



# LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMISEN KARTOIT- TAMINEN MÄNTYNUMMEN KOTIHOIDOSSA



Nieminen Sarina  
Räty Sarianna

LAUREA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Laurea Lohja

## LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMISEN KARTOITTAMINEN MÄNTYNUMMEN KOTIHOIDOSSA

Nieminen Sarina ja Rätty Sarianna  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Toukokuu 2009

Nieminen Sarina ja Rätty Sarianna

Lääkehoidon toteuttamisen kartoittaminen Mäntynummen kotihoidossa

Vuosi 2009 Sivumäärä 56

---

Tämä opinnäytetyö on Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulun Turvallinen lääkehoito 2-projektissa toimineiden opiskelijoiden raportti. Projektin teoreettisena perustana oli Sosiaali- ja terveysministeriön turvallinen lääkehoito-opas. Turvallisen lääkehoito-oppaan tarkoituksena on yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää vastuunjako ja määrittää vähimmäisvaatimukset lääkehoidon toteuttamisesta eri yksiköissä.

Projektin tavoitteena oli yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen käytänteitä Lohjan kaupungin Mäntynummen kotihoidon yksikössä. Kehittämistoiminnan menetelmänä käytettiin juurruttamista, jossa tuotetaan uutta tietoa käytännön hiljaisen tiedon, tutkitun ja teoreettisen tiedon välisessä vertailussa. Työryhmän tavoitteeksi muodostui nykytilanteen kuvaus ryhmäteema-haastattelun pohjalta. Haastatteluun osallistui kolme työryhmän edustajaa Mäntynummen kotihoidosta. Haastattelu nauhoitettiin, litteroitiin ja luokiteltiin sisällön analyysin avulla, jonka pohjalta muodostui kalanruotomallikuvaus nykytilanteesta. Kalanruotomallia muokattiin edelleen työyhteisön osastontunnilla opiskelijoiden läsnä ollessa. Kehittämiskohteeksi muodostui poikkeamailmoitusten käyttäminen.

Lääkehoito käsittää Mäntynummen kotihoidossa lääkehuollon toteuttamisen, lääkkeiden jakamisen ja antamisen. Mäntynummen kotihoidolla ei ole käytössä lääkkeiden kaksoistarkistusjärjestelmää. Tämä lisää mahdollisuutta lääkepoikkeamien syntyyn. Mäntynummen kotihoidossa on käytössä lääkepoikkeamista ilmoituslomake, jota työelämän edustajien mukaan ei täytetä, vaikka poikkeamia havaitaan. Tämän vuoksi mahdollisia koulutustarpeita ei tule ilmi, koska siihen ei täyttämättömien poikkeamailmoituslomakkeiden vuoksi ole tilastollisesti tarvetta.

Projektissa työyhteisö käytti arviointilomaketta arvioidessaan työryhmän toimintaa. Vastauksen perusteella kehittämisprojektin tuomaan muutokseen ja käytännön hyötyyn uskottiin paljon tai jonkin verran ja yhden vastaajan mielestä ei lainkaan. Kehittämistoiminta on vastaajien mielestä parantanut lääkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta jonkin verran tai ei lainkaan. Poikkeamailmoitusten täyttämistä hyötyy kuitenkin hoitajien lisäksi ensisijaisesti potilas.

Asiasanat: lääkehoito, kotihoito, juurruttaminen, poikkeamailmoitus

Nieminen Sarina and Rätty Sarianna

Charting the realization of medication in Mäntynummi home care

Year	2009	The number of pages	56
------	------	---------------------	----

This thesis is the report of the students - of Laurea University of Applied Sciences - who operated in the project "Safe Medication 2." The theoretical basis of the project was the guide book "Safe Medication" of the Ministry of Social Affairs and Health. The intention of the guide book "Safe Medication" is to integrate the principles of realizing the medication, to clarify sharing of responsibility and to define the minimum demands in realizing the medication in different units.

The target of the project was to integrate conventions in realizing the medication in Mäntynummi home care unit in Lohja. Dissemination was used as the method of development process. In this method some new information is produced in comparison with tacit practical knowledge, examined knowledge and theoretical knowledge. The description of present based on the thematic group interview was composed as a target of the team. Three representatives from Mäntynummi home care participated in the interview. The interview was recorded, transcribed and classified with the help of the analysis of the content. The herringbone pattern description of present was composed based on that. The herringbone pattern was edited further at department meetings with students attending. The target of improvement discovered was divergence reports.

The medication in Mäntynummi home care comprehends the realization of medication, measuring into doses and distribution of medicines. The double revision system is not in use in Mäntynummi home care. This increases the possibility that divergences of medication emerge. The notification form of divergences of medication is available in Mäntynummi home care. However, it is not used - according to working life representatives - even if divergences are noticed. Possible education needs are not revealed, for statistics do not show divergence reports which do not exist.

The work community used the evaluation form in evaluation of the team. Based on the answers, the change and practical benefits brought by the development project were significant or somewhat improved, except according to one answerer who did not see benefits at all. According to the answerers, the practical development has somewhat or not at all improved the fluency and efficiency in medication. After all, the primary beneficiary of filling the divergence reports is the patient.

Key words: medication, home care, dissemination, divergence report

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	KEHITTÄMISTOIMINNAN MENETELMÄT .....	7
	2.1 Juurruttaminen .....	7
	2.2 BA.....	9
	2.3 Sisällönanalyysi .....	11
	2.4 Ryhmäteemahaastattelu .....	11
3	KEHITTÄMISTOIMINNAN YMPÄRISTÖ.....	12
	3.1 Kotihoidon henkilökunta ja arvot .....	12
	3.2 Muutos työyhteisössä sekä muutosvastarinta.....	13
4	KEHITTÄVÄN TOIMINNAN TEOREETTISET PERUSTELUT .....	15
	4.1 Lääkehoidon etiikka.....	15
	4.2 Turvallinen lääkehoito.....	16
	4.2.1 Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat .....	17
	4.2.2 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen.....	18
	4.2.3 Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako .....	20
	4.2.4 Lääkehoidon lupakäytännöt .....	20
	4.2.5 Lääkehuolto.....	21
	4.2.6 Lääkkeiden jakaminen ja antaminen .....	22
	4.2.7 Potilaan informointi ja neuvonta.....	24
	4.2.8 Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi.....	24
	4.2.9 Lääkehoidon dokumentointi ja tiedonkulku.....	25
	4.2.10 Lääkehoidon seuranta ja palautejärjestelmä.....	26
	4.3 Kotihoito.....	27
	4.4 Lääkehoito kotihoidossa .....	28
	4.5 Erityispiirteitä vanhusten lääkehoidossa .....	29
	4.6 Erityispiirteitä mielenterveyspotilaiden lääkehoidossa .....	30
5	KEHITTÄMISTOIMINNAN TOTEUTUS.....	31
	5.1 Lääkehoidon nykytilanteen kuvaus Mäntynummen kotihoidossa .....	32
	5.2 Lääkehoidon nykytilanteen riskitekijät Mäntynummen kotihoidossa ..	33
6	TUOTOS .....	35
7	KEHITTÄMISTOIMINNAN ARVIOINTI .....	36
	7.1 Työyhteisön toiminnan arviointi.....	37
	7.2 Opiskelijoiden arviointi kehittämistoiminnasta.....	43
	LÄHTEET .....	45

KUVIO-OTSIKKOLUETTELO.....	48
LIITTEET .....	49

## 1 JOHDANTO

Kehittämisprojekti perustuu Sosiaali- ja terveysministeriön turvallisen lääkehoidon valtakunnalliseen oppaaseen lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Oppaan tarkoituksena on yhtenäistää moniammatillisen työyhteisön toimintatapoja laadukkaana lääkehoidon toteuttamisessa. Tarkoituksena on myös selkeyttää lääkehoitoon liittyvää vastuunjakoa ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä. (STM 2005:32, 11.)

Kehittämisprojekti on osa Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan toimipisteen turvallisen lääkehoidon tutkimus- ja kehittämisprojektia. Kehittämisprojektin toinen osa lääkehoidon hankkeesta käynnistyi tammikuussa 2008, johon tämä projektityö kuuluu. Projektin tavoitteena on lääkehoidon kehittäminen turvallisemmaksi.

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena on edistää turvallisen lääkehoidon toteutumista Mäntynummen kotihoidossa, yhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun kahden sairaanhoitajaopiskelijan kanssa. Mäntynummen kotihoito toimii Lohjan kaupungin Mäntynummen terveyskeskuksen tiloissa, asiakkainaan terveyskeskuksen piirijakoon kuuluvat asukkaat, jotka tarvitsevat kotihoidon palveluita. Asiakkaita kotihoidolla on noin 85. Tavoitteena on edistää ja parantaa lääkehoidon työskentelytapoja turvallisempaan suuntaan, kehittämiskohteen ympärille.

Tarkoituksena on saada koko työyhteisö sitoutumaan tulevaan kehittämishankkeeseen. Työyhteisön kehittämiskohteen mukaan tavoitteena on myös mahdollisesti juurruttaa täysin uusi työtapa lääkehoidon toteuttamisesta. Kehittämiskohteen ympärille opiskelijat etsivät ja toivat teoreettista ja tutkittua tietoa.

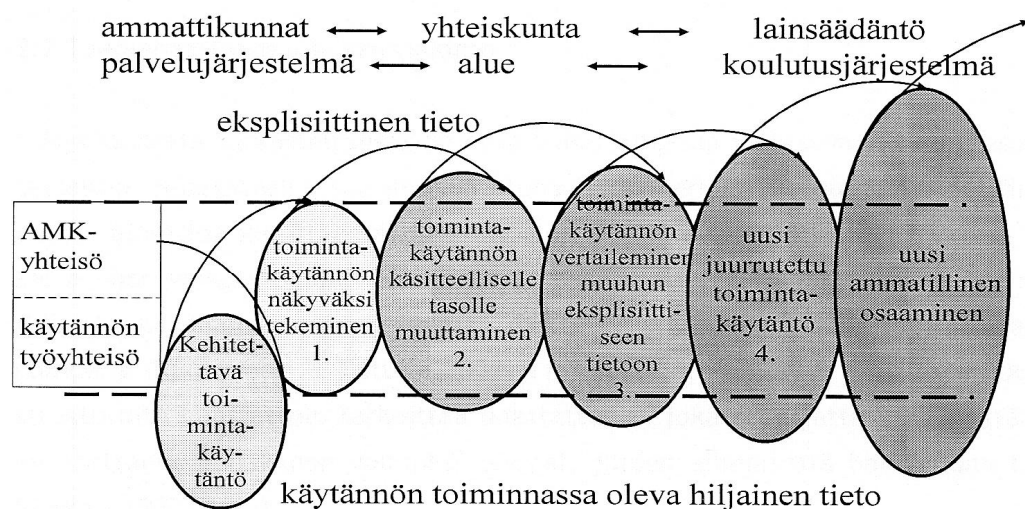
Lohjan kaupungin kotihoidon palvelut on järjestetty sosiaali- ja terveydenhuollon vammais- ja vanhusten avohuoltopalveluna, joka käsittää perinteisen kotihoidon tukipalveluineen. Mäntynummen kotihoidon piiriin asiakkaat kykenevät asumaan tuetusti kodeissaan. (Tomppo, S & Lindahl, T., henkilökohtainen tiedonanto 26.5.2008.)

## 2 KEHITTÄMISTOIMINNAN MENETELMÄT

### 2.1 Juurruttaminen

Juuruttamisen malli on projektissa kehittämistoiminnan menetelmä. Juurruttaminen on yhteisöllinen oppimisprosessi, jossa tuotetaan uutta tietoa käytännön toiminnassa olevan hiljaisen tiedon sekä tutkitun ja teoreettisen tiedon välisessä vertailussa. Uuden tiedon pohjalta sitä kehitetään käytännön osaamiseksi. Toiminnan ympäristön tietoon vaikuttavat toimijat, sekä tiedon käsittely ja käyttöönotto. Runsas vuorovaikutus toimijoiden kesken on juurruttamisen keskeisimpiä elementtejä. Tämän hetken terveydenhuollon organisaatiossa juurruttamisen mahdollistaminen, salliminen ja edistäminen ovat haasteellisia johtamisen tehtäviä. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16–19.)

Juuruttamisen kierroksilla (ks. kuvio 1) tarkoitetaan monivaiheista oppimista. Ensimmäisellä kierroksella kuvataan nykytilan toimintaa, eli tehdään hiljainen tieto näkyväksi. Toisella kierroksella juurrutus jäsennetään ja täsmennetään käsitteelliselle tasolle. Juurruttamisen kolmannella kierroksella verrataan teoreettisen ja tutkitun tiedon merkitystä hiljaisen tiedon teoreettisen tason kannalta. Ehdotus uudeksi toimintamalliksi syntyy teoreettisen ja tutkitun tiedon perusteella. Neljännellä kierroksella muokataan ehdotettu muutos nykyiseen toimintatapaan sopivaksi käytännöksi. Juurruttamisen kierroksien perusteella syntyy uusi ammatillinen osaaminen. (Kivisaari 2001, 16–18.)



Kuvio 1: Juurruttamisen kierrokset (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 6)



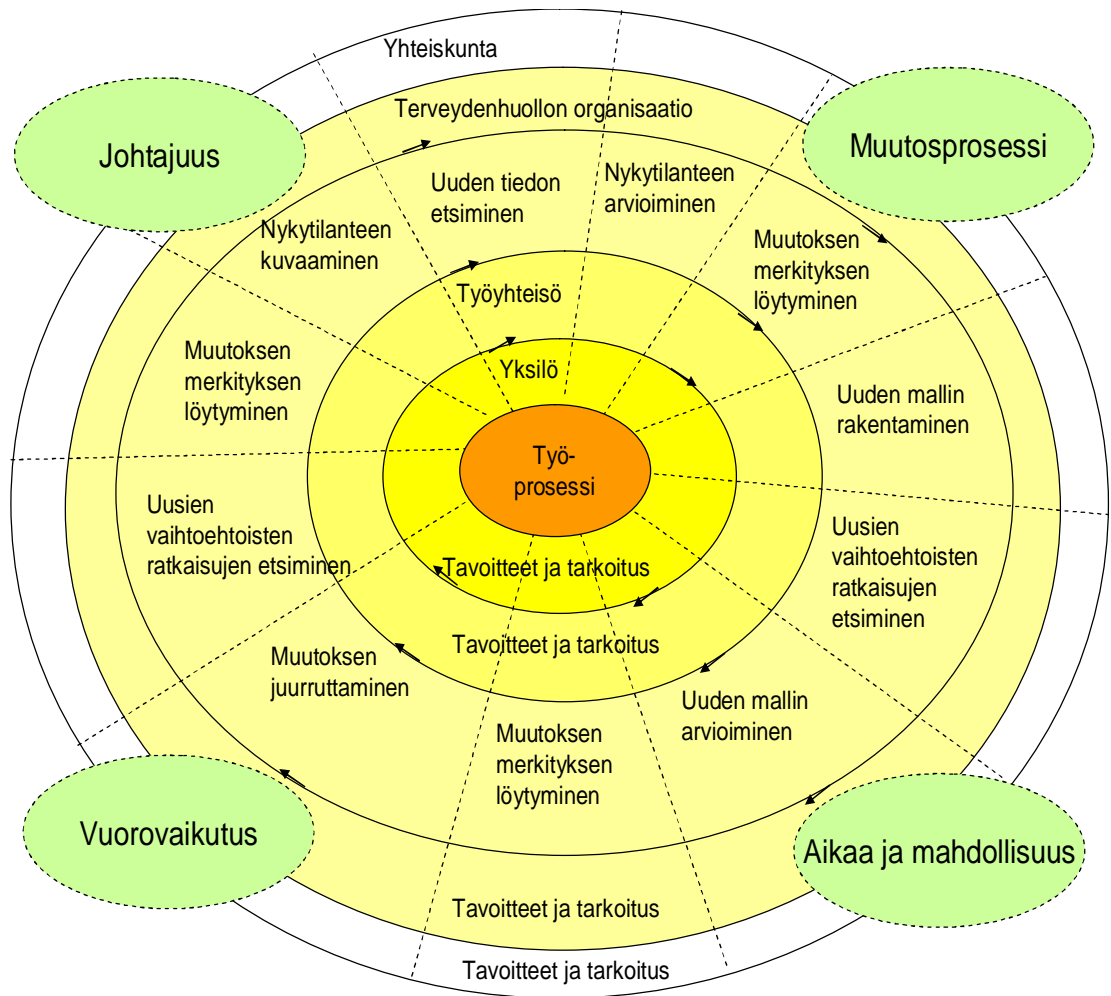
Tiedon käsittelyn kierrokset on jaettu työryhmän toiminnan eri vaiheisiin. Työryhmän toiminnan alkuvaiheissa työyhteisön kehittämistoimintaan osallistuvat kuvaavat nykyistä toimintaa hoitotyössä toisilleen. Yhteisen merkityksen löytäminen tulevalle kehittämiskohteelle valitaan tässä vaiheessa. Työyhteisön nykyistä toimintaa kartoitetaan ja tutustutaan toimintatapoihin. Näin tehdään hiljainen tieto näkyväksi. Tässä vaiheessa tarvitaan runsaasti vuorovaikutusta työryhmän jäsenten välillä. Tämä vaihe on ba:n syntymisen lähtövaihe. Nämä alkuvaiheen kierrokset vastaavat tiedonkäsittelyn kierrosta yksi (ks. kuvio1). (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16–19; Heino 2006, 179–182.)

Työryhmän toiminnan seuraavissa vaiheissa hiljainen tieto muutetaan näkyväksi käsittekartan (ks. liite 2) avulla (ks. kuvio 2). Työryhmän ja työyhteisön osallistuminen käsittekartan muokkaamiseen ja kehittämiseen avaavat nykytilanteen, jolloin löytyy kehittämiskohde. Tämä vaihe on ba:n dialoginen vaihe. Nämä kierrokset vastaavat tiedonkäsittelyn kierrosta kaksi (ks.kuvio 1). (Heino 2006, 179; Ahonen, Karhu, Kinnunen, Ora-Hyytiäinen, Soikkeli 2007, 27–30.)

Teoreettisen ja tutkitun tiedon kerääminen sekä eksplisiittisen tiedonhankinta ja käsittely ovat työryhmän toiminnan seuraavan vaiheen tehtäviä (ks. kuvio 2). Teoreettisen ja tutkitun tiedon muodostaminen käsittekartaksi kuuluu myös työryhmälle. Tässä vaiheessa toteutuu systematisointi ba. Tämä vaihe vastaa tiedonkäsittelyn kierrosta kolme (ks.kuvio 1). (Heino 2006, 179; Ahonen ym. 2007, 27–30.)

Käsittekartan vertailu edelliseen antaa työryhmälle oivalluksen tai idean uudesta toimintamallista. Uuden toimintamallin arviointi suhteessa työyhteisön nykyiseen toimintaan saa työyhteisön valitsemaan itselleen parhaimman uuden toimintatavan. Harjoittelu ba toteutuu tässä vaiheessa (ks. kuvio 2). Tämä vastaa tiedonkäsittelyn kierrosta neljä (ks.kuvio 1). (Heino 2006, 179; Ahonen ym. 2007, 27–30.)

Työryhmän toiminnan viimeisessä vaiheessa työyhteisö ottaa käyttöön uuden toimintatavan ja juurruttaa sitä käytäntöön (ks. kuvio 2). Työryhmän tehtävänä on raportoida uudesta toimintatavasta, jonka mukaan toimitaan. (Ahonen ym. 2007, 27–30.)



Kuvio 2: Juurruttamisen malli 2.0 (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)

## 2.2 BA

Juuruttamisen menetelmällä tehtäessä kehittämistoimintaa, luomisen tilaa kutsutaan ba:ksi. Ba:n tärkein ominaisuus on vuorovaikutus, jossa innovatiivisuus lisääntyy ja päätöksenteko tehostuu. Uuden tiedon luomisessa ba mahdollistaa hiljaisen- sekä näkyvän tiedon käsittelyn. Ba:lla viitataan fyysisen, virtuaalisen ja/tai mentaalisen tilaan, jonka yksilöt tai organisaatiot jakavat. Tieto syntyy yksilöiden välisessä vuorovaikutuksessa sekä yksilöiden ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa. Organisaatiotasolle tuotu tieto on jaettava ja muotoiltava uudelleen, sekä laajennettava vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Ba on tila, jossa tällainen tilanne mahdollistuu sekä toteutuu. Tiedonluomisprosessi on näin ollen ba:n luomisprosessi, millä tarkoitetaan uutta luotua vuorovaikutusta. (Heino 2006, 179; Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16–19.)

Ba on ymmärtämisen avainkäsite. Uuden tiedon luominen edellyttää ihmisten syvällisesti kokemaa dynaamista prosessia, jossa ylitetään rajoja. Prosessi ei yleensä etene yksilöllisenä, vaan ihmisten ja heidän ympäristönsä välillä. Luonteeltaan ba on moni-ilmeinen ja jatkuvasti muuttuva. Ba antaa rajat, mutta ne ovat auki. Uuden tiedon luomisprosessiin osallistuvat ihmiset tuovat siihen omat kontekstinsa, jotka kehittyvät kokoajan. Toimiva ba tarjoaa laajemman näkemyksen osallistujilleen. (Heikkilä & Heikkilä 2005, 185.)

Heikkilä ja Heikkilä (2005) sekä Heino (2006) mukaan ba:n käsitettä voidaan hyödyntää neljässä eri mallissa. Jokainen vaihe prosessissa tarvitsee omanlaisensa ba:n. (Heikkilä & Heikkilä 2005, 185; Heino 2006, 180–181.)

Koko prosessi saa alkunsa lähtötilanteen ba:sta. Aluksi tarvitaan runsaasti monipuolista kasvokkaista vuorovaikutusta. Ihmisten jakaessa kokemuksia, tunteitaan ja emootioitaan he nostavat esiin mentaalisia malleja, mikä on hyvä kasvualusta sosialisatiolle. Näin tärkeä hiljaisen tiedon välittyminen tehostuu. (Heikkilä & Heikkilä 2005, 185; Heino 2006, 180–181.)

Dialogia käyttävä ba käyttää hyväkseen kasvokkaista vuorovaikutusta. Osallistujien yksilölliset mentaaliset mallit ja taidot jaetaan ja muutetaan ymmärrettäväksi ja selkeiksi käsitteiksi. Avoimen dialogin avulla luodaan asiayhteys hiljaisen tiedon ulkoistamiselle, johon kaikkivoivat osallistua. (Heikkilä & Heikkilä 2005, 186; Heino 2006, 180–181.)

Systematisointi- ba aktivoi osallistujia yhteiseen ja virtuaaliseen vuorovaikutukseen. Tämä mahdollistaa uuden muotoutuneen tiedon olomassaolon yhdistämisen eksplisiittiseen tietoon. Tietoa voidaan välittää kirjallisena myös niille, jotka eivät ole olleet sitä kehittämässä. Tämä saa aikaan uusia oivalluksia ja käyttäjät voivat verrata sitä aikaisempaan tietoon. Tämä vaihe on tärkeä voimaantuvassa organisaatiossa. (Heikkilä & Heikkilä 2005, 186; Heino 2006, 180–181.)

Harjoittelu-ba tarjoaa mahdollisuuden harjoitella yksilöllisessä ja virtuaalisessa vuorovaikutuksessa uutta tietoa käytännössä. Harjoittelu-ba:ssa ihmiset sisäistävät uutta tietoa toimivaksi ja voivat viedä sen uuden toiminnan tasolle. (Heikkilä & Heikkilä 2005, 186; Heino 2006, 180–181.)

Voimaantuvassa organisaatiossa tulisi arvioida neljän eri ba:n vahvuuksia ja heikkouksia uuden tiedon luomisessa. Jonkin ba:n heikkous voi katkaista koko luomisprosessin. Lähtötilanteessa ja avoimen dialogin alueella piilevät useimmiten heikkoudet ba:ssa. (Heikkilä & Heikkilä 2005, 186; Heino 2006, 180–181.)

## 2.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikatiota. Sisällönanalyysin avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Tavoitteena käytettäessä sisällönanalyysiä, on tiivistää kerätty tietoaaineisto niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvata lyhyesti ja yleistävästi tai niin, että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan tuotua selkeinä esille. Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla voidaan tehdä havaintoja ja systemaattisia analysointeja dokumenteista. Sisällönanalyysin tuloksena saadaan tutkittavia ilmiöitä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä, malli tai käsitekartta. Aineiston luokittelu perustuu käsitejärjestelmään, jonka pohjalta muodostuu käsitekartta. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21–23; Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–12.)

Oleennaista aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Erottelun jälkeen aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, niin että se vastaa tutkimuksen tarkoitusta ja tutkimustehtäviä. Sisällönanalyysi sopii erinomaisesti strukturoimattomaan aineistoon, kuten päiväkirjoihin, kirjeisiin, puheisiin, raportteihin, artikkeleihin, filmeihin, kuvanauhoihin, laulujen sanoihin, valokuviin tai taideteoksiin. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21–23; Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–12.)

Sisällönanalyysiä käytettiin tässä laadullisessa opinnäytetyössä ryhmähaastattelusta saadun aineiston luokitteluun. Luokittelun avulla muodostettiin kalanruotomalli (liite 2) kehittämis-kohteen löytämiseksi. Ryhmäteemahaastattelukysymykset ovat liitteenä (liite 1).

## 2.4 Ryhmäteemahaastattelu

Haastattelut voivat muistuttaa normaalia keskustelua, mutta eroavat kuitenkin aina institutionaalisuutensa vuoksi. Haastattelulla pyritään aina tiettyyn päämäärään. Haastattelu tilanteen institutionaalisuutta korostaa tilanteen tallennus: nauhoitus ja se, että haastattelija tekee muistiinpanoja. Haastattelutilanne täytyy aina aloittaa ja lopettaa erityisillä toiminnoilla. Haastattelun alussa sovitaan siitä, että varsinainen haastattelu aloitetaan. Haastattelun lopettaminen vaatii erityistä lopettamistoimintaa, haastateltavaa valmistellaan tilanteen loppumiseen. (Ruusujärvi & Tiittula 2005, 22–25.)

Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan. Haastattelussa on oleellista se, että yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Haastattelijan tulee varmistaa, että kaikki etukäteen

päätetyt teema-alueet käydään haastateltavan kanssa läpi, mutta niiden järjestyksellä ja laajuudella ei ole merkitystä. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 47–48; Eskola & Suoranta 2000, 86.)

Tässä laadullisessa kehittämisprojektissa käytettiin sisällönanalyysiä ryhmäteemahaastattelusta saadun aineiston luokitteluun. Ryhmäteemahaastattelu suoritettiin Mäntynummen kotihoitossa 22.10.2008. Haastattelussa oli mukana kolme työelämän edustajaa ja kaksi sairaanhoidon opiskelijaa. Haastattelukysymykset muodostuivat Sosiaali- ja Terveysministeriön oppaan turvallisen lääkehoidon lääkehoitosuunnitelmassa määriteltyjen vähimmäisvaatimusten mukaisesti. Haastattelukysymykset jaettiin kymmeneen osa-alueeseen lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Haastattelu nauhoitettiin mp-3 soittimella ja purettiin myöhemmin opiskelijoiden toimesta sanasta sanaan 14-sivuiseksi Word- tiedostoksi. Käsitekartta muodostui aineiston luokittelun avulla kehittämiskohteen löytämiseksi. Ryhmäteemahaastattelukysymykset ovat liitteenä (liite 1).

### 3 KEHITTÄMISTOIMINNAN YMPÄRISTÖ

Lohjan kaupungin Mäntynummen kotihoitoon palvelut on järjestetty sosiaali- ja terveydenhuollon vammais- ja vanhusten avohuoltopalveluna. Mäntynummen kotihoito on yksi piiri kaupungin kuudesta kotihoitoalueen palveluista. Mäntynummen kotihoito sisältää perinteisen kotihoitoon tukipalveluineen asiakkaan kotona. Mäntynummen kotihoito sijaitsee fyysisesti Mäntynummen terveyskeskuksen tiloissa. Heillä on käytössään kolme toimistohuonetta, joissa he kirjaavat elektronisesti jokaisen potilaskäynnin. Tiloissa ei ole potilasvastaanottoa. (Tomppo, S. & Lindahl, T., henkilökohtainen tiedonanto 26.5.2008.)

#### 3.1 Kotihoitoon henkilökunta ja arvot

Mäntynummen kotihoitossa on 12 vakituista virkaa, joista yksi on sairaanhoitajan virka. Kotihoitoon muut työntekijät ovat koulutukseltaan lähi- ja perushoitajia. Mäntynummen kotihoitoon työntekijöinä on myös yksi pitkäaikainen lähihoitajasijainen sekä yksi oppisopimuskoulutettava lähihoitaja. Mäntynummen kotihoitolla on oma aluepäällikkö, joka toimii myös lähiesimiehenä. Koko henkilöstöllä on laaja-alainen työnkuva ja he kaikki osallistuvat eri hoitotoimenpiteisiin sekä heillä on käytössä omahoitajajärjestelmä. Poikkeuksena työnkuvaan vain sairaanhoitaja sekä kaksi työyhteisön lähihoitajaa, jotka ovat työpaikkakoulutettuja, saavat ottaa verinäytteitä kotihoitoon asiakkailta. (Tomppo, S. & Lindahl, T., henkilökohtainen tiedonanto 26.5.2008.)

Hoitohenkilökunta noudattaa yleisiä kotihoidon arvoja sekä Lohjan kaupungin määrittelemiä arvoja. Yleiset kotihoidon arvot ohjeistavat asiakaslähtöisyyteen, jolloin tulisi käyttää resursseja tarkoituksen mukaisesti. Yksilölliset tarpeet huomioidaan ja kotihoidon asiakkaita hoidetaan omatoimisuuteen tukien sekä kohdellaan tasavertaisesti itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Työyhteisön hyvinvointia ohjeistetaan kohtelemalla kollegoja tasavertaisesti ja oikeudenmukaisesti, sekä toimimaan moniammatillista yhteistyötä kunnioittaen ja avoimuutta arvostaen. Kehittämiseen ja uuden oppimiseen tulisi suhtautua avoimesti ja ammattitaitoa kehittäen. Työssä tulisi hyödyntää omia voimavaroja ja osaamista. (Tomppo, S. & Lindahl, T., henkilökohtainen tiedonanto 26.5.2008.)

Lohjan kaupungin arvot koostuvat avoimuudesta, vastuullisuudesta, oikeudenmukaisuudesta sekä tehokkuudesta. Lohjan kaupunki kertoo avoimesti asioita valmisteltaessa ja päätöksiä tehtäessä päämäärän, tavoitteet ja taustatiedot. Kaupunki noudattaa toimissaan huolellisuutta, täsmällisyyttä ja on valmis ottamaan vastuun vaikeiden asioiden päätöksenteossa. Asiakkaita kohdellaan oikeudenmukaisesti asemasta riippumatta. Hyväksytään erilaisuus, niin yksilö kuin ryhmätasolla. Toimissaan kaupunki hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti kaikki käytävissä olevat voimavarat. Näin pystytään tuottamaan tasapuolisesti hyviä ja laadukkaita palveluita. (Tomppo, S. & Lindahl, T., henkilökohtainen tiedonanto 26.5.2008.)

### 3.2 Muutos työyhteisössä sekä muutosvastarinta

Tavoitteiden, keinojen ja toimintaedellytysten jatkuva uudelleen määrittely on kehittyvälle organisaatiolle ominaista. Se edellyttää uudenlaista yhteyttä, vuoropuhelua suunnittelun ja käytännön välillä. Käytännön toiminnan edustajat on otettava entistä tiiviimmin mukaan suunnitteluun tavoitteiden, menetelmien ja käytännön ratkaisujen hahmottamiseen sekä määrittelyyn. Uudessa käytännössä suunnittelun tehtävänä ei ole tuottaa valmiita ratkaisuja, vaan auttaa työorganisaatiota kehittämään käytäntöjä, välineitä ja menetelmiä toimintaansa. (Järvinen, Koivisto & Poikela 2000, 212–213.)

Työryhmällä tulee olla riittävästi yhteistä aikaa uuden kehittämiseen ja tehdyn arviointiin. Uudistajat tuovat paljon erilaisia ideoita ja löytävät kehittämisen kohteita, minkä vuoksi heidät saatetaan leimata ongelmien tuottajiksi. Ammattitaidon kehittämisen tarve on otettava huomioon erityisesti hoitotyön muutosta edellyttävällä alueella. Suunnittelussa tulee ottaa huomioon keskeisin muutostarve ja erottaa se vähemmän merkittävistä tarpeista. Keskeistä on myös kehittävän työryhmän tukeminen, kannustaminen sekä ohjaaminen ja uusien vaihtoehtojen etsiminen tarpeen mukaan. (Miettinen 1999, 88.)

Kehittämistoiminta edellyttää yhteistoimintaa eri ammattiryhmien välissä niin organisaation sisällä kuin organisaatioiden välisessä verkostoitumisessa. Muutokset edellyttävät kollektiivista oppimista, joka perustuu uuden tiedon omaksumiseen ja tuottamiseen sekä yrityksen toimintakäytäntöjen kriittiseen arvioimiseen. Uusien toimintakäytäntöjen kehittäminen ja jatkuva oppimista tukevan yhteistoimintaverkoston rakentaminen liittyvät toisiinsa kiinteästi. Joustavan ja kehittyvän organisaation perusteena on ennen kaikkea kysymys yhteistoimintaa estävien perinteisten rajojen ylittämisestä. (Järvinen ym. 2000, 210–211.)

Organisaation toimintatavan muutos saattaa merkitä katkosta tai murrosta yksilön työn ja oppimisen jatkumisen kannalta. Ammattitaitovaatimuksien muuttuessa se saattaa merkitä yksilölle uusien pelisääntöjen omaksumista, tiimityöhön sovittautumista ja samalla yksilöllisestä työtavasta poisoppimista. Verkostotason yhteistoimintakäytäntöjen innovointi tähtää olemassa olevien käytäntöjen kyseenalaistamiseen ja uusien menettelytapojen käyttöönottoon. Kehitystyö ja innovointi tukevat näin ollen toisiaan. Uusien menettelytapojen käyttöönotto vaatii aina oppimista sekä oppimisen organisointia. (Järvinen ym. 2000, 209–210.)

Toimintakäytäntöjen kehittäminen ja parantaminen vaatii henkilöstön aktiivista osallistumista, aloitteellisuutta sekä riittäviä henkilöstöresursseja. Toimintakäytäntöjen ja fyysisten työskentelyedellytysten ja motivaation lisäksi vaaditaan myös aikaa kehittämiselle. Muuttumisprosessiin liittyy kriittisiä vaiheita, koska jatkuva parantaminen on paikallista ja vakiintuneiden toimintakäytäntöjen kyseenalaistaminen saattaa olla voimakasta. Kehitystyön aikana tarvitaan erilaisia menetelmiä ja menetelmällisiä ratkaisuja. Kehittämistoiminnan tulisi olla luovaa ja samalla systemaattista. Luovuutta tarvitaan, kun kehitetään uusia ideoita. Systemaattisuutta tarvitaan, kun uusien ideoiden toteutus viedään loppuun saakka. (Järvinen ym. 2000, 213–217.)

Uutta kehittävän ryhmän tukemisessa olisi tärkeää virheiden salliminen, koska se näin ollen edistää riskinottamista. Riskinottaminen kuuluu olennaisesti uuden kehittämiseen. Ihmisten tulisi olla muutoksen edessä innostuneita kyetä ratkaisemaan ongelmia uusien ideoiden avulla sekä löytämään uusia yksilöllisiä voimavaroja ja luottaa tulevaisuuteen. Tyypillinen erehdys hoitotyön kehittämisessä on odottaa tuottavuutta ja uutuuden hyötyä liian aikaisessa vaiheessa. Kehittämistoiminta edellyttää aina riittävän pitkää ajanjaksoa. (Miettinen 1999, 87–90.)

Muutosvastarinta on normaali ilmiö, joka on aina hyväksyttävä osana muutosprosessia. Muutosvastarinta on terve, psyykinen ilmiö, joka on vastavoima muutosta vastaan. Se toimii joko tietoisesti tai tiedostamatta. Ilmiö ilmenee yleensä aktiivisena tai passiivisena vastustamisena. Muutosvastarinnassa on yleisesti kysymys ihmisen terveestä varovaisuudesta tuntematto-

man edessä. Muutosvastarinta pyrkii pitämään kiinni vanhan mallin hyvistä puolista. (Neuvonen & Uosukainen 2007, 46–47. )

Muutos tuo mukanaan epävarmuutta, koska muutostilanteessa syntyy helposti huhuja ja oletuksia. Muutoksessa on ensisijaisen tärkeää huolehtia riittävästä tiedotuksesta oikeaan aikaan. Tiedottamatta jättäminen tai tiedottaminen mahdollisimman myöhään on varmin tapa synnyttää voimakasta muutosvastarintaa. Huhujen varassa työskenteleminen kuluttaa työkykyä, ei itsessään muutos. (Neuvonen & Uosukainen 2007, 47. )

Henkilöstön osallistuminen ja vaikuttaminen muutokseen vähentää tunnettuja pelkoja ja uhkakuvia. Osallistuminen tekee näkyväksi sen, mikä koskettaa henkilöstöä itseään ja näin ollen lisää tyytyväisyyttä muutosprosessin suhteen. Muutoksen myötä voi avautua myönteisiä mahdollisuuksia ja näin vahvistaa luottamusta muutoksen järkevyyteen ja tarpeellisuuteen. Esi-miehen tehtävänä on pyrkiä luomaan alaisiinsa luottamusta tulevaa muutosta kohtaan, sekä innostaa uuden haasteen edessä. Henkilöstön saaminen mukaan prosessiin on ehto onnistu-neelle muutosprosessille, jossa kuitenkin on aina mukana muutosvastarinta. Onnistunut muutos on kuitenkin mahdollinen, kunhan siihen annetaan riittävästi aikaa ja henkilöstö kokee johtajan olevan heidän tukena. (Neuvonen & Uosukainen 2007, 47. )

## 4 KEHITTÄVÄN TOIMINNAN TEOREETTISET PERUSTELUT

### 4.1 Lääkehoidon etiikka

Terveystieteiden ammattilaiset ovat kautta aikojen kirjoittaneet itselleen eettisiä ohjeita ja periaatteita, joissa kielletään epäinhimillinen toiminta. Hoidon odotetaan ohjautuvan joko vankkaan kliiniseen kokemukseen tai tieteellisesti tutkittuun tietoon. Etiikka tulee konkreettiseksi ja käytännölliseksi, kun on kyse hyvästä elämästä, terveyden edistämisestä, sairauksien ehkäisystä ja hoidosta, kärsimysten lievittämisestä, ihmisen haavoittuvuudesta sekä rajallisuudesta, syntymästä ja kuolemasta. Etiikan avulla perustellaan sekä kuvataan oikeaksi katsottuja tapoja elää ja toimia muiden ihmisten kanssa maailmassa. Etiikka on arvoja, ihanteita ja periaatteita, joka koskee hyvää ja pahaa sekä oikeaa ja väärää. Etiikan tehtävänä on auttaa ihmisiä valintojen teoissa, antamatta kuitenkaan valmiita ratkaisuja. Potilaan keskeisimpiin oikeuksiin kuuluu oikeus hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon, ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. (Pahlman, Pihlainen, Rauhala, Sarvimäki & Halinen 2001, 4.)



Potilaan eettiset oikeudet lääkehoidossa määrittelevät potilaalle tiedonsaantioikeuden, mikä tarkoittaa, että hänelle on annettava kaikki tiedot, joilla on merkitystä hoidon kannalta ja jotka koskevat hänen hoitoaan. Potilaalle tietojen saaminen on välttämätöntä, jotta hän kykenee käyttämään itsemääräämisoikeuttaan. Itsemääräämisoikeus on yksi tärkeimmistä potilaan oikeuksista. Itsemääräämisoikeus tarkoittaa miten potilas on suostuvainen lääkkeiden käyttöön sairaustilansa estämiseksi, parantamiseksi tai lievittämiseksi. Lääkehoidon tavoitteen saavuttamiseksi potilaan suostumus on näin ollen ensimmäinen edellytys, potilaalla on myös oikeus kieltäytyä suunnitellusta hoidosta. Aina ei voida noudattaa potilaan itsemääräämisoikeutta, koska joskus potilaan päätökset voivat tuottaa hänelle haittaa tai aiheuttaa vaaraa muille henkilöille. Lääkehoidossa joudutaan myös usein tilanteisiin, missä joudutaan puuttamaan potilaan fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen sekä tiedolliseen yksityisyyteen. Näin ollen joudutaan kajoamaan potilaan eri yksityisyyden puoliin. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen 2006, 87–90.)

#### 4.2 Turvallinen lääkehoito

Turvallisella lääkehoidolla tarkoitetaan tässä kehittämissuunnitelmassa Sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnalliseen oppaaseen perustuvaa ohjeistusta lääkehoidon toteuttamisesta. Oppaalla on tarkoituksena yhtenäistää ja selkeyttää laadukkaan lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvä vastuunjako ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä. (STM 2005: 32, 11.)

Lääkehoidolla tarkoitetaan tilannetta, jossa käytetään lääkkeitä potilaan terveyden säilyttämiseen tai sairauden hoitoon. Lääkehoito on tärkeä ja olennainen osa lääketieteellistä hoitotyötä. Lääkehoitoa käytetään sekä itsenäisenä hoitona että muiden hoitomuotojen tukena. Lääkehoito perustuu potilaan, lääkärin, farmaseutin tai proviisorin ja moniammatillisen hoitohenkilöstön yhteistyöhön. Lääkelain (395/1987) 3 § (853/2005) määrittelee lääkkeen valmisteen tai aineeksi, jota käytetään sisäisesti tai ulkoisesti parantamaan, lievittämään tai ehkäisemään sairautta tai sen oireita. Turvallinen lääkehoito koostuu kahdesta eri osa-alueesta. Lääkevalmisteen farmakologiset ominaisuudet, niiden tunteminen sekä laadukkaasti valmistetut lääkkeet muodostavat ensimmäisen osa-alueen. Toinen lääkehoidon turvallisuuden alue liittyy lääkkeiden käytön sekä lääkehoidon toteuttamisen turvallisuuteen. (Veräjänkorva ym. 2006, 16; Finlex 2005.)

Lääkelain (395/1987) ja sen yksityiskohtia tarkentavan lääkeasetusten (693/1987) tarkoituksena on ylläpitää ja edistää lääkkeiden turvallisuutta ja tarkoituksenmukaista käyttöä sekä

varmistaa niiden asianmukainen valmistus ja saatavuus. Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen TEO, joka on sosiaali- ja terveysministeriön alainen instanssi, tehtävänä on valvoa terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa terveyden- ja sairaanhoidossa.

(Veräjänkorva ym. 2006, 21–22; Terveydenhuollon oikeusturvakeskus 2006.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus ja Terveydenhuollon oikeusturvakeskus yhdistyivät 1.1.2009. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalle syntyi näin ollen uusi keskusvirasto nimeltään Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. (Terveydenhuollon oikeusturvakeskus 2009.)

#### 4.2.1 Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat

Lääkehoitosuunnitelman tarkoituksena on määritellä lääkehoidon sisältö, toteuttamistavat ja menetelmät. Työyksikön lääkehoidon hallinnalle ja kehittämiselle on perusedellytyksenä oman toiminnan tunteminen sekä siihen liittyvien riskitekijöiden ja ongelmakohtien määrittäminen ja analysoiminen. Lääkehoito on terveydenhuollon toimintaa, joka pääsääntöisesti toteutuu lääkehoidon koulutuksen saaneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimesta ja on heidän vastuulla. Yksikön lääkehoidon vaatimustaso määrittää lääkehoitosuunnitelman laajuuden. (STM 2005:32, 45–46.)

Lääkehoidon prosessi on potilaan ja lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön välinen tapahtuma. Lääkehoidontarve lähtee potilaan tarpeista. Lääkärin tehtävänä on lääkehoidon tarpeen arviointi, taudinmääritys, lääkemääräys, potilaan informointi ja neuvonta sekä jatkohoidon suunnittelu. Lääkkeen hankinta on potilaan, omaisen tai lääkehoitoa toteuttavan henkilön vastuulla. Farmaseuttinen henkilöstö on vastuussa lääkeinformaatiosta sekä lääkkeen valmistuksesta, käyttökuntoon saattamisesta ja lääkkeen toimituksesta edellä mainituille tahoille. Lääkehoidon toteuttaminen, ohjaus ja neuvonta sekä lääkehoidon vaikutusten seuranta ja arviointi ovat koko lääkehoitoon osallistuvien henkilöiden vastuulla. (STM 2005:32, 46.)

Potilaan oppimistarpeet ovat lähtökohtana lääkehoitosuunnittelussa. Oppimistarpeet voivat olla potilaan ilmaisemat tai hoitajan havaitsemat. Potilaan on saatava tietää lääkkeen käyttötarkoitus, lääkehoidon kesto, lääkkeiden ottoajankohdat, lääkkeenoton erityisvaatimukset, lääkkeiden säilytys, lääkkeidenottotekniikka, yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden ja alkoholin kanssa, lääkehoidon omaseuranta sekä odotettavissa olevista merkittävistä haittavaikutuksista. Hoitajan on varmistettava, että potilas ymmärtää edellä mainitut käsitteet oikein. Holin (2007, 2927) mukaan vastuuta ei voi siirtää potilaalle. (Veräjänkorva ym. 2006, 164; Holin 2007, 2927.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on nykyisin entistä pirstoutuneempi. Potilaan sairastuttua hänen tutkimuksiin ja hoitoon saman sairauden aikana voivat osallistua terveyskeskus, useampi sairaanhoitopiiri sekä yksityisen palvelujen tuottajat, oma henkilökunta ja vuokratyövoima. Holin (2007, 2927) mukaan virheitä ja hoidon viiveitä tapahtuu erityisen herkästi silloin, kun työntekijät vaihtuvat, kun siirrytään virka-ajassa päivistysaikaan tai kun hoitopaikka vaihtuu. Puutteita ja virheitä potilaan hoidossa aiheuttavat valittavan usein inhimilliset tekijät, kuten tiedonkulun katkokset, potilasasiakirjajärjestelmän ongelmat ja erilaiset prosessit. (Holi 2007, 2927.)

#### 4.2.2 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen

Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön tulee ymmärtää lääkehoidon merkitys osana hoidon kokonaisuutta sekä lääkehoidon koko kaari. Henkilöstön on tiedettävä miksi lääkettä annetaan, mitä lääkettä, kuinka paljon, miten ja mitä antoreittiä käytetään. Lääkehoidon osaamiseen kuuluu lääkkeiden vaikuttavuuden arviointi. Tekninen osaaminen lääkehoidossa ei pelkästään riitä, vaan lääkehoidon toteuttaminen edellyttää juridiseettisen, farmakologisen, fysiologisen, patofysiologisen ja lääkelaskentaan liittyvän tietoperustan hallinnan. Lisäksi vaaditaan hoidollisiin vaikutuksiin, lääkkeiden käsittelyyn, toimittamiseen, hankintaan, säilyttämiseen ja hävittämiseen liittyvien asioiden osaamista ja hallintaa. Lääkehoidon turvallinen toteuttaminen edellyttää myös lääkemuotojen ja lääkevalmisteiden sekä ominaisuuksien ymmärtämistä ja lääkkeen käyttökuntoon saattamista oikealla tavalla. Turvallisuuteen kuuluu myös edellytys, ettei steriilejä valmisteita kontaminoida. (STM 2005:32, 46–47.)

Lääkehoitoon liittyvät tavoitteet, jotka tulee hallita, tulisi kirjata ylös työyksikön perehdyttämissuunnitelmaan, jotta uusi tai määräaikainen työntekijä sekä mahdolliset opiskelijat voivat lukea ne sieltä. Perehdyttämisvaiheessa varmistetaan, että työntekijällä on peruskoulutuksen antamat valmiudet toteuttaa lääkehoitoa. Työyksikössä lääkehoidon vaatavuuden ja tarpeiden kannalta ohjeistetaan tarkemmin valmiuksien testaaminen ja osaamisen varmistaminen perehdyttäjän valvonnassa. Perehdyttämisvaiheen päättyessä työyksikön esimies varmistaa, että työntekijä on hankkinut riittävät tiedot työyksikön lääkehoidosta sekä saavuttanut asetetut tavoitteet. (STM 2005:32, 47.)

Kvist ja Vehviläinen—Julkunen (2007) tutkivat vastavalmistuneiden sairaanhoitajien osaamista erikoissairaanhoidossa hoitotyön johtajien arvioimana. Heikoimmin vastavalmistuneet sairaanhoitajat hallitsivat hoitotyön johtajien arvioimina teoretietojen ja käytännöntaitojen yhdistämistä. Hoitotyön johtajat arvioivat sekä teoreettisen että kliinisen osaamisen kohtalai-

siksi. Kliinisiä käden perustaitoja arvioitiin osattavan hyvin. Lääkehoidon osaaminen arvioitiin heikoksi, puutteita oli havaittu peruslääkkeiden tuntemisessa, lääkelaskujen osaamisessa, lääkehoidon vaikutusten seuraamisessa ja lääkehoidon toteuttamisen lääkärin määräysten mukaisesti. Koivunen, Kankkunen & Suominen (2007) tutkivat hoitohenkilöstön käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden ilmoittamisesta. Tutkimuksessa nousi esiin hoitohenkilöstön arvioimana hoitovirheiden ja tietämättömyyden syiksi liian vähäisen perehdyttämisen ja puutteellisen työpaikkakoulutuksen. Salosen (2004) mukaan jokaiselle uudelle työntekijälle tulisi olla nimettynä perehdyttäjä riittävän pitkäksi ajaksi. (Kvist & Vehviläinen- Julkunen 2007,4–9; Koivunen, Kankkunen & Suominen 2007, 10–15; Salonen 2004.)

Terveystenhoitohenkilöstön täydennyskoulutusta koskevien säännösten ja valtakunnallisen suosituksen mukaisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004) työyksikön lääkehoidossa on edellytettävä osaamisen kartoitus ja koulutustarpeiden arviointi. Työyksikössä osaamista tulee ylläpitää, kehittää ja seurata. Lääkehoidon täydennyskoulutus tulee järjestää yksilöllisten koulutustarpeiden ja kehittämistarpeiden edellyttämällä tavalla. Työnantajan tulee järjestää tarvittava lääkehoidon koulutus, myös sellaisille työntekijöille, jolla ei ole lääkehoidon peruskoulutusta. Lääkehoitoa toteuttavalla henkilöstöllä on velvollisuus ylläpitää ammattitaitoaan ja osallistua työnantajan järjestämään lisäkoulutukseen. Seurantajärjestelmien avulla kartoitetaan lääkehoidon toteuttamiseen liittyviä valmiuksia, täydennyskoulutustarpeita ja koulutukseen osallistumista. Seuranta voidaan myös toteuttaa täydennyskoulutusrekisterin avulla, alueellisesti tai seudullisesti. Täydennyskoulutusrekisteriin voidaan liittää tietoja lääkehoidon koulutustarjonnasta, toteutuneista koulutuksista, koulutukseen osallistuneista henkilöistä, kustannuksista ja eritasoisen lääkehoidon oikeuttamista luvista. Rekisteriä voidaan hyödyntää myös täydennyskoulutuksen ja lääkehoitotaitojen seurannassa kunkin työntekijän kohdalla. Lääkehoito edellyttää myös vuosittain käytävän kehityskeskustelun lähiesimiehen kanssa, jolloin rekisterin tietoja voidaan käyttää kehityskeskustelussa tukena. (STM 2005:32, 47–48.)

Lääkkeiden jakaminen dosettiin sujuu monesti potilailta ja heidän omaisiltaan virheettömästi, vaikka heidän lääketietoutensa on usein vähäinen. He ovat huolellisia ja tarkkoja jakaessaan, mutta he myös tuntevat lääkkeensä ulkonäöltä tabletin koon, värin ja muodon perusteella. Ammattihenkilöstön jakaessa lääkkeitä on edellytys, että he tietävät teoreettiset perusteet. Lääkehoito osaaminen edellyttää syvällistä lääketietoutta ja ymmärrystä eri lääkkeiden vaikutuksista, riskeistä ja yhteisvaikutuksista. (Tokola 2006, 70–71.)

#### 4.2.3 Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako

Lääkehoito on monen tahon yhteistyötä. Hoitajalla on tärkeä rooli lääkehoidon toteutuksessa, koska hänen tulee osata ja neuvoa potilasta oikeaan lääkkeen käyttöön. Hoitajan tulee ymmärtää oikean annostelun, antotavan ja muiden ohjeiden noudattamisen tärkeys. Potilas itse on kuitenkin tärkeimmässä roolissa lääkehoidon toteutuksen onnistumisessa. (Airaksinen & Dahlström 2005, 22.)

Sosiaali- ja terveysministeriön lääkehoitosuunnitelmassa määritetään työyksikön lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön rakenne, tehtävät ja vastualueet. Toimintayksikön johto vastaa lääkehoidon suunnittelusta ja organisoinnista. Lääketieteellisestä toiminnasta vastaa lääkäri yhteistyössä hoitotyönjohtajan ja työyksikön lääkehuollosta vastaavan kanssa. Esimiesten tehtävänä on varmistaa, että lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön osaaminen on riittävä. Esimiehen tehtävänä on myös valvoa, että lääkehoidon toteuttamiseen tarvittavat olosuhteet ovat oikeanlaiset ja jokaisen ammattiryhmän osaaminen hyödynnetään parhaalla mahdollisella tavalla. (STM 2005:32, 48.)

Lääkäri vastaa lääkehoidon kokonaisuudesta. Lääkärin tehtävänä on yhteistyössä terveydenhuollon ammattihenkilöstön kanssa vastata hoidon tarpeen arvioinnista, lääkehoidon ohjauksesta, neuvonnasta ja vaikuttavuuden arvioinnista. Lääkettä määrätessään lääkärin on otettava huomioon lääkehoidon toteutettavuus moniammatillisessa yhteistyössä. (STM 2005:32, 49.)

Laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, kättilö ja ensihoitaja, jotka ovat saaneet lääkehoidonkoulutuksen kantavat kokonaisvastuun lääkehoidon toteuttamisesta terveydenhuollonyksiköissä. Kokonaisvastuulla tarkoitetaan potilashoitoon liittyvästä tehtäväjaoista päättämistä, ohjausta, neuvontaa, valvontaa ja työyksikön lääkehuollon toimivuudesta huolehtimista. Jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen osallistuva on vastuussa omasta toiminnastaan. (STM 2005:32, 49.)

#### 4.2.4 Lääkehoidon lupakäytännöt

Sosiaali- ja terveysministeriön lääkehoitosuunnitelmassa määritetään lääkehoitoon osallistumisen tasot ja lääkehoidon tilanteet, mihin edellytetään lääkehoidon toteuttamiseen oikeutavaa lupaa. Suunnitelmassa määritellään lääkkeet, joita erilliset luvat koskevat, sekä ne lääkkeet joita voidaan käyttää ilman lääkärin erillistä lupaa. Lääkehoitolupa voi olla työyksik-

kö-, lääke- tai potilaskohtainen. Lääkkeitä tilatessa tulee huomioida siihen oikeuttavat luvat. Työyksiköissä tulisi olla henkilöstön lääkehoitoon oikeuttavat luvat helposti kaikkien nähtävillä sekä lääkehoitoa toteuttavilla henkilöillä itsellään tulisi olla myös kopio saamistaan voimassa olevista luvista. (STM 2005:32, 54.)

Vastuu lääkehoidon toteuttamisesta on laillistetulla ammattihenkilöllä. Ammatillisen koulutuksen tulee antaa lääkehoitotoimintaa riittävät valmiudet hoitajille. Esimiesten tehtävänä on kuitenkin varmistaa, että lääkehoidon työntekijöillä on riittävä ammattitaito. Lääkehoidon laadun valvonta kuuluu myös esimiehille. (Veräjänkorva ym. 2006, 40.)

Injektioiden antaminen lihakseen ja ihon alle edellyttää osaamisen varmistamista sekä tarvittaessa täydennys- tai lisäkoulutusta ja toimintayksikössä myönnettyä kirjallista lupaa, lääkehoidon koulutuksen saaneita terveydenhuollon ammattihenkilöitä lukuun ottamatta. Suonensisäisen lääkehoidon toteuttaminen edellyttää osaamisen varmistamista säännöllisin väliajoin, riippuen työyksikön tarpeista ja vaativuudesta. Ihonsisäisten injektioiden ja rokotteiden antaminen edellyttää toimintayksikön toiminnasta vastaavan lääkärin myöntämää kirjallista lupaa. (STM 2005:32, 54.)

#### 4.2.5 Lääkehuolto

Lääkehuolto pitää sisällään lääkkeiden tilaamisen, lääkevalikoiman, säilyttämisen, käyttökuntoon saattamisen, palauttamisen ja hävittämisen. Lääkehoitosuunnitelmaan sisältyy myös lääkehuollon rooli ohjauksessa, neuvonnassa ja lääkeinformaation antajana. (STM 2005:32, 55.)

Apteekin henkilökunnan tehtävänä on antaa tietoja lääkkeiden oikeasta ja turvallisesta käytöstä. Apteekissa annetaan myös opastusta potilaille lääkityksen ottamisesta ja mahdollisten lääkityksessä käytettävien apuvälineiden käytöstä. Potilaan informoiminen lääkityksestä aiheutuvista mahdollisista yhteisvaikutuksista tai haittavaikutuksista kuuluu myös apteekin henkilökunnalle, on kyse reseptivapaasta tai reseptillä hankitusta lääkkeestä. (Närhi 2005, 52.)

Mikäli lääketilaus annetaan suullisesti tai puhelimitse, tulee lääketilaus varmistaa mahdollisimman pian jälkikäteen kirjallisesti, sähköisesti tai faksin avulla. Farmaseuttisen henkilökunnan tulee varmistaa tilauksen oikeellisuus ja mahdolliset epäselvyydet ennen lääkkeen toimitamista. Lääkkeen käyttökuntoon saattaminen tehdään mahdollisimman pitkälle apteekissa tai lääkekeskuksessa. Lääke voidaan saattaa käyttökuntoon myös potilaan kotona, tällöin tulee noudattaa lääkekeskuksen antamia kirjallisia ohjeita. Käyttövalmiin lääkkeen asianmukai-

sesta säilytyksestä, käyttöajasta ja merkinnöistä tulee varmistua erityisesti kotihoidossa. Vanhentuneet, käyttökeltotomat ja tarpeettomat lääkkeet tulee hävittää viipymättä avo-  
huollon apteekkiin. Lääkkeitä tulee säilyttää lukittavissa ja tarkoituksenmukaisissa tiloissa, lääkekaapin avaimet tulee järjestää niin, etteivät asiattomat pääse käsittelemään lääkkeitä. Ulkonäön tai käyttötarkoituksen perusteella helposti sekaantuvien lääkkeiden säilyttäminen eripaikoissa vähentää erehtymisen riskiä ja lisää näin ollen potilasturvallisuutta. (STM 2005:32, 55–57.)

#### 4.2.6 Lääkkeiden jakaminen ja antaminen

Lääkkeen jakajalla sekä lääkelistan tekijällä on suuri vastuu, koska kotihoidossa lääkkeet annetaan asiakkaille pääasiassa heidän kirjoittamiensa lääkkeenjakoilistojen mukaisesti. Lääkkeiden jakaminen ei saisi jäädä pelkäksi tekniseksi toimenpiteeksi, vaan jakajalla pitää olla käsitys siitä, mitä lääkettä potilaalle menee ja miten se vaikuttaa potilaaseen. Viimeistään lääkkeenjakoaiheessa pitäisi huomata mahdolliset virheet ja päällekkäisyydet lääkityksessä. (Tokola 2006, 60.)

Lääkkeiden jakaminen dosettiin tai lääketarjottimelle vaatii aina huolellisuutta sekä aseptista työskentelyä. Lääkkeitä ei tule jakaa paljain käsin, vaan apuna tulee käyttää käsineitä, lusi-koita tai atuloita. Lääkkeiden käsittelyssä on huomioita itsensä suojaaminen lääkeaineilta sekä lääkeaineen kontaminoituminen. (Ojala 2005, 86.)

Tabletti on jauheseoksesta valmistettu lääkepuriste ja kapseli kapselikuoreen pakattu lääke. Enterotabletit ja enterokapselit ovat lääkkeitä, jotka sulautuvat ohutsuolessa ja lääkeaineen vaikutus alkaa melko hitaasti, mutta kestää kohtalaisen pitkään. Depot-, retard-, prolongatum-, slow- ja muita hitaasti vapautuvia tabletteja ja kapselleita ei saa jakaa kahteen osaan, ellei niissä ole jakouurretta. Niitä ei saa myöskään pureskella eikä murskata. Jakamisen tai murskauksen seurauksena rikkoutuu tarkasti säädely lääkkeen vapautumismekanismi, mikä aiheuttaa elimistön runsaasti nopeasti imeytyvää lääkeainetta. Enterotabletteja tai -kapselleita ei myöskään saa puolittaa, murskata tai pureskella. (Kivelä 2004, 108–109.)

Lääkkeiden jakaminen on tapahduttava rauhallisessa, valoisassa ja toimintaan sopivassa asianmukaisessa tilassa. Lääkkeidenjakotilan ollessa asianmukaisen, virheitä syntyy vähemmän ja näin ollen parantaa potilasturvallisuutta. Lääkkeitä jaettaessa tarjottimelle tai dosettiin suositellaan kaksoistarkastusta virheiden vähentämiseksi. Valmiiksi jaetut lääkkeet säilytetään lukittavissa tiloissa ja lääkkeet on merkittävä niin, ettei lääkkeen antamisen yhteydessä ole sekaantumisen vaaraa. Pasternackan tekemän tutkimuksen (ks. Nolan 2000, 771–773)

mukaan hoidon- ja tutkimuskäytäntöjen yksinkertaistaminen ja tiedonkulun tukeutuminen selkeisiin kirjallisiin asiakirjoihin sekä turhien välikäsien poistaminen vähentävät erehdysten todennäköisyyttä. Näiden muutosten poistaminen onnistuu vain suorittajataso ja johdon yhteistyönä. (STM 2005:32, 58; Pasternack 2006, 2.)

Lääkkeiden säilytyslämpötiloja ovat huoneenlämpö, viileä ja jääkaappilämpö. Suurin osa lääkkeistä säilytetään huoneenlämmössä omassa alkuperäisessä pakkauksessaan. Jäätyminen on lääkkeelle usein tuhoisampaa kuin liika lämpö. Kosteus nopeuttaa lääkkeiden hajoamista sekä vaikuttaa lääkkeen ulkonäköön ja koostumuksen. Foliopakkausiin pakatut lääkkeet tulisi säilyttää alkuperäispakkauksissaan käyttöhetkeen saakka, sillä ne säilyvät niissä parhaiten. Jääkaappi tiivistää kosteutta, siitä syystä siellä tulee säilyttää ainoastaan viileää säilytystä vaativia lääkkeitä. Lääkkeet tulee säilyttää aina valolta suojattuna, koska lääkkeet saattavat olla valolle arkoja. (Ojala 2005, 85–86.)

Lääkkeen käyttökuntoon saattaminen tehdään mahdollisimman pitkälle apteekissa tai lääkekeskuksessa. Lääke saatetaan joutua laittamaan käyttökuntoon myös asiakkaan kotona. Tällöin tulee noudattaa sairaala-apteekin, avohuollon apteekin tai lääkekeskuksen antamia kirjallisia ohjeita. Lääkettä jaettaessa tilojen ja olosuhteiden tulee olla asianmukaiset ja toimintaan sopivat. Lisäksi tulee varmistua käyttövalmiin lääkkeen asianmukaisesta säilytyksestä, käyttöajasta ja merkinnöistä. (STM 2005:32, 56.)

Lääkkeen antaja on vastuussa siitä, että hän antaa oikeat lääkkeet, oikeaan aikaan ja oikealle potilaalle. Lähiesimies vastaa turvallisen lääkehoidon toimintaedellytyksistä, joita ovat työtila, välineet, ohjeistukset ja riittävä osaaminen. Lääkehoitosuunnitelmassa tulee huomioida tavat, joilla varmistutaan lääkehoidon annostelusta. Näitä tapoja ovat esimerkiksi potilaan nimen ja tarkoitettun lääkkeenantoajan merkitseminen lääkelasiin. Lääkkeen jakanut tai annostellut hoitaja on vastuussa lääkkeiden annosta lääkärin tekemän määräyksen mukaisesti. Kokonaisvastuu lääketieteellisestä toiminnasta on lääkehoidosta vastaavalla lääkärillä. (Tokola 2006, 60; STM 2005:32, 49, 58.)

Mikäli potilas käyttää useita lääkkeitä samanaikaisesti, on tarkistettava voidaanko kaikki annostella kerralla. Useiden lääkkeiden samanaikainen käyttö voi aiheuttaa esimerkiksi huimausta ja väsymystä. Mikäli lääkitystä ei voida vähentää, on lääkkeiden ottokertoja lisättävä haittojen vähentämiseksi. Mikäli potilas ei pysty nielemään tabletteja kokonaisena tulee selvittää, onko valmistetta pienempänä tablettimuotona tai nestemäisenä liuoksena. Jos vaihtoehtoisia valmistemuotoja ei ole saatavissa tulee tarkastaa voidaanko lääke puolittaa tai murskata. Murskatessa on käytettävä kannellista astiaa ja murskataan vain yksi tabletti kerrallaan. Jauhetut lääkkeet annostellaan erikseen lääkelaseihin. Jauhettujen lääkevalmisteiden säilyvyys on huono, joten lääkkeet murskataan juuri ennen käyttöä. Jauhettuja lääkkeitä ei pidä



sekoittaa mihinkään nesteeseen, vaan ne tulisi ottaa runsaan nesteen kera sellaisenaan. Jauhettuja tabletteja ei myöskään saa sekoittaa lämpimään ruokaan, koska lämpö nopeuttaa kemiallisia reaktioita. Lääkkeiden sekoittaminen vaikuttaa ruuan ja juoman makuun ja nautittavuuteen ja on epäeettistä. (Kivelä 2004, 109–110; Ojala 2005, 86–88.)

#### 4.2.7 Potilaan informointi ja neuvonta

Lääkehoitoa toteuttava henkilö antaa potilaalle tietoa sekä ohjausta lääkehoitoprosessin eri vaiheista. Potilaan osallistuessa lääkehoitonsa suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin tuetaan potilaan sitoutumista lääkehoidon noudattamiseen. Lääkehoitoa koskevat suulliset ja kirjalliset ohjeet sekä seurantaohjeet tulee kertoa potilaalle niin, että hän varmasti ymmärtää annetun ohjauksen. Lääkehoidossa tapahtuneista merkittävistä poikkeamista tai mahdollisesti aiheutuneista tai aiheutuvista haittavaikutuksista kerrotaan aina potilaalle. (STM 2005:32, 59.)

Hoitaja tekee työtään lähellä potilasta, joten hänellä on tärkeä rooli rohkaista ja neuvoa potilasta oikeaan lääkehoitoon. Lääkehoidon toteutuksessa hoitajan tavoitteena on saattaa potilas takaisin sairaudesta terveyteen ja lisätä näin ollen hänen elämänlaatuaan niin paljon kuin se on mahdollista. Hoitajan tulee osata ja ymmärtää oikean annostelun, antotavan ja muiden ohjeiden noudattamisen tärkeys. Hoitajan velvollisuuksiin kuuluu potilaan voinnin seuranta ja lääkehoidon hyödyn, mahdollisten haittojen tai virheiden tunnistaminen sekä raportointi muille hoitoryhmän jäsenille. (Airaksinen & Dahlström 2005, 22–23.)

#### 4.2.8 Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi

Lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnilla tarkoitetaan lääkehoidon oletettujen positiivisten vaikutusten, mahdollisten sivu- ja haittavaikutusten sekä lääkkeiden mahdollisten yhteisvaikutusten arviointia ja seuranta. Lääkärin tehtävä lääkettä määrätessään on varmistaa, että lääkkeen antaja on tietoinen lääkkeen vaikutuksista lääkettä annettaessa ja sen jälkeen. Vaikutusten kirjaamisen ja raportointiin kiinnitetään myös huomiota. Lääkehoitosuunnitelmassa määritetään lääkehoidon tilanteet, jossa tulee informoida ja konsultoida hoitavaa lääkärinä, esimerkiksi potilaan saadessa vahingossa väärää lääkettä. Lääkärin tehtävänä on arvioida lääkehoidon tarve säännöllisesti, minkä perusteella hoitoa tulee muuttaa tarpeiden edellyttämällä tavalla. (STM 2005:32, 60.)

Kaikilla lääkkeillä on hyötyjä ja haittoja. Hoidettavan sairauden tai oireen mukaan on löydettävä lääkkeiden vaikutuksista hyödyn ja haitan tasapaino. Potilaan henkeä uhkaavan sairauden hoidossa voidaan sovitusti hyväksyä merkittäviäkin haittoja aiheuttavia lääkkeitä, kun taas itsestään paranevan sairauden oireenmukaisessa hoidossa ei sallita ennakoitavia haittavaikutuksia. Haittavaikutuksia ei aina havaita helposti. Selkeä haittavaikutus tunnustetaan helpommin kuin esimerkiksi tavanomainen lääkkeen aiheuttama päänsärkyoire. Lääkkeen käytön ja haitan ilmaantumisen ajallinen yhteys vahvistaa epäilyä lääkkeestä oireiden aiheuttajana. Osalla lääkkeistä on ennakoitavissa olevia tiedostettuja haittoja. Näissä tapauksissa haittoja voidaan välttää lääkemannosta säätelämällä. Uusien lääkkeiden aikana havaitut haittavaikutusepäilyt on syytä ilmoittaa lääkelaitokseen, näin lääkkeen käyttökelpoisuudesta saadaan kerättyä tietoa. Yksinkertaisin tapa vähentää lääkkeiden aiheuttamia haittoja on turhiin lääkkeiden käytön välttäminen. (Veräjänkorva ym. 2006, 80.)

#### 4.2.9 Lääkehoidon dokumentointi ja tiedonkulku

Lääkehoidon suunnittelu ja toteutuminen sisältyvät keskeisesti lääkehoitosuunnitelmaan ja näin ollen ovat kirjaamisprosessissa tärkeässä osassa. Erityistä huomiota tulee kiinnittää työyksikön kirjaamiskäytäntöihin ja niiden luomiseen. Lääkehoito merkintöjen ohella tulee kiinnittää huomiota siihen, että aina lääkäriä konsultoidessa ja lääkärille raportoitaessa lääkehoitoon liittyvät merkinnät merkitään asiakirjoihin huolellisesti. Lääkehoitosuunnitelmassa huomioidaan lääkehoidon jatkuvuus ja kiinnitetään huomiota joustavaan tiedonsiirtoon toimintayksiköiden välillä. Kirjaamisen toimintatavoista tulee erityisesti huomioida potilaan lääkelistan ajantasaisuus, selkeys, päällekkäisten lääkitysten sekä mahdollisten yhteisvaikutusten ja niistä aiheutuvien ongelmien välttämiseksi. Lääkelistan oikeellisuus tulisi varmistaa aina potilaan kotiutuessa. (STM 2005:32, 61.)

Potilaslain (785/1992) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee merkitä potilasasiakirjoihin kaikki tiedot hoidon järjestämisestä, suunnittelusta, antamisesta ja seurannasta. Lääkehoidossa on erityisen tärkeää huolellinen kirjaaminen potilasasiakirjoihin. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (99/2001), joka pohjautuu potilaslakiin 785/1992, määrittää potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä sisältää velvoitteet muun muassa siitä, mitä potilasasiakirjoihin tulee merkitä ja kenellä on oikeus tehdä ja korjata merkintöjä. Lääkehoidon dokumentoinnissa on oltava merkintä lääketieteellisistä perusteista, lääkemääräyksistä ja annetusta hoidosta. Lääkehoidon dokumentoinnissa on käytävä ilmi lääkkeen nimi, määrä, antomuoto, kerta ja vuorokausiannos, antotapa, antopäivä- ja aika, antajan nimi ja lääkkeen määränneen lääkärin nimi. Lääkehoidon dokumentoinnilla varmistetaan hoidon jatkuvuus ja

tiedonkulku eri yksiköiden välillä. Potilaalla on oikeus tarkistaa itseään koskevien potilasasiakirjojen tiedot. (Veräjänkorva ym. 2006, 44–45; Finlex 2005.)

#### 4.2.10 Lääkehoidon seuranta ja palautejärjestelmä

Yksikön toiminnan kehittymisen kannalta seuranta- ja palautejärjestelmien tuottama tieto palvelee yksikköä. Työyksikössä tulisi olla lomake poikkeamien ilmoittamista varten. Hoidossa tapahtuvista poikkeamista ilmoittaminen, seuranta ja käsittely sekä niistä oppiminen ovat keskeisessä osassa lääkehoitosuunnitelmaa. Palautteen hyödyntäminen ja poikkeamista oppimisen edellytyksenä on organisaation avoin ja rakentava ilmapiiri, joka korostaa poikkeamiin johtaneiden syiden seuranta ja poikkeamista oppimista yksittäisten tekijöiden sijaan. Lääkehoitosuunnitelmassa ohjeistetaan lääkehoidon poikkeamista ilmoittamista potilaalle ainakin, jos se aiheuttaa tai voi aiheuttaa potilaalle seuraamuksia. (STM 2005:32, 61–62.)

Lääkehoito on inhimillistä toimintaa, siksi siinä saattaa tapahtua potilaan turvallisuutta vaarantavia tilanteita. Vaaratilanteiden syntymistä ei kuitenkaan voida pitää itsestään selvänä tai hyväksyä niitä. Vaaratilanteiden syyt tulisi selvittää ja pyrkiä luomaan järjestelmä, jolla estetään niiden syntyminen. Lääkehoidon poikkeama voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä. Määriteltäessä lääkehoidon poikkeamia ne voidaan jakaa joko laajasti virheelliseksi toiminnaksi tai suppeammin jonkin osatehtävän laiminlyönniksi, jonka vuoksi lääkehoidon hyöty jää potilaalta saamatta. Lääkepoikkeama voi aiheuttaa hyödyn sijasta vaaraa, fyysistä tai henkistä kärsimystä tai taloudellista vahinkoa. Suurin osa lääkepoikkeamista syntyy vahingossa rutiininomaisissa lääkehoitotoimenpiteissä. Lääkehoito toistuu usein päivästä toiseen näennäisesti samanlaisena, näin ollen hoitaja ei kyseenalaista päivittäisiä lääkehoitokäytäntöjä olemalla riittävän valpas tai huolellinen. Hoitoympäristöstä johtuvia poikkeamaan johtavia syitä ovat muun muassa tilojen puute, keskittymistä haittaavat tekijät, työskentelyn keskeytyminen, lääkemääräysten tai lääkelistojen epätarkkuus, puutteellinen tiedottaminen ja perehdytys, välineiden virheellisyys, samankaltaisten lääkkeiden tai potilaiden nimet. Poikkeamia aiheuttavat myös potilaiden nopea vaihtuvuus ja se, että henkilökuntaa on liian vähän. Osa poikkeamista johtuu hoitajien puutteellisista tiedoista, taidoista ja kokemuksesta. Kokenut hoitaja voi taas luottaa liikaa kokemukseensa ja toimia sen vuoksi liian rutiininomaisesti uudessakin tilanteessa. Hoitajat tekevät eniten poikkeamia annostelussa. (Veräjänkorva ym. 2006, 98–99.)

Hoitajat ovat työssään yleensä hyvin vastuuntuntoisia ja ymmärtävät mahdolliset vaarat, mitä lääkehoidossa kohdetaan. Lääkepoikkeamien todellinen määrä on moninkertainen verrattuna lääkehoitopoikkeamailmoitusten määrään. Hoitajat kokevat lääkepoikkeamailmoitusten te-

kemisen taitamattomiksi leimaavaksi. Vaaratilanteiden systemaattiseen raportointiin on hoitajilla liian korkea kynnys. (Veräjänkorva ym. 2006, 99.)

Hoitovirheitä sattuu kaikille, mutta useimmiten ne johtuvat järjestelmän heikkoudesta. Virheisiin, vahinkoihin ja läheltä piti - tapahtumiin johtaneet tekijät tulisi olla perusteellisesti kartoitettu. Valtaosa haitoista olisi näin estettävissä. Hoitovirheiden yksityiskohtainen raportointi on edellytys perusteelliseen kartoittamiseen. Raportoinnin tarkoituksena ei ole etsiä syyllisiä eikä sillä syyllistetä ketään, vaan pyrkimyksenä olisi keskustella avoimesti ja koulutuksen kautta oppia erehdyksistä. Raportointijärjestelmän tulisi paljastaa kaikki tilanteet, joissa esiintyy hoidon virheitä ja poikkeamia. Hoitovahinkojen estämiseksi on tiedettävä, minkälaisia ne ovat ja miten ja missä olosuhteissa ne tapahtuvat. Toivottua tulosta ei siis saavuteta jos keskitytään pelkästään sattuneisiin hoitovahinkoihin. Virheiden raportointia vaikeuttaa henkilöstön kiire, rangaistuksen pelko ja epäily raportoinnin hyödyttömyydestä. Raportoinnin edellytyksenä on, että se tapahtuu luottamuksellisesti ja että siitä ei ole työntekijälle tai yhteisölle minkäänlaista rangaistuksi tulemisen uhkaa ja sen ensisijaisena tavoitteena on löytää parannettavissa olevat häiriöt. (ks. Pasternack 2006; Turunen & Partanen 2008; Pelkonen 2003; Holi 2007.)

Vaaratilanteiden tunnistaminen, tunnustaminen ja raportointi edistävät lääkehoidon turvallisuutta, joten tähän tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota. Potilasturvallisuus lääkehoidossa on yksi hoitajien eettinen arvo. Vastuu edellyttää uskallusta tunnustaa virheensä ja uhkaavat tilanteet. Virheiden välitön ja rehellinen paljastaminen potilaalle on ainoa tapa säilyttää luottamus. Raportoimalla uhkatekijöistä lääkehoitoketjussa pystytään karsimaan ylimääräiset vaaratekijät. Vaaratekijöiden esiintuominen, kerääminen ja analysointi ovat edellytys tähän. Arvioimalla hoitajien lääkehoidon osaamista ja järjestämällä täydennyskoulutusta voidaan kehittää turvallisuutta parantavia työtapoja. (Veräjänkorva ym. 2006, 100; Pasternack 2006, 2459.)

#### 4.3 Kotihoito

Kotihoidolla tarkoitetaan palvelua ja hoitoa, jossa asiakkaat kykenevät asumaan kodeissaan tuetusti erilaisten palvelujen turvin. Kotihoitoon sisältyy kotipalvelu, kotisairaanhoido, tukipalvelut ja terveydenhuollon ehkäisevä työ. Kotisairaanhoido on perusterveydenhuollon alaisuudessa olevaa ja terveyskeskuksen valvomaa. Kotihoidossa potilas saa hoitoonottopäätöksen, jossa ilmenevät hänelle myönnetyt palvelut. Hänelle tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma ja hänen luonaan käydään säännöllisin välein. Kotihoidon palveluita käyttävät eniten van-

himpiin ikäryhmiin kuuluvat, yksin asuvat, sairaat, fyysiseltä ja psyykkiseltä toimintakyvyltään heikentyneet ja ne joilta puuttuu sosiaalinen tuki. (Pietikäinen 2004, 4.)

Mäntynummen kotihoidon asiakkaat saavat palveluita tarvittaessa ympäri vuorokauden, öisin alueen asiakkaiden tarpeista huolehtii Lohjan kaupungin yöpartio, joka käy hoitosuunnitelman mukaisesti asiakkaiden luona yöaikaan. Kotihoidossa toteutetaan omahoitajajärjestelmää, jolloin jokaiselle asiakkaalle on ennalta määrätty omahoitaja. Omahoitajan tehtäviin kuuluu muun muussa erilaisten avustusten hakeminen, yleisistä asioista tiedottaminen asiakkaalle kuin omaisille, hoito - ja palvelusuunnitelman tekeminen sekä asiakkaan kotona pärjäämisen arviointi yhdessä omaisten ja hoitavan lääkärin kanssa. (Tomppo, S. & Lindahl, T., henkilökohtainen tiedonanto 26.5.2008.)

#### 4.4 Lääkehoito kotihoidossa

Kotihoidon asiakkaina on runsaasti potilaita, jotka eivät syystä tai toisesta kykene itse huolehtimaan omasta lääkehoidostaan. Kotihoidon asiakkaat joutuvat useasti käyttämään säännöllisesti sekä kuuriluontoisesti otettavia lääkkeitä. Kotihoidossa lääkehoidon toteutuminen on monien tahojen yhteistyön tulos. Lääkehoidon toteutuminen on asiakkaan, omaisten, hoitohenkilökunnan sekä apteekkihenkilökunnan yhteistyötä. Kotihoidon asiakkaat saavat useimmiten lääkitystään koskevat ohjeet kotihoitajalta, joka myös jakaa lääkkeitä sekä neuvoo omaisia. (Nurminen 2006, 594.)

Potilaalle tulee kertoa asiallisesti ja ymmärrettävästi kunkin lääkkeen käyttöön mahdollisiin haittavaikutuksiin sekä tarkistuksiin ja lääkkeitä johtuvien veriarvojen seurantaan liittyvät asiat. Iäkkäille potilaille toistuva asiallinen informaatio lääkkeitä käytöstä on tärkeää, jotta asia tulee varmasti ymmärretyksi ja näin ollen lisää turvallisuuden tunnetta. (Kivelä 2004, 103.)

Lääkehoitoa saavan kotihoidon potilaan kotona pitäisi olla selkeä ajan tasalla oleva lääkelista. Lääkelistasta tulee käydä ilmi lääkkeitä nimet, käyttötarkoitus, annostus, sekä jokaisen eri lääkkeen ottamisen ajankohta. Lääkelistasta tulee löytyä lääkityksestä vastaavan lääkärin nimi sekä päivämäärä jolloin lääkitys on aloitettu sekä viimeksi tarkistettu. (Nurminen 2006, 594.)

Useimmat kotihoidon asiakkaat eivät kykene itse hakemaan lääkkeitään apteekista, silloin lääkkeet hakee esimerkiksi omaisen tai kotiaivustajan. Myös jollain paikkakunnilla apteekilla on palvelu, joka toimittaa lääkkeitä kotiin. Hän, joka tuo asiakkaalle lääkkeitä tulee hänen var-

mistaa, että potilas ymmärtää miksi ja miten lääkettä käytetään. Lääkkeiden oikean käytön avuksi on olemassa apteekista saatavia erimallisia annostelu rasioita eli dosetteja. Apteekit tarjoavat myös annosjakelupalvelua, jolloin he jakavat lääkkeitä sinetöityihin annospusseihin ja toimittavat ne asiakkaalle suoraan kotiin tai vaihtoehtoiseen paikkaan. Kotihoidon työntekijät joutuvat useasti myös viemään reseptejä lääkäriin uusittaviksi, sekä informoimaan lääkeshoidon toteutuksista ja muutoksista muille hoitotyöntekijöille sekä omaisille. (Nurminen 2006, 594-595.)

Kotihoidossa lääkehoitoon kuuluu erilaisia annostelumuotoja, jossa työntekijä joutuu ohjaamaan potilasta. Suurin osa lääkityksistä tapahtuu kotihoidossa suun kautta (per os.), tabletit, kapselit, puristeet sekä nestemäiset lääkkeet kuuluvat näihin. Muita reittejä ovat muun muassa annostelu kielen alle, posken ja ikenien väliin näitä kutsutaan resoribleteiksi. Lääkkeitä voidaan antaa myös peräsuoleen (per rectum), ihon- tai emättimen limakalvojen kautta tai silmään tai hengitysteihin annosteltuna. (Kivelä 2004, 107.) Kotihoidossa annetaan myös jonkin verran lääkkeitä injektioina, lihakseen i.m. sekä ihonalaisesti s.c. Liuoslääke voi olla valmiina kerta-annoksena ampullissa tai moniannospullossa, jossa on useita annoksia. Jotkin lääkeruiskena annettavat lääkkeet ovat puolivalmiina kuiva-aineena tai konsentraattina, jonka kotihoitaja laittaa käyttövalmiiksi juuri ennen lääkkeen antamista potilaalle. (Tokola 2006, 99-101.) Lääkelaastarit ja -voiteet ovat myös käytössä olevia lääkkeitä. Kotihoitajan tulee valvoa että lääke tulee oikein otettua oikeassa muodossa. Mikäli potilas ei itse kykene lääkettä ottamaan, kotihoitajan tehtävänä on auttaa häntä. On myös valvottava, etteivät muistihäiriöistä kärsivät potilaat pääse lääkkeisiinsä itse käsiksi. (Kivelä 2005, 18.)

#### 4.5 Erityispiirteitä vanhusten lääkehoidossa

län myötä pitkäaikaissairaudet lisääntyvät, mikä johtaa lääkemäärien kasvuun. Eniten käytössä olevia reseptilääkkeitä lääkällä ovat sydän- ja verisuonisairauksien ja keskushermoston lääkkeet. Monilla vanhuksilla on käytössä useampia lääkkeitä, jopa kymmeniä, jotka kuuluvat samaan lääkeaine ryhmään. Maailman terveysjärjestön (WHO) suositus on, että vanhuksen käytössä saisi olla 3-4 lääkettä. Haittavaikutukset korostuvat, mutta asianmukainen lääkeaine vaikutus ei lisääny. Ongelmaksi muodostuu myös se, että aletaan hoitaa lääkityksen haittavaikutuksia toisilla lääkkeillä, mikä johtaa suuriin lääkemääriin vuorokaudessa. (Kivelä 2004, 11; Kivelä 2005, 47.)

Vanheneminen ja sairaudet muuttavat fyysisiä ominaisuuksiamme, vanhuksen kädet voivat tulla kömpelöiksi, jolloin lääkepurkkien ja pakkausten avaaminen ei onnistu. Käsien vapina voi

olla este esimerkiksi nestemäisen lääkkeen ottamisessa. Heikentynyt muisti voi tehdä itsenäisestä lääkkeiden otosta joskus jopa mahdotonta. (Kivelä 2005, 18.)

Vanhukset käyttävät myös reseptivapaita lääkkeitä, virheellisten käsitysten ja uskomusten valossa. Käsikauppavalmisteita käytetään jo käytössä olevan lääkkeen haitalliseen sivuvaikutukseen. Puutteellinen tieto yhteisvaikutuksista voi aiheuttaa vaarallisen tilanteen, sillä ilman reseptiä saatavan lääkkeen käyttö voi kohottaa hänen jo käyttämänsä lääkkeen pitoisuutta. Neuvonta on erittäin tärkeää silloinkin, kun vanhukselle jaetaan hänen lääkkeensä valmiiksi, jotta hän ymmärtää, mitä lääkkeitä hänellä on käytössään. Neuvonnan tulee olla selkeää, sillä vanhus voi olla arkoja kysymään ohjeita lääketoimijansa suhteen. Ohjeiden epätarkkuus ja puutteellisuus aiheuttavat eniten ongelmia ja virheitä lääketoiminnassa. Vanhus saattaa hakea turvaa lääkkeitä yksinäisyyteen, jolloin intoksikaation riski kasvaa. Ongelmia lääketoimintaan tuo myös se, kun vanhus joutuu käymään eri lääkäreillä eri toimipisteissä. Vanhus voi kääntyä toisen lääkärin puoleen halutessaan jotain tiettyä lääkettä, jota omalääkäri ei ole katsonut tarpeelliseksi. Lääkäriä useasti vaihtava iäkäs potilas on myös ongelmallinen sen vuoksi, että he saattavat jättää kertomatta tahallisesti tai vahingossa käyttämiään lääkkeitään lääkärille. (Kivelä 2004, 12-13.)

Lääkkeiden sietokyky vähenee ikääntyessä. Elimistön toiminta muuttuu, lääkeaineiden kulku ja vaikutukset muuttuvat. Lääketoimien toteuttaminen edellyttää myös ymmärrystä, mitkä muutokset ovat ikääntyessä tavanomaisia ja normaaleita. On osattava erottaa normaalit muutokset sairauksista. Normaaliin muutokseen ei yleisesti tarvita lääketoimia, sairauten taas tarvitaan. Terveystapojen merkitys sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa tulisi olla korostuneempi. Elämäntapojen korjaus voisi parhaimmassa tapauksessa vähentää lääkityksen tarvetta. (Kivelä 2005, 19-20.)

#### 4.6 Erityispiirteitä mielenterveyspotilaiden lääketoiminnassa

Mielenterveyspotilaiden palveluihin liittyvä vuorovaikutus koetaan kotihoidossa useasti erityisen vaativaksi ja ongelmalliseksi. Mielenterveysasiakkaat tunnistetaan yleensä tiedetyn diagnoosin tai psykiatrian perusteella. Mielenterveysongelmista kärsivät kotihoidon asiakkaat mielletään usein omaksi erityiseksi potilasryhmäkseen. Kotihoidon käytinkertoja saatetaan joutua lisäämään tai niihin suunnitellaan erityisen runsaasti esimerkiksi keskustelua asiakkaan kanssa. (Saarenheimo 2003, 156.)

Psykiatrilääkkeiden sivuvaikutuksille riskiryhmässä ovat erityisesti vanhus. Vanhusten psykiatrilääkitys tulisi aloittaa varovasti, pienillä annoksilla ja annosta tulisi nostaa asteittain. Rau-

hoittavien sekä unilääkkeiden määräyksissä pitäisi olla pidättyväinen, koska haittavaikutukset korostuvat nimenomaan tässä ikäryhmässä. Psykelääkkeiden aiheuttama kognitiivinen ja psykomotorinen alentuminen saattaa joskus vaikuttaa päivittäiseen selviytymiseen enemmän kuin esimerkiksi ahdistuneisuus tai unettomuus, mihin lääkkeitä on määrätty. Psykelääketeranssin kehittyminen ei katso ikää, vaan on myös mahdollinen vanhuksilla. Lääkehoito tulisi lopettaa tämän vuoksi heti, kun se on mahdollista, mutta huomioiden lääkkeiden lopettamisen tärkeys asteittain. Vanhukset selviytyvät useimmiten vain tarvittaessa käytettävillä rauhoittavilla lääkkeillä. Ahdistuneisuus- ja psykelääkkeet vanhuksilla käytettynä ovat ongelmallisia pitkän puoliintumisajan vuoksi. Lääke voi kertyä elimistöön aiheuttaen muistiongelmia, väsymystä ja tasapainovaikeuksia. Psykelääkkeiden vastetta tulee vanhuksilla seurata tarkasti ja valita ensisijaisesti lääke, jolla on odotettavissa mahdollisimman vähän sivuvaikutuksia. (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2005, 259-260.)

## 5 KEHITTÄMISTOIMINNAN TOTEUTUS

Opiskelijat tutustuivat työyhteisön yhteistyökumppaneihin ja pääsivät tutustumaan kehitystoiminnan ympäristöön tapaamiskäynnillä 26.5.2008. Opiskelijat saivat Mäntynummen kotihoidon nykytilanteesta tietoa kirjallisesti sekä haastatteleamalla suullisesti työyhteisön edustajia. Tapaamiskäynnillä olivat mukana työyhteisön edustajat; sairaanhoitaja ja lähihoitaja. Kehittämishankkeen kohde laitettiin vireille työyhteisöön.

Työyhteisön edustajat osallistuivat ensimmäisen kerran opinnäytetyöpajaan 4.6.2008, jolloin opiskelijat esittivät posterit sen hetkisestä opinnäytetyöprosessista. Ryhmän opiskelijajäsenet sekä opettajat kirjoittivat sopimuksen sitoutumisesta opinnäytetyön tavoitteiden saavuttamiseksi hankkeen aikataulussa.

Hankkeeseen liittyen molemmat sairaanhoitajaopiskelijat suorittivat Mäntynummen kotihoidossa kolmen viikon työelämään tutustumisen harjoittelun 8.9.2008 alkaen. Harjoittelun pää-tarkoituksena oli kiinnittää huomiota lääkehoidon toteutumiseen Mäntynummen kotihoidossa.

Opiskelijat haastattelivat työryhmän työyhteisön edustajia teemahaastattelulla 22.10.2008, selvittääkseen lääkehoidon nykytilanteen. Haastattelukysymykset pohjautuivat sosiaali- ja terveysministeriön turvallinen lääkehoito-oppaan määrittelemien vähimmäisvaatimusten mukaisesti. Nykytilanteen kuvaus muodostettiin litteroimalla haastattelu ja tekemällä siitä havainnollinen kalanruotomalli. Haastattelun jälkeen työyhteisön edustajat, opettaja sekä sairaanhoitajaopiskelijat allekirjoittivat tutkimus- ja kehittämistyötä koskevat sopimuspaperit Mäntynummen kotihoidon tiloissa.



Opiskelijat esittivät työelämän edustajille koululla opinnäytetyönprosessin sen hetkistä tilannetta postereita apuna käyttäen 29.10.2008. Marraskuun alkupuolella haastattelu litteroitiin ja muodostettiin nykytilannetta kuvaava kalanruotomalli opiskelijoiden toimesta.

Kalanruotomalli esitettiin osastotunnilla koko Mäntynummen kotihoidon työyhteisölle 16.12.2008. Työyhteisön edustajien toimesta nykytilannetta kuvaavaan kalanruotomalliin tuli muutama muutosehdotus. Muutosten jälkeen kalanruotomalli hyväksyttiin työyhteisön edustajalla sähköpostin välityksellä. Osastotunnilla mietittiin yhdessä mahdollista kehittämiskohdetta, johon työyhteisö haluaisi muutosta. Kehittämiskohde ei tarkentunut vielä tässä vaiheessa. Kehittämiskohde tarkentui käsitekartan pohjalta helmi-maaliskuun vaihteessa 2009. Kehittämiskohteeksi valittiin poikkeamailmoitusten käyttäminen. Työyhteisö sai 16.3.2009 täytettäväksi työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointia koskevan kyselylomakkeen (liite 3).

### 5.1 Lääkehoidon nykytilanteen kuvaus Mäntynummen kotihoidossa

Mäntynummen kotihoidon lääkehoidon nykytilanteen selvitys tapahtui työelämän edustajien teemahaastattelulla. Nykytilanteen kuvaus muodostettiin litteroimalla haastattelu ja tekemällä siitä havainnollinen kalanruotomalli (liite 2).

Lääkehoito käsittää Mäntynummen kotihoidossa, lääkehuollon toteuttamisen, lääkkeiden jakamisen sekä antamisen. Kotihoito toteuttaa lääkehoidon pääsääntöisesti asiakkaan kotona. Lääkehoidon antotavat ovat suun kautta, p.o., ihon alle, s.c. ja lihakseen, i.m. ja harvoin suonen sisäisesti, i.v. Mäntynummen kotihoidon sairaanhoitajan toimenkuvaan kuuluu rokotteiden antaminen, muun muassa influenssarokotus, tähän sairaanhoitaja saa erillisen luvan avohuollon ylilääkäriltä. Kotihoidon sairaanhoitajalla on ainoastaan lupa toteuttaa suonen sisäistä neste- ja lääkehoitoa, i.v. lupa uusitaan viiden vuoden välein ylilääkärille kerta näytöllä. Lähi- ja perushoitajat saavat suorittaa ihosisäiseen ja lihakseen annettavaa lääkehoitoa suoritettuaan alueen sairaanhoitajalle edellä mainituista lääkkeenantotavoista kolme näyttökertaa. Lääkäri myöntää hoitajille lääkeluvat ja ne ovat voimassa työsuhteen keston ajan.

Lääkehoito toteutetaan Mäntynummen kotihoidossa asiakkaiden tarpeiden mukaan. Lääkemääräyksen tekee potilaan oma terveyskeskuslääkäri, sairaalalääkäri tai yksityisen sektorin lääkäri. Hoitaja hakee lääkkeet apteekista ja vie ne asiakkaalle kotiin tai mikäli asiakkaan lääkkeitä säilytetään kotihoidon toimistolla, niin hoitaja toimittaa lääkkeet toimiston lukolliseen lääkekaappiin. Potilas tai omainen voi myös hankkia asiakkaan reseptilääkkeet apteekista. Pääosin asiakkaiden lääkkeitä säilytetään asiakkaiden kotona, vaihtelevissa paikoissa.

Lääkkeet säilytetään omilla alkuperäisissä pakkauksissa, sekä toimistolla, että asiakkaan kotona. Kotihoidon toimiston lääkekaappi käsittää kolme lukollista kaappia. Lääkekaapissa on potilaskohtainen laatikko lääkkeiden säilyttämistä varten, niille asiakkaille, jotka säilyttävät lääkkeensä kotihoidon tiloissa. Riskitekijäksi haastattelussa mainittiin se, että lääkekaapin oveen unohdetaan avaimet roikkumaan. Lääkekaapit sijaitsevat toimistohuoneessa, lukollisen oven takana. Kylmäsäilytystä vaativat lääkkeet säilytetään jääkaapissa, joka ei ole lukollinen. Jääkaappi sijaitsee lukollisen oven takana steriilissä varastossa. Jääkaapissa ei ole käytössä olosuhdeseurantaa.

## 5.2 Lääkehoidon nykytilanteen riskitekijät Mäntynummen kotihoidossa

Lääkepoikkeaman voi aiheuttaa päällekkäislääkitys. Päällekkäislääkityksen riski kasvaa, kun potilas käyttää myös yksityisen sektorin lääkäripalveluja. Riski muodostuu, kun informointi lääkemuutoksista ja potilaan käyttämistä lääkkeistä jää pelkästään potilaan vastuulle, hänen käyttäessä sekä julkisen että yksityisen sektorin lääkäreitä. Riskitekijäksi muodostui myös omaisten ja ystävien henkilökohtaisten lääkkeiden antaminen asiakkaalle sekä käsikauppa- ja luontaistuotelääkkeet, joita ei kirjata minnekään.

Asiakkaiden reseptit säilytetään pääsääntöisesti kotona, kotihoidon kansion välissä tai muualla sovituksessa paikassa. Joidenkin asiakkaiden reseptit säilytetään kotihoidon toimistolla tai apteekissa. Huumelääkkeiksi luokiteltujen lääkkeiden reseptit säilytetään aina apteekissa.

Mäntynummella on käytössä omahoitajajärjestelmä, omahoitajan tulisi vastata omien asiakkaiden lääkehoidon toteutuksesta. Reseptin uusimiset, lääkkeen haku apteekista sekä lääkkeenjako dosettiin on omahoitajan tehtäviä. Teemahaastattelun pohjalta havaituksi riskitekijäksi nousivat informaatiokatkokset lääkehoidon toteuttamisessa. Lääkemuutokset eivät aina ole menneet eteenpäin, lääkekortit eivät välttämättä ole ajan tasalla, lääkekortit eivät ole selkeitä, lääkkeet eivät välttämättä ole sovituksessa paikassa, seuraavaan jakokertaan ei ole riittävästi lääkkeitä ja se että omahoitajajärjestelmästä huolimatta monta ihmistä hoitaa saman asiakkaan lääkehoitoa.

Lääkkeiden jakaminen tapahtuu asiakkaan kotona tai kotihoidon toimistolla. Lääkkeet jakaa asiakkaan omahoitaja, tai joku työryhmän jäsen. Kotihoidon toimistolla ei ole lääkkeen jakoon erillistä tilaa, vaan se tapahtuu yhdessä toimistohuoneista, mikä on kokoajan hieman rauhaton. Tämä lisää mahdollisuutta lääkepoikkeamien syntyyn. Asiakkaan kotona lääkkeet jaetaan yleensä hänen kanssaan samanaikaisesti seurustellen. Asiakkailta on käytössä vähintään kaksi dosettia, joka turvaa potilaan päivittäisen lääkkeiden saannin. Mäntynummen koti-

hoidolla ei ole käytössä lääkkeiden kaksoistarkistusjärjestelmää. Lääkkeiden kaksoistarkistaminen koettiin hankalaksi, koska lääkkeet jaetaan asiakkaiden luona, missä käydään pääsääntöisesti yksin. Kotihoidolla on käytössä lääkedosetit, joihin hoitaja jakaa lääkkeet jopa kahdeksi kuukaudeksi kerrallaan. Lääkkeiden oleminen dosetin lokerikossa voi aiheuttaa huomamatta lääkkeiden interaktion.

Lääkkeen antaminen oikealle asiakkaalle varmistetaan kysymällä asiakkaan nimi sekä tarkistamalla, että lääkedosetissa on saman asiakkaan nimi. Uudet työntekijät löytävät asiakkaan tarkan osoitteen sekä muun henkilökunnan antamien tuntomerkkien perusteella. Hoitajan vastuulle jää tarkistaa, että hän antaa lääkkeet oikealle henkilölle, jos asunnossa on esimerkiksi useampi henkilö paikalla.

Lääkehoidon osaamista ei tarkisteta mitenkään. Työhöntulohaastattelussa työntekijöiltä kysytään kokemusta lääkehoidosta. Henkilökunnalta edellytetään tutkinnon mukaista osaamista. Uutta työntekijää ei varsinaisesti perehdytetä lääkehoitoon, käytäntö on ollut se, että uudet asiat tulevat pikkuhiljaa esille ja jää uuden työntekijän vastuulle, kuinka oma-aloitteisesti hän selvittää itselleen vieraat asiat. Kirjallisia ohjeita ei myöskään lääkehoitoon ole olemassa Mäntynummen kotihoidossa. Täydennyskoulusta ei ole tällä hetkellä saatavissa, joten suorite- tuista koulutuksista ei ole olemassa sairaanhoito- tai terveydenhoitopiirin ylläpitämää täydennyskoulutusrekisteriä. Farmaseuttien ohjausta, informaatiota ja neuvontaa hyödynnetään tarvittaessa silloin kun haetaan asiakkaalle lääkkeitä apteekista.

Kotihoidossa on käytössä lääkepoikkeamailmoitus lomake. Lomake tulisi täyttää lääkepoikkeaman havaitsemisen jälkeen. Työelämän edustajien mukaan lääkepoikkeamailmoituksia ei täytetä, vaikka niitä havaitaan. Mahdollisia koulutustarpeita ei näin ollen tule ilmi, koska tilastollisesti ei ole tarvetta. Lääkepoikkeamailmoitus lomakkeen käyttö koetaan henkilökunnan keskuudessa hankalaksi ja syyllistäväksi täyttää. Haastattelussa mainittiin, että lomakkeen täyttö on virheen tehneen hoitajan omastatunnosta kiinni täyttääkö hän sen vai ei. Toimintatapana on kuitenkin virheen sattuessa ottaa yhteyttä alueen sairaanhoitajaan ja keskustellaan havaitun poikkeaman vakavuudesta. Tarvittaessa otetaan yhteys lääkäriin ja toimitaan hänen ohjeidensa mukaisesti. Asiakkaalle kerrotaan aina lääkehoidon poikkeamasta. Mahdolliset poikkeamat kirjataan koneelle ja asiakkaan viestivihkoon tiedoksi omaisille. Asiakkaan ollessa dementiaa sairastava tai poikkeaman ollessa vakava, omaisille soitetaan ja kerrotaan asiasta.

Tiedonsiirtyminen henkilökunnan keskuudessa jää pääsääntöisesti viestivihkon sekä sähköisen kirjaamisen varaan. Raportteja henkilökunnan keskuudessa ei ole. Vuoronvaihdon yhteydessä tapahtuu myös henkilökohtaista tiedonantoa, mikäli vuorossa on ollut erikoista. Tiedonsiirtyminen eri hoitoyksiköiden välillä on sähköisen kirjaamisen, puhelimen tai kotihoidon kansion

varassa. Kotihoidolla ei ole käytössä mitään hoitajanlähetettä. Omahoitajan tehtävänä on erityisesti pitää huolta asiakkaan kotihoidon kansion ajantasaisuudesta. Ajantasaisten tietojen oikeellisuus korostuu erityisesti silloin, kun potilas siirtyy toiseen hoitopaikkaan.

Asiakkaat osallistuvat lääkehoidon suunnitteluun omien halujen ja mahdollisuuksien mukaan. Omaiset tai läheiset voivat myös osallistua lääkehoidon suunnitteluun sekä toteutukseen.

## 6 TUOTOS

Läkehoidon nykytilan riskitekijöistä työyhteisö valitsi kehittämiskohteeksi lääkepoikkeama ilmoituslomakkeen täyttämättä jättämisen. Mäntynummen kotihoidolla on käytössä lääkepoikkeama ilmoituslomake, jota ei kuitenkaan täytetä vahingon sattuessa. Teemahaastattelun pohjalta työelämän edustajat kertoivat lääkepoikkeama ilmoituslomakkeen käytön olevan Mäntynummen kotihoidossa hoitajan omastatunnosta kiinni, täyttääkö hän sen vai ei. Lääkepoikkeama lomake koettiin myös syyllistäväksi, jonka vuoksi lomaketta ei haluta täyttää. Koivunen, Kankkunen & Suominen (2007) Toteaa tutkimuksessa, että virheiden ilmoittamisen esteenä ovat erilaiset syytösten pelot. Kiire ja raportointimenettelyn monimutkaisuus estävät ilmoittamista. Virheilmoitus tulisi tehdä mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen. Paras ilmoittaja on virheen huomannut tai virheeseen osallistunut henkilö. Lääkepoikkeama ilmoituslomakkeen runkona voitaisiin käyttää kysymyksiä: mitä, milloin, missä, kuka ja miksi. (Koivunen ym. 2007, 10-11.)

Lääkepoikkeama ilmoituslomakkeiden täyttämättä jättäminen aiheuttaa myös sen, ettei esiin tule koulutustarpeita. Mäntynummen kotihoidossa ei kartoiteta tällä hetkellä henkilökunnan osaamista ja koulutustarvetta laisinkaan. Pasternackin (2006) mukaan ihanteellista olisi, että virheraportointi kuuluisi luonnollisella tavalla jokaisen terveydenhuollon toimintayksikön toimintaan. Tavoitteena on tutkia ja selvittää virheen taustalla olleet tekijät ja vahinkoon johtaneet systeemin häiriöt. Poikkeamatapausten pohjalta laaditaan syyn mukaiset tilastot, joita käytetään tukena järjestettäessä koulutustilaisuuksia. Tavoitteena on oppia erehdyksistä ja saada uutta pohjaa potilasturvallisuutta kehittäväälle toiminnalle. (Pasternack 2006, 7-8.)

Hoitohenkilöstön käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden ilmoittamisesta (Koivunen ym. 2007) tehdyn tutkimuksen mukaan (n=261) hoitovirheilmoituksia 52 % jää eniten tekemättä kiireestä johtuvan unohtumisen vuoksi. Yli puolet kaikista vastaajista arvioi parhaaksi ilmoittamistavaksi omalla nimellä annetun ilmoituksen omalle esimiehelle tai potilasturvallisuusvastavalle. (vrt. Pelkonen 2003) Mikäli virheet henkilöidään, saattaa syntyä harhakuva, että ongelmat ratkeavat valpastuttaessa, toista ojentamalla ja erilaisilla sanktioilla. Tällainen

menettely synnyttää helposti kaksi uhria, joista ensimmäinen on tietenkin potilas, mutta toinen on virheen tehnyt henkilö, joka saa kenties elinikäisen taakaan kantaakseen. Henkilöittäessä virheitä organisaatioon kytkeytyvät puutteet jäävät helposti havaitsematta, ongelmat ratkaisematta ja uudet virheet estämättä. (Koivunen ym. 2007, 10-15; Pelkonen 2003, 281-283.)

Erehtyminen on inhimillistä. Kukaan ei välty virheiltä, olipa miten kokenut tahansa. Työoloja parantamalla ja mahdollisia ansoja vähentämällä voidaan vähentää osittain virheitä. Puolustus-kannalle asettuminen ja täydellisyys vaatimus eivät lisää varmuutta vaan epävarmuutta. Epätäydellisyys on siis hyväksyttävä, opittava epäonnistumaan ja sietämään epävarmuutta ja uskallettava ottaa riskejä. Muuten työelämä käy sietämättömäksi. Keskeinen osa hoitoyksikön laadun arviointia ja kehittämistä on avoin ja tietoinen virheitä käsittelevä toimintatapa. Asia saattaa olla yksilöiden kuin työyhteisön kannalta arkaluontoinen. Muutos täytyy toteuttaa yhteistuumin ja sivistyneellä tavalla. Pahimmillaan syntyy vainoharhainen tilanne, jossa työntekijät vahtivat toisiaan. Parhaimmillaan taas syntyy vapauttava ilmapiiri, jossa on turvallinen toimintaympäristö ja ilo tehdä työtä. Erehdysten sattuessa ei tule etsiä syyllistä vaan erehdysten syitä. (Pelkonen 2003, 281-283.)

## 7 KEHITTÄMISTOIMINNAN ARVIOINTI

Arvioinnin käytännön tapoja ovat havainnointi, henkilökunnan ja hallinnon haastattelut sekä olemassa olevien asiakirjojen ja dokumenttien tutkiminen. Arvioijan tapana kyetä eläytymään herkästi erilaisissa tilanteissa antaa perustan laadukkaaseen prosessiarviointiin. (Robson 2001, 106.)

Hanketta arvioitaessa tulee arvioida koko toteutuksen ajanjakso, hankkeen eteneminen sekä päätösvalheen toiminta ja tulokset. Hankkeen arvioinnissa todellisia tuloksia saadaan, mikäli hanketta pystytään arvioimaan vasta jonkin ajan kuluttua sen päättymisestä. Tulosten käyttökelpoisuus voidaan havaita luotettavasti vasta tämän jälkeen. Aikaisella hankkeen etenemisellä arvioidaan sitä, eteneekö hanke tavoitteiden mukaisesti, riittääkö hankkeelle suunniteltu aikataulu sekä arvioidaan hankkeen työilmapiiri. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 127-129.)

Prosessin ja tuotoksen kriittinen arviointi hankkeen eri vaiheissa on osa hankeprosessia. Kehittämishankkeen onnistumista kuvastaa se, että taustalla on todellinen ratkaisua edellyttävä tarve. Asiantuntevassa hankesuunnittelussa huomioidaan tulosten juurruttaminen sekä hyvien

käytäntöjen levittäminen. Kehittämistoiminnan arviointi suoritetaan Lohjan Laurea ammatti-  
korkeakoulun kehittämisprojektin vaatimusten mukaisesti opettajien toimesta. (Heikkilä ym.  
2008, 130.)

### 7.1 Työyhteisön toiminnan arviointi

Robsonin (2001) mukaan kaikki käytännön toimijat, jotka osallistuvat arviointiin myötävaikut-  
tavat sen toteuttamiseen. Perimmäinen vastuu arvioinnin suunnittelussa ja toteutuksessa jää  
arvioijalle, muiden rooli on neuvoa antava. Henkilöt, jotka ovat osallistuneet päätöksenteko  
projektiin, jonka tarkoituksena on ollut muutoksen aikaansaaminen, hyväksyvät ja käyttävät  
tietoa todennäköisemmin. (Robson 2001, 36-37.)

Prosessiarvioinnin tarkoituksena on selvittää mitä projektissa todellisuudessa tapahtuu, kun  
sitä toteutetaan. Selvitettävä on myös miten projektia toteutetaan ja toimiiko se suunnitel-  
lusti. Suunnitellusti etenevän projektin vaikutuksia tulee arvioida ja miettiä minkälaisia seu-  
rauksia projektilla on siihen osallistuvilla. Tärkein arviointi uudessa projektissa voi koskea  
keskittymistä ehdotuksiin tavoista, joille sitä voitaisiin kehittää ja tehdä paremmaksi. (Rob-  
son 2001, 36-37.)

Formatiivinen arviointi on luonteeltaan tapaustutkimuksellista. Prosessiarviointi synnyttää  
hyvin samantapaisia kysymyksiä formatiivisen arvioinnin kanssa. Formatiivista arviointia käy-  
tetään yleisesti uusissa projekteissa joiden tavoite on tiedossa. Tavoitteen saavuttaminen on  
arvioinnin tarkoituksena. Formatiivisessa arvioinnissa sovelletaan tavallisesti useita tutkimus-  
menetelmiä, jotka kaikki yhdistyvä lopullisessa arvioinnissa. (Nyqvist 2002)

Yksittäinen mittaustulos ei anna viitteitä muutoksesta. Ryhmän jälkikäteen testaaminen vai-  
kutusten seurannan kannalta on yleisesti käytetyin. Käytännön tilanteita arvioidessa saattaa  
hyvin riittää yksinkertainen asetelma. Usein arvioinneissa on mahdollista kerätä prosessista  
lisätietoa, joka antaa tukea tuloksille. (Robson 2001, 88, 97.)

Kehittämisprojektiin sitoutuminen työryhmän jäsenten puolelta tuntui olevan ajoittaista.  
Jäsenet ovat olleet valmiita järjestämään tarvittaessa aikaa projektin vaativiin tapahtumiin.  
Pitkät yhteydenpitoväliajanjaksot työryhmän työelämän edustajien ja työryhmän opiskelijoi-  
den välillä toi esiin epäsuhtaisen osallistumisen projektiin. Muutosvastarinta tuli esiin kehit-  
tämiskorkeakoulun alussa voimakkaasti. Muutosvastarinta koettiin jopa uhkana projektin läpivi-  
emiselle. Kehittämisprojektin edetessä työryhmän jäsenet sitoutuivat kuitenkin kehittämis-  
hankkeeseen.

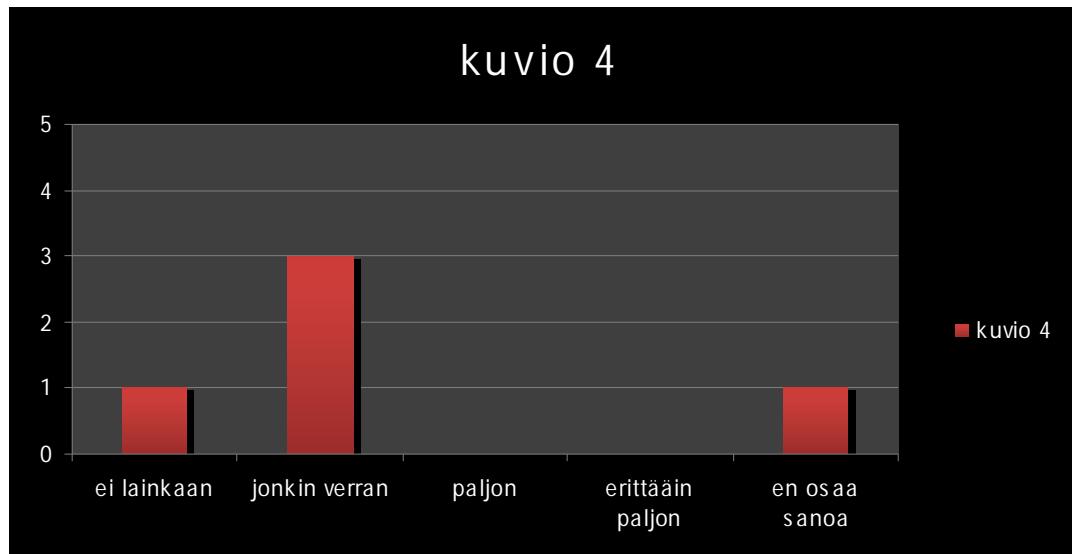
Projektin lopussa opiskelijat jakoivat työyhteisölle Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulun työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointilomakkeen (liite 3.). Arviointikaavakkeessa oli kuusi kysymystä joihin tuli vastata ennalta määrättyjen vastausvaihtoehtojen mukaisesti. Arviointikaavakkeessa oli myös vapaata tilaa kolmen kysymyksen verran, vastattujen kysymysten perusteluille ja antaa kehittämistoiminnalle palautetta. Arviointikaavakkeita jaettiin yhteensä 12 kappaletta. Työyhteisön edustajat palauttivat viisi kappaletta täytettynä. Palautetuista kaavakkeista tehtiin yhteenveto ja tulokset kuvattiin pylväsdiagrammin avulla.

Ensimmäisessä kysymyksessä pyydettiin arvioimaan kuinka paljon työryhmä oli edistänyt lääkehoidon kehittymistä työyhteisön valitseamalla kehittämiskohteen alueella (kuvio 3). Viisi henkilöä oli vastannut kysymykseen. Kaksi vastaajista oli sitä mieltä, että työryhmä oli edistänyt lääkehoidon kehittymistä jonkin verran. Yhden vastaajan mielestä kehitystä lääkehoidon alueella oli tapahtunut paljon. Yhden vastaajan mielestä kehitystä ei ollut tapahtunut lainkaan. Yksi vastaajista ei osannut sanoa kantaansa.



Kuvio 3: Työryhmän toiminnan arviointi

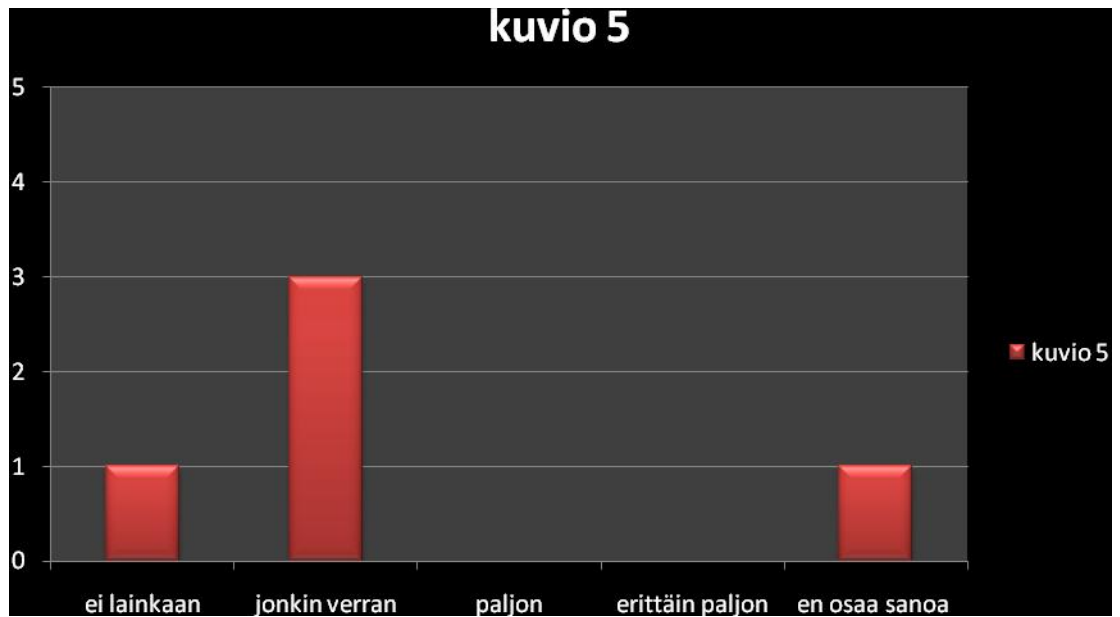
Toisessa kysymyksessä pyydettiin arvioimaan kuinka paljon työyhteisö on osallistunut työryhmän tuottaman lääkehoidon nykytilanteen kuvaamiseen (kuvio 4). Viisi henkilöä oli vastannut kysymykseen. Kolme vastaajista oli sitä mieltä, että työyhteisö oli osallistunut työryhmän tuottaman lääkehoidon nykytilanteen kuvaamiseen jonkin verran. Yhden vastaajan mielestä työyhteisö ei ollut osallistunut lainkaan lääkehoidon nykytilanteen kuvaamiseen. Yksi vastaajista ei osannut sanoa kantaansa.



Kuvio 4: Työyhteisön toiminnan arviointi

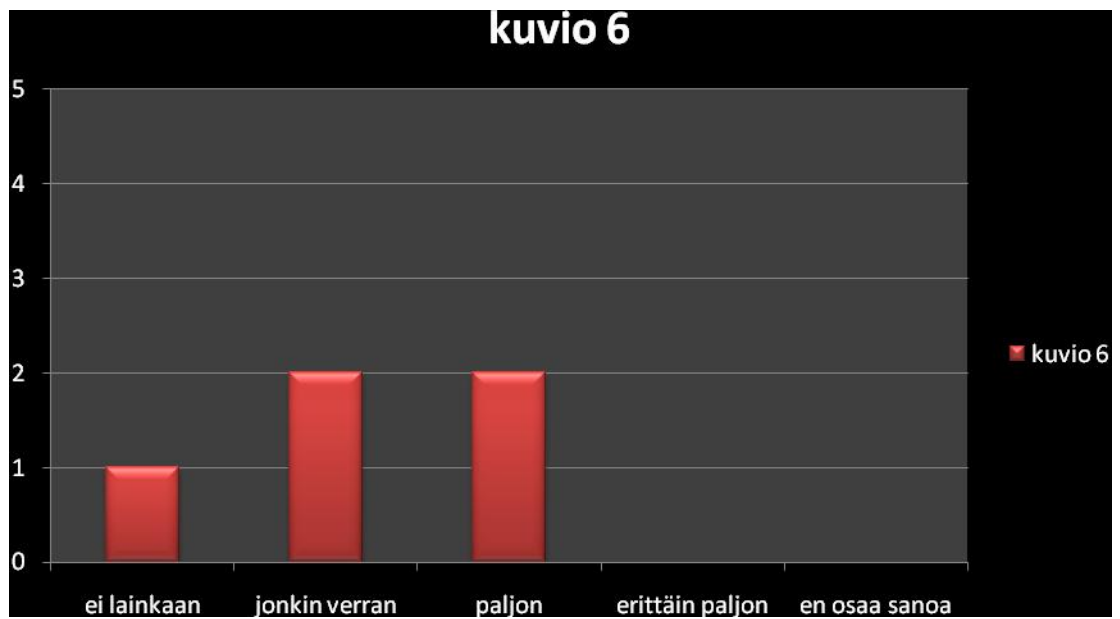


Kolmannessa kysymyksessä työyhteisön tuli arvioida miten työryhmän muodostamaa kuvausta voidaan hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössä (kuvio 5). Viisi henkilöä oli vastannut kysymykseen. Kolmen vastaajan mielestä työryhmän muodostamaa kuvausta voidaan hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössä jonkin verran. Yhden vastaajan mielestä ei lainkaan. Yksi vastaajista ei osannut sanoa kantaansa.



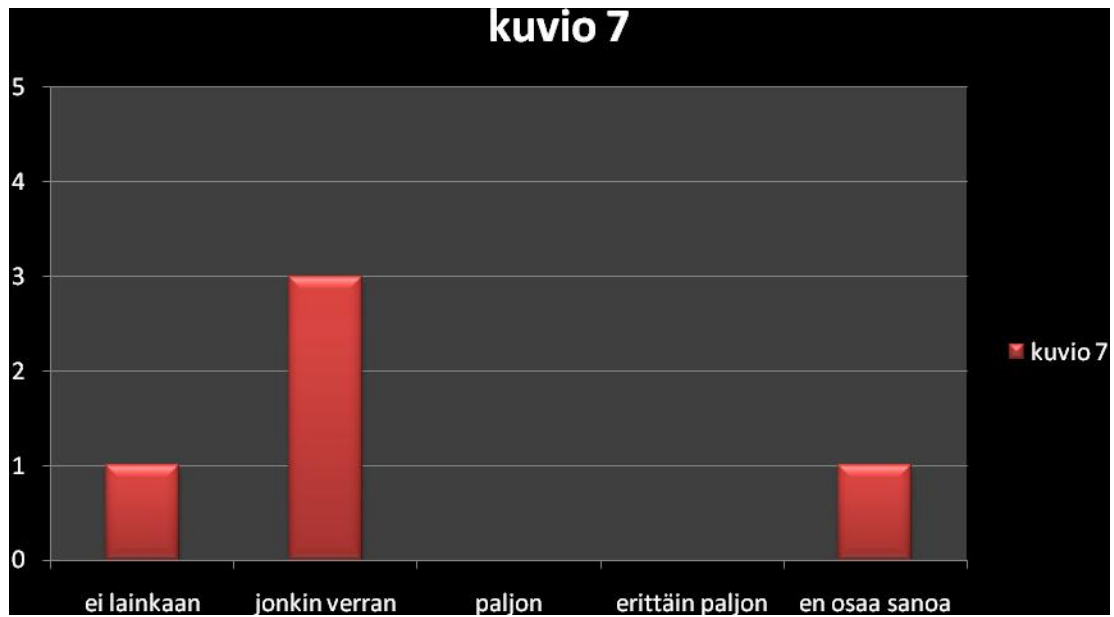
Kuvio 5: Työryhmän muodostaman kuvauksen hyödyllisyys ja käyttökelpoisuus

Neljännessä kysymyksessä tuli arvioida minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta työyhteisö on voinut kehittää lääkehoitoa (kuvio 6). Viisi henkilöä oli vastannut kysymykseen. Kaksi vastaajista oli sitä mieltä, että uusia ajatuksia ja ideoita oli tuotettu paljon. Kahden vastaajan mielestä uusia ajatuksia ja ideoita oli tuotettu jonkin verran. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, ettei uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta työyhteisö on voinut kehittää lääkehoito ole tapahtunut lainkaan.



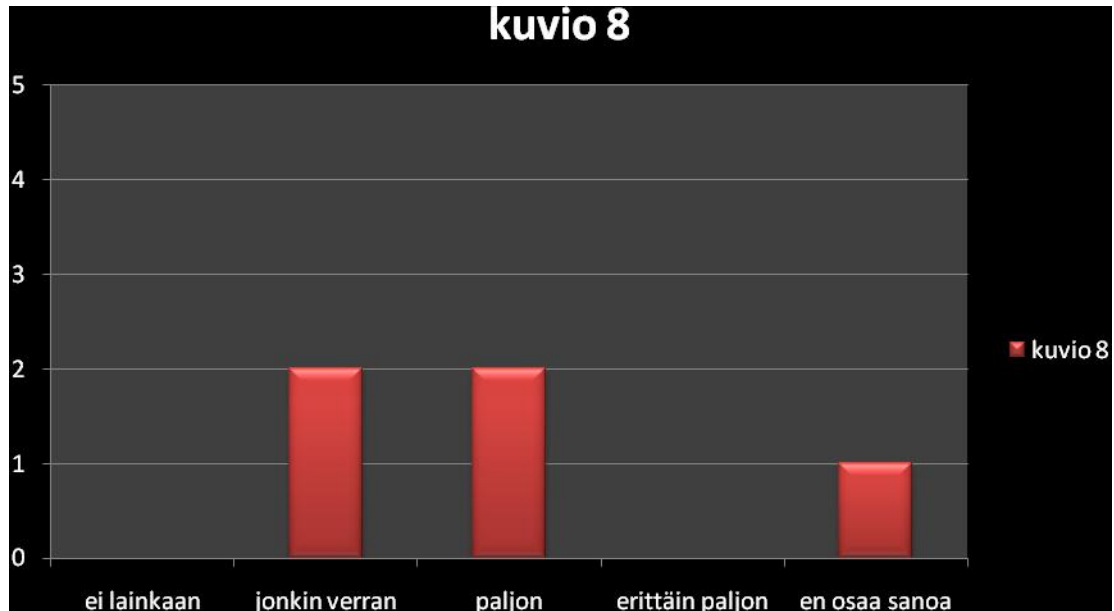
Kuvio 6: Työryhmän tuottamat uudet ajatukset ja ideat

Viidennessä kysymyksessä tuli arvioida kuinka paljon kehittämistoiminta on työyhteisön edustajan mielestä parantanut lääkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta (kuvio 7). Viisi henkilöä oli vastannut kysymykseen. Kolmen vastaajan mielestä, kehittämistoiminta oli parantanut lääkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta jonkin verran. Yhden vastaajan mielestä lääkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta ei kehittämistoiminnolla pystytty parantamaan lainkaan. Yksi vastaajista ei osannut sanoa kantaansa.



Kuvio 7: Kehittämistoiminnan parantaminen lääkehoidon sujuvuudessa ja tehokkuudessa

Kuudennessa kysymyksessä tuli arvioida kuinka paljon työyhteisön edustaja uskoo muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä (kuvio 8). Viisi henkilöä oli vastannut kysymykseen. Kaksi vastaajista uskoi paljon muutoksen aikaansaantiin työyhteisön työssä. Kaksi vastaajista uskoi muutokseen jonkin verran. Yksi vastaajista ei osannut sanoa kantaansa.



Kuvio 8: Työyhteisön usko muutokseen

Arviointikaavakkeen kysymysten vastauksia oli perustellut ja arvioinut kaksi vastaajaa. Palautteissa toivottiin muutosta lääkehoidon toteuttamiseen ja siihen että kehittämistoiminta toteutuisi jossain vaiheessa.

## 7.2 Opiskelijoiden arviointi kehittämistoiminnasta

Kehittämistoiminnan alku tuntui hyvin sekavalta. Työn sisältö ja rakenne oli aluksi hyvin vaikea hahmottaa. Koulun järjestämät työpajat tuntuivat alussa olevan sekasortoisia, ohjeita tuli hyvin paljon, vaikka itse työ/yhteistyö kumppani ei ollut selvillä.

Yhteistyökumppanin selvittyä työn alkuun pääsy selkeytyi. Opiskelijat kävivät tutustumassa Mäntynummen kotihoitoon ja sen henkilöstöön heti kumppanin selvittyä. Tutustumista edisti molempien opiskelijoiden kolmen viikon työharjoittelu Mäntynummen kotihoidossa. Harjoittelun aikana opiskelijat pääsivät seuraamaan työyksikön toteuttamaa lääkehoitoa.

Kehittämiprojektissa käytettiin opiskelijoille vieraita menetelmiä, kuten sisällön analyysiä, juurruttamista ja ba:ta. Vieraat tutkimusmenetelmät olivat erittäin vaikea sisäistää ja havainnollistaa työn etenemisessä. Työpajojen ja muiden opiskeluiden edetessä tutkimusmenetelmät aukenivat.

Yhteistyö opiskelijoiden kesken sujui kiireisestä aikataulusta huolimatta hyvin. Yhteydenpitoa työyhteisön jäseniin olisi saanut olla enemmän. Yhteydenpito oli kokonaisuudessaan opiskelijoiden puolelta lähtöisin. Yhteiset tapaamiset työelämän edustajien kanssa koululla pidettävien opintopäivien muodossa sujuivat hyvin, työelämän edustajista oli aina joku paikalla. Kokonaisuudessaan kehittämissuunnitelma eteni pääpiirteittäin suunnitellun aikataulun mukaisesti.

## LÄHTEET

- Ahonen, O., Karhu, J., Kinnunen, R., Ora-Hyytiäinen, E., Soikkeli, T. 2007. Kirjaamisen kehittäminen sairaanhoitajan ja opiskelijan yhteistyönä. *Sairaanhoitaja* 1, 27–30.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2005. Juurruttamalla hoitotyön kehittämiseen. *Pro Terveys* 34, 4–7.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2006. Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. *Pro Terveys* 35, 16–19.
- Airaksinen, M. & Dahlström, A. Hoitaja potilaan lääkehoidon toteuttajana. Teoksessa *Hoitona lääke*. Airaksinen, M. (toim.) 2005. Helsinki: Edita Prima oy.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Finlex. Valtion säädöstietopankki. 2005.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395> (luettu 6.2.2009)
- Finlex. Valtion säädöstietopankki. 2005.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> (luettu 15.3.2009)
- Heikkilä, J. & Heikkilä, K. 2005. Voimaantuminen työyhteisön haasteena. Helsinki: WSOY.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Heino, T. 2006. Tiedon tuottamisen tilat läheisneuvonpitoprojektissa. Teoksessa Seppänen - Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) *Kehittämistyön risteyskysymyksiä*, 179–182. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistonpaino.
- Holi, T. 2007. Virheiden käsittely mahdollistaa potilasturvallisuuden parantamisen. *Suomen lääkärilehti* 62, 2927.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.
- Järvinen, A., Koivisto, T. & Poikela, E. 2000. Oppiminen työssä ja työyhteisössä. Juva: WS BOOKWELL Oy.
- Kivelä, S.-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Jyväskylä: Tammi.
- Kivelä, S.-L. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Helsinki: WSOY.
- Kivisaari, S. 2001. Kokemuksia vuorovaikutuksesta kehittämistyössä. Juurruttaminen kokeiluna. VTT, Teknologian tutkimuksen ryhmä. Työpapereita nro 58/01.
- Koivunen, E., Kankkunen, P. & Suominen, T. 2007. Hoitohenkilöstön käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden ilmoittamisesta. *Tutkiva hoitotyö* 5, 10–15.
- Kvist, T. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2007. Vastavalmistuneiden sairaanhoitajien osaaminen erikoissairaanhoidossa hoitotyön johtajien arvioimana. *Tutkiva hoitotyö* 5, 4–9.

- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* nro 1, 3–12.
- Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2005. *Psykiatria*. Helsinki: WSOY.
- Miettinen, M. 1999. Hoitotyön kehittäminen ja sen johtaminen. Teoksessa Simoila, R., Kangas, R. & Ranta, J. (toim.) *Hoitotyötä johtamaan*, 84–91. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Neuvonen, T. & Uosukainen, L. 2007. Muutos haastaa johtajuuden. *Sairaanhoitaja* nro 6–7 2007, 45–47.
- Nolan, TW. 2000. System changes to improve patient safety. *BMJ* 320, 771–773.
- Nurminen, M-L. 2006. *Lääkehoito*. Helsinki: WSOY. (7. Uudistettu painos)
- Nyqvist, L. 2002. Arviointitutkimus. /WWW-dokumentti/.  
<http://www.uta.fi/laitokset/sospol/sosnet/ammlis/arviointitut.htm>. (Luettu 7.4.2009).
- Närhi, U. 2005. Mitä on lääke? Teoksessa *Hoitona lääke*. Airaksinen, M. (toim.) 2005. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Ojala, E. 2005. Lääkemuodot ja lääkeiden antotavavat. Teoksessa *Hoitona lääke*. Airaksinen, M. (toim.) 2005. Helsinki: Edita Prima oy.
- Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007. Luentomuistiinpano. Kevät 2008.
- Pahlman, I., Pihlainen, A., Rauhala, V., Sarvimäki, A. & Halinen, R. 2001. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE- julkaisu 1. /WWW- asiakirja/.  
<http://www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf>. (Luettu 22.5.2008)
- Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim* 122, 2459.
- Pelkonen, R. 2003. Viisas oppii virheistä. *Duodecim* 119, 281–283.
- Pietikäinen, T. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijännäkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Ruusujärvi, J. & Tiittula, L. (toim.) 2005. *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Salonen, A. 2004. Mentorointi ja sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Saarenheimo, M. 2003. Vanhus ja mielenterveystyö. *Arkielämän näkökulma*. Helsinki: WSOY.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2005:32. Turvallinen lääkehoito, Valtakunnallinen opas lääkeshoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki 2006.
- Terveystieteiden oikeusturvakeskus 2006. [http://www.teo.fi/uusi/TEO-esite\\_2006\\_web.pdf](http://www.teo.fi/uusi/TEO-esite_2006_web.pdf). (luettu 7.9.2008).
- Terveystieteiden oikeusturvakeskus. <http://www.teo.fi/FI/TEO/Sivut/etusivu.aspx> (luettu 15.3.2009)
- Tokola, E. 2006. *Lääkehoito kotona - Opas lähihoitajille*. Keuruu: Tammi.

Tomppo, S. & Lindahl, T. 2008. Yhteistyökumppaneiden haastattelu 26.5.2008. Mäntynummen kotihoito, Lohja.

Turunen, H. & Partanen, P. 2008. Potilasturvallisuuden ylläpitäminen ja edistäminen-läheltä piti tilanteista ja virheistä systemaattisesti oppimalla. *Hoitotiede* 20, 291–292.

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



## KUVIO-OTSIKKOLUETTELO

Kuvio 1: Juurruttamisen kierrokset (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 6)

Kuvio 2: Juurruttamisen malli 2.0 (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)

Kuvio 3: Työryhmän toiminnan arviointi

Kuvio 4: Työyhteisön toiminnan arviointi

Kuvio 5: Työryhmän muodostaman kuvauksen hyödyllisyys ja käyttökelpoisuus

Kuvio 6: Työryhmän tuottamat uudet ajatukset ja ideat

Kuvio 7: Kehittämistoiminnan parantaminen lääkehoidon sujuvuudessa ja tehokkuudessa

Kuvio 8: Työyhteisön usko muutokseen

## LIITTEET

Liite 1. Haastattelukysymykset

Liite 2. Lääkehoidon nykytilan riskitekijät, kalanruotomalli

Liite 3. Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointi

## HAASTATTELUKYSYMYKSET LÄÄKEHOITOSUUNNITELMAN MUKAISESTI MÄNTYNUMMEN KOTIHOIDOLLE

### 1. Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat

- \* Miten teillä määritellään yksikön asiakkaiden lääkehoidon tarpeet?
- \* Miten määritellään lääkehoidon vaativuustaso?
- \* Teidän toteuttaman lääkehoidon mahdolliset riskitekijät?
- \* Teidän toteuttaman lääkehoidon mahdolliset ongelmakohdat?

### 2. Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen

- \* Miten varmistatte tehtävän edellyttämän osaamisen?
- \* Miten kartoitetaan henkilökunnan osaamista ja koulutustarvetta?
- \* Miten mahdolliset koulutukset järjestetään ja kuinka usein näitä on?
- \* Miten toimintayksikön lääkehoitoon perehdytetään uusi työntekijä?
- \* Onko olemassa kirjallisia ohjeita lääkehoitoon?
- \* Miten varmistetaan peruskoulutuksessa saattujen lääkehoitovalmiuksien osaaminen?
- \* Miten osaamista arvioidaan?
- \* Miten osaamista seurataan? (näytöt?)
- \* Kuinka osaamista ylläpidetään ja kehitetään?
- \* Onko olemassa sairaanhoito- tai terveydenhuoltopiirin ylläpitämää täydennyskoulutusrekisteriä?

### 3. Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako

- \* Kenelle kuuluu lääkehoidon suunnittelu, organisointi ja toteuttamiseen kuuluvat tehtävät ja vastualueet?
- \* Miten tehdään ja toteutetaan työnjako?
- \* Miten toteutuu mahdollinen tehtävien siirtäminen?
- \* Kuinka toteutuu moniammatillinen yhteistyö?

### 4. Lupakäytännöt

- \* Miten määritellään työtehtävien vaativuus ja niiden edellyttämät lisätiedot ja -taidot?
- \* Kuka antaa lääkehoidon edellyttämät luvat?
  - Lääkkeidenjako?
  - Rokotusten antaminen? Erityisluvat?
  - Perus- ja lähihoitajien erityisluvat?
  - Onko lupa kirjallinen
  - Kauanko lupa on voimassa?
  - Miten luvat uusitaan?
- \* Miten toteutuu lupaa edellyttävien lääkehoidon vaativuustasojen ja lääkkeiden määrittäminen käytännössä?

### 5. Lääkehuolto: lääkkeiden tilaaminen, säilytys, valmistaminen, käyttökuntoon saattaminen, palauttaminen, lääkeinformaatio, ohjaus ja neuvonta

- \* Onko teillä olemassa peruslääkevalikoimaa?
- \* Miten lääkkeet tilataan?
- \* Miten lääkkeiden toimitus suoritetaan asiakkaalle?
- \* Miten lääkkeet säilytetään?
- \* Miten suoritetaan lääkkeidensäilyttämisen olosuhdeseuranta?
- \* Miten toteutetaan lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen?
- \* Miten lääkkeet palautetaan tai hävitetään?
- \* Järjestääkö farmaseutit ohjausta, informaatiota, neuvontaa? Onko mahdollista saada ohjausta farmaseuteilta?

## 6. Lääkkeiden jakaminen ja antaminen

- \* Kuka teillä tekee lääkemääräykset?
- \* Missä lääkkeet jaetaan?
  - Onko tila asianmukainen, valoisa ja rauhallinen?
- \* Suoritetaanko lääkkeiden jakamisessa kaksoistarkastusta?
- \* Missä jaetut lääkkeet säilytetään
  - Valolta suojattavien lääkkeiden huomioiminen?
  - Lämpötila? esim. jääkapissa säilytettävät lääkkeet
- \* Miten merkitään asiakaskohtaiset annostukset? Esim. merkitseminen dosettiin, lääkekorttiin, lääkelasiin tai potilaspapereihin?
- \* Miten varmistetaan, että lääke menee oikealle asiakkaalle?
  - Miten uusi työntekijä tunnistaa asiakkaan?
- \* Miten seurataan lääkkeiden vaikutusta?

## 7. Potilaan informointi ja neuvonta

- \* Osallistuvatko asiakkaat lääkehoidon suunnitteluun?
- \* Miten varmistetaan asiakkaiden hoitoon sitoutuminen?
- \* Kuka teillä informoi asiakasta ja tarvittaessa omaisia mahdollisista lääkemutoksista?
- \* Miten toteutuu hoidossa tapahtuneen poikkeaman kertominen?

## 8. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi

- \* Miten varmistetaan lääkehoidon tarkoituksenmukaisuus?
- \* Miten seurataan lääkehoidon vaikutusta
  - Toivotut hyödyt ja myönteiset vaikutukset
  - Sivu- ja haittavaikutukset
  - Yhteisvaikutukset
  - Pällekkäisyydet
- \* Miten toimitaan mahdollisen väärän lääkityksen ja lääkeannostelun jälkeen?
  - Raportoidaanko asiakkaalle, kuka sen tekee?
- \* Onko käytössä säännöllisen lääkityksen kokonaisarviointia?

## 9. Dokumentointi ja tiedonkulku

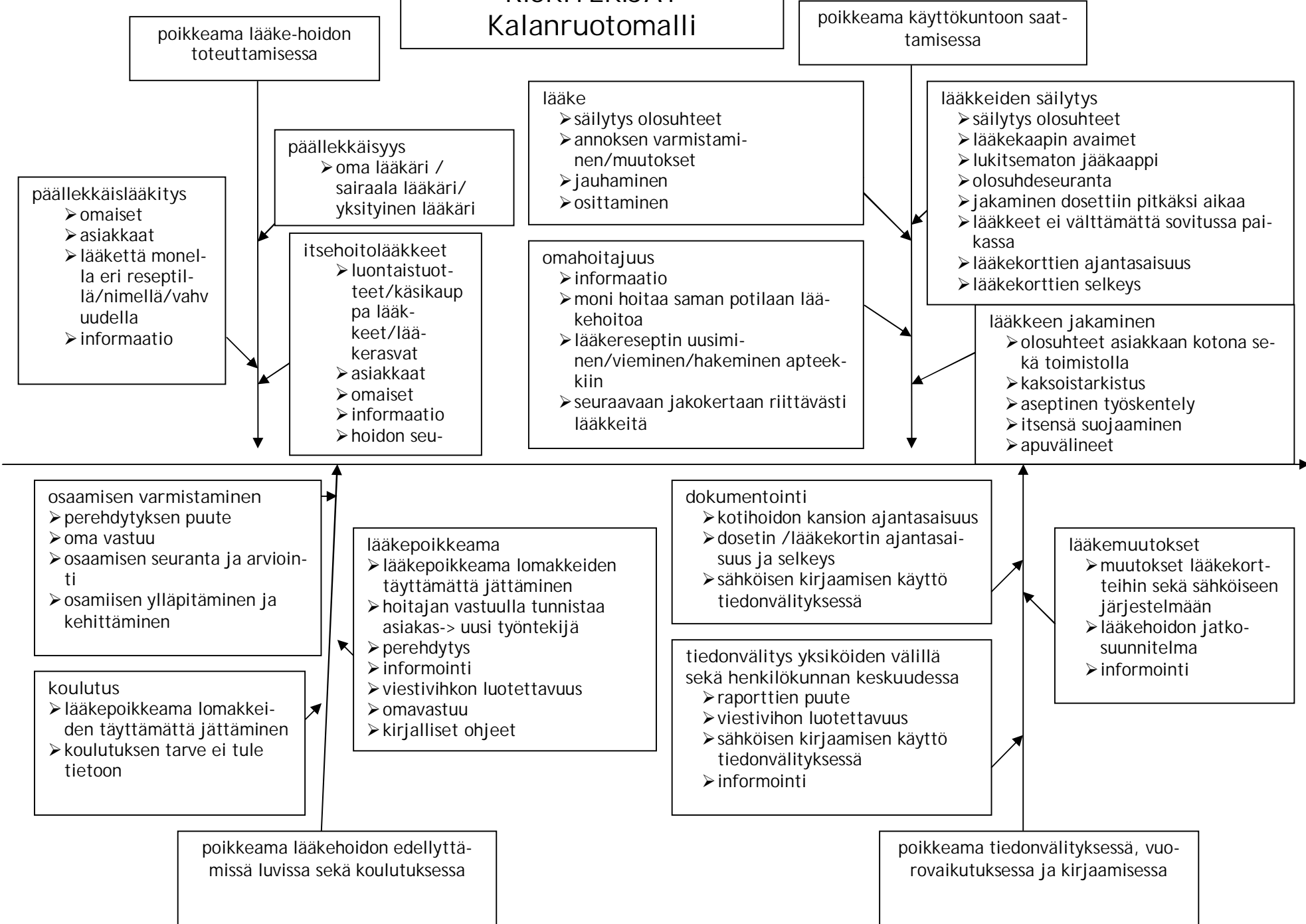
- \* Miten varmistetaan potilaiden tietosuoja?
  - Missä säilytetään esimerkiksi lääkelistoja?
- \* Miten dokumentoidaan lääkehoidon jatkosuunnitelma?

- \* Miten toteutetaan tiedon siirtyminen yksiköiden välillä sekä henkilökunnan keskuudessa?
- \* Miten varmistetaan lääkelistan oikeellisuus ja ajantasaisuus?
  - interaktiot, allergiat, päällekkäisyydet?

#### 10. Seuranta- ja palautejärjestelmät

- \* Miten lääkepoikkeamisista kirjataan?
- \* Onko teillä olemassa poikkeamien raportointi järjestelmää, seurantaa?
- \* Miten lääkepoikkeamat käsitellään?
- \* Hyödynnetäänkö poikkeamista saatu palaute? Käsitelläänkö asia esimerkiksi osastotunnilla, järjestetäänkö tarvittavaa koulutusta? Järjestetäänkö briefingiä tarvittaessa?
- \* Onko toimintatapoja jouduttu muuttamaan lääkepoikkeaman seurauksena?

# LÄÄKEHOIDON NYKYTILAN RISKITEKIJÄT Kalanruotomalli



**päälekkäisilääkitys**

- omaiset
- asiakkaat
- lääkettä monella eri reseptillä/nimellä/vahvuuudella
- informaatio

**päälekkäisyys**

- oma lääkäri / sairaala lääkäri / yksityinen lääkäri

**itsehoitolääkkeet**

- luontaistuotteet/käsikauppa lääkkeet/lääkerasvat
- asiakkaat
- omaiset
- informaatio
- hoidon seu-

**lääke**

- säilytys olosuhteet
- annoksen varmistaminen/muutokset
- jauhaminen
- osittaminen

**omahoitajuus**

- informaatio
- moni hoitaa saman potilaan lääkkeitä
- lääkereseptin uusiminen/vieminen/hakeminen apteekkiin
- seuraavaan jakokertaan riittävästi lääkkeitä

**lääkkeiden säilytys**

- säilytys olosuhteet
- lääkekaapin avaimet
- lukitsematon jääkaappi
- olosuhdeseuranta
- jakaminen dosettiin pitkäksi aikaa
- lääkkeet ei välttämättä sovitussa paikassa
- lääkekorttien ajantasaisuus
- lääkekorttien selkeys

**lääkkeen jakaminen**

- olosuhteet asiakkaan kotona sekä toimistolla
- kaksoistarkistus
- aseptinen työskentely
- itsensä suojaaminen
- apuvälineet

**osaamisen varmistaminen**

- perehdytyksen puute
- oma vastuu
- osaamisen seuranta ja arviointi
- osamiisen ylläpitäminen ja kehittäminen

**koulutus**

- lääkepoikkeama lomakkeiden täyttämättä jättäminen
- koulutuksen tarve ei tule tietoon

**lääkepoikkeama**

- lääkepoikkeama lomakkeiden täyttämättä jättäminen
- hoitajan vastuulla tunnistaa asiakas-> uusi työntekijä
- perehdytys
- informointi
- viestivihkon luotettavuus
- omavastuu
- kirjalliset ohjeet

**dokumentointi**

- kotihoidon kansion ajantasaisuus
- dosetin /lääkekortin ajantasaisuus ja selkeys
- sähköisen kirjaamisen käyttö tiedonvälityksessä

**tiedonvälitys yksiköiden välillä sekä henkilökunnan keskuudessa**

- raporttien puute
- viestivihon luotettavuus
- sähköisen kirjaamisen käyttö tiedonvälityksessä
- informointi

**lääkemutokset**

- muutokset lääkekortteihin sekä sähköiseen järjestelmään
- lääkeshoidon jatko-suunnitelma
- informointi

**poikkeama lääkehoidon edellyttämässä luissa sekä koulutuksessa**

**poikkeama tiedonvälityksessä, vuorovaikutuksessa ja kirjaamisessa**

TURVALLINEN LÄÄKEHOITO (LÄKE 2) ARVIOINTILOMAKE  
 Laurea-ammattikorkeakoulu  
 Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointi

Hyvä vastaaja

Pyydämme sinua arvioimaan oman käsityksesi perusteella Turvallisen lääkehoidon kehittämissuunnitelmassa toimivaa työryhmää. Työryhmässä on omasta työyhteisöstäsi edustaja, kenties muiden työyhteisöjen edustajia ja hoitotyön opiskelijoita. Työryhmän toiminnan tavoitteena on ollut lääkehoidon kehittäminen. Työryhmä on tuottanut ja esitellyt työyhteisön lääkehoidon nykytoiminnan kuvauksen ja valinnut kehittämiskohteen.

Vastaa kysymyksiin oheisten vastausvaihtoehtojen mukaan. Vapaassa tilassa voit perustella vastauksiasi ja esittää kehittämisehdotuksia työryhmälle.

Vastausvaihtoehdot ovat	1	ei lainkaan
	2	jonkin verran
	3	paljon
	4	erittäin paljon
	5	en osaa sanoa

- 1 Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt lääkehoidon kehittämistä työyhteisössäsi valitsemallanne alueella?  
1 2 3 4 5
- 2 Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottaman lääkehoidon nykytilanteen kuvaamiseen?  
1 2 3 4 5
- 3 Miten työryhmän muodostamaa kuvausta voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?  
1 2 3 4 5
- 4 Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet lääkehoitoa kehittää?  
1 2 3 4 5
- 5 Kuinka paljon kehittämistoiminta on mielestäsi parantanut lääkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta?  
1 2 3 4 5
- 6 Kuinka paljon uskot muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?  
1 2 3 4 5

7 Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehtojasi kysymyksiin (1-6)

---

---

---

---

---

---

---

---

8 Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi lääkehoidon kehittämiseksi.

---

---

---

---

---

---

---

---

9 Mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta

---

---

---

---

---

---

---

---

Kiitos arvioinnistasi!