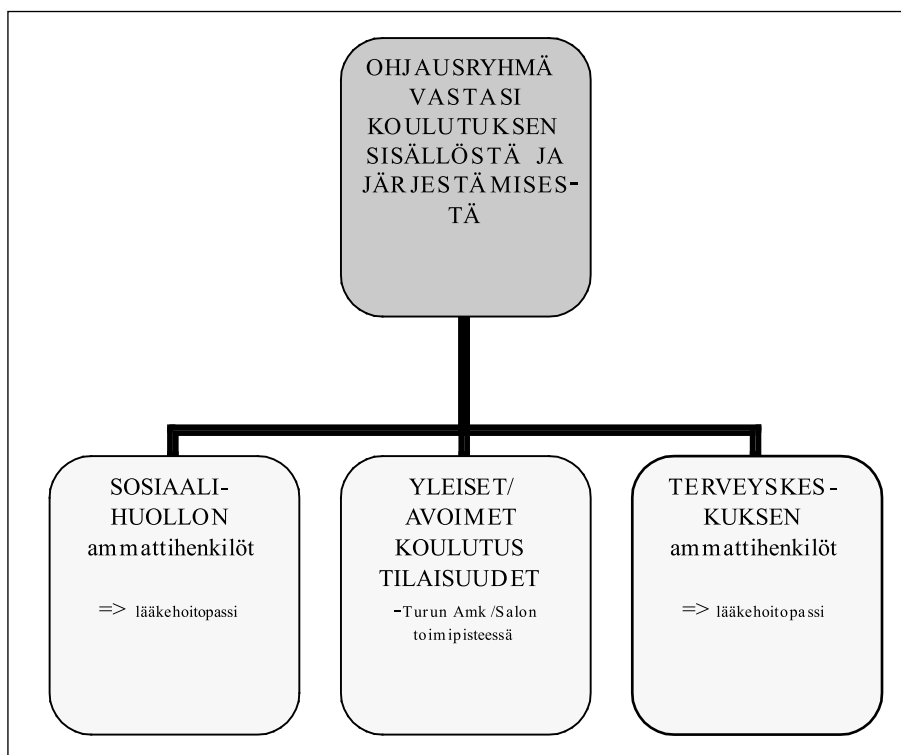
Tarja Bergfors
Jaana Forsbacka
Irmeli Leino
Ulla Wiirilinna

VALO-projektin toteutuminen vuosina 2006–2008 Salon alueella oli ajan-kohtana erinomainen juuri ennen kuntaliitoksen syntyä, joten projektilla pystyttiin vaikuttamaan yli kuntarajojen ennakoiden Salo2009:n syntyä. VALO-projektin keskeinen tavoite kohdistui vanhusten palveluiden laadun parantamiseen lääkehoidon näkökulmasta. Projektin tavoitteena oli löytää vanhusten lääkehoidon ongelmakohdat ja etsiä niihin ratkaisuja. Vanhusten parissa työskentelevät sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset olivat kiinnittäneet Salon seudulla huomiota vanhusten lääkehoidon ongelmakohtiin, muun muassa liialliseen lääkkeiden käyttöön, joka aiheuttaa kaatumisriskin lisääntymistä, tokkuraisuutta ja muistamattomuutta.

Projektissa toteutettu koulutus suunniteltiin lääkehoitoon liittyvien tutkimusten ja kartoituksessa selvinneiden ongelmakohtien pohjalta. Koulutuksessa vanhustyön henkilökunta oppi tunnistamaan lääkehoidon ongelmakohtia ja minimoimaan lääkehoidon uhkatekijöitä. (KUVIO 1)

Kaikkiaan projektin koulutuksissa kävi noin 400 vanhustyön ammattilaista ja lääkehoitopassin sai noin 200 ammattilaista suoritettuaan koulutuksen hyväksyttävästi.

Projektin tavoitteena oli turvallinen ja optimaalisesti toimiva lääkehoidon käytäntö. Siihen pyrittiin lisäämällä perustietoa lääkkeiden käsittelystä, lääkehoidon toteuttamisesta, kirjaamisesta sekä jalkauttamalla seutukunnallinen lääkehoidosuunnitelma eri toimipaikkoihin. Salon seudun terveyskeskus koordinoi seutukunnallista lääkehoitosuunnitelmaa ja etenkin lupa-asioiden yhtenäistäminen eri toimipisteissä oli keskeinen tavoite.



KUVIO 1. VALO-koulutuksen kokonaisuus.

LÄÄKEHOIDON KEHITTYMINEN PROJEKTIN AIKANA

Lääkehoidon kehittymistä seurattiin projektissa alku- ja loppumittauksen avulla. Mittari sisälsi kysymykset lääkkeiden sivuvaikutuksista ja lisäksi lääkelistat kerättiin syksyllä 2006 (N = 254) ja 2008 (N = 207) eri toimipaikoista.

TAULUKKO 1. Lääkelistat vuonna 2008.

Avopalvelu	132
Kukonkallio (2osastoa)	52
Tk vuodeosastot	23

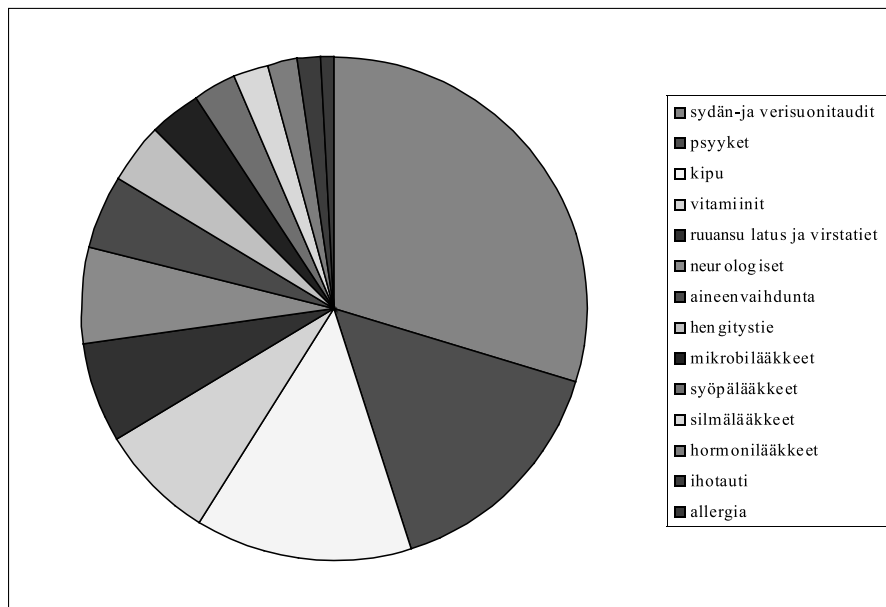
Loppumittauksessa lääkelistoissa esiintyi yhteensä 280 eri lääkevalmistetta, ja maksimilääkemäärä yhdellä asiakkaalla oli 21 eri valmistetta. Vuonna 2006 maksimilääkemäärä oli 19 eri lääkevalmistetta.

Lääkelistojen perusteella terveyskeskuksen vuodeosasto 1:n keskiarvo per potilas oli 6 lääkevalmistetta ja terveyskeskuksen vuodeosasto 2:n keskiarvo oli 10,7

lääkevalmistetta. Kukonkalliolla Ainolassa lääkemäärien keskiarvo oli 7,2 per potilas ja Päivölässä 8,3. Näissä hoitopaikoissa keskimääräinen lääkemäärä oli selvästi vähentynyt vuoden 2006 mittauksesta.

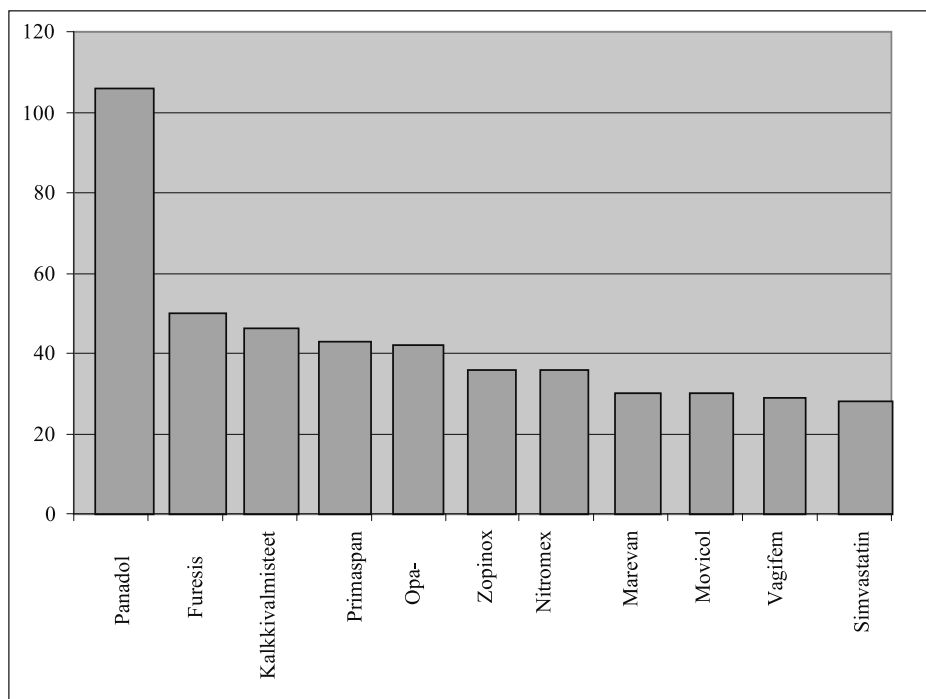
Avopuolella lääkemäärien keskiarvo oli 10,7 ja se oli noussut huomattavasti vuoden 2006 mittauksesta, joka oli noin 8 lääkettä per asiakas. Avopuolella käytetään runsaasti eri kauppanimellä olevia lääkkeitä, joten vuoden 2003 geneerinen substituutiolain vaikutus näkyy erityisesti siellä ja tuo lisävaateita avopuolen lääkeosaamiseen. Avopuolen lääkemäärien lisääntymiseen vaikuttaa osaltaan lääkkeiden tarkempi kirjaaminen lääkelistoihin. Loppumittauksessa lääkelistoilla oli kirjattuna myös käytössä olevat käsikauppaläkkeet erittäin tarkasti.

Eniten käytettiin sydän ja verisuonisairauksien lääkkeitä. Toiseksi eniten käytettiin psykelääkkeitä ja kolmanneksi eniten kipulääkkeitä.



KUVIO 2. Suosituimmat terapiaryhmät.

Eniten käytetty lääke vuonna 2008 oli lääkelistojen mukaan Panadol®-kipulääke, toiseksi suosituin oli Furesis® ja kolmanneksi kalkkivalmisteet Calcichew® ja Ideos®. Vuoden 2006 yleisimmät lääkkeet olivat Opamox®, Furesis® ja Primaspan®.

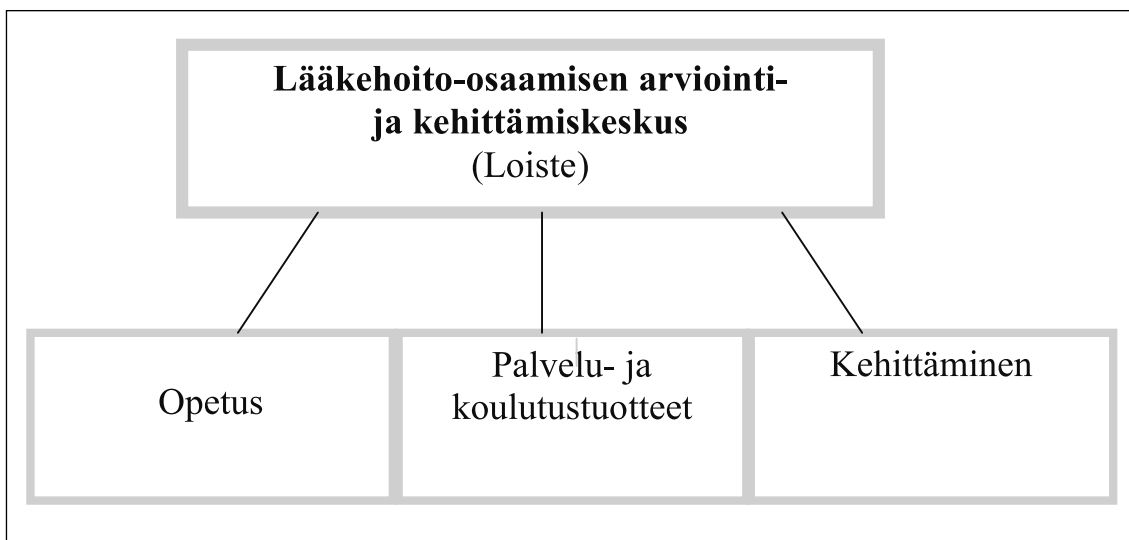


KUVIO 3. Yleisimmin käytetyt lääkkeet.

Yleisimmät lääkkeistä aiheutuneet sivuvaikutukset esiintymisjärjestyksessä olivat – kuten edellisessäkin mittauksessa – suun kuivuminen, virtsan karkailu, huimaus, muistin heikkeneminen sekä ruokahaluttomuus. Seuraavaksi tulivat masennus, kipu ja ruuansulatusvaivat. Vähiten vastaajilla esiintyi sekavuutta.

VALO-projektin tuloksena lääkehoidon dokumentointi parani huomattavasti kaikissa vanhustenhuollon toimipisteissä. Laitoshoidossa bentsodiatsepiinien käyttöön oli kiinnitetty erityistä huomiota ja antikolinergisten lääkkeiden käyttöä oli korvattu fysiologisilla turvallisemmilla vaihtoehdoilla, esimerkiksi melatoniinilla.

Läkehoidon edelleen kehittäminen jatkuu Turun ammattikorkeakoulussa lääkeshoidon kehittämis- ja arviointikeskuksen Loisteen toimintana. Loisteessa kehitetään sekä lääkeshoidon perusopetusta että täydennyskoulutusta työssä oleville valmiille hoitajille. Loisteen toiminta-ajatuksena on vastata alueellisesti ja kansallisesti ja osaltaan myös kansainvälisissä yhteyksissä tapahtuvan lääkeshoito-osaamisen arvioinnista ja kehittämisestä niin, että sillä on vuonna 2015 tunnustettu ja arvostettu rooli kansallisessa potilasturvallisuuden laatuajrjestelmässä lääkeshoito-osaamisen alueella. Kuviossa 5 on esitetty Loisteen tointakonnaisuudet.



KUVIO 5. *Loisteen toiminta.*

VANHUSTEN PALVELUJEN LAADUN KEHITTÄMINEN

Salon kaupungin laitoshoidon ja asumispalveluyksiköiden toimipisteissä asuvien asiakkaiden tyytyväisyyskyselyt tehtiin Länsi-Suomen lääninhallituksen Tyyty-menetelmää soveltaen. TyyTy-kyselylomakkeita muokattiin vastaamaan eri organisaatioiden tarpeita Salossa, ja siihen lisättiin 18 kohtaa lääkehoidosta samalle asteikolle sopivina. Vuonna 2008 kyselyn otos muodostui samoin kuin vuonna 2006 eli asiakaskunnasta valittiin ne asiakkaat, jotka henkilökunnan arvioinnin perusteella pystyivät vastaamaan kysymyksiin ja lupautuivat osallistumaan tutkimukseen ja lisäksi olivat tavoitettavissa tutkimusajankohtana. Vastajia oli 38. Naisia tutkimuksen osallistujista oli 31 ja miehiä 7. TyyTy-kyselylomake on Likert-asteikollinen mittari, jossa asteikko on 1–5 (1 = ei koskaan, 2 = erittäin harvoin, 3 = joskus, 4 = usein ja 5 = aina). Loppumittauksen 2008 pohjalta keskiarvo tyytyväisyyskyselyyn oli 3,55 eli se oli hivenen noussut vuoden 2006 mittauksesta. Vastajat antoivat hoidon laadusta arvosanan 3,13, vanhustenhuollon työntekijöiden ammattitaidosta ja työn laadusta 3,85, ja kysyttäessä työntekijöiden suhtautumisesta asiakkaisiin keskiarvoksi tuli 3,80. Valtaosa vastaajista arvioi vointinsa arvosanalla 7 kouluarvoasteikolla, ja vastaajista valtaosa oli tyytyväinen tämän hetkiseen elämäänsä (arvosana 8).

VALO-projektin yhtenä tavoitteena oli kehittää ja lisätä hoitokansion käyttöä potilaan siirtyessä eri toimipisteestä toiseen, yhtenä ketjuna saumattomia palveluja. Hoitokansion käyttö lähes kaksinkertaistui projektin aikana, sillä 54 %

vastaajista käytti hoitokansiota asioidessaan sosiaali- ja terveysalan toimipisteissä vuonna 2008, kun vuonna 2006 vastaava luku oli 28 %.

Vanhusten palveluiden laadun ja saatavuuden turvaaminen edellyttää tavoitteiden asettamista sosiaali- ja terveyspalveluille. Tarkoituksena on pysyvien toimintatapojen aikaansaaminen, ei pelkästään yksittäisten muutosten tekeminen. VALO-projektissa kehitettiin edelleen vanhusten palveluiden laadun pysyvää arviointi- ja kehittämisjärjestelmää, jolla voidaan mitata julkisen ja yksityisen sektorin palveluiden laatua.

Hyvällä projektilla on aina vaikutuksia tekijöihinsä ja kohdeympäristöönsä. Sen tulisi tuottaa lisäarvoa asettajalleen ja hyötyä kohteelleen. Projektin menestyksellinen toteuttaminen edellyttää, että työskentely on systemaattista ja kurinalaista. Projektista hyötyvät sekä asiakkaat että eri organisaatioiden henkilökunta. Projektin kulkua helpottavat selkeät käsitykset projektin kulusta ja tavoitteista sekä selkeästi määritellyt vastualueet ja roolit.

Ohjausryhmä asetti VALO -projektille tavoitteet ja määritteli toimintastrategian, joka mahdollisti joustavan ja tiimiorientoituneen kehittämistyön. Projektityöryhmä toi esille käytännön tasolla esiintyvät ongelmat ja ratkaisuehdotukset. Projektityöntekijät toteuttivat määritellyt tavoitteet ja toimivat yhteistyökoordinaattoreina ohjausryhmän, projektityöryhmän ja kentän kanssa.

Projekteissa käytettävät työmenetelmät olivat ensisijaisesti koulutus, jonka avulla annettiin työkaluja käytännön ammattilaisille jokapäiväiseen lääkehoitotyöhön. Muita menetelmiä olivat esimerkiksi lääkehoitosuunnitelman jalkauttaminen Saloon seudun terveyskeskuksen ohjeiden mukaisesti Salon ja ympäristökuntien sosiaalitoimen toimipisteisiin ja lisäksi monilääkityksen arvioinnin esittäminen lääkärin, farmaseutin ja hoitajan yhteistyömenetelmänä vanhusten lääkehoidon laadun parantamiseksi. Koko VALO-projekti lähti visiosta, että vanhusten lääkehoidon parantaminen on osa vanhusten palveluiden laadun parantamista ja siksi laadunhallinnan menetelmät kulkivat punaisena lankana läpi kolmivuotisen projektin.

VALO-projektissa sosiaali- ja terveystoimi sekä ammattikorkeakoulu osallistui tiiviisti työelämän kehittämistyöhön Salon seudulla. Onnistuakseen hyvät käytännöt tarvitsevat toimivan verkoston, joka tässä syntyi vanhusten lääkehoidon ja palvelujen laadun kehittämiseksi. Osaaminen ja uusin tieto ymmärrettiin yksilöiden ja organisaatioiden pääomaksi, joka ei jaettaessa vähene vaan koituu

aina asiakkaan ja yhteisön parhaaksi. Onnistunut projekti synnyttää uusia kehittämistarpeita, joihin on jo lähdetty yhdessä vastaamaan. Salon seudulla on pitkät ja hyvät perinteet työelämäyhteistyöstä erilaisten hankkeiden kautta. Esi-merkkinä voidaan mainita Erityisestä edistävään mielenterveystyöhön -projekti, jota käynnistetään parhaillaan Salo2009-alueella ja joka tänä päivänä on ajan-kohtaisempi ja akuutimpi kuin koskaan aiemmin. Projekti on aina määräaikainen, mutta itse kehittämistyöllä ei koskaan ole varsinaista alkua eikä loppua.

*Uusi tieto, unelmien hedelmä
syntyy luomisen riemusta, tuskasta – kasvaa työllä ja uurastuksella
oikeaksi ja väkeväksi,
mahdiksi tulevaisuuden
rakentajaksi,
herättäjäksi uusien unelmien.
Aatos Lahtinen*

PROJEKTIHENKILÖSTÖ JA KIRJOITTAJAT

VALO-PROJEKTIN OHJAUSRYHMÄ

Ahanen Tiina, Salon seudun terveystakeskus, terveydenhoitaja
 Andelmin Pertti, Salon seudun terveystakeskus, vanhustyön ylilääkäri (2008)
 Ekström Anni, Salon kaupunki, osastonhoitaja
 Hyvärinen Seija, Salon seudun terveystakeskus, hallintoylihoitaja
 Hyytiäinen Helena, Salon kaupunki, vanhustenhuollon johtaja
 Leino Irmeli, Turun ammattikorkeakoulu, lehtori
 Lensu Päivi, Salon kaupunki, kotipalveluohjaaja
 Peltomäki Pirjo, Salon seudun terveystakeskus, vanhustyön ylilääkäri (2006–2007)
 Wiirilinna Ulla, Turun ammattikorkeakoulu, koulutuspäällikkö

PROJEKTITYÖRYHMÄ

Ekola Tarja, Salon kotipalvelu, sairaanhoitaja
 Kankaanpää Tanja, Salon kotipalvelu kotihoidon työntekijä
 Laine Helena, Halikon vanhainkoti, hoivatyön johtaja
 Nikander Anne, Salon terveystakeskus, sairaanhoitaja
 Nikander Lilian, Salon terveystakeskus, sairaanhoitaja
 Rantalaiho Liisa, Hintan vanhainkoti, vanhainkodin johtaja
 Rokka Pirjo, Halikon vanhainkoti, sairaanhoitaja
 Ruikka Maritta, Kukonkallion vanhainkoti, osastonhoitaja
 Ruokonen Kirsi, Perttelin kotipalvelu, kotihoidon työntekijä
 Saari Taina, Salon terveystakeskus, sairaanhoitaja
 Salminen Pirkko, Perttelin kotipalvelu, kotihoidontyöntekijä
 Suominen Mirva, Salon terveystakeskus, sairaanhoitaja
 Töyry Tarja, Paukkulan ryhmäkoti, sairaanhoitaja
 Vilen Taina, Ilolansalo, palveluvastaava

PROJEKTITYÖNTEKIJÄT

Bergfors Tarja, Turun ammattikorkeakoulu, pt. tuntiopettaja
 Forsbacka Jaana, Turun ammattikorkeakoulu, pt. tuntiopettaja.

KIRJOITTAJAT

Bergfors Tarja, KM, pt. tuntiopettaja,

Turun ammattikorkeakoulu, VALO-projektin projektityöntekijä

Björkqvist Tanja, sairaanhoitajaopiskelija,

Turun ammattikorkeakoulu, hoitotyön ko/Salo

Forsbacka, Jaana, TtM, pt. tuntiopettaja,

Turun ammattikorkeakoulu, VALO-projektissa projektityöntekijä

Jakku Mari, sairaanhoitajaopiskelija,

Turun ammattikorkeakoulu, hoitotyön ko/Salo

Lasorla Anna, sairaanhoitajaopiskelija,

Turun ammattikorkeakoulu, hoitotyön ko/Salo

Lehtonen Tiina, sairaanhoitajaopiskelija,

Turun ammattikorkeakoulu, hoitotyön ko/Salo

Leino, Irmeli, THK, lehtori,

Turun ammattikorkeakoulu, VALO-projektin ohjausryhmän jäsen

Luukkanen Annamari, sairaanhoitajaopiskelija,

Turun ammattikorkeakoulu, hoitotyön ko/Salo

Lähde Anni, sairaanhoitajaopiskelija,

Turun ammattikorkeakoulu, hoitotyön ko/Salo

Mäkelä Tuula, sairaanhoitajaopiskelija,

Turun ammattikorkeakoulu, hoitotyön ko/Salo

Saario Kirsi, terveydenhoitajaopiskelija,

Turun ammattikorkeakoulu, hoitotyön ko/Salo

Salonen Maria, sairaanhoitajaopiskelija,

Turun ammattikorkeakoulu, hoitotyön ko/Salo

Sonck Annastiina, sairaanhoitajaopiskelija,

Turun ammattikorkeakoulu, hoitotyön ko/Salo

Wiirilinna Ulla, KL, koulutuspäällikkö,

Turun ammattikorkeakoulu, VALO-projektin ohjausryhmän puheenjohtaja

Öyry Johanna, sairaanhoitajaopiskelija,

Turun ammattikorkeakoulu, hoitotyön ko/Salo