

# Lääkehoidon nykytilan kuvaus

## Roution kotihoidossa



Niemelä, Niko

Päiviö, Tuomo

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja

## Lääkehoidon nykytilan kuvaus Roution kotihoidossa

Niko Niemelä  
Tuomo Päiviö  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Lokakuu, 2009

Niko Niemelä, Tuomo Päiviö

Lääkehoidon nykytilan kuvaus Roution kotihoidossa

Vuosi 2009 Sivumäärä 68

---

Tämä opinnäytetyö on osa ”Turvallinen lääkehoito 2”-projektia. Projektin tavoitteena oli lääkehuollon toimintatapojen yhtenäistäminen, vastuunjaon sekä vähimmäisvaatimusten selvittäminen Lohjan kaupungin kotihoidon yksiköissä Sosiaali- ja terveysministeriön turvallinen lääkehoito -oppaan mukaisesti. Yhteistyö Laurea-ammattikorkeakoulun ja Roution kotihoidon välillä alkoi toukokuussa 2008. Työryhmän tavoitteeksi muodostui nykytilanteen kuvauksen luominen toteutuvasta lääkehoidosta kehittämishankkeen alkaessa sekä hyvien käytänteiden ja mahdollisten kehittämiskohteiden löytäminen.

Kehitettävän toiminnan teoreettisena perustana oli tutkittu tieto turvallisesta lääkehoidosta, kotihoidosta, lääkehoitoprosessista sekä Sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnalliset suositukset. Kehittämistoiminnan menetelmänä käytettiin juurruttamista. Juurruttaminen mahdollistaa hiljaisen sekä näkyvän tiedon käsittelyn ja siten myös uuden tiedon luomisen. Työryhmään kuuluivat Roution kotihoidosta sairaanhoitaja ja lähihoitaja sekä kaksi sairaanhoitaja-opiskelijaa.

Nykytilanteen kuvausta varten haastateltiin Roution kotihoidon sairaanhoitajaa ja lähihoitajaa. Teemahaastattelu nauhoitettiin, litteroitiin ja ryhmiteltiin käyttämällä sisällönanalyysiä. Haastattelun osa-alueita olivat: lääkehoidon sisältö ja toimintatavat, osaamisen varmistaminen, henkilöstön vastuut - velvollisuudet - työnjako, lupakäytännöt, lääkehuolto, lääkkeiden jakaminen ja antaminen, potilaiden informointi, lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi, dokumentointi ja tiedonkulku, seuranta ja palautejärjestelmät. Haastattelun pohjalta muodostettiin kalanruotomalli nykytilanteesta ja kirjoitettiin se tekstiksi. Nykytilankuvausta tarkennettiin viikkopalaverissa. Työyhteisö valitsi kehittämiskohteet nykytilankuvauksen pohjalta, ja ne esiteltiin Turvallinen lääkehoito 2 -hankkeen päätöseminaarissa. Kehittämiskohteiksi valittiin lääkepoikkeamien käsittely ja ennalta ehkäisy sekä lupakäytäntöjen kehittäminen.

Työryhmän toimintaa arvioitiin työyhteisön toimesta arviointilomakkeen avulla. Arviointilomakkeiden palautusprosentti oli 50. Strukturoiduilla kysymyksillä kartoitettiin kehittämishankkeen vaikuttavuutta. Avointen kysymysten kohdalla työntekijöillä oli mahdollisuus kertoa mielipiteensä kehittämishankkeesta. Saatujen vastausten perusteella työntekijät kokivat kehittämishankkeen onnistuneeksi. Nykytilan kuvauksessa löydettiin runsaasti hyviä käytänteitä, parhaillaan toteutuvasta toiminnasta. Valittujen kehittämiskohteiden kautta voidaan tuottaa asiakkaille turvallisempaa lääkehoitoa.

Lääkehoidon nykytilanteen kuvausta voidaan hyödyntää myöhemmin tehtäessä lakisäätteistä lääkehoitosuunnitelmaa sekä valittujen kehittämiskohteiden jatkokehittämisessä.

Asiasanat: juurruttaminen, lääkehoitosuunnitelma, kotihoito, turvallinen lääkehoito.

Niko Niemelä, Tuomo Päiviö

Present state of pharmacotherapy in Routio home care

Year	2009	Pages	68
------	------	-------	----

---

This thesis is part of “Safe pharmacotherapy 2”-project. Purpose of this project was to unify pharmaceutical services, clarify the distribution of liabilities and minimum requirements in city of Lohja home care units based on safe pharmacotherapy guide by Ministry of Social Affairs and Health. Collaboration between Laurea University of applied sciences and Routio home care began in may 2008. Creating present state description of pharmacotherapy, finding good practice´s and possible development areas became work group´s objective.

The theoretical basis of the development was researched knowledge on safe pharmacotherapy, home care, pharmacotherapy process and national recommendations by Ministry of Social Affairs and Health. Dissemination was used as method for development process. Dissemination enables processing of tacit practical and examined knowledge and so also creating new knowledge. Work group consisted of a nurse and a practical nurse from Routio home care and two nursing students.

A nurse and a practical nurse from Routio home care were interviewed for present state description. The interview was recorded, transcribed and classified using contents analysis. The interview consisted of following areas: content and methods of pharmacotherapy, ensuring and maintaining the knowledge and skills in pharmacotherapy, personnel´s responsibilities, obligations and division of labour, licence practices, pharmaceutical service, distribution and administration of medicines, informing and advising patients, evaluation of the effectiveness of pharmacotherapy, documentation and flow of information, systems for monitoring and feedback. Visual herringbone pattern based on the interview was made and also written down. Present state description was defined in a weekly meeting. Work community chose the areas of development based on present state description and they were presented in safe pharmacotherapy 2 projects ending seminar. Work community chose processing of medication divergence and prevention, also developing of licensing process as developing areas.

Work community evaluated work group´s actions with assessment form. Assessment forms return percent was 50. Structured questions chart the impressiveness of this development project. Employees had a chance to answer in their own words in qualitative questions. Based on the answers, employees experienced that the development project was successful. There were many good practices in the present state description. Application of the chosen development areas should yield safer medication to customers.

Description of the present state of pharmacotherapy can be used later in making a statutory pharmacotherapy plan, also in the further developing of the chosen development areas.

Key words: dissemination, pharmacotherapy plan, home care, safe medication

## Sisällys

1	Johdanto .....	7
2	Kehittämishankkeen menetelmät .....	9
2.1	Juurruttamisen prosessin kolme tasoa .....	10
2.2	Juurruttaminen tutkimus - ja kehittämistoiminnassa .....	11
2.3	Ba .....	12
2.4	Haastattelu .....	13
2.5	Sisällönanalyysi .....	14
2.6	Tutkimuksen etiikka .....	15
3	Kotihoito kehittämishankkeen ympäristönä .....	16
3.1	Roution kotihoito .....	16
3.2	Muutos .....	19
3.2.1	Muutoksen vaiheet .....	20
3.2.2	Muutoksen merkitys työntekijälle .....	20
3.2.3	Muutoksen merkitys työyhteisölle .....	21
3.2.4	Esimiehen merkitys muutoksessa .....	22
3.3	Kumppanuus kehittämistoiminnassa .....	22
4	Kehittämishankkeen teoreettinen viitekehys .....	23
4.1	Lääkehoitoprosessi .....	23
4.1.1	Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat .....	24
4.1.2	Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen .....	26
4.1.3	Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako .....	27
4.1.4	Lupakäytännöt .....	29
4.1.5	Lääkehuolto: lääkkeiden tilaaminen, säilytys, valmistaminen, käyttökuntoon saattaminen, palauttaminen, lääkeinformaatio, ohjaus ja neuvonta .....	30
4.1.6	Lääkkeiden jakaminen ja antaminen .....	32
4.1.7	Potilaiden informointi ja neuvonta .....	33
4.1.8	Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi .....	35
4.1.9	Dokumentointi ja tiedonkulku .....	36
4.1.10	Seuranta- ja palautejärjestelmät .....	37
4.2	Lääkehoidon etiikka .....	40
5	Kehittämishankkeen toteutus .....	41
5.1	Kuvaus lääkehoidon nykytilanteesta Roution kotihoidossa .....	42
5.1.1	Lääkehoidon vaatimustaso .....	42
5.1.2	Lääkemääräykset .....	42
5.1.3	Lääkehuolto .....	43
5.1.4	Lääkkeen jakaminen .....	44

5.1.5	Lääkkeen antaminen.....	44
5.1.6	Potilaan informointi ja neuvonta .....	45
5.1.7	Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi .....	45
5.1.8	Dokumentointi ja tiedonkulku .....	45
5.1.9	Lääkehoidon poikkeama.....	46
5.2	Työryhmän toiminta .....	47
6	Kehittämishankkeen arviointi .....	48
6.1	Lääkehoidon osa-alueiden arviointi.....	48
6.2	Työyhteisön toiminnan arviointi.....	53
6.3	Työryhmän arviointi.....	55
6.4	Opiskelijoiden arviointi kehittämistoiminnasta .....	55
6.5	Menetelmän arviointi .....	56
	Lähteet.....	58
	Liitteet .....	63

## 1 Johdanto

Tämä on Turvallinen lääkehoito 2 - projektissa toimineen työryhmän kehittämistoiminnan raportti. Tämä projekti oli osa Lohjan kaupungin kotihoidon ja Laurea-ammattikorkeakoulun yhteistä kehittämishanketta. ”Ammattikorkeakoulun tulee tehtäviään suorittaessaan olla erityisesti omalla alueellaan yhteistyössä elinkeino- ja muun työelämän sekä suomalaisten ja ulkomaisten korkeakoulujen samoin kuin muiden oppilaitosten kanssa.” (Finlex 2008). Projektin lähtökohtana oli toteuttaa osaltaan ammattikorkeakoulujen yhteistyötehtävää työelämän kanssa sekä sosiaali- ja terveysministeriön hanke lääkehoidon turvallisuuden kehittämisestä. Hanke perustuu Valviran oppaaseen ”Turvallinen lääkehoito - Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa”, joka ohjeistaa valtakunnallisesti lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimintayksiköissä (STM 2006). Opas antaa kolme työkalua lääkehoidon turvallisuuden parantamiseen: lääkehoidon eri vaiheisiin liittyvät riskit arvioidaan nk. kalanruototekniikalla, kaikkiin työyksiköihin laaditaan lääkehoidosuunnitelma ja lääkehoidossa tapahtuneista virheistä ja/tai muista poikkeamista ilmoitetaan ja laaditaan kirjallinen raportti. (Farmasialiitto 2007.)

Turvallinen lääkehoito 2 -hankkeen tarkoituksena oli kehittää Lohjan kaupungin kotihoidon yksiköiden asiakkailleen toteuttamaa lääkehoitoa turvallisemmaksi. Koko hankkeen tavoitteena oli yhtenäistää kotihoidon lääkehoidon toteuttamisen periaatteet ja määrittää vähimmäisvaatimukset lääkehoidon toteuttamisesta.

Tämän osahankkeen tavoitteena oli kuvata lääkehoitoprosessin nykytilanne työntekijöiden haastattelun perusteella ja havainnollistaa se prosessikaavion avulla. Tarkoituksena oli löytää hyvät käytänteet ja kehittämiskohteet nykytilanteen kuvauksen perusteella. Nykytilanteen kuvaus toimii pohjana myöhemmin tehtävälle lakisääteiselle lääkehoitosuunnitelmalle.

Kehittämishanke toteutettiin juurruttamisen menetelmällä ja hanketta koordinoi projektityöryhmä. Projektityöryhmä koostui Roution kotihoidon sairaanhoitajasta ja lähihoitajasta sekä kahdesta sairaanhoitajaopiskelijasta. Työyhteisöille annettiin Optima-järjestelmän käyttöoikeudet tiedonkulun helpottamiseksi. Työryhmän jäsenille järjestettiin koulutusta kehittämishankkeeseen liittyen. Koulutuksissa käsiteltiin aiheita turvallisen lääkehoidon osa-alueilta, ulkopuolisten luennoitsijoiden toimesta. Koulutusten yhteydessä työryhmät esittelivät posterinäyttelyn avulla omien töiden sen hetkisiä vaiheita. Tarkoituksena oli, että ryhmät saavat uusia ajatuksia toinen toisiltaan projektin eteenpäin viemisessä.

Juuruttamisen tuloksena syntyneet innovaatiot ovat luonteeltaan sosiaalisia, jotka edellyttävät muutoksia hoitajilta heidän työskentelytavoissaan. Ammatillista kasvua tapahtuu jatkuvasti tietojen ja taitojen osa-alueilla, jota tukevat myönteinen asenne ja tietoinen pyrkimys

kehittää omaa ammatillista osaamista. Hoitotyön kehittämistoimintaa ei tulisi unohtaa resurssipulan ja kiireen keskellä. Rauhallisempina aikana tulee kiinnittää huomiota kehittämistoimintaan, jolloin käytössä on ajantasaista tietoa omasta toiminnasta ja hoitotyöstä ylipäätään. Tutkittua ja ajantasaista tietoa käyttämällä turvataan ammatillinen osaaminen, joka ilmenee asiakkaille turvallisena, taloudellisena ja tehokkaana palveluna. (Ora-Hyytiäinen 2006; Taito-  
ba 2009.)



## 2 Kehittämishankkeen menetelmät

Juurruttaminen tutkimus- ja kehittämistoimintaa jäsentävänä menetelmänä on prosessi, jossa ammattialan työtoiminnan tavoiteltu muutos ja toiminnan ympäristö muokkautuvat toisiinsa sopivaksi prosessin aikana. Juurruttaminen on oppimista, jossa yksilön oppimista ja yhteisön oppimista tarkastellaan yhteisenä uuden tiedon tuottamisena. Juurruttaminen perustuu oletukselle tiedon kahdenlaisesta luonteesta. Tieto on toisaalta ”hiljaista” toimintaan kytkeytyvää, toisaalta se voidaan nähdä sanoin ja numeroin kuvattavana. Juurruttaminen on yhteinen oppimisprosessi, jossa kahden edellä mainitun tiedon lajin välisessä vuorovaikutuksessa tuotetaan uutta tietoa. Juurruttamista on käytetty menetelmänä useissa eri maissa esimerkiksi organisaation uuden tiedon tuottamisessa ja hoitotyön tutkimuksellisen tiedon muuttamisessa yhteisön toiminnaksi. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007; Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4; Borgman & Packalén 2002, 25.)

Juurruttamisen menetelmää on kehitetty työelämän ja ammattikorkeakoulun väliseen kehittämistoimintaan usean vuoden ajan. Ensimmäisessä versiossa 1.0 juurruttamisen kierroksia oli viisi. Saatujen kokemusten ja arvioinnin perusteella muodostettiin versio 1.5, jossa kierrosten määrää oli lisätty. Viimeisimmässä versiossa 2.0 on 10 vaihetta ja prosessia on selkeytetty, saatujen tulosten perusteella. Menetelmän kehitystyö jatkuu edelleen. (Ahonen ym. 2007; Ahonen ym. 2005, 16.)

Juurruttamisessa kehittämisalueen nykyinen toiminta kuvataan ja arvioidaan sekä tunnustetaan kehittämiskohteet. Valitusta kohteesta etsitään tutkittua tietoa ja muodostetaan nykyisen toiminnan pohjalta ehdotus uudesta toimintamallista. Opiskelijoista ja työyhteisön edustajista koottu työryhmä edistää kehittämisprosessia. Vrt. kuva 1. (Ahonen ym. 2007.) Nurminen (2006) mukaan, hiljainen tieto on lähellä monitasoista ja laaja-alaista viisautta. Hiljaisen tiedon teknistä osaamista voidaan kutsua äänettömäksi osaamiseksi. Ammattitaitoon kuuluu myös niin sanottuja äänettämiä taitoja, joiden omaksumisella on tärkeä merkitys ammatin hallinnassa. Äänetön taito muodostuu kaikista tiedoista, taidoista ja kokemuksista, joita työntekijät ovat vuosien kuluessa omaksuneet toimintaansa. Tieto on osaltaan toimintaan kytkeytyvää ja toiminnassa olevaa implisiittistä äänetöntä tietoa. Tieto nähdään hiljaisena, subjektiivisena, intuitiivisena ja henkilösidonnaisena. Tällainen tieto ei välttämättä ole muutettavissa näkyväksi sanoina, vaan se on näytettävä muulla tavoin. Jotta äänetöntä tietoa voidaan organisaatiossa jakaa, on se muutettava sanoiksi, numeroiksi ja symboleiksi. Tieto nähdään osaltaan eksplisiittisenä, sanoin ja numeroin kuvattavana. Näkyvä tieto on teoreettista ja tutkittua tietoa. Hiljainen tieto näkyy nimenomaan työyhteisön käytännön toiminnassa. Mitä lähempänä organisaatiopyramidin perustaa osaaminen on, sitä lähempänä osaaminen on persoonallisuutta, ihmisenä kehittymistä ja tärkeimpiä perusvalmiuksia. (Ahonen ym. 2007; Ahonen ym. 2005, 4; Paasivaara, Nikkilä & Suhonen 2008, 62-63.)

Jokaisella tutkimus- ja kehittämistoimintaan osallistujalla on näkyvään tietoon ja hiljaiseen tietoon perustuvaa osaamista tuotavana yhteiseen kehittämistoimintaan. Samassa yhteisössä työskentelevillä on yhteistä tietoa ja osaamista siinä kontekstissa. Toisessa yhteisössä työskentelevillä on samanlaista tietoa ja osaamista, mutta myös osittain erilaista tietoa ja osaamista kuin toisen yhteisön jäsenillä. Kehittämistoiminnassa on tärkeää, että osallistujat arvostavat toinen toistensa osaamista, että kaikkien osallistujien panos tulee nähdä arvokkaana työyhteisön kehittämisessä. (Ahonen ym. 2005, 5.)

Juuruttamisen käsitteellä halutaan korostaa projektitoiminnan tuloksen siirtämistä osaksi käytäntöä. Juuruttaminen on osoittautunut erittäin haasteelliseksi tehtäväksi. Tähän on syytä se, että työyhteisössä pidetään usein tiukasti kiinni vanhoista toimintatavoista. Vanhoihin tapoihin palataan helposti, ellei projektin kautta tuotettujen uusien käytäntöjen juuruttamisesta huolehdita perusteellisesti. Projektin päättämisvaihe on varsinainen koetinkivi projektin tulosten sulauttamiselle. (Paasivaara ym. 2008, 139.)

## 2.1 Juuruttamisen prosessin kolme tasoa

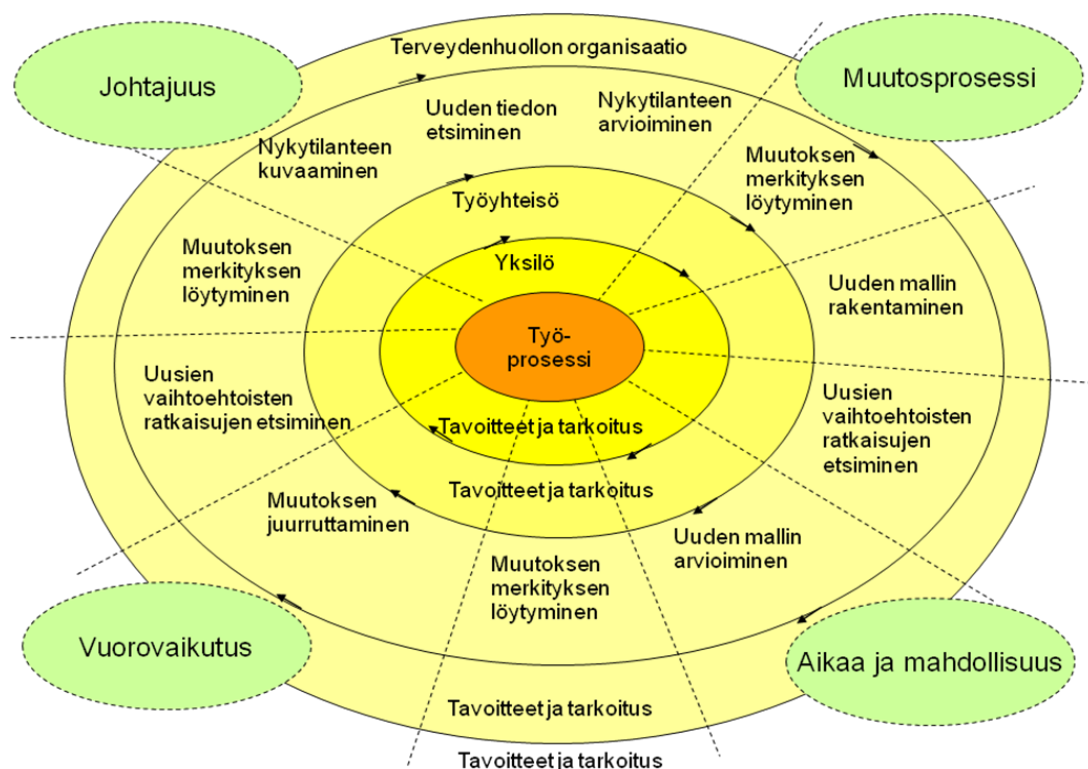
Juuruttamisen prosessin kolme tasoa jakaantuvat seuraavasti; työpajat on ensimmäinen taso, työryhmät muodostavat toisen tason ja työyhteisöt muodostavat kolmannen tason. Työryhmien välinen vuorovaikutus syntyy työpajoissa. Työryhmät edistävät muutosta, työyhteisöt tekevät muutoksen ja johtajat mahdollistavat muutoksen syntymisen. Työryhmien ja työpajojen toiminnan edellytyksenä on niiden sopiminen työyhteisön aikatauluihin, sillä vuorovaikutus työryhmien välillä edistää koko organisaation tasolla syntyvää muutosta. (Ahonen ym. 2006, 17-19.)

Ahosen ym. mukaan (2005, 5) tutkimus- ja kehittämistoimintaa tehtäessä juuruttamisen menetelmällä, koko työyhteisön henkilökunnan osallistuminen kehittämistoimintaan on välttämätöntä. Kehittämistyöryhmä työstää ehdotuksia, esittelee niitä työyhteisölle ja edistää muutoksen syntymistä, muutos tehdään työyhteisön sisällä. Vrt. kuva 1. Työyhteisö osallistuu tutkimus- ja kehittämistoimintaan juuruttamisen kierroksilla viikkopalaverissa, jossa työryhmä esittelee työtään vaiheittain ja pyytää työyhteisöltä arviointia sekä työtään muokkaavia ehdotuksia. Näin edistetään työyhteisön sitoutumista yhdessä tehtävään muutokseen. Työpajan merkitys muutoksessa on merkittävä työryhmien välisen vuorovaikutuksen lisääjänä ja muutosprosessia ohjaavana.

## 2.2 Juurruttaminen tutkimus - ja kehittämistoiminnassa

Juuruttamisen vaiheet on esitetty kuvassa 1. Ensimmäisessä vaiheessa keskitytään toteutuvan toiminnan kuvaamiseen ja hiljainen tieto muutetaan konkreettiseksi. Nykyinen toiminta pyritään työstämään teoreettiselle tasolle ja tuotetaan nykytilanteen kuvaus. Tämä vaihe vaatii paljon vuorovaikutusta työryhmässä ja on edellytys arvioinnille sekä Ba:n toteutumiseksi. Nykytilanteen kuvauksesta pyritään identifioimaan kehittämisen kohteet. Seuraava vaihe on tutkitun uuden tiedon etsiminen ja nykytilanteen arviointi suhteessa tutkittuun tietoon. Vaihetta kutsutaan nimellä BA (kts. 2.3). Tämä arviointi mahdollistaa uuden tiedon syntymisen. Edellisen vaiheen pohjalta rakennetaan uusi toimintamalli ja arvioidaan sen soveltuvuutta kehitettävään toimintaan. Tällä tarkoitetaan BA:n dialogista vaihetta. Jokaisen vaiheen välillä tulisi työyhteisössä löytää merkitys tavoitellulle muutokselle. Tämä helpottaa muutoksen juurruttamista käytäntöön. Viimeisessä vaiheessa uusi toimintamalli juurrutetaan työyhteisön käytännön toimintaan. (Ahonen ym. 2005, 4; Ahonen ym. 2007; Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007, 5.) Tässä työssä käytiin läpi juurruttamisprosessin vaiheet nykyisen toiminnan kuvaaminen, hiljaisen tiedon konkretisointi, uuden tiedon etsiminen, nykytilanteen arviointi suhteessa teorian tietoon ja muutoksen merkityksen löytäminen.

Työyhteisön jäsenet arvioivat tuotosta suhteessa omaan toimintaympäristöönsä nähden. Esimiehen tehtävänä on järjestää aikaa esittelyille ja motivoida työyhteisön jäseniä osallistumaan aktiivisesti tuotosten arviointiin. Työyhteisöä työryhmässä edustavien työntekijöiden asema työyhteisön jäsenenä on merkittävä, sillä työyhteisön keskustelussa muodostetaan muutoksen merkitystä työyhteisölle ja työyhteisössä. Työryhmän jäsenenä olevalla hoitajilla tulee olla työyhteisössä vakiintunut ja arvostettu asema voidakseen edistää tavoitellun muutoksen syntymistä. (Ahonen ym. 2005, 6.)



Kuva 1: Juurruttaminen 2.0 (Ahonen ym. 2007)

### 2.3 Ba

Kehittämistoimintaa tehtäessä juurruttamisen menetelmällä, kutsutaan innovatiivisen luomisen tilaa nimellä BA. Se tarkoittaa tilaa, jossa luodaan, jaetaan sekä tehdään toiminta näkyväksi. BA:ssa tärkein elementti on vuorovaikutus, jossa tuotetaan yksilöllisissä oppimisprosesseissa innovaatioita. Ba mahdollistaa hiljaisen sekä näkyvän tiedon käsittelyn ja siten myös uuden tiedon luomisen. Juurruttamisen tuloksena syntyneet innovaatiot ovat luonteeltaan sosiaalisia, jotka edellyttävät muutoksia hoitohenkilökunnan tavoissa tehdä työtään. Innovaatiotoiminnan on tarkoitus olla tietoista ja tavoitteellista toimintaa, jossa synnytetään uusia toimintatapoja, uudistetaan jo käytössä olleita toimintatapoja, edistetään uusittujen toimintatapojen käyttöönottoa ja tiedotetaan tuotetuista uudistuksista. (Ora-Hyytiäinen 2006, 14; Taitoba 2009.)

Pitkäjänteisessä kehittämishankkeessa johtaminen kohdistuu henkilöstön osaamisen kehittämiseen ja innovatiivisen ilmapiirin luomiseen. Työyhteisön johtajalla on ratkaiseva merkitys BA:n avoimen sekä innostavan ilmapiirin luomisessa. Muutosprosessin tukeminen ja mahdollistaminen kuuluvat osana johtajuuteen. Vuorovaikutukseen osallistuminen yhteisöllisessä oppimisprosessissa auttaa työntekijöitä sitoutumaan tavoitellun muutoksen edistämiseen. Työyhteisön kehittämisprosessia edistävät tavoitteellisuus, tiedon jakaminen, autonomia ja luova kaaos. Innovatiivisessa työyhteisössä säännöt on joustavia, jotka korostavat korkeita työsuorituksia sekä työntekijöiden ja johdon välisiä suhteita. (Ora-Hyytiäinen 2006, 14-15.)

Kehittämistoiminnan alkaessa tulee ottaa työyhteisön henkilökunta mukaan heti alussa, jolloin henkilökunta on perillä hankkeen tavoitteista ja toteutuksesta sekä aikataulusta, tämä auttaa työyhteisöä sitoutumaan toteuttavaan kehittämishankkeeseen. Avoin, runsas sekä joustava tiedon välittäminen oppimisprosessissa on edellytys uusien toimintatapojen synnylle. Annettava tieto voi olla kirjallista, suullista tai sähköisesti kaikkien työyhteisön jäsenten saatavissa. Annetun tiedon on oltava helposti ymmärrettävää, omaksuttavaa ja innostavaa, jotta siitä ollaan kiinnostuneita. (Ora-Hyytiäinen 2006, 15.)

Juuruttamisen avulla tehtävään innovatiiviseen muutokseen liittyy aina erilaisia tunteita, joiden tunnistaminen, ilmaiseminen, hyväksyminen ja työstämään oppiminen edistää hoitajien ammatillista kasvua ja kehittymistä. Ammatillista kasvua tapahtuu jatkuvasti tietojen ja taitojen osa-alueilla, sitä tukevat myönteinen asenne sekä tietoinen pyrkimys kehittää omaa ammatillista osaamistaan. Muutoksessa on mahdollisuus oppia, mutta mukana tulee myös haasteita, jotka voivat aiheuttaa turvattomuuden tai epävarmuuden tunteita työyhteisön ihmisissä. Oppimisprosessi edellyttää uutta luotaessa välittämistä, huolehtimista ja luottamista työyhteisön ihmisten kesken, jolloin luottamus syntyy yksilöllisesti ajan kanssa. (Ora-Hyytiäinen 2006, 16-17.)

Johtajuus on keskeisessä asemassa hoitotyön kehittämistoiminnan uudistamisessa, jota ilman muutos ei juurru osaksi päivittäistä toimintaa eikä muutosta synny. Hoitotyön kehittämistoimintaa ei tulisi unohtaa, vaikka ajoittain työyhteisö kärsii aika ja resurssipulasta. Rauhallisempina aikoina tulee kiinnittää huomiota myös kehittämistoiminnan eteenpäinvientiin, jolloin on käytettävissä uutta ja ajantasaista tietoa terveydenhuollon tarpeisiin. Uusien BA innovatiivisten toimintamallien rakentaminen, sopeuttaminen toimintaympäristöön toimivaksi ja juurruttaminen osaksi päivittäistä toimintaa, on erittäin pitkäjänteinen prosessi, jota ilman ei synny tarvittavaa uutta osaamista. (Ora-Hyytiäinen 2006, 17.)

## 2.4 Haastattelu

Haastattelu menetelmänä perustuu kielelliseen vuorovaikutukseen ja on peräisin jo Aristoteleen ajoilta. Haastattelun tuloksiin sisältyy aina tulkintaa, ja tulosten yleistämistä tulee tarkkaan harkita. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 11-12.) Teemahaastattelu-nimi kertoo siitä, mikä haastattelussa on oleellisinta. Yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu rakentuu tiettyjen teemojen ympärille. Teemahaastattelu huomioi sen, että haastateltavien tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, koska haastattelun teema-alue, on kaikille sama. Teemahaastattelusta puuttuu lomakehaastattelulle luonteenomainen kysymysten tarkka muoto ja järjestys,

mutta se ei ole täysin vapaa, kuten syvähaastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48; Eskola & Suoranta 2005, 85.)

Yhteistyökumppaniin tutustuttiin ensimmäisen kerran 19.5.2008, jolloin haastateltiin alustavasti työryhmän jäsenenä toimivaa sairaanhoitajaa. Varsinainen teemahaastattelu tapahtui 21.10.2008 Routiolla. Paikalla olivat kotihoidosta sairaanhoitaja ja lähihoitaja sekä molemmat työryhmän opiskelijajäsenet.

## 2.5 Sisällönanalyysi

Tutkimusmenetelmät voidaan jakaa määrällisiin ja laadullisiin tutkimuksiin. Tavallisesti tutkimus- ja kehittämishankkeissa sovelletaan sekä määrällisiä että laadullisia tutkimusmenetelmiä, jolloin saadaan monipuolisempi lopputulos tutkimuksen kohteesta. (Stenvall & Virtanen 2007, 136.) Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Sitä voidaan pitää yksittäisenä metodina sekä väljänä teoreettisena kehyksenä, joka mahdollistaa sen käytön monenlaisissa tutkimuksissa. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21-23; Sarajärvi & Tuomi 2002, 93.) Kyngäs ja Vanhanen (1999, 4) esittävät Cavanaghiin (1997) viitaten, ettei se kuitenkaan ole ainoastaan aineiston keruu- ja luokittelumenetelmä, jolla samaa muistuttavat asiat kerätään yhteen, vaan se samalla kehittää myös ymmärrystämme kommunikaatiosta. Sisällönanalyysissa on kysymyksessä aineistossa ilmenevät merkitykset, tarkoitukset ja aikomukset sekä yhteydet. Laadullisen tutkimuksen eri lähestymistavoille on yhteistä se, että niiden tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21, 23; Sarajärvi & Tuomi 2002, 93, 109-110.)

Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Lukijalle tulisi kertoa aineiston luokittelun alkujuurit. Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 227; Kyngäs & Vanhanen 1999, 4; Sarajärvi & Tuomi 2002, 109-110.) Analyysin lopputuloksena saadaan kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmä tai käsitekartta (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4-5).

Sisällönanalyysi-prosessista voidaan karkeasti erottaa seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Aineiston luokittelun jälkeen suoritetaan abstrahointi eli käsitteellistäminen. Abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja tutkimusaineisto järjestetään sellaiseen muotoon, että siitä tehdyt johtopäätökset siirtyvät yleisemmälle ja teoreettiselle tasolle. Sisällönanalyysi-prosessista muodostuu erilainen riippuen siitä, perustuuko analyysi induktiiviseen vai deduktiiviseen päättelyyn ja kohdistuuko analyysi aineiston ilmi- vai piilosisältöihin. Aineiston ilmisältöihin (manifest) kohdistuu

vassa analyysissä tutkija jakaa aineiston analyysiyksiihin ja tarkastelee niitä suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Aineiston piilosisältöihin (latent) kohdistuvassa analyysissä tutkija tarkastelee aineiston osia suhteessa koko aineistoon. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 24-25; Metsämuuronen 2008, 48; Sarajärvi & Tuomi 2002, 114-115.)

Analyysiyksikkö voidaan määritellä eri tavoin. Se voi olla aineistoyksikkö, esimerkiksi dokumentti tai aineiston yksikkö, esimerkiksi sana tai lause. Analyysiyksikön määrittäminen ennen analyysiprosessin aloittamista on olennainen tehtävä, olipa kyseessä sitten aineisto- tai teorialähtöinen sisällönanalyysi. Analyysiyksikön määrittelyssä ratkaisevat aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö on aineiston yksikkö: sana, lause, lauseen osa, ajankohtaisuus tai sanayhdistelmä. Sanaa voidaan käytännössä pitää pienimpänä mahdollisena analyysiyksikkönä. Vertailtaessa esimerkiksi eri kirjoittajien tekstejä, voidaan tarkastella tietyn sanan esiintymistä tietyn mittaisessa tekstissä. Lausumalla tarkoitetaan useammista sanoista koostuvaa ajatusta, eräänlaista ajatusteemaa. Usein analyysiyksikköksi soveltuu ajatuksellinen kokonaisuus, joka voi olla kokonainen virke. Lausuman voi muodostaa myös virkettä laajempi useasta virkkeestä koostuva tekstikappale. Analyysiyksikkönä voi olla myös ”luonnollinen yksikkö”, johon aineisto voi jakaantua. Tällainen luonnollinen ”juttu”, analyysiyksikkönä tarkoittaa, ettei yksikköä jaeta pienempiin osiin, kuten sanoihin tai lausumiin, vaan se luokitellaan kokonaisuudessaan. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25-26.)

Tutkimuksen reliabelius eli luotettavuus tarkoittaa sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tämä voidaan todeta usealla eri tavalla, esimerkiksi jos kaksi arvioijaa päätyy samantylaiseen tulokseen, voidaan tulosta pitää reliabelina. Validiudella tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Validius merkitsee kuvauksen ja siihen liitettyjen tulkintojen yhteensopivuutta. (Hirsjärvi ym. 2006, 226-227; Eskola & Suoranta 2005, 213.)

## 2.6 Tutkimuksen etiikka

Tutkimusta tulee suorittaa hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen, jolloin huomioidaan eettinen toiminta. Haastattelussa saatu aineisto tulee tallentaa virheettömästi, jotta ei synny vääristyneitä tuloksia jotka mahdollisesti vaikuttavat tuloksiin. Tutkimuksessa saadut tulokset tulee raportoida rehellisesti. Kehittämishankkeen tiedonhankinnassa tulee noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankinnan periaatteita. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 386.) Ihmisiä haastateltaessa tutkimusaineiston luotettavuuden perusta on tutkittavien yhteistyöhalu. Haastatteluaineistoa kerätessä tulee kiinnittää huomiota tutkittavien oikeuksiin ja kohteluun, ihmisiä tulee kohdella kunnioittavasti ja rehellisesti. Tutkittavilta tulee pyytää suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Suostuminen vaatii, että tutkittaville annetaan informaatiota etukäteen mahdollisimman monipuolisesti, rehellisesti ja totuuden mukaisesti. Tutkitta-

ville tulee antaa mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää haastattelu ilman aiheutuvia seuraamuksia. Haastateltavalle tulee taata anonymiteetti tutkimusprosessissa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 290.)

Ennen haastattelun aloitusta haastateltavilta kysyttiin suostumusta lääkehoitoon liittyvään teemahaastatteluun. Haastateltaville kerrottiin, että haastattelu tullaan tallentamaan MP3 soittimella, josta tiedosto siirretään tietokoneelle litterointia varten. Tiedosto tuhoetaan, kun äänite on saatu litteroitua tekstiksi. Äänitteessä ei tule esiin henkilöllisyyksiä, joiden perusteella haastateltavat olisi tunnistettavissa. Haastateltaville kerrottiin, että heillä on mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää haastattelu ilman seuraamuksia. Haastateltavat antoivat suostumuksensa vapaaehtoisesti, MP3 soittimelle tallennettavan lääkehoidon teemahaastattelun tekemiseksi.

### 3 Kotihoito kehittämishankkeen ympäristönä

Lohjalla kotihoitoa annetaan vanhuksille ja vammaisille. Säännöllistä kotihoitoa saaville asiakkaille laaditaan asiakaskohtainen palvelu- ja hoitosuunnitelma, joka sisältää arvion asiakkaan toimintakyvystä, palvelun tarpeesta sekä suunnitelman hänelle annettavista palveluista. Lohjan kaupungin kotihoidon työnkuva on viimeisen kymmenen vuoden aikana muuttunut yhä enemmän vanhusten perushoitoa tarjoavaksi organisaatioksi. Muuttunut toiminnan luonne vaatii laajempaa ammatillista osaamista myös kotihoidon työntekijöiltä. (Lohja 2008). Kotihoidolla tarkoitetaan ”Toimintayksikköä, jolle kotihoidon tehtävät kuuluvat, pidetään sosiaalihuollon toimintayksikkönä, jos se on sosiaalihuollon toimeenpanosta vastaavan toimielimen alainen, ja terveydenhuollon toimintayksikkönä, jos se on kansanterveystyön toimeenpanosta vastaavan elimen alainen” (Kansanterveyslaki 2: 13 d §; Sosiaalihuoltolaki 2: 12 d §.)

Kehittämistoimintaan osallistuvat organisaatiot tuovat mukanaan omat kulttuurinsa, arvonsa, päämääränsä, tavoitteensa, käsityksensä ja tapansa toimia. Organisaatio muodostuu monista erilaisista tasoista: työyksiköt, työyhteisöt, yksilöt ja ammattikunnat, joilla kaikilla on omat kulttuurinsa, arvonsa, päämääränsä, tavoitteensa, käsityksensä ja tapansa toimia. Yhteiselle kehittämistoiminnalle on ensin muodostettava yhteinen merkitys, johon vaikuttavat molempien organisaatioiden eri tasojen kulttuurit. (Ahonen ym. 2006, 17.)

#### 3.1 Roution kotihoito

Kotihoidossa henkilöstön ammattinimikkeet ovat sairaanhoitaja, lähihoitaja ja kodinhoitaja. Suurimmalla osalla kotihoidon henkilökunnasta on lähihoitajan koulutus. Roution kotihoidon vakituiseen henkilökuntaan kuuluu palvelualuepäällikkö, yksi sairaanhoitaja, kahdeksan lähihoitajaa ja kaksi kodinhoitajaa. Palvelualuepäällikkö toimii Roution työryhmän esimiehenä. Sijaistarpeita täydennetään Lohjan kaupungin kotihoidon varahenkilöstöstä ja tarpeen vaati-



essa tilapäisellä työvoimalla, esimerkiksi opiskelijoilla. Henkilökunnan osaamista täydennetään ammatillisella lisäkoulutuksella. Kotihoidon vastuualueella vakituisia asiakkaita on noin 40 ja tilapäisiä noin 30. Kotihoidon toimipisteen tilat sijaitsevat keskeisellä paikalla Roution keskustassa olevassa asuinkerrostalossa, josta kaupunki omistaa kotihoidon käyttämän huoneiston. Huoneisto on tyypiltään kaksi huonetta ja keittiö, wc, vaatehuone. Olohuone toimii hoitajien palaverin pitopaikkana, makuuhuoneessa on sairaanhoitajan ja palvelualuepäällikön toimisto, johon on sijoitettu lukittavat lääkekaapit sekä lääkkeille tarkoitettu jääkaappi. Keittiö toimii henkilökunnan taukotilana. Vaatehuone toimii varastona, josta löytyy hoitotarvikkeita ja henkilökunnan työvaatteita. Toiminta-alue on laaja ulottuen Sammatin rajalta lähes keskustaan, Tehtaankadulle. Kotihoidolla on käytössä yksi kaupungin omistama henkilöauto, jonka lisäksi työntekijät käyttävät omia autojaan saaden kilometrikorvauksen kaupungilta. Omien autojen käyttäminen helpottaa liikkumista isolla toiminta-alueella. Kotihoidon toimipisteen välittömässä läheisyydessä asuvilla asiakkailla henkilökunta käy kävellen. (Haastattelu 1.)

Työryhmä kokoontuu aamulla kotihoidon toimipisteeseen, jossa sovitaan päivän työtehtävien jakamisesta. Vastuuhoitajat ottavat ensisijaisesti omat asiakkaansa hoidettavaksi ja loput asiakkaat jaetaan paikalla olevien työntekijöiden kesken. Työryhmällä on yhteinen vastuu, että kaikki asiakkaat tulevat hoidetuksi poissaoloista ja vapaapäivistä huolimatta. Asiakkaiden luona käydään yhdestä kolmeen kertaa päivässä ja pääsääntöisesti yksin. Joskus asiakkaat tarvitsevat kahden hoitajan apua, silloin hoitajat suunnittelevat työjärjestyksen tarkoituksenmukaiseksi, jotta työn tekeminen olisi mahdollisimman joustava. Jos asiakkaan luona käydään kolme kertaa päivässä, niin pääsääntöisesti aamuvuoron hoitaja käy aamu- sekä päiväkäynnit ja iltavuoron hoitaja käy iltakäynnin. Työryhmän sairaanhoitaja kertoo aamupalaverissa niiden asiakkaiden nimet, joilta tarvitsee ottaa laboratorio näytteitä tai antaa lihakseen pistettäviä lääkkeitä. Mahdollisuuden mukaan sairaanhoitaja tekee niille asiakkaille aamutoimet, joilta ottaa näytteet. Vastuuhoitajalla ja muilla työryhmän jäsenillä on vastuu hoitotarvikkeiden riittävydestä asiakkaan luona, jotta ennalta suunniteltu hoito voidaan toteuttaa. (Haastattelu 2.)

Kerran viikossa työryhmä pitää viikkopalaverin, jossa käsitellään ajankohtaisia asioita ja voidaan tehdä päätöksiä useamman työntekijän läsnä ollessa. Roution työryhmästä osallistutaan mahdollisuuksien mukaan asiakkaiden kotiutuspalavereihin, kun ovat kotiutumassa sairaalasta tai terveyskeskuksen vuodeosastolta. Tavoitteena on, että palaveriin osallistuu vastuuhoitaja ja sairaanhoitaja. Sairaala kutsuu omaisen paikalle, joka on tärkeä lenkki kotiuttamisessa. Palaverissa keskustellaan asiakkaan sen hetkisistä avuntarpeista ja käyntikerroista, lääkehoidon toteuttamisesta, omaisten hoitoon osallistumisesta, mahdollisista kodin muutostöiden tarpeellisuudesta sekä kotiutumisen ajankohdasta. Kotiutumisen ajankohdasta päätetään ennakolta, jolloin sovitaan siitä, tarvitseeko asiakasta olla vastassa kotona vai riittääkö käynti

myöhemmin kotiutumispäivän aikana. Kotiuttamispalavereista pidetään kirjaa, johon merkitään yhdessä sovitut asiat. (Haastattelu 1.)

Roution kotihoidon toiminnassa toteutetaan eettisiä arvoja, jotka pohjautuvat Lohjan kaupungin hoitotyön filosofiaan. Hoitotyötä ohjaavat arvot ovat: ihmisen kunnioittaminen, tasa-arvoisuus, oikeudenmukaisuus ja lähimmäisen rakkaus. Ihmisen kunnioittamisella tarkoitetaan, että jokainen ihminen on ainutkertainen ja hänellä on oikeus tehdä itseään koskevia valintoja ja päätöksiä, niistä vastuun kantaen. Hoitotyöntekijän tulee kunnioittaa asiakkaiden henkilökohtaisia valintoja. Tasa-arvolla tarkoitetaan sitä, että asiakkaat saavat hoitoa samanaisten perusteiden mukaan. Hoitotyöntekijät työskentelevät tasa-arvoisina työyhteisössä ja asiakkaat kohdataan tasavertaisina. Oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan sitä, että jokaisella on oikeus saada hoitoa riippumatta iästä, sairaudesta, sosiaalisesta asemasta, kielestä, elämäntilanteesta, poliittisesta näkemyksestä tai kansallisuudesta. Jokaisella asiakkaalla on oikeus saada hyvää hoitoa. Lähimmäisen rakkaudella tarkoitetaan ihmisten kunnioittamista, huolenpitoa ja vastuunottamista, jos asiakas ei pysty huolehtimaan itsestään. Hoitajan tulee olla tietoinen omasta arvoperustastaan, jolloin hän voi ymmärtää toisten ihmisten valintoja ja arvomaailmaa. (Roution kotihoidon perehdytyskansio 2009.)

Roution kotihoidon päivittäisessä toiminnassa arvot ilmenevät seuraavilla tavoilla: Kunnioitetaan asiakkaiden mielipiteitä, valintoja ja päätöksiä. Jokaisella ihmisellä on oikeus kertoa oma mielipiteensä, vaikka se olisi erilainen. Asiakkaat ovat itsenäisiä tehdessään päätöksiä, joista kantavat vastuun. Tasa-arvoisuuden näkökulmasta asiakkaat kohdataan tasavertaisina ihmisinä ja hoitotyöntekijät ovat tasavertaisia keskenään. Asiakkaiden kohdalla vastataan heidän tarpeisiin yksilöllisesti ja työntekijöiden kohdalla työtehtävät jaetaan tasapuolisesti työntekijöiden kesken. Oikeudenmukaisuuden näkökulmasta jokaiselle annetaan yhtä hyvää hoitoa, riippumatta siitä onko oma vastuuhoitaja työvuorossa vai korvaava hoitaja. Hoidon kannalta tarpeelliset tiedot välitetään eteenpäin, jotta yhteistyö toimii saumattomasti. Lähimmäisen rakkauden näkökulmasta hoitotyötä tehdään pitkäjänteisesti, tulevia asioita ennakoiden. Esimerkiksi muistutetaan hyvissä ajoin lähestyvistä lääkärin ajasta tai muistutetaan lääkkeiden hankinnasta, jos niitä ei hankita kotihoidon työntekijöiden toimesta. Asiakkaita aktivoidaan toimimaan omien voimavarojen mukaan, jolloin hoitaja tekee mahdollisimman vähän puolesta. Toimitaan hyvässä yhteistyössä omaisten kanssa. (Roution kotihoidon perehdytyskansio 2009.)

Kotihoidon työ poikkeaa perinteisestä hoitotyöstä siinä, että työtä tehdään asiakkaan omassa kodissa, joka on äärimmäisen henkilökohtaista aluetta. Hoitotyöntekijä on aina ulkopuolinen ihminen, vaikka asiakassuhde olisikin kestänyt vuosikausia ja yhteistyö toimisi saumattomasti. Leino-Kilven ja Välimäen (2004, 231-232) mukaan kotioloissa hoitotoimenpiteiden suorittaminen ei ole aina helppoa. Hoitotyöntekijän ei tule syyllistää ikääntynyttä siitä, että tämän

kodissa ei ole hoidossa tarvittavia välineitä. Ikääntynyt on rakentanut kotinsa itselleen sopivalla tavalla, eikä hänellä ole välttämättä mahdollisuuksia tai halua hoitotyötä helpottavien välineiden hankkimiseksi tai tilamuutosten tekemiseksi. Kotihoidon asiakkaan hoidon jatkuvuus on paljolti vaihtuvien hoitotyöntekijöiden varassa, tällöin oleellista on tiedon siirtyminen ja luottamuksellisuus. Hoitotyöntekijä saattaa asiakkaan kotona saada tietoonsa asioita, jotka eivät liity hoitotyöhön, mutta myös näiden asioiden suhteen häntä sitoo vaitiolovelvollisuus. Myös hoitotyöhön liittyvien asioiden siirtämisessä toiselle ammattilaiselle on noudatettava hienotunteisuutta. Ikääntyneen kotona työskenneltäessä hoitotyöntekijä saattaa tavata asiakkaan omaisia tai ystäviä, joille hän ei halua kertoa asioistaan. Hoitotyöntekijän on erityisesti huomioitava, kenelle asiakas sallii pääsyn hoitotilanteisiin tai kenen kuullen keskustelee asioistaan. Lähtökohtana on, että hoitotyöntekijän ensisijainen asiakas on potilas itse. Pölläsen (2007, 2) mukaan kotihoidon tarjoaman avun tavoitteena on tukea asiakkaan omassa kodissa asumista mahdollisimman pitkään. Tukeminen perustuu asiakkaan voimavarojen tunnistamiseen ja omatoimisuuden kannustamiseen toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Palveluja yhdessä suunniteltaessa kirjataan hoidon tavoitteet, osallistuminen sekä hoito kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

### 3.2 Muutos

Onnistuneelle muutokselle ei riitä, että ainoastaan työryhmällä ja esimiehellä on kompetenssia toteuttaa kehittämishanketta, myös työntekijöiltä edellytetään muutoskompetenssia ja vastuuta oman työn kehittämisestä. Työntekijän aktiivinen osallistuminen kertoo, että työ koetaan merkitykselliseksi ja työ halutaan tehdä hyvin. Työntekijät odottavat muutoksessa monenlaista tukea, muun muassa arvostusta, sosiaalista ja tunneperäistä tukea. Tällöin dialogi, luottamus ja oppimisen tukeminen ovat luonnollisia keinoja vahvistaa henkilökunnan tuen tarvetta muutostilanteessa. (Stenvall & Virtanen 2007, 107-108.)

Muutoksen tekemiseen liittyy olennaisesti ajatus työssä oppimisesta, jolloin työntekijät ovat mukana kehittämishankkeessa. Oppimiseen vaikuttavia tekijöitä ovat; työyhteisön sosiaalisen verkoston tukeminen (vuorovaikutukseen kannustaminen ja tukeminen sekä motivointi), reflektiivisen työskentelymallin käyttäminen ja dialogi. Reflektiossa on olennaista, että työntekijät kykenevät tunnistamaan oman oppimisen, arvioivat kriittisesti oppimaansa ja pystyvät hyödyntämään uutta osaamista työssään. Dialogia tarkoittaa kykyä yhdistää aiemmin omaksettua tietoa uuteen tietoon. Dialogiin osallistuvat antavat toisten ajatusten ja näkemysten ohjata omaa ajattelua, jolloin syntyy keskustelua eri näkökulmista. Dialogin käyminen edellyttää kuuntelemisen taitoa, pyrkimystä ymmärtää toisten ajatuksia ja lähtökohtia sekä intressejä. Parhaimmillaan dialogi auttaa muuttamaan omaa ajattelua, lopputuloksena syntyy uutta osaamista. Onnistuneesti tehdyn muutosprosessin toteutus perustuu kriittiseen reflektioon ja dialogiin. (Stenvall & Virtanen 2007, 12-15, 59-62.)

Projektit ovat keino tietoisien kehityksen aikaansaamiseen työyhteisössä. Kehittämisen ei tulisi olla itsetarkoitus, vaan sen tarkoituksena on vahvistaa työntekijöiden ammatillista osaamista, vahvistaa työyhteisön ydinosaamista ja parantaa potilasturvallisuutta. Ammattikoulutuksessa saavutettu osaaminen ei ainoastaan riitä, vaan tarvitaan jatkuvaa tiedon ja taidon päivittämistä. Elinikäinen oppiminen sulautuu osaksi työtä, eikä ammatillinen kehittyminen ole enää irrallinen suoritus. (Paasivaara ym. 2008, 19-64.)

### 3.2.1 Muutoksen vaiheet

Arikosken ja Sallisen (2007, 68-69) mukaan muutokset sisältävät kolme perusvaihetta: muutostavastarinta, vanhasta poisoppiminen sekä uuden oppimisen eli muutoksen konkreettisen toteuttamisen. Muutostavastarinta on tarpeellinen ja tärkeä vaihe muutoksessa, joka kertoo siitä, ettei työntekijä ole valmis muutokseen eikä hän välttämättä selviä ilman tukea ja apua. Muutostavastarinna on paljon hyödyllistä voimaa, joka tulee suunnata muutoksen toteuttamiseen. Tämä edellyttää työryhmältä kykyä ottaa vastaan kehittämisehdotuksia. Paasivaaran ym. (2008, 139) mielestä muutoksia voi luonnollisesti vastustaa perustellusti, esitettyjen argumenttien kautta saattaa olla jopa mahdollisuus aikaansaada muutoksessa tarvittavaa kriittistä reflektiivisyyttä sekä dialogia. Yksilöt eivät vastusta niinkään muutosta sinänsä, vaan taustalla on usein uskomus tai kokemus toimivien työkäytäntöjen menettämisestä. Muutoshaikkuuden minimiehto on muutoksen syiden ja perusteiden ymmärtäminen.

Vanhasta poisoppimisen vaiheessa henkilöstö tarvitsee tukea ja aikaa. Poisoppiminen edellyttää riittävästi aikaa luopua vanhasta. Pidempään vanhalla työskentelytavalla työskennelleet voivat tarvita enemmän aikaa vanhasta poisoppimiseen kuin ammatillisesti nuorempi kollega. Vanhan poisoppiminen on tärkeää, jotta uudesta osaamisesta tulisi päivittäistä toimintaa ja asiakkaat saavat parempaa ja turvallisempaa palvelua. (Arikoski & Sallinen 2007, 69-70.)

Uuden oppimiseen eli muutoksen konkreettiseen toteuttamiseen päästään vasta, kun vanhoista toimintamalleista on luovuttu. Uuden opetteleminen on muutoksessa herkullisin ja hektisin vaihe. Ihmiset osaavat nauttia muutoksesta kunnes havaitsevat oppivansa, sisäistävänsä uusia asioita ja kykenevänsä toimimaan uusien vaatimusten mukaisesti. Tässä vaiheessa työntekijät yleensä havaitsevat, että vanhasta luopuminen oli tarpeellista kun sama tulos saavutetaan taloudellisemmalla työmäärällä. (Arikoski & Sallinen 2007, 70.)

### 3.2.2 Muutoksen merkitys työntekijälle

Muutokseen suhtautumiseen vaikuttaa merkittävästi se, millaisia kokemuksia työyhteisön jäsenillä on aiemmista tehdyistä muutoksista. Aiemmin onnistuneet muutokset ovat avuksi myös uusissa muutostilanteissa. Tämä saattaa olla niiden työntekijöiden vahvuus jotka ovat olleet

mukana aikaisemmissa muutoksissa työuransa aikana. Tämän vuoksi aikaisempia muutoksia kokeneet työntekijät suhtautuvat uusiin muutoksiin pääasiassa muita työntekijöitä rauhallisemmin. (Arikoski & Sallinen 2007, 65.)

Oman toiminnan muuttamisen peruspilareita on kyky kommunikoida. Toiminnan korjaamisen kannalta on ratkaisevaa, minkä tasoista keskustelua työyhteisössä käydään. Taitava keskustelu, jossa perustellut mielipiteet vievät keskustelua eteenpäin, luo perustan muutoksille. Keskustelun korkeinta tasoa, dialogia, on arkityössä usein haasteellista saavuttaa. Se edellyttää yhdessä ääneen ajattelua, jossa ääneen lausutut käsitykset jalostavat toisiaan täydentävästi. (Arikoski & Sallinen 2007, 18.)

### 3.2.3 Muutoksen merkitys työyhteisölle

Työyhteisöt koostuvat erilaisista ihmisistä ja eri ammattiryhmistä. Hyvin toimiva työyhteisö arvostaa ja hyödyntää jäsentensä persoonallisuutta sekä erilaisia näkemyksiä ja yksilöllistä osaamista. Erilaisuutta voidaan hyödyntää esimerkiksi kokemustiedon siirtämisessä. Kokemustietoa on varsinkin pitkään alalla olleilla, kun taas nuoremmilla on tuoretta tietoa opintojensa kautta. Näiden yhdistäminen rikastuttaa. (Paasivaara ym. 2008, 52.)

Erilaisuuden hallinta on tärkeä tekijä yhteisön hyvän työtuloksen, organisaation jäsenten hyvän moraalien, tyytyväisyyden ja sitoutumisen saavuttamiseksi. Muutoksien toteuttamisessa avoimella kommunikaatiolla rakennetaan luottamusta, ja luottamus syntyy työyhteisön sisäisen toiminnan tuloksena. Hyvin toimivat työyhteisöt ovat avoimia ja rehellisiä, antavat mahdollisuuden myös epäonnistumiselle. Sen sijaan työyhteisössä, jossa vallitsee epäluottamusta, esiintyy muutostilanteessa hyödyttömäksi koettua kilpailu yksilöiden ja yksiköiden välillä. Tällaisessa tilanteessa muutos voi jäädä jopa toteuttamatta. Olennaista työyhteisössä tapahtuvan yhteisen oppimisen kannalta on tiedon jakaminen ja yhdessä tekeminen. (Stenvall & Virtanen 2007, 32-82.)

Työyhteisössä tarvitaan monenlaista osaamista, parhaimmillaan ydinosaamisesta tulee koko työyhteisön toimintaa ohjaava asia. Ydinosaaminen on vaikeasti korvattavissa ja kopioitavissa. Työyhteisössä tarvitaan ydinosaamisen lisäksi myös arvoihin ja toimintatapoihin liittyvää osaamista. Näistä tärkeimpiä ovat työyhteisössä vallitsevat arvot, työntekijöiden yhteiset uskomukset, käyttäytymisnormit, työkuultuuri ja työelämäosaaminen. Työelämäosaaminen edellyttää työntekijältä: oppimistaitoja, ongelmanratkaisutaitoja, yhteistyötaitoja, vuorovaikutus- ja viestintätaitoja, tutkimus- ja kehittämistaitoja, kliinisiä eli ammattitaitoja. (Paasivaara ym. 2008, 62-63.)

### 3.2.4 Esimiehen merkitys muutoksessa

Työyhteisön esimiehen tehtävä kehittämistoiminnan onnistumisen edellytysten luojana on ratkaisevan tärkeä. Muutosprosessin johtaminen on mahdollisuuksien luomista kehittämistyöryhmän toiminnalle työyhteisössä sekä työyhteisön sitouttamista prosessiin. Vuorovaikutusta työryhmien sekä työryhmän ja työyhteisön välillä pyritään edistämään, myös tavoiteltavaan muutokseen liittyvää vuorovaikutusta on kannustettava työyhteisön sisällä. (Aho-  
nen ym. 2005, 6.)

Kehittämistoiminnan johtamisen tarkoituksena on luoda turvallinen ja avoimuuden mahdollistava ilmapiiri, mahdollistaa kaikkien työyhteisön jäsenten osallistuminen ja kannustaa heitä toimimaan. Esimiehen tehtävänä on kehittämistyöryhmän ja työyhteisön työskentelyn yhteensovittaminen niin, että muutos mahdollistuu. Esimiehen tehtävänä on seurata ja arvioida uuden toimintakäytännön muodostumista osaksi työyhteisön päivittäistä toimintaa muutosprosessin aikana, sekä sen jälkeen. (Aho-  
nen ym. 2005, 6.)

### 3.3 Kumppanuus kehittämistoiminnassa

Kumppanuuden perustana ovat oppimisen ja kehittymisen arvostaminen sekä keskinäinen luottamus toisen osapuolen osaamiseen. Keskinäinen kunnioitus on erittäin tärkeä elementti kumppanuudessa. Yhteisen toiminnan tavoitteena on väestön terveyden edistäminen ja terveydenhuollon palvelujen edelleen kehittäminen terveydenhuollon yksikön toiminta-alueella. Se toteutuu yhteisöllisenä oppimisena ja sitoutumisena yhteisen tavoitteen saavuttamiseen. Kumppanuuden tehtävänä on vahvistaa organisaatiota sekä niissä toimivia ihmisiä. Kumppanuudessa tärkeänä päämääränä on hoitotyön kehittämisen arvostaminen ja sitoutuminen yhteiseen toimintaan uuden tiedon tuottamiseksi sekä uuden osaamisen kehittämiseksi. (Aho-  
nen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen, 2006, 16.)

Yhteiselle kehittämistoiminnalle on myös asetettava tavoitteet. Tavoitteina tulee olla hoitotyön näkyvän toiminnan muutos, ei ainoastaan sen taustalla olevan hoitajien ajattelun muutos. Jos vain näkyvää toimintaa muutetaan määräyksestä ymmärtämättä sen perusteluja, toiminnan muutos ei ole pysyvä. Yhteisen oppimisen seurauksena tuotetaan uutta tietoa kehittämiskohteesta ja sen seurauksena hoitajien ajattelu ja toiminta muuttuu. (Aho-  
nen ym. 2006, 17.)

Kehittämisessä juurruttamisen menetelmällä toimijoiden roolit muuttuvat perinteisistä uusiksi. Opiskelija on kehittämistyöryhmän aktiivinen jäsen, hän työskentelee tasavertaisena hoitajien rinnalla ja kantaa vastuuta hoitotyön kehittymisestä, ei pelkää oman opinnäytetyön toteutumisesta. Hoitajan rooli aktiivisena ja vastuullisena työnsä kehittäjänä on myös toi-

senlainen kuin perinteisen opiskelijan harjoittelun ohjaajan. Opettaja joutuu myös muuttamaan rooliaan tiedon siirtäjistä työryhmän toiminnan tukijaksi, helpottajaksi ja motivoijaksi. Työyhteisön esimiehen rooli muuttuu perinteisestä työn jakajasta ja kontrolloijasta kohti oman ydintehtävän tunnistamista niin, että hän tukee työryhmää ja edistää työyhteisössä turvallista muutosta. Huolenpito ja välittäminen ovat keskeisiä hyvän esimiehen ominaisuuksia, joita erityisesti muutoksessa tarvitaan. (Ahonen ym. 2006, 17.)

Uudenlaisen yhteistyön käynnistämiseen liittyy toisen organisaation kulttuurin ymmärtäminen. Yhteistyötahon kulttuurin ymmärtäminen on yksi keskeinen haaste, joka kasvaa vähitellen yhteistyön edetessä ja syventyessä. Kommunikatiivisuus ja dialogi edistävät tätä merkittävästi. Käsitukset yhteistyöstä sulautuvat yhteiseksi näkemykseksi ja yhteistyöhön perustuva uusi toiminta- ja työyhteisökulttuuri alkaa muotoutua. (Paasivaara ym. 2008, 54-55.)

#### 4 Kehittämishankkeen teoreettinen viitekehys

Hoitotyön kehittämisen tulee pohjautua tutkittuun tietoon. Tutkitun tiedon käyttämisellä, ja edelleen kehittämisellä, luomme vankkaa perustaa hoitotyön ammattiosaamiselle. Hoitotyön osaaminen täydentyy uuden tiedon ja käytännön kokemuksen kautta näyttöön perustuvaksi toiminnaksi.

Ajantasainen tieto-taito auttaa hoitajia palvelemaan terveystalouden käyttäjiä yksilöllisesti, turvallisesti, tehokkaasti ja taloudellisesti. Yhteiskunnallisesti ajateltuna hoitotyön organisoimalla ja hoitohenkilökunnan toiminnalla on kansantaloudellista merkitystä. Yhä vähenevä julkinen rahoitus tulee käyttää hyödyksi mahdollisimman tehokkaasti, jotta terveys- ja sosiaalipalveluja voidaan järjestää kaikille niitä tarvitsevalle.

##### 4.1 Lääkehoitoprosessi

Lääkehoitoa koskevat ohjeet ja periaatteet ovat voimassa kaikissa terveyden- ja sosiaalihuollon toimintayksiköissä. Lääkehoidon toteuttaminen perustuu toimintayksikössä laadittavaan lääkehoitosuunnitelmaan, joka on työväline lääkehoitoprosessin hallintaan. Oman toiminnan tunteminen on avainasemassa suunniteltaessa ja toteutettaessa turvallista lääkehoitoa. (STM 2006, 3.)

Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen alkaa työyksikön toimintakulttuurista ja henkilökunnan asenteista. Turvallisuuteen tähtäävän toimintakulttuurin rakentaminen on pitkäjänteinen prosessi, joka voi viedä vuosia. Hyvän turvallisuuskulttuurin omaavassa työyhteisössä raportoidaan avoimesti tapahtuneista poikkeamista. Laadittujen poikkeamailmoitusten määrä kertoo hyvästä raportointi ja toimintakulttuurista, jonka johdosta voidaan kiinnittää huomiota

toimintatapoihin vastaavanlaisten poikkeamien ennaltaehkäisemiseksi. (Kostiainen 2008, 116.)

Kotihoidossa työskentelee monen eri ammattiryhmän koulutuksen suorittaneita hoitajia, joista suurimmalla osalla on lääkehoidon koulutus (Ojala 2004, 32). Lääkehoito on merkittävä osa kotihoidon jokapäiväistä työtä. Lääkehoidon tarve voi olla tärkein syy uuden asiakkaan tulemiseen palvelun piiriin. Lähes kaikki asiakkaat käyttävät lääkkeitä, jolloin kaikki kotihoidossa työskentelevät osallistuvat lääkehoidon toteuttamiseen. (Pietikäinen 2004, 50-68.) Ikääntyneen lääkkeen käytöstä vastaa usein omainen tai kotihoidon työntekijä. He noudattavat lääkäreiden antamia ohjeita ja määräyksiä. Lääkehoidon onnistuminen ja lääkkeiden vaikutusten seuraaminen vaatii perustietoja lääkkeistä ja lääkehoidosta. (Ojala 2004, 20.)

#### 4.1.1 Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat

Lääkehoitosuunnitelmassa määritellään lääkehoidon sisältö, toteuttamistavat ja menetelmät sekä poikkeamien seuranta ja raportointi. Oman toiminnan tunteminen sekä siihen liittyvien riskitekijöiden ja ongelmakohtien määrittäminen ja analysointi ovat perusedellytys työyksikön lääkehoidon hallinnalle ja kehittämiselle. Suunnitteluvaiheessa huomioidaan että lääkehoito on terveydenhuollon toimintaa, jota pääsääntöisesti toteutetaan lääkehoidon koulutuksen saaneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimesta ja vastuulla. Lääkehoitosuunnitelmalla yhtenäistetään laadukkaan lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeytetään lääkehoidon toteuttamiseen liittyviä vastuita ja määritetään vähimmäisvaatimukset joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä. Yksikön lääkehoidon vaatavuustaso määrittää lääkehoitosuunnitelman laajuuden. (STM 2006, 10-46.)

Lääkehoidosta puhutaan, kun käytetään lääkettä potilaan terveyden säilyttämiseen tai sairauden hoitoon. Lääkkeen määritelmän mukaan ”Lääkkeellä tarkoitetaan valmistetta tai ainetta, jonka tarkoituksena on sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä parantaa, lievittää tai ehkäistä sairautta tai sen oireita ihmisessä. Lääkkeeksi katsotaan myös sisäisesti tai ulkoisesti käytettävä aine tai aineiden yhdistelmä, jota voidaan käyttää ihmisen elintoimintojen palauttamiseksi, korjaamiseksi tai muuttamiseksi farmakologisen, immunologisen tai metabolisen vaikutuksen avulla taikka terveydentilan tai sairauden synn selvittämiseksi.” (Läkelaki 1: 3 §.) Rinnakkaisvalmisteen määritelmän muka ”Rinnakkaisvalmisteella tarkoitetaan lääkevalmistetta, joka on vaikuttavien aineiden laadun ja määrän osalta koostumukseltaan samanlainen, jolla on sama lääkemuoto.” (Läkelaki 1: 5 c §.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan lain nojalla ammatinharjoittamisoikeuden saanutta laillistettua ammattihenkilöä tai ammatinharjoittamisluvan saanutta ammattihenkilöä sekä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetulla asetuksella säädettyä terveydenhuol-



lon nimikesuojattua ammattihenkilöä. Ammatinharjoittamisen edellytyksenä on virallisesti hyväksytty tutkinnon antava koulutus. Tutkinnon perusteella myönnetään ammatinharjoittamisoikeus, -lupa tai nimikesuojaus. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1: 2 §.) Terveydenhuollon laillistettuja ammattihenkilöitä ovat muun muassa sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, kätilö (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1: 5 §.) Terveydenhuollon nimikesuojattuja ammattihenkilöitä ovat muun muassa lähihoitaja, perushoitaja, apuhoitaja, mielenterveyshoitaja, mielisairaanhoitaja ja lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja (Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1 §.)

”Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairauden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoimintansa potilaalle koitua hyöty ja sen mahdolliset haitat”. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 3: 15 §.)

Kotihoidon työntekijät varmistavat lääkehoidon onnistumisen ja turvallisuuden erilaisilla tavoilla: Lääkkeitä annostellaan jakamalla ne lääkedosettiin. Varmistetaan tarvittaessa, että asiakas nielee lääkkeensä. Vanhentuneet ja tarpeettomat lääkkeet toimitetaan apteekkiin. Asiakkaalle kirjoitetaan tietokoneella selkokielineen lääkelista, joka päivitetään lääkemuutosten yhteydessä. Asiakkaalle ja tarvittaessa myös omaiselle/ystävälle annetaan lääkehoidon ohjausta. Lääkehoitoa suunniteltaessa tulee myös huomioida asiakkaan taloudellisen tilanne, jotta lääkärin suunnittelema lääkehoito voidaan toteuttaa esimerkiksi edullisemmalla rinnakkaisvalmisteella. (Säilä 2007, 55-56.)

Pietikäisen (2004, 58-59) tutkimuksen mukaan kotihoidon hoitajat suunnittelevat lääkehoitoa yhdessä asiakkaan kanssa. Suunnittelussa ennakoidaan lääkehoidon vaikutusta päivittäiseen elämään. Asiakkaan näkökulmasta suunnittelu koskee lääkkeen tarpeellisuutta; asiakkaan kannalta sopivaa lääkemannosta, antojankohtaa ja antotapaa. Suunnittelun yhteydessä tiedustellaan asiakkaan osallistumista lääkehoitoon. Kotihoidon näkökulmasta suunnittelu koskee lääkkeen saatavuutta ja lääkehoidon jatkuvuutta sekä henkilökunnan osaamisen varmistamista. Omaisten kanssa suunniteltiin lääkehoidon työnjakoa ja lääkehoidon vaikutusten seuranta. Lääkehoitoa kotihoidossa suunnittelee useimmin sairaanhoitaja. Lääkehoidon suunnitteluun voi osallistua myös lähihoitaja, työryhmä tai lääkäri. Mäkisen ja Routasalon (2003, 16) mukaan ikääntyneiden hoitoajat ovat lyhentyneet sairaaloissa, joka tarkoittaa asiakkaiden nopeampaa kotiutumista. Lähiomaisten hoitovastuu korostuu ilman, että heiltä välttämättä kysytään asiasta tai että tarjotaan valinnan mahdollisuuksia. Iäkkäät kokevat tärkeimmiksi

avunantajikseen lähiomaiset. Omaiset tarvitsevat monipuolista tukea, pystyäkseen auttamaan omaa läheistään. Kotihoidon henkilökunnalta saatu yksilöllinen tuki ja tieto asiakkaan hyvinvoinnista vähentävät omaisten kokemaa ahdistusta ja lisää hyvinvointia.

#### 4.1.2 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen

Työyksikön perehdyttämissuunnitelmaan kirjataan lääkehoitoon liittyvät tavoitteet, jotka uuden tai määräaikaisen työntekijän tulee hallita. Perehdyttämisvaiheen aikana työyksikön perehdytyksestä vastaava henkilö varmistaa, että työntekijällä on peruskoulutuksen antamat valmiudet. Työyksikössä voidaan ohjeistaa tarkemmin uuden työntekijän peruskoulutuksen antamien valmiuksien testaaminen. Osaamisen varmistamista voi edellyttää esimerkiksi lääkkeiden jakaminen. Perehdyttämisvaiheen päättyessä on esimiehen vastuulla varmistaa, että työntekijä riittävä osaaminen. (STM 2006, 47.)

”Lääkehoitoa toteuttavan henkilön tulee ymmärtää lääkehoidon merkitys osana hoidon kokonaisuutta ja lääkehoidon koko kaari: miksi lääkettä annetaan, mitä lääkettä, kuinka paljon, miten ja mitä antoreittiä käyttäen aina lääkehoidon vaikuttavuuden arviointiin asti” (STM 2006, 46). Pelkkä tekninen osaaminen ei riitä, vaan lääkehoidon toteuttaminen edellyttää todella monipuolisen tietoperustan hallintaa. (STM 2006, 46.)

Lisäksi vaaditaan hoidollisiin vaikutuksiin, sekä lääkehuoltoon liittyvien asioiden hallintaa. Lääkemuotojen ja lääkevalmisteiden sekä niiden ominaisuuksien ymmärtäminen on välttämätöntä, jotta voidaan varmistua turvallisen lääkehoidon toteutumisesta. (STM 2006, 46-47.)

Läkelaskenta on osa sairaanhoitajien päivittäistä toimintaa ja potilailla on oikeus olettaa, että heidän lääkeannoksensa ovat lääkemääräysten mukaisia. Kyky oikean annoksen määrittämiseen on tärkeä osa terveydenhuollon ammattilaisen ammatillista osaamista. Vaikka läkelaskut tulisi suorittaa oikein, ovat inhimilliset virheet aina mahdollisia. Virheet läkelaskennassa ovatkin riski potilasturvallisuudelle. Teknistyvä terveydenhuolto on vähentänyt läkelaskennan tarvetta, mikä osaltaan vaikeuttaa läkelaskutaitojen ylläpitämistä. (Erkko & Ernvall 2006, 14-17.) Matemaattiset taidot ovat yksi lääkehoidon osa-alue, jonka taitoja tulisi testata säännöllisesti. Tavoitteena on peruslaskutaitojen hallinta, joka johtaa läkelaskentataitojen ylläpitämiseen. (Lundgren-Laine 2007, 142.) Lääkehoidon muuttuminen jatkuvasti tehokkaammaksi vaatii lääkehoitotaitojen edelleen kehittämistä. Säilän (2007, 56-57) tutkimuksen mukaan täydennyskoulutukseen osallistuneet hoitajat kokevat omaavansa omasta mielestään riittävästi tietoa lääkkeiden vaikutuksista, haitta- ja sivuvaikutuksista, lääkkeitä joita tulisi välttää ikääntyneillä ja lääkkeitä jotka vaativat erityistä seuranta. Täydennyskoulutuksilla on merkitystä, sillä ne lisäävät hoitajan luottamusta omaan ammatilliseen osaamiseen, esimerkiksi lääkehoitoa suoritettaessa.

Sosiaali- ja terveysalan täydennyskoulutus ei ole järjestelmällistä eikä strukturoitua. Täydennyskoulutus on ammatillisten valmiuksien ylläpitämistä ja kehittämistä. Periaatepäätöksen mukaan terveydenhuoltohenkilöstölle järjestetään täydennyskoulutusta peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvasta riippuen, keskimäärin 3 - 10 arkipäivää vuodessa työntekijää kohden. Tähän suositukseen sisältyy työpaikoilla annettava koulutus. (Kansallinen projekti terveydenhuollon turvaamiseksi 2001, 26; Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus 2004, 25.)

”Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Terveydenhuollon ammattihenkilön työnantajan tulee luoda edellytykset sille, että ammattihenkilö voi osallistua tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen”. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 3: 18 §). Työyksiköiden lääkehoidossa edellytettävä osaaminen kartoitetaan, koulutustarpeet arvioidaan ja osaamista ylläpidetään, kehitetään ja seurataan terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutusta koskevien säännösten ja valtakunnallisten suosituksen mukaisesti. Työnantaja järjestää lääkehoidon täydennyskoulutusta työntekijöiden yksilöllisten koulutustarpeiden ja toimintayksikön lääkehoidon tarpeiden mukaisesti. Työnantaja vastaa lääkehoidon täydennyskoulutuksen järjestämisestä ja henkilöstöllä on velvollisuus osallistua koulutukseen. Työnantaja järjestää tarvittavan lääkehoidon koulutuksen myös sellaisille lääkehoidon toteuttamiseen osallistuville työntekijöille, joilla ei ole lääkehoidon peruskoulutusta. (STM 2006, 47.)

Ahosolan ja Jussilan (2008, 25) mukaan täydennyskoulutuksen lisäksi tulisi järjestää myös seudullisia kehittämistilaisuuksia. Tilaisuuksiin kutsuttaisiin, ajankohtaisista teemoista puhuvia ammattilaisia, kertomaan työstään. Esityksissä tuotaisiin esiin ammatillista erityisosaamista ja kokemustietoa. Tällä tavoin vaihdetaan tietoja, taitoja ja kokemuksia sekä tehdään osaamista näkyväksi. Samalla työntekijät saavat vertaistukea ja edistävät toimivien käytäntöiden leviämistä. Salmen (2008, 42-43) tutkimuksen mukaan työntekijät pitivät hyvänä koulutuksen toteuttamista yhteistoiminnallisena ja vuorovaikutuksellisena, hyödyntäen vertaisoppimista ja kehittämistä eikä pelkästään luento-opetuksena toteutettua koulutusta.

#### 4.1.3 Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako

Lääkehoitosuunnitelmassa tulee olla määritelty työyksikön lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön rakenne, jokaiselle kuuluvat tehtävät sekä vastualueet. Esimiesten vastuulla on varmistaa, että henkilöstöllä on tarvittava koulutus ja osaaminen sekä olosuhteet turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi. (STM 2006, 22, 48.)

”Laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärytyksestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Laillistetulla lääkärillä on oikeus määrätä apteekista lääkkeitä, lääkinnällistä tai lääketieteellistä tarkoitusta varten.” (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 4: 22 §.) Vastuu lääkeshoidon toteuttamisesta on lääkeshoidon koulutuksen saaneella laillistetulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä. Jokainen lääkeshoittoa toteuttava kantaa vastuun omasta toiminnastaan. Potilaan lääkeshoidosta vastaa lääkäri, joka antaa lääkemääräyksen kirjallisesti tai suullisesti annetun määräyksen perusteella. Pääsääntöisesti määräyksen tulee olla kirjallinen. Suonensisäinen neste- ja lääkeshoitto, verensiirron toteuttaminen ja niihin liittyvät toimenpiteet sekä kipupumppua vaativa lääkeshoitto ovat ainoastaan laillistetun ammattihenkilön suorittamaa toimintaa. Sairaanhoidajan sijaisina toimivat opiskelijat eivät voi em. toimenpiteitä suorittaa. (STM 2006, 24-50.)

Lääkeshoidon peruskoulutuksen saaneet ammattihenkilöt, sekä osittain alan opiskelijat valvotuina, voivat jakaa lääkkeitä potilaskohtaisiksi annoksiksi, antaa lääkkeitä luonnollista tietä, lisäksi he voivat pistää lääkkeen lihakseen ja ihon alle. Määräaikaiset työntekijät voivat osallistua suonensisäisen lääkeshoidon toteuttamiseen, jos he ovat suorittaneet suonensisäistä lääkeshoittoa ja verensiirtoa koskevat työpaikkakohtaiset koulutukset. Kts. kpl 4.1.4. Lääkeshoittoon peruskoulutukseltaan kouluttamaton henkilöstö voi osallistua osittain lääkeshoidon toteuttamiseen tilannekohtaisen harkinnan ja riittävän lisäkoulutuksen jälkeen. Lääkeshoittoa toteuttava työntekijä on vastuussa omasta toiminnastaan. Farmaseuttien osaamista tulisi hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti. (STM 2006, 50-51.)

Opiskelijoiden osallistuminen lääkeshoittoon ohjatussa harjoittelussa ja työssä oppimisen jaksoilla edellyttää heiltä riittäviä teoreettisia tietoja ja taitoja lääkeshoidosta sekä lääkelaskujen moitteetonta hallintaa. Opiskelijoiden tulee tarvittaessa pystyä osoittamaan lääkeshoidon opintojensa laajuus sekä suoritettut osiot. Sosiaali- ja terveysalan perustutkintoa (lähihoitaja) suorittavat opiskelijat harjoittelevat koulutuksensa mukaista lääkeshoittoa työssäoppimisjakson aikana työpaikkaohjaajan välittömässä ohjauksessa ja valvonnassa. Opiskelijat toimivat ohjaajiensa vastuulla. Ammattikorkeakoulututkintoa suorittavat sairaanhoitaja, kättilö, ensihoitaja ja terveydenhoitaja opiskelijat osallistuvat lisäksi ohjaajan vastuulla ja välittömässä valvonnassa vaativan lääkeshoidon kuten suonensisäisen neste- ja lääkeshoidon toteuttamiseen, suonensisäisen kanyylin asettamiseen, verensiirtojen toteuttamiseen. Ohjaajalta edellytetään asianmukaista pätevyyttä lääkeshoidon toteuttamiseen. Opiskelijaohjauksessa noudatetaan sosiaali- ja terveysministeriön suosituksia. Opiskelijan toimiessa tilapäisesti terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävissä, työnantaja määrittää opiskelijan oikeudet lääkeshoidon toteuttamisessa opiskelijan valmiudet ja työyksikön lääkeshoidon vaatavuus huomioiden. (STM 2006, 51.)

Ojalan (2004, 17) tutkimuksen mukaan työryhmätyöskentely tukee vastuuhoidajuutta. Työryhmässä työskentely edellyttää yhteistoimintaa, perustuen toisilta oppimiseen sekä kollegiaalisuuteen. Työryhmän tulee tukea ja auttaa vastuuhoidajaa. Vastuuhoidajan velvollisuus on tukea kollegoiden ja muiden ammattiryhmien kanssa hyödyntäen tietoa asiakkaan hyvässä hoidossa.

Hurmeen (2007, 60) mukaan työn jakamiseen vaikuttavat erilaiset asiakkaiden tarpeet. Sairaanhoidajan rooli korostuu, kun tarvitaan enemmän lääkehoidollista osaamista, johon kaikilla ei ole koulutusta. Ojalan (2004, 21) tutkimuksessa yhdellä kotihoidon työntekijällä oli keskimäärin 5-6 asiakasta päivässä. Kotikäyntejä saattaa olla useampikin samalle asiakkaalle päivän aikana. Hurmeen (2007, 60) mukaan työn jakamiseen osaltaan vaikuttaa hoitohenkilökunnalla olevat erilaiset lääkehoitoon liittyvät luvat, jotka voivat liittyä lääkkeiden jakamiseen tai injektioiden antamiseen. Ojalan (2004, 21-24) mukaan esimerkiksi insuliinin pistäminen, verensokerin mittaukset ja tablettien jako dosetteihin useimmin viikoksi tai kahdeksi kerrallaan, kuuluvat kotihoidon hoitajan tehtäviin.

#### 4.1.4 Lupakäytännöt

Lääkehoitoon oikeuttava lupa on toimintayksikkökohtainen. Myönnetty lupa voi olla myös työyksikkö, lääke- tai potilaskohtainen. Henkilöstön lääkehoitoon oikeuttavat luvat pidetään työyksikössä kaikkien nähtävillä tiedonkulun varmistamiseksi ja lääkehoidon sujuvuuden edistämiseksi. Kaikilla lääkehoitoa toteuttavilla tulee olla myös kopio saamastaan voimassa olevasta luvasta. Teoreettinen osaaminen varmistetaan säännöllisesti kirjallisella kokeella ja käytännön osaamisen näytöllä. Suonensisäisen lääkehoidon ja muun vaativan lääkehoidon toteuttamisen edellyttämä osaaminen varmistetaan toimintayksikössä säännöllisin väliajoin, esimerkiksi 2-5 vuoden välein riippuen työyksikön lääkehoidon tarpeesta ja vaativuudesta. Myös ihonsisäisten injektioiden ja rokotteiden antaminen edellyttää täydennyskoulutusta, osaamisen varmistamista ja kirjallista lupaa. Injektioiden antaminen lihakseen ja ihon alle edellyttää osaamisen varmistamista ja toimintayksikössä myönnettyä kirjallista lupaa. (STM 2006, 54.)

Säilän (2007, 51) tutkimuksen mukaan noin kolme neljäsosaa sairaan- ja terveydenhoitajista oli sitä mieltä, että sairaanhoidollisten toimenpiteiden lupamenettely lisää lääkehoidon turvallisuutta. Pietikäisen (2004, 77) tutkimuksen mukaan lääkkeen käsittelyn ja jakamiseen liittyvä lupakäytäntö on kirjavaa ja epäselvääkin. Myöskään lääkehoidon virheettömyyttä tai osaamista ei arvioida säännöllisesti. Mattilan ja Isolan (2002, 3886) tutkimuksen mukaan myös lupakäytännöt olivat vaihtelevia, pääasiassa tässä tutkimuksessa tutkittavilla luvat olivat kirjallisia 95 %.

Mattilan ja Isolan (2002, 3886) tutkimuksen mukaan sairaanhoitaja sai antaa injektionestettä ihonalle, lihakseen ja suoneen kaikissa yksiköissä ja epiduraalitiilaan 87 % yksiköistä. Sairaanhoitajalta tarvittiin verensiirtoon kirjallinen lupa 77 % yksiköistä. Perushoitaja sai antaa injektionestettä ihon alle 59 % yksiköistä, lihakseen 37 % yksiköistä. Pietikäisen (2004, 47-48) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat osallistuivat lääkehoitoon saamaansa ammatillisen koulutuksen perusteella. Varsinaisia kirjallisia tai suullisia lupia lääkehoitoon heillä ei ollut. Lähihoitaja ja koulutuksen suorittaneista vajaalla puolella oli lääkärin tai johtavan hoitajan tai sairaanhoitajan lupa kirjallisena tai suullisena. Kodinhoitaja koulutuksen suorittaneista yli puolella oli johtavan hoitajan tai sairaanhoitajan lupa lääkehoitoon ja yhdellä kymmenestä osallistuminen lääkehoitoon perustui työyhteisön toimintatapaan.

#### 4.1.5 Lääkehoito: lääkkeiden tilaaminen, säilytys, valmistaminen, käyttökuntoon saattaminen, palauttaminen, lääkeinformaatio, ohjaus ja neuvonta

Pietikäisen (2004, 56-57) mukaan kotihoidon hoitajat hankkivat asiakkailleen lääkkeitä lähes päivittäin. Kuljetettaessa lääkkeitä asiakkaan ja toimipisteen välillä tulee huolehtia turvallisuudesta. Perälän, Rissasen, Grönroosin, Hammarin, Pöyryn ja Teperin (2003, 32) tutkimuksen mukaan 75 % vastaajista arvioi asiakkaan tarvitsevan kotihoidon apua muun muassa lääkkeiden hankinnassa apteekista. Sosiaalietuuksien ja tukien hakemiseen esimerkiksi lääkekorvauksen, hoitotuen, asumistuen, taksisetelien hakemiseen tarvitsi kaikki asiakkaat kotihoidon työntekijän apua. Ojalan (2004, 22) tutkimuksen mukaan kotihoidon työntekijät pitivät hyvänä käytäntöä, jossa lääkkeet hankitaan asiakkaan tilille apteekista. Tarve avustajien rahan käsittelylle vähenee, kun asiakas maksaa apteekkilaskun sopimallaan tavalla.

Lääkkeiden hintoihin tulee kiinnittää huomiota. Maassamme on paljon vanhuksia, joiden eläkkeet ovat pienet ja taloudelliset mahdollisuudet kalliiden lääkkeiden ostamiseen ovat huonot. Heikossa taloudellisessa asemassa olevat vanhukset jopa saattavat jättää ostamatta kalliita lääkkeitä. (Kivelä 2004, 103.) Asiakkaan luvalla voidaan vaihtaa halvempi rinnakkaisvalmiste. Lääkelain mukaan ”Toimittaessaan lääkärin lääkemääräykseen perustuvaa lääkevalmistetta apteekin on vaihdettava lääkevalmiste sellaiseen yleisesti saatavilla olevaan 57 c §:ssä tarkoitettujen luettelon mukaiseen vaihtokelpoiseen lääkevalmisteeseen, joka on hinnaltaan halvin tai jonka hinnan ero halvimpaan: 1) alle 40 euroa maksavaan valmisteeseen on enintään 1,50 euroa; tai 2) 40 euroa tai sitä enemmän maksavaan valmisteeseen on enintään 2 euroa.” (Lääkelaki 6: 57 b §.)

Lääkkeet tulee hankkia virallisten jakelukanavien, apteekkien kautta, jolloin voidaan välttyä paremmin lääkeväärennöksiltä. Väärennettyjä lääkkeitä voi olla vaikea tunnistaa päällisin puolin, jopa valmistajan omissa tutkimuksissa. Väärennetyissä lääkkeissä vaikuttava aine voi olla aivan jotakin muuta, lääkemäärän pitoisuus on liian pieni tai lääkeaine voi jopa puuttua

kokonaan. (Sajantola 2008, 6.) Apteekin tehtävänä varmistaa lääkehoidon onnistuminen asiallisessa yhteistyössä ikääntyneen itsensä kanssa, kotihoidon työntekijän, omaisen kanssa tai lääkärin kanssa osana terveydenhuoltoa. (Ojala 2004, 18).

Lääkkeitä säilytetään työyksikössä lukittavissa, riittävän suurissa, tarkoituksenmukaisissa tiloissa ja kiinnitetään huomiota oikeisiin säilytysolosuhteisiin. Lääkkeet säilytetään erillään muista tuotteista. Lääkekaapin avaimet järjestetään niin, ettei asiattomat pääse käsittelemään lääkkeitä. Erityistä huomiota tulee kiinnittää PKV ja huumaaviin lääkkeisiin, joihin liittyy väärinkäytön vaara. Väärinkäytöstä epäiltäessä otetaan yhteyttä poliisiin. (STM 2006, 57.) ”Huumausaineet on säilytettävä erillisessä lukitussa paikassa, johon sivullisten pääsy on estetty” (Huumausainelaki 4: 26 §.)

Kotihoidossa on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota asiakkaiden, omaisten, omaishoitajien ja henkilökohtaisten avustajien neuvontaan, jotta PKV ja huumausaineeksi luokiteltavat lääkkeet ei joudu väärin käsiin. Kotioiloissa PKV ja huumausainelääkkeet tulee säilyttää lukitussa paikassa, että sivulliset eivät pääse niihin käsiksi. (STM 2006, 65-66.)

Kotihoidossa lääkkeiden käyttökuntoon saattamisessa noudatetaan lääkkeen valmistajan antamia ohjeita. Erityistä huomiota tulee kiinnittää oikeisiin työtapoihin (aseptiikka) sekä yhteensopivuuksiin käytettyjen lääkeaineiden, liuosten ja pakkausmateriaalien kanssa. Lisäksi varmistutaan käyttövalmiin lääkkeen asianmukaisesta säilytyksestä, käyttöajasta ja merkinnöistä. Henkilökunta tarkastaa lääkkeet säännöllisesti ja varmistuu siitä, että kaapissa olevan vanhentuneita, käyttöön soveltumattomia lääkkeitä tai käyttökiellossa olevia lääkkeitä. Vanhentuneet, pilaantuneet tai käyttökiellossa olevat lääkkeet ovat ongelmajätettä ja ne toimitetaan apteekkiin hävitettäväksi. Vanhentuneet, käyttökelvottomat tai tarpeettomat PKV ja huumausaineeksi luokiteltavat lääkkeet palautetaan apteekkiin. (STM 2006, 56.)

Säilän (2007, 43) tutkimuksessa käytettäessä koneellista lääkkeiden annosjakelua kotihoidon henkilökunta koki lääkehoidon helpottuneen. Suoritettaessa koneellista lääkkeiden annosjakelua, säästyy arvokasta hoitajan työaika. Säästyvä työaika voidaan hyödyntää asiakkaiden hoitamiseen. Snellmanin (2007, 2527) mukaan useita lääkkeitä käyttävälle vanhukselle koneellinen annosjakelu olisi harkinnan arvoinen vaihtoehto. Hän toteaa tiedonkulun katkeamisen olevan yksi keskeisistä haittatapahtumien perussyistä ja tämän johtuvan ylimitoitetusta tietosuojasta. Hän pitää myös prototyyppeinä käyttöön otettuja tietojärjestelmiä uhkana lääk- ja muun hoidon turvallisuudelle. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanaston (2006, 7) mukaan haittatapahtumalla tarkoitetaan vaaratapahtumaa, joka aiheuttaa haittaa potilaalle.

Koneelliseen annosjakeluun liittyy lääkehoidon laatua edistäviä toimenpiteitä, esimerkiksi lääkehoidon kokonaisarviointi ennen palvelun aloittamista. Lääkityksestä karsitaan tarpeet-

tomat lääkkeet sekä poistetaan mahdolliset päällekkäisyydet ja haitalliset yhteisvaikutukset. Konejakelussa asiakkaalle toimitetaan lääkkeet kahdeksi viikoksi kerrallaan ja asiakas maksaa ainoastaan toimitetuista lääkkeistä. Lääkkeet hinnoitellaan yksikköhinnoin käyttäen markkinoilla olevia suurimpia pakkauskokoja, joiden hinnat ovat yleensä alhaisempia. Lääkäri voi määrätä lääkettä lyhyemmiksi ajoiksi esimerkiksi uuden lääkkeen kokeiluvaiheessa, jolloin asiakkaalle ei jää ylimääräisiä lääkkeitä. Asiakkaalle toimitetaan jokaisen lääke-erän yhteydessä ajan tasalla oleva lääkityskortti, jossa on tiedot lääkityksestä annostuksineen. Asiakkaan nimellä ja päivämäärällä varustetut, annostusajankohtien mukaisesti jaetut annospussit vähentävät lääkkeiden ottamiseen liittyviä virheitä. (Peura 2005, 100.)

#### 4.1.6 Lääkkeiden jakaminen ja antaminen

Hoitajan on tärkeää toteuttaa lääkehoitoa laadukkaasti ja turvallisesti. Yksi tapa on oppia viisi oikein sääntö. Annetaan oikealle asiakkaalle, oikea lääke, oikea annos, oikeassa muodossa, oikeana aikana, oikeaa reittiä. Viisi oikein sääntöä noudattamalla voidaan ennalta ehkäistä lääkepoikkeaminen syntyä. (Jennings & Foster 2007, 618.) Kotihoidon työntekijän tulee varmistua vieraan asiakkaan henkilöllisyydestä, ennen lääkkeen antoa, jotta oikea asiakas saa oikeat lääkkeet. (Suikkanen 2008, 30.)

Pietikäisen (2004, 54) mukaan kotihoidon henkilöstö antaa päivittäin lääkkeitä suunkautta, silmätippoina, iholle, inhalaationa, korvaan tai injektiona ihon alle. Viikoittain annetaan lääkkeitä injektiona lihakseen, emättimeen tai nenään. Harvemmin lääkkeitä annetaan peräsuoleen. Perälän ym. (2003, 36-37) tutkimuksen mukaan 65 % henkilökunnasta arvioi omaisen osallistumisen asiakkaan hoitoon erittäin tärkeäksi.

Ojalan (2004, 21-27) ja Säilän (2007, 54-55) tutkimuksessa esille tulleita ikääntyneiden lääkehoidon ongelmakohtia olivat myös muistamattomuus, huono näkö, hienomotorinen kömpelyys, kognitiivisten taitojen aleneminen, puutteellinen lääkkeen otto tekniikka ja isokokoiset lääketabletit, jotka aiheuttavat lääkepoikkeamia. Lisäksi tutkimuksessa ilmeni lääkkeiden vaihtoa kavereiden kesken, jolloin haitallisten vaikutusten seuraaminen on haasteellista. Doseitin käyttäminen koettiin hyödylliseksi apuvälineeksi (Kivelä 2004, 7-11).

Perälän ym. (2003, 28) tutkimuksessa ikääntyneillä kotihoidon asiakkailla oli keskimäärin 7,8 reseptilääkettä käytössään. Lääkehoitoa saa lähes kaikki kotihoidonasiakkaat. Ojalan (2004, 22-27) tutkimuksessa ilmeni, että jotkut ikääntyneet uskovat pystyvänsä itse huolehtimaan ja muistamaan oman lääkityksensä, mutta tosiasiasa näin ei kuitenkaan ole. Jotkut ikääntyneistä myös ”jemmaa” lääkkeitä jolloin hoitajan on huolehdittava, että lääkkeet tulevat varmasti otetuksi. Niin kauan kun ikäihminen kykenee itse huolehtimaan lääkkeidensä ottamisesta, vastuun tulee olla siitä hänellä itsellään. Lääkehoidon pois ottaminen asiakkaan omasta hal-



linnasta voi rikkoa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja sen seurauksena aiheutuu jopa luottamuspulaa kotihoidon hoitajaa kohtaan.

Asiakkaiden kotona lääkkeitä jaettaessa häiriötekijöitä voi olla esimerkiksi asiakkaalle puhuminen jakamisen aikana tai työpuhelimien soiminen sekä kiire. Erilaiset häiriötekijät lisäävät merkittävästi mahdollisuuksia lääkepoikkeamien syntyyn. (Hurme 2007, 54.) Ojalan(2004, 24-25) mukaan oman työryhmän sairaanhoitaja on käytetyin tiedonlähde haasteellisessa lääkeshoidon tilanteissa. Oman työryhmän sairaanhoitajan käyttäminen tiedonlähteenä on järkevää, sillä hänellä on näkemys siitä, kenellä on tarvetta hakeutua lääkäriin.

Säilän (2007, 55) tutkimuksessa suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että hoitajien lääkejakovirheet ja annosteluvirheet aiheuttivat joskus lääkityspoikkeamia. Lääkepoikkeamat vaikuttavat osaltaan potilasturvallisuutta heikentävästi. Kts. kpl 4.1.10. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan Potilas- ja lääkeshoidon turvallisuus sanaston mukaan (2006, 6) terveydenhuollossa toimivien yksiköiden periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa potilaan hoidon, lääkeshoidon ja hoidossa käytettävien laitteiden turvallisuuden sekä potilaan suojaamisen vahingoittumiselta.

Ojalan (2004, 24) tutkimuksen mukaan kotihoidon hoitajat tarkastivat yleisimmin lääkkeitä jakaessaan lääkkeen oikeellisuuden, erityisesti sen vahvuuden 85 %, annostuksen tarkasti 43 % hoitajista ja lääkkeiden säilyvyyden 43 % hoitajista. Lääkkeiden riittävyden seuraavaa jakokertaa varten varmisti 20 % hoitajista ja reseptin ajantasaisuuden 12 % hoitajista.

#### 4.1.7 Potilaiden informointi ja neuvonta

Lääkäri, lääkehoitoa toteuttava henkilöstö ja farmaseuttinen henkilöstö antavat asiakkaalle ohjausta ja opastusta lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä. On tärkeää varmistua siitä, että asiakas on ymmärtänyt annetun ohjauksen. Näin asiakas voi osallistua lääkehoitonsa suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Tällä tavoin asiakasta tuetaan sitoutumaan lääkehoitoonsa. Asiakasta tulee informoida lääkeshoidossa tapahtuneista merkittävistä poikkeamasta ja mahdollisesti aiheutuneista tai aiheutuvista haittavaikutuksista (STM 2006, 59.)

Säilän (2007, 25-58) tutkimuksen mukaan lyhyet sairaalahoitajaksot aiheuttavat osaltaan sen, että asiallinenkin ikääntynyt asiakas voi olla tiedoton, koska ei pysty omaksumaan kaikkea lyhyessä ajassa saamaansa tietoa ja ohjausta. Kotihoidon henkilökunta ohjaa asiakasta edelleen lääkeshoidon toteuttamisessa, pyrkimyksenä sitouttaa asiakas omaan lääkehoitoon.

Pölläsen (2007, 20) ja Pietikäisen (2004, 61-62) tutkimusten mukaan sairaanhoitajalta kaivataan, että hänellä olisi aikaa kertoa asiakkailleen määräytyistä lääkkeistä: käyttötarkoitukses-

ta, käyttötavasta, ottoajankohdasta ja lääkkeen vaikutuksista. Myös lääkkeen sivuvaikutuksista tulee kertoa. Tieto lääkityksestä, siitä miten se toimii ja oma toimintakyky tuovat asiakaille turvallisuutta ja tunteen elämän hallinnasta. Kivelän (2004, 11-12) mukaan neuvonta on tärkeää siitä huolimatta, että ikääntyneen muisti on heikentynyt ja omaiset tai hoitohenkilökunta huolehtivat lääkehoidon toteuttamisesta.

Pietikäisen (2004, 64-67) tutkimuksen mukaan asiakkaiden kanssa toimiessaan kotihoidon työntekijä pyrkii kartoittamaan asiakkaan voimavaroja, jolloin saadaan tietoa asiakkaan valmiuksista toteuttaa omaa lääkehoitoaan. Asiakasta kannustetaan ottamaan osaa lääkehoitoon voimavarojen mukaan. Tutkimuksessa ilmeni, että yhteistyö lisääntyi kun omainen sekä työntekijä keskustelivat kotihoidon asiakkaan lääkehoidosta, ja omaisten osallistuminen kasvoi edelleen lääkkeiden hankinnan myötä. Työntekijän aloitteellisuuden myötä omaisten aktiivisuus lisääntyi edelleen, tiedotettaessa lääkehoidosta sekä lääkehoidon ohjauksen antamisen jälkeen. Omaisia rohkaistaan osallistumaan kotihoitoasiakkaan lääkehoitoon. Närhi (2007, 8-10) kertoo Lääkelaitoksen selvittäneen vuonna 2005 Internetin merkitystä lääketiedon lähteenä. Tutkimuksen mukaan Internetiä käytetään yhä enemmän lääketiedon etsintään, mutta perinteiset lähteet (lääkäri, farmaseutti, pakkausseloste) ovat kuitenkin suosituimpia. Oletettavaa on, että Internetin merkitys lääketiedon etsimisessä tulee entisestään kasvamaan. Eniten verkosta haetaan tietoa lääkkeen vaikutuksesta ja mahdollisista sivuvaikutuksista.

Farmasialiitto ja Tehy (2003, 4) pitävät lääkehoitoa monissa sairauksissa keskeisenä terveydenhuollon hoitokeinona. Niiden mielestä farmasian laajempi hyödyntäminen olisi järkevä keino lääkekustannusten kasvun hillitsemiseen. Farmaseuttien tietotaidon parempi hyödyntäminen lisäisi myös potilaan saamaa hyötyä.

Ohjaus etenee sanallisen ja sanattoman viestinnän avulla. Tarkoitus on, että asiakas ja hoitaja ymmärtävät ohjauskeskustelun samalla tavalla. Toimivassa ohjaussuhteessa asiakas ja hoitaja kunnioittavat toistensa asiantuntemusta. Asiakas on oman elämänsä ja hoitaja ammattinsa asiantuntija, jolloin asiakas kokee itseään arvostettavan, saa tarpeellista ja ymmärrettävää tietoa hoidostaan. Hoitajan vastatessa ohjauksesta, hänellä on vastuu siitä että asiakas tunnistaa omat voimavarat ja kehittymisen tarpeet. Tämän johdosta asiakas voi tehdä itsenäisiä valintoja, josta kantaa vastuun. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 38-42.) Ohjauksen tavoitteena voidaan pitää sitä, että asiakas sitoutuu itsensä hoitamiseen voimavarojen salliessa. Tämän avulla asiakas voi elää itsenäisempää elämää, jolloin ei ole niin riippuvainen ulkopuolisesta avusta.

Sopivien ohjausmenetelmien valinta vaatii tietämystä siitä, miten asiakas omaksuu asioita ja mikä on ohjauksen tavoite. On arvioitu, että asiakkaat muistavat 75 % näkemästään ja vain 10 % kuulemastaan. Tehokkain tapa on suorittaa ohjausta näyttämällä ja kertomalla, tästä asiak-

kaat muistavat 90 % Ohjauksen varmistamiseksi tulisi käyttää erilaisia ohjausmenetelmiä yhdessä. Ohjaamisessa käytetyn materiaalin tulee tukea käytyä ohjauskeskustelua. (Kyngäs ym. 2007, 73.) Hoitajan tehtävä on auttaa asiakasta tunnistamaan hänelle ominaisin uusien asioiden (tieto, taidot) oppimistapa. Ohjaamisen lähtökohta on, että asiakas tunnistaa ja tiedostaa omat voimavaransa hoitajan avustuksella. Ohjauksen lopuksi tulee kerrata keskeiset asiat, sillä asiakas pystyy vastaanottamaan ja muistamaan vain rajallisen määrän uusia asioita. Tarvittaessa asiakkaalle tulee antaa ohjausta uudestaan, jotta lääkehoito voi toteutua oikein.

#### 4.1.8 Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi

Lääkehoidon arviointi toteutetaan yhteistyössä hoitohenkilökunnan, potilaan ja lääkärin kanssa. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointiin kuuluvat lääkehoidon oletettujen positiivisten vaikutusten, mahdollisten haittavaikutusten sekä lääkkeiden mahdollisten yhteisvaikutusten kirjaaminen. Lääkehoitosuunnitelmassa määritetään ne lääkehoidon tilanteet, jossa tulee informoida ja konsultoida hoitavaa lääkärinä. Tällainen tilanne esimerkiksi, kun asiakas saa vahingossa vääriä lääkkeitä. (STM 2006, 60.)

Pietikäisen (2004, 61) tutkimuksen mukaan arvioinnissa korostuu arvioinnin sisältö. Arvioidaan lääkehoidon tarvetta, lääkehoidon riittävyttä, lääkehoidon vaikuttavuutta, asiakkaan vointia, lääkehoidon sivuvaikutuksia, miten asiakas on ottanut lääkkeensä ja asiakkaan tyytyväisyyttä hänen osallistumisestaan lääkehoitoon. Ojalan (2004, 14) mukaan ei toivottujen vaikutusten minimointi sekä terveyden ja toimintakyvyn maksimointi ovat lääkehoidon käytännön reaalisia tavoitteita.

Pölläsen (2007, 22-26) tutkimuksen mukaan asiakkaat haluavat, että lääkehoidon vaikutusta tulee arvioida. Perehtyneisyys asiakkaan kokonaistilanteeseen ja persoonaan on edellytys lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnille. Omaiset ovat mielellään mukana arjessa ja haluavat kertoa hoidon vaikuttavuudesta sekä kuulla toteutetuista lääkemuutoksista

Kivelän (2004, 13-95) mukaan lääkkeiden sietokyky vähenee ihmisen ikääntyessä. Samanaikaisesti käytössä olevat lääkkeet voivat johtaa arvaamattomiin yhteisvaikutuksiin. Mikäli haitallista sivuvaikutusoiretta ei tunnisteta ajoissa, seurauksena saattaa olla virheellinen uuden lääkkeen määrääminen. Tämä on ongelma erityisesti ikääntyneiden lääkehoidossa. Laineen (2005, 117-119) mukaan lääkkeistä johtuvia interaktioita voi ehkäistä valitsemalla lääkkeitä tietyn terapiaryhmän sisältä. Oikea lääkevalinta suhteessa aikaisempaan lääkitykseen on keskeinen osa lääkärin ammattitaitoa, jolla interaktioita voidaan välttää. Kivelän (2004, 12-13) mukaan lääkäriä vaihtavat vanhuset ovat ongelmallisia, koska he saattavat jättää kertomatta käyttämistään lääkkeitä tai eivät muista kertoa kaikista lääkkeitä. Mikäli omalääkäri ei määrää ikääntyneelle tiettyä lääkettä, hän voi kääntyä toisen lääkärin puoleen ja pyytää häneltä

haluamaansa lääkettä. Tällöin ikääntyneellä voi olla käytössään farmakologisesti samoja lääkkeitä. Ojalan (2004, 33) mukaan ikääntyneiden asiakkaiden lääkeprofiileja tarkastelemalla ja heidän kanssaan keskustelemalla voidaan selvissä haitta- ja yhteisvaikutusongelmissa ehdottaa lääkärille muutosten tekoa lääkitykseen. Erityisesti lääkeneuvonnan ja motivoinnin kohdentaminen lääkkeiden oikeaa ja turvallista käyttöä tukevaksi on kansantaloudellisesti hyödyllistä.

Hyvin usein ikääntyneet käyttävät kerran määrättyjä lääkkeitä jatkuvasti ja reseptejä uusitaan ilman tarveharkintaa, jolloin lääkkeitä kertyy asiakkaalle runsaasti. Läkettä vähentääkseen osa vanhuksista ottaa lääkettä vähemmän kun on määrätty tai lopettaa käytön kokonaan. Kotihoidon henkilöstön tulisi kiinnittää erityistä huomiota siihen, että vanhukset käyttävät kaikkia tarpeellisia lääkkeitä ja että kaikki lääkkeet ovat tarpeellisia. (Ojala 2004, 26.) Kotihoidon asiakkaan reseptin uusiminen vaatii erityistä tarkkuutta, sillä asiakkaat saattavat käydä sekä terveyskeskuslääkärin että yksityislääkärin vastaanotolla. Tällöin lääkehoidon kokonaisuus ei ole selvillä kummallakaan lääkärillä. Tässä korostuu vastuuhoidajan merkitys, joka voi seurata todellista lääkkeen käyttöä ja niiden vaikutuksia asiakkaalle. Reseptien uusintaa, lääkkeiden säilyttämisen tarkastusta ja vanhentuneiden lääkkeiden hävittämistä tehdään lähes päivittäin (Pietikäinen 2004, 57-72.)

Lääkehoitoon liittyvät ongelmat korostuvat ikääntymisen ja sairauksien lisääntymisen myötä. Sairauksia hoidetaan erilaisilla lääkeyhdistelmillä, jolloin seurauksena on lääkemäärien lisääntyminen. Monilääkitys lisää epätarkoituksenmukaisen lääkityksen ja haitallisten vaikutusten riskiä. Ikääntyneet tunnistavat lääkkeitä aiheutuvat haittavaikutukset huonosti, jonka johdosta saattavat pitää niitä ikääntymiseen kuuluvina ilmiöinä. Lääkehoidon tarkastelussa tulee ottaa huomioon kaikki asiakkaan sairaudet, niihin käytettävä lääkitys ja lääkkeiden yhteensopivuus. Säännöllinen lääkityksen arviointi vähintään vuosittain, on oleellinen osa ikääntyneen lääkehoitoa, joka tulee tehdä erityisesti silloin kun lääkkeitä on paljon käytössä tai suunnitellaan uuden lääkkeen aloittamista. (Klaukka, Helin-Salmivaara, Huupponen & Idänpään-Heikkilä 2007, 4762.) Tarvittaessa asiakas tulisi ottaa osastolle lääkityksen korjaamista varten. Osastojakson vastapainona on sopimattoman hoidon seurauksena syntyvät vaivat, toimintakyvyn heikentyminen ja kaatumistapaukset sekä niistä yhteiskunnalle aiheutuvat turhat kustannukset. (Ojala 2004, 27.)

#### 4.1.9 Dokumentointi ja tiedonkulku

”Terveystieteiden ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot”. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 4: 12 §.) Dokumentoinnissa tulee kiinnittää huomiota kirjauksien täsmällisyyteen ja niiden luomiseen. Asiakirjoihin tehtävien merkintöjen ohella kiinnitetään

huomiota siihen, että lääkäriä konsultoitaessa ja raportoitaessa lääkehoitoon liittyvät merkinnät ja tapahtuma-aika merkitään huolellisesti. Myös lääkehoidon vaikuttavuus tulee kirjata potilasasiakirjoihin huolellisesti. Dokumentoinnissa tulee kiinnittää erityistä huomiota siihen toimintatapaan, jolla turvataan asiakkaan lääkelistan ajantasaisuus, päällekkäisen lääkityksen sekä haitallisten yhteisvaikutusten välttämiseksi. (STM 2006, 60-61.)

Kirjallisen lääkehoitoa koskevan määräyksen tulee olla kirjattu selkeästi sekä tavalla, joka ei aiheuta vääriä tulkintoja. Lääkemääräykseen tehdyt korjaukset, vahvistetaan nimikirjoituksella, leimalla, nimenselvennyksellä ja päivämäärällä. Potilasasiakirjoihin tehdyt huolelliset ja riittävät merkinnät ovat tärkeitä terveydenhuollon ammattihenkilöille oman oikeusturvan kannalta. Kirjaaminen on tärkeää potilasturvallisuuden kannalta. (STM 2006, 25-26.)

Apteekissa tulee olla seuranta kaikista vanhuksilla epätarkoituksenmukaisista lääkeyhdistelmistä ja paikkakunnan lääkemääräyskäytännöistä. Ikääntyneiden lääkityksen kanssa tulee olla tarkkana, jolloin uudet lääkemääräykset ja itsehoitovalmisteet tulee aina kirjata lääkelistaan. (Ojala 2004, 18.)

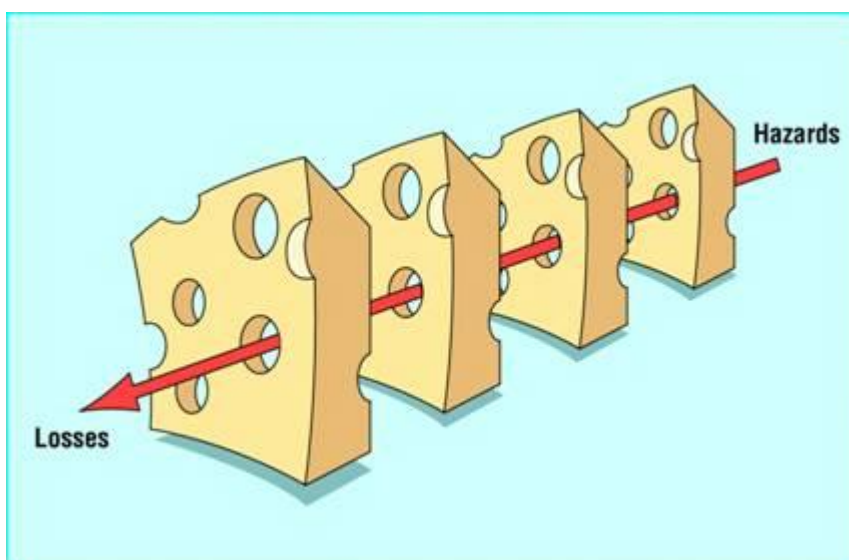
Tällä hetkellä noin puolet erilaisista haittatapahtumista aiheutuu lääkehoidossa tapahtuneesta virheestä. Lääkehoitoprosessia tulisi kehittää niin, että haitalliset tapahtumat olisivat ennalta estettävissä, jotta välttyttäisiin eriasteisilta haittavaikutuksilta, viimekädessä jopa potilaskuolemalta. (Europa 2005.) Suikkasen (2008, 16-17) mukaan lääkityspoikkeamasta aiheutunut vammautuminen tai kuolema voi olla työntekijälle hyvin traumaattinen kokemus. Tilastoimalla lääkehoidossa tapahtuneita poikkeamia, voidaan tietoja hyödyntää lääkehoitoprosessin edelleen kehittämisessä. Näin toimittaessa voidaan pienentää poikkeaminen mahdollisuuksia, jolloin säästetään rahaa ja minimoidaan valitus- ja korvaushakemusten käsittely. Terveydenhuollon tarkoituksena on tuottaa turvallista, tehokasta ja taloudellisesti tuotettua palvelua käyttäjilleen. (Europa 2005.)

#### 4.1.10 Seuranta- ja palautejärjestelmät

Toimintayksikössä oleva seuranta- ja palautejärjestelmän tuottama tieto palvelee yksikön toiminnan kehittämistä. Lääkehoidon käytännön toteuttamista tulee seurata säännöllisesti. Hoidossa tapahtuvista poikkeamista ilmoittaminen, niiden seuranta ja käsittely sekä niistä oppiminen ovat osa hoitotyön laadunhallintaa. Toimintayksikön tulee ottaa käyttöön lomake poikkeamailmoituksen tekemiseksi. (STM 2006, 61.)

Palosen, Nion ja Mustajoen (2005, 377-378) mukaan, virheiden tehokas ehkäisy edellyttää, että virheitä kartoitetaan systemaattisesti ja sen avulla kehitetään toimintaa turvallisemmaksi. Yleensä virhetapahtuman taustalla on useampi kuin yksi toiminnan puutteellisuus. Tätä

kuva tunnettu Reasonin ”reikäjuustomalli” (kuva 2). Malli kuvastaa kuinka virhe yleensä syntyy monien tekijöiden tuloksena, reikien osuessa kohdakkain. Jos reiät ovat eri kohdissa, yhden viipaleen kohdalla käynnistynyt virhereaktio pysähtyy seuraavan viipaleen kohdalla, eikä virhettä pääse syntymään. Usein ajatellaan, että virheitä sattuu vain epäpäteville työntekijöille. Tämä ei kuitenkaan pidä paikkaansa, vaan myös pätevät työntekijät tekevät virheitä. Virheiden ehkäisyyn tarvitaankin koko toiminnan tarkastelua ja kehittämistä. (Duncan & Mayo 2004, 210; Palonen ym. 2005, 380-382; Ritmala-Castrén 2005, 26-27.) Alexanderin, Barnsteinerin, Burken, Masonin ja Richin (2005, 3) mukaan sairaanhoitajia syytetään usein lääkitysvirheistä vaikka virheen olisi tehnyt lääkkeen määrääjä. Niin ikään heitä syytetään virheen johdusta alimitoitetusta henkilökunnasta, häiriötekijöistä tai työn äkillisestä keskeytymisestä. Heidän mukaansa koko hoitohenkilökunta on vastuussa lääkitysvirheistä.



Kuva 2: James Reasonin ”reikäjuustomalli” virheen syntymisestä (Edmonds 2006)

Poikkeamalla tarkoitetaan suunnitellusta tai sovitusta poikkeavaa tapahtumaa, joka voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä. (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 6). Mustajoen (2005, 14) mukaan poikkeamista ilmoitettaessa tulee olla henkilöä syyllistämätön ilmapiiri. Tärkeämpää on selvittää tapahtuman vaikuttaneita tekijöitä, jotka johtivat poikkeaman syntyyn. Ilmoituksia analysoimalla saadaan yksityiskohtaista tietoa, mihin osaluokkiin tulee kiinnittää enemmän huomiota ja tarvitaanko henkilöstölle mahdollisesti koulutusta. Toimintatapojen kehittämisellä ja koulutuksella voidaan parantaa hoitohenkilökunnan osaamista, joka ilmenee potilaalle hoidon turvallisuuden lisääntymisenä. Palosen ym. (2005, 384) mukaan henkilökunta ei ilmoita poikkeamista, jos se uskoo, ettei ilmoittaminen kuitenkaan johda muutoksiin.

Sepän (2008, 1209-1210) mukaan hyväksi havaittuja käytäntöjä voidaan ottaa käyttöön toisilla osastoilla ja toisissa työyhteisöissä. Jos potilasturvallisuus kulttuuriin tähtäävää työtä ei ole

aikaisemmin tehty, täytyy koulutus aloittaa uuden työkultuurin omaksumisella. Potilaskulttuurin kehittäminen tarjoaa mahdollisuuksia yksikön toiminnan kehittämiseen. Kostiaisen (2008, 116-117) mukaan, mikäli emme itse kykene havaitsemaan tai emme välitä toiminnassamme tapahtuvista erehdyksistä, tiedon tai taidon puutteesta, tai emme uskalla esimiesten rangaistuksen perusteella ja työkavereiden pilkkaamisen pelossa myöntää tapahtuneita poikkeamia - ollaan turvallisuuden kannalta huonossa tilanteessa.

Säilän (2007, 41) tutkimuksen mukaan hoitajat ilmoittivat vaaratapahtuman ilmenneen usein, jos asiakkaan lääkelistoja ei ollut päivitetty. Samaa vaikuttavaa ainetta sisältävien, eri kauppanimillä myytävät lääkkeet aiheuttavat hoitajille sekaannuksia, joka osaltaan voi johtaa vaaratapahtumaan. Myös omaisten puutteellinen lääkkeenjako taito on aiheuttanut usein vaaratapahtumia. Vaaratapahtumalla tarkoitetaan potilaan turvallisuutta vaarantava tapahtumaa, joka voi aiheuttaa tai aiheuttaa haittaa potilaalle (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 6).

Poikkeamaraporttien suhteellisen määrän tulisi pienentyä ajan kuluessa, sillä raportoinnin tavoite on saattaa tiedot poikkeamasta koko työyhteisölle. Raporttien määrää ei saa kuitenkaan yrittää rajoittaa, sillä voi olla kielteinen vaikutus työntekijöille, jolloin raportoinnin kynnys voi kasvaa. Tällöin ei saada selville kaikkia tapahtuneita poikkeamia. Laadittujen raporttien perusteella tulee kehittää koulutusta ja ohjeistusta sekä muuttaa toimintakäytäntöjä, joilla vastaavat tapahtumat pyritään estämään ennakolta. (Kostiaisen 2008, 116-117.)

Yleissääntönä on, jos on epävarma tarvitseeko täyttää poikkeamailmoitus, on se silloin tehtävä. Poikkeamista ilmoittamisen kuuluu koko henkilökunnalle. Poikkeaman ilmoittamiseen tulee käyttää lomaketta joka on kaikkien saatavilla, täytetään nimettömästi ja palautetaan yhteisesti sovittuun paikkaan. Poikkeamailmoituslomakkeet tulee analysoida rakentavassa yhteishengessä ennalta sovitulla tavalla. Mahdollisuuden mukaan poikkeama ilmoitusten käsittelyyn tulisi osallistua lääkäri. (Mustajoki 2005, 14-17.) Tehdyistä virheistä ja erehdyksistä ei ole mahdollista oppia ellei poikkeamailmoituksia analysoida. Analysointi perustuu usein haitan vakavuuteen ja tapahtuman yleisyyteen organisaatiossa. Analysoitaessa on tärkeintä miettiä minkä laatuista virheitä yksikössä tapahtuu ja olisiko niiden takia syytä muuttaa ohjeistusta tai toimintaa. (Palonen ym. 2005, 385-388.) Haitalla tarkoitetaan potilaalle aiheutuvaa tilapäistä tai pysyvää ei toivottua vaikutusta, joka voi olla luonteeltaan fyysinen, psyykinen, emotionaalinen, sosiaalinen tai taloudellinen. Haitta voi olla potilaan itsensä kokema tai ammattihenkilön toteama. (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 7.)

Terveysturvallisuuden ammattihenkilöiden ammatillista toimintaa valvovat Valvira sekä lääninhalitukset. Valviran valvonta perustuu kantelun ja ilmoituksen tekemiseen. Kantelu käsitellään silloin kun kysymyksessä on kuoleman tai vakavan vammautumiseen johtanut hoitovirhe-

epäily tai laaja-alainen periaatteellinen kysymys. Muut kantelut käsitellään lääninhallituksessa, joka ohjaa ja valvoo sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön alaisena terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa. Ohjauksen ja valvonnan tavoitteena on varmistaa potilasturvallisuus ja potilaiden oikeuksien toteutuminen. (Valvira 2009; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 5: 24 §.)

HaiPro -projektissa kehitettiin Suomeen yhtenäinen potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja sähköinen työkalu. Hankkeessa olivat mukana VTT ja STM sekä joukko muita yhteistyökumppaneita. Projekti päättyi helmikuussa 2008, jonka jälkeen terveydenhuollon yksiköt ovat voineet ottaa järjestelmän käyttöön korvausta vastaan. Tällä hetkellä järjestelmä on käytössä yli 40 terveydenhuollon organisaatiossa ympäri Suomea. (Agge 2007, 6-7; STM 2008; VTT 2008.)

#### 4.2 Lääkehoidon etiikka

Eettisyys kuuluu hyvään hoitotyöhön, sillä toisiin ihmisiin vaikuttaminen perustuu vallankäyttöön ja arvovalintoihin. Eettisyys korostuu edelleen, kun hoidetaan toisen armoilla olevaa asiakasta. Joka päivä täytyy tehdä eettisiä päätöksiä, eikä aina ole itsestään selvää, mikä on oikea toimintatapa. (Kangasmäki 2008, 10-11; Lahti 2008.) Potilasturvallisuuden tulee olla keskeinen eettinen arvo hoitotyössä. Käytännön hoitotyötä ohjaavana tärkeänä periaatteena sen tulee näkyä asiakkaan lääkehoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. (Suikkanen 2008, 8.)

Laadukas hoitotyö muodostuu eettisyyden toteutumisesta, korkeasta ammatillisuudesta ja ammattitaidosta. Ammattitaitoon sisältyy itsensä kehittäminen tiedollisesti ja taidollisesti, uuden tutkitun tiedon tuottaminen sekä hyödyntäminen. Korkea ammattitaito ilmenee korkeana työmoraalina, kollegiaalisuutena sekä eettisenä vastuullisena ja taloudellisena toimintana moniammatillisessa työyhteisössä. (Roution kotihoidon perehdytyskansio 2009.) Ammatteettiset ohjeet korostavat tietojen- ja taitojen ylläpitämistä sekä säännöllistä päivittämistä. Lääkkeiden nopea kehittyminen vaatii hoitajilta täydennyskoulutusta, jotta lääkehoitoa voidaan toteuttaa turvallisesti. (Lähihoitajan eettiset ohjeet, vastuullisuus; Sairaanhoidajan eettiset ohjeet, kohta VI). Kollegiaalisuus korostaa korkeaa etiikkaa, jossa ammattilaiset tukevat toinen toisiaan konsultoiden hoitotyöhön liittyvissä haasteellisissa tilanteissa. (Laiho 2005).

Mäkisen ja Routasalon (2003, 18-19) tutkimuksen mukaan hoitajilla ei ollut aina varmuutta siitä, kenen kuului kertoa omaisille asiakkaan muuttuneesta tilanteesta. Hoitajilla oli myös epävarmuutta jatkohoidosta tiedottamisessa. Osa hoitajista pelkäsi, että jos he ottaisivat omaisia mukaan jatkohoidon suunnitteluun, voisi asiakkaan autonomia vaarantua ja tällöin heidän toimintansa tulkittaisiin ikäsyrynnäksi. Leino-Kilven ja Välimäen (2004, 77) mukaan asiakkaan on voitava osallistua päätöksentekoon hoitoa suunniteltaessa. Kaikki asiakkaat eivät



välttämättä halua osallistua päätöksen tekoon, jolloin siirtävät hoitotyöntekijälle päätöksen vastuun. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (2: 6 §) mukaan ”Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla”. Lahden (2008) mukaan työryhmässä tulee olla yhteinen näkemys siitä, miten iäkkään ihmisen itsemääräämisoikeus ymmärretään, miten se toteutuu silloin, kun ihmisen kyky tehdä itseään koskevia päätöksiä on heikentynyt. Mitä kykenemättömämpi ikääntynyt ihminen on hallitsemaan elämäänsä, sitä enemmän tarvitaan yhteistyötä omaisten, kotihoidon ja eri hoitoon osallistuvien ammattiryhmien kanssa.

Hoitotyössä itsetuntemus on edellytys aidolle vuorovaikutukselle ja läsnäololle. Vuorovaikutuksen ja läsnäolon avulla sairaanhoitaja havaitsee asiakkaan todellisia tunteita ja tarpeita sekä hänen niille antamia merkityksiä. (Haho 2008, 31.) Terveyskäsite merkitsee ihmisille eri asioita. Jollekin se merkitsee kivutonta päivää, toiselle fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Kun asiakas sanoo olevansa terve, ammattitaitoinen sairaanhoitaja arvioi asiakkaan terveyskäsitystä kokonaisvaltaisesti eikä toimi pelkästään asiakkaan antaman tiedon varassa. Toisen ihmisen ajatuksia ei voi tavoittaa, ellei hän kuvaile tai kerro niistä. Asiakkaan terveydelle ja hyvälle hoidolle antamia merkityksiä ei voi olettaa itsestään selvästi tietynlaisiksi, koska ne perustuvat subjektiivisiin, ainutlaatuisiin kokemuksiin. (Haho 2009, 21-22.) Ikääntyneiden lääkehoidon eettiseen perustaan kuuluvat totuudenmukaiset tiedot lääkehoidon vaikutuksista, haittavaikutuksista ja yhteisvaikutuksista (Pöllänen 2007, 2).

Henkilökunnan oikea mitoitus ja rakenne suhteessa asiakkaisiin vaikuttavat työntekijöiden hyvinvointiin. Riittävät henkilökuntaresurssit ja tasa-arvoinen työyhteisö ovat yhteydessä asiakkaan hyvän hoidon ja potilasturvallisuuden toteutumiseen. Työtyytyväisyys heijastuu myönteisesti asiakkaiden ja omaisten kohtaamisessa, jolloin heidän tarpeitaan ymmärretään paremmin ja saatu palaute huomioidaan omantunnon kehittämisessä. (Kangasmäki 2008, 12.) Snelmann (2007, 2527) pitää henkilökuntavajetta yhtenä syynä asiakkaiden rauhoittavan lääkityksen lisäämisessä. Rauhoittavan lääkityksen lisääminen asiakkaalle vastoin todellista tarvetta, on eettisesti kestämätöntä ja ihmisarvoa alentavaa vallankäyttöä. Esiintyvistä epäkohdista tulee keskustella hyvässä yhteisymmärryksessä. Henkilöstön tarpeesta tulee antaa tietoa päättäjille, jolloin heillä on mahdollisuus vaikuttaa. Päättäjillä on osaltaan vastuu siitä, että kotihoidolla on riittävästi henkilökuntaa turvallisen hoidon toteuttamiseksi.

## 5 Kehittämishankkeen toteutus

Turvallisen lääkehoidon hanke käynnistyi keväällä 2008. Hankkeen alkupuolella opiskelijat kävivät tutustumassa työyhteisöön ja sen toimintaan. Kevään ja kesän aikana opiskelijat etsivät teoretietoa kehittämistoiminnan tueksi. Syksyllä 2008 opiskelijat tekivät kysymykset

teemahaastattelua varten (liite 1). Haastattelu suoritettiin lokakuussa 2008. Haastattelun pohjalta muodostettiin nykytilankuvaus. Työyhteisö sai tehdä muutoksia nykytilan kuvaukseen viikkopalaverissa tammikuussa (liite 2) 2009.

Työyhteisö valitsi kehittämiskohteet viikkopalaverin jälkeen. Opiskelijat arvioivat nykytilanetta suhteessa tutkittuun tietoon. Arviointi käytiin esittelemässä työyhteisössä. Työyhteisö arvioi työryhmän toimintaa kysymyslomakkeen avulla. Turvallinen lääkehoito 2 - hanke päättyi 1.4.2009 pidettyyn päätösseminaariin, jossa eseltiin työryhmien toiminnan tuloksina tuotettuja lääkehoidon nykytilan kuvauksia.

## 5.1 Kuvaus lääkehoidon nykytilanteesta Roution kotihoidossa

Alaluvussa 5.1 kuvaamme Roution kotihoidon lääkehoidon nykytilanteen. Nykytilanteen kuvaus pohjautuu työryhmämme työelämänedustajien teemahaastatteluun. Haastattelu litteroitiin, jonka pohjalta muodostettiin havainnollinen kalanruotomalli nykytilanteesta (liite 2). Lääkehoidon nykytilanteen kuvaus käsiteltiin työyhteisössä 13.1.2009 viikkopalaverissa, jonka perusteella tekstiin tehtiin tarkennuksia.

### 5.1.1 Lääkehoidon vaatimustaso

Henkilökunnalta edellytetään tutkinnon mukaista osaamista. Hoitajaa työhön haastateltaessa pyydetään häneltä omaa arviota lääkehoidon osaamisesta. Omalta osaltaan myös perehdyttäjä, työryhmän lisäksi, on vastuussa uuden työntekijän perehdyttämisestä. Kotihoidolla on olemassa uuden työntekijän perehdytyskansio.

Lääkehoidon vaatimustaso vastaa perusterveydenhuollon tasoa. Haastattelusta kävi ilmi, että suonensisäistä lääkitystä ei tällä hetkellä toteuteta, koska siihen ei ole resursseja. Tarvetta suonensisäiselle lääkitykselle on kuitenkin hyvin harvoin, eikä sen katsota olevan ominaista Roution kotihoidon toiminnalle. Sairaanhoidajan toimenkuvaan kuuluu influenssarokotusten antaminen.

Täydennyskoulutusta järjestetään työntekijöiden toiveiden ja tarpeiden mukaan. Työntekijöillä on mahdollisuus osallistua koulutuksiin oman aktiivisuuden ja työvuorojen mukaan, usein 1-3 henkeä kerrallaan. Suoritetuista koulutuksista pidetään rekisteriä. Henkilöstön kehityskeskusteluja pidetään kerran vuodessa.

### 5.1.2 Lääkemääräykset

Roution kotihoidon asiakkaat saavat lääkäripalveluita väestövastuun periaatteella kolmelta eri terveysasemalta. Lääkäreiden vastaanotot sijaitsevat virka-aikana Roution terveysasemalla, Pääterveysasemalla ja Tynninharjun terveysasemalla. Virka-ajan ulkopuolella, viikonloppuisin ja juhlapyhinä päivystystoiminta on keskitetty Tynninharjun terveysasemalle.

Kotihoidon asiakkaat käyttävät myös yksityisen lääkäriaseman palveluita hakiessaan ratkaisua terveysongelmiin, joihin liittyy lähes aina lääkehoidon tarve. Lääkehoitoavun hakeminen muusta kuin tavanomaisesta hoitopaikasta, voi aiheuttaa päällekkäislääkitystä. Yhteistyö lääkäreiden kanssa toimii vaihtelevasti, koska kotihoidolla ei ole nimettyä vastuulääkäriä. Työryhmän sisällä yhteistyö toimii aika hyvin.

### 5.1.3 Lääkehuolto

Roution kotihoidossa lääkehoidon toimintatapoihin kuuluvat lääkehuollon toteuttaminen, lääkkeiden jakaminen sekä antaminen. Lääkehoidon toteuttaminen alkaa asiakkaan tarpeesta. Lääkärin annettua lääkemääräyksen, lääkkeen hankkii asiakas itse tai kotihoidon työntekijä asiakkaan tilille.

Asiakkaan suostumuksella, vastuuhoidtaja voi vaihtaa reseptissä mainitun lääkkeen vastaavaan rinnakkaisvalmisteeseen, jos vaihtaminen on mahdollista. Rinnakkaisvalmisteeseen vaihtamista ei tehdä jokaisella käyntikerralla kulloinkin voimassa olevan hinnan mukaan. Työryhmän sairaanhoitaja vastaa toimistolla olevien lääkkeiden säilytyksestä ja pääosin hankinnasta. Lääkkeiden jakaja on osaltaan vastuussa lääkkeiden riittävydestä.

Pääosin asiakkaiden lääkkeet säilytetään asiakkaiden kotona, mutta osan asiakkaiden lääkkeet säilytetään kotihoidon toimipisteessä. Asiakkaan kotona lääkkeitä säilytetään vaihtelevissa paikoissa, esimerkiksi pöydällä, kaapissa tai lääkekaapissa. Lääkkeet pyritään säilyttämään alkuperäisissä pahvipakkauksissaan tuoteselosteineen.

Kotihoidon toimipisteessä lääkkeet säilytetään huoneessa, joka on myös toimistokäytössä. Siellä lääkkeet ovat neljässä lukollisessa kaapissa. Jokaisella asiakkaalla on kaapissa asiakas-kohtainen astia, jossa kaikki myös huumaavat lääkkeet säilytetään. Kylmäsäilytystä vaativat lääkkeet ovat samassa huoneessa olevassa jääkaapissa. Tilan puutteen ja Pharmaca Fennican käyttömahdollisuuden takia, kaikkia lääkkeitä ei välttämättä säilytetä alkuperäisissä pahvipakkauksissa.

Asiakkaiden, joiden lääkkeet säilytetään toimistolla, reseptit säilytetään lääkekaapissa olevassa mapissa. Muiden asiakkaiden reseptit ovat asiakkaan kotona kotihoidon oman kansion välissä tai muualla sovitussa paikassa. N-lääkkeiden reseptit säilytetään apteekissa. Asiakas-

kohtaiset lääkeannokset löytyvät potilastietojärjestelmästä, lääkedosetista sekä vihreästä kotikansioista asiakkaan luona. Tarpeettomat tai vanhentuneet lääkkeet toimitetaan apteekkiin kotihoidon työntekijöiden toimesta.

#### 5.1.4 Lääkkeen jakaminen

Kotihoidon työntekijä jakaa asiakkaille lääkkeet dosettiin viikoksi kerrallaan, tämä voi tapahtua asiakkaan luona tai toimistolla. Lääkkeiden jakamiseen osallistuu koko työryhmä. Toimistolla ei ole lääkkeenjakoan erillistä tilaa, vaan se tapahtuu rauhottomassa toimistohuoneessa, joka lisää mahdollisuutta lääkepoikkeamien syntyyn. Asiakkaan luona jaettaessa usein keskustellaan samanaikaisesti asiakkaan kanssa. Kaikilla asiakkailla on käytössään vähintään kaksi dosettia, tämä mahdollistaa liukuman lääkkeenjaossa. Muutama asiakas jakaa lääkkeet itse dosettiin ja hoitaja tarkistaa ne.

Käytössä ei ole lääkkeiden kaksoistarkistusjärjestelmää. Kaksoistarkistuksen toteuttaminen on asiakkaan luona vieläkin haasteellisempaa, koska siellä käydään yksin. Ottaessaan lääkkeitä dosetista hoitajat eivät pääsääntöisesti tarkasta ottamiensa lääkkeiden oikeellisuutta.

#### 5.1.5 Lääkkeen antaminen

Lääkehoito toteutetaan asiakkaan luona. Lääkehoidossa käytetään pääosin luonnollisia antoreittejä muun muassa suun kautta (p.o.). Muita käytettäviä antoreittejä ovat ihon alle (s.c.) ja lihakseen (i.m.) annettavat injektiot.

Lääkehoitoa toteuttavasta henkilökunnasta vain osalla on ihonsisäiseen (s.c.) ja lihakseen (i.m.) lääkkeenantoon tarvittava koulutus ja suullinen toimipaikkakohtainen lupa. Kotihoidon työntekijöistä ainoastaan sairaanhoitajalla on lupa toteuttaa suonensisäistä neste- ja lääkehoitoa. Tarvittaessa lähi- ja kodinhoitajat sijaistavat toisiaan työryhmän sisällä. Sairaanhoitajan sijaistaminen tapahtuu joko mahdollisuuksien mukaan työryhmän sisällä tai toisen alueen sairaanhoitajan toimesta. Lohjan kaupungin kotihoidossa ei ole sairaanhoitajaa iltavuoroissa.

Sairaanhoitaja ottaa vastaan lähi- ja kodinhoitajien näytöt em. luvista. Lääkäri myöntää kaikki edellä mainitut luvat ja ne ovat voimassa työsuhteen keston ajan. Tällä hetkellä kotihoidolle ei ole nimetty omaa vastuulääkärinä, joka vastaisi lääkehoidossa tarvittavien lupien myöntämisestä lääkehoitoa suorittaville työntekijöille.

Lääkkeen antaminen oikealle asiakkaalle varmistetaan ottamalla lääkkeet oikeasta dosetista, ja jos asiakasta ei tunneta entuudestaan, kysytään oletteko te sen niminen henkilö. Asiakkaal-

le kerrotaan sen jälkeen, että tässä ovat teidän lääkkeenne. Oikean asiakkaan varmistaminen on erittäin tärkeää, etenkin jos paikalla asunnossa on useita ihmisiä.

#### 5.1.6 Potilaan informointi ja neuvonta

Asiakkailla on mahdollisuus osallistua oman lääkehoitonsa suunnitteluun yhteistyössä kotihoiton kanssa. Lääkitystä pohdittaessa asiakas voi ilmaista halunsa lääkemudosta taikka kuinka monta kertaa vuorokaudessa hän saa lääkkeitä. Mahdollisuuksien mukaan voidaan myös sopia, että asiakas ottaa lääkkeet itsenäisesti.

Asiakkaat saavat tietoa lääkkeistä useaa kanavaa pitkin. Useimmin he saavat tietoa lääkäriltä, kotihoiton henkilöstöltä tai apteekin farmaseutilta. Osa asiakkaista myös tutustuu lääkkeidensä pakkausselosteisiin itsenäisesti tai hankkii tietoa sairaudestaan ja lääkkeistään kirjallisuudesta. Myös omaiset ja ystävät voivat antaa ”oikeata” tietoa. Edellä mainitut tahot antavat myös tietoa lääkkeiden oikeasta säilytyksestä.

Farmaseuttien osaamista hyödynnetään vaihtelevasti. Apteekissa asioidessa on mahdollisuus kysyä hankittavista lääkkeistä käyttöohjeita, jos valmistet eivät ole aikaisemmin tuttuja tai tarvitaan lisätietoa esimerkiksi eri lääkevalmisteiden yhteensopivuudesta.

#### 5.1.7 Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi

Lääkehoidon tarkoituksenmukaisuutta seurataan lääkärin vuosikontrolleissa, keskustelemalla asiakkaan kanssa lääkkeen vaikutuksista, laboratoriokokeilla ja hoitajan oma havainnointi. Tarvittaessa keskustellaan asiakkaan lääkityksestä työryhmässä lääkehoidon tarkoituksenmukaisuudesta.

Asiakkaan hoitoon sitoutuneisuutta pohditaan usein juuri lääkityksen kohdalla. Kotihoito on aluksi vastuussa asiakkaan lääkityksestä, monesti otetaan myöhemmin tietoinen riski ja kokeillaan kuinka asiakas selviää lääkityksensä hoidosta. Jos asiakas ei selviydy lääkityksensä hoitamisesta, lisätään kotihoiton vastuuta lääkehoidosta. Vastuuta voidaan myös siirtää enemmän asiakkaalle tarpeen mukaan.

#### 5.1.8 Dokumentointi ja tiedonkulku

Lääkehoidossa tapahtuvat muutokset tulee tehdä mahdollisimman pian, jolla turvataan lääkehoidon oikeellisuus ja tarkoituksenmukaisuus sekä turvallisuus. Vastuuhoitajan tehtävä on tarkastaa, että toteutettava lääkehoito vastaa asiakkaalle kirjoitettua reseptin annosmäärää.

Tällöin vältetään lääkkeiden ennen aikaiselta loppumiselta. Vastuuhoitajat konsultoivat tarvittaessa työryhmän sairaanhoitajaa tai lääkäriä.

Päivittäin käytettävistä lääkkeistä kirjataan esimerkiksi annetun insuliinin määrä seurantavihkoon ja potilastietojärjestelmään, silmätippojen ja nenäsuihkeiden antaminen rasti ruutuun periaatteella. Varsinaisten listalääkkeiden käyttöä ei dokumentoida erikseen.

Sairanhoitaja päivittää useimmiten lääkelistat Pegasos asiakastieto-ohjelmaan muutoksien tapahtuessa. Vastuuhoitajat vastaavat omien asiakkaiden lääkehoidon toteutuksesta, lääkelistojen ajantasaisuudesta vihreässä kotikansiossa ja lääkedosetissa.

Havaituiksi riskitekijöiksi haastateltavat mainitsivat muun muassa lääkkeen ottamisen unohtaminen, oikean lääkemäärän ottaminen, säilytyksen asianmukaisuus, omaisten ja ystävien henkilökohtaisten lääkkeiden antaminen asiakkaalle, henkilökunnan tiedonkulun ongelmat, asiakkaat voivat unohtaa tai jättää kertomatta kaikista heille määrätyistä lääkkeistä, jolloin paras mahdollinen hyöty voi jäädä saavuttamatta sekä tietysti mahdolliset inhimilliset erehdykset. Riskitekijöinä pidettiin myös itse otettuja käsikauppalääkkeitä, joita ei ole kirjattuna minnekään, hoitolaitosten ja kotihoidon välisen tiedonkulun ongelmat sekä asiakkaan itsemääräämisoikeus, jos asiakas kieltäytyy ottamasta lääkkeitään.

Tietojen siirtymisestä jakohoitopaikkaan vastaa vuorossa oleva hoitaja. Vastuuhoitajan merkitys ajantasaisten tietojen ylläpitämisestä korostuu erityisen paljon, sillä vuorossa olevalla hoitajalla ei ole välttämättä mahdollisuutta tarkastaa lääkelistan ajantasaisuutta akuutin sairastumisen yhteydessä.

#### 5.1.9 Lääkehoidon poikkeama

Kotihoidossa on käytössä lääkepoikkeama ilmoitusjärjestelmä, jossa ilmoitus täytetään lomakkeelle. Lomake täytetään poikkeaman havaitsemisen jälkeen. Todetut lääkepoikkeamat käydään työryhmässä läpi ja pohditaan sekä otetaan opiksi. Työryhmä kehittää omia toimintatapoja, jotta vastaavat poikkeamat voidaan jatkossa ennalta ehkäistä. Työryhmässä käsittelyn jälkeen poikkeama ilmoitus arkistoidaan mappiin. Lääkepoikkeaman ilmetessä, asiakkaan saadessa toiselle asiakkaalle kuuluvat lääkkeet tai asiakkaan saadessa kaksinkertaiset lääkkeet otetaan yhteys hoitavaan lääkäriin. Jos asiakkaalta puuttuu lääkkeitä, ne toimitetaan saman päivän aikana toimistolta tai tarvittaessa käydään ostamassa asiakkaan tilille apteekista.

## 5.2 Työryhmän toiminta

Opiskelijoille pidettiin esittelytilaisuus tarjolla olevista kehittämishankkeista 30.1.2008. Tilaisuuden jälkeen opiskelijat hakivat kirjallisesti kiinnostavaksi kokemaansa hankkeeseen. Turvallinen lääkehoito 2 - hanke alkoi 13.2.2008. Ensimmäisellä kerralla opiskelijat orientoituivat hankkeen taustaan, tavoitteeseen ja tarkoitukseen. Yhteistyökumppani julkistettiin 2.4.2008. Työelämäedustajat työryhmiin julkistettiin 7.5.2008. Hankkeen toteutus jatkui menetelmä- ja sisältöpajoilla, joita pidettiin opiskelijoille yhteensä kahdeksan kertaa. Työryhmille oli järjestetty kolme koulutustilaisuutta, joihin kutsuttiin osallistumaan myös esimiehet. Koulutukset järjestettiin Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan toimipisteessä. Koulutuksissa oli vierailevia luennoitsijoita ja aiheet liittyivät lääkehoidon eri osa-alueisiin. Lisäksi opiskelijat esittelivät koulutustilaisuuksissa työryhmien työn sen hetkisiä vaiheita posterinäyttelyillä. Postereista saantaa kirjallista palautetta, jota hyödynnettiin työryhmän työskentelyssä. Työryhmämme saama palaute jäi vähäiseksi. Posterit toimitettiin työyhteisöön, jolloin työntekijöillä oli mahdollisuus tutustua kehittämishankkeen etenemiseen.

Roution kotihoidon toimintaan sekä tiloihin tutustuttiin 19.5. Tapaamisessa laadittujen mui-  
tiinpanojen pohjalta opiskelijat laativat välivaiheen raportin. Tapaamisessa sovittiin, että yhteydenpito toteutetaan sähköpostilla, kummankin osapuolen toimesta. Kevään ja kesän kuluessa opiskelijat etsivät teorian tietoa lääkehoidosta, kotihoidosta ja kehittämistoiminnan menetelmistä. Kehittämishankkeen yhteistyösopimus allekirjoitettiin työryhmän ja Laurea-ammattikorkeakoulun edustajien kesken 29.10.2008.

Syksyn 2008 aikana opiskelijat laativat kysymykset teemahaastattelua varten. Juurruttamisen tässä vaiheessa tarkoituksena oli muuttaa hiljainen tieto näkyväksi. Teemahaastattelu pohjautui STM:n turvalliseen lääkehoito-oppaaseen (2006). Työyhteisössä suoritettiin turvallisen lääkehoidon teemahaastattelu 21.10.2008. joka nauhoitettiin ja litteroitiin word - dokumentiksi. Litteroinnin jälkeen aineisto luokiteltiin, josta tehtiin kuvaus kalanruotomallilla ja kirjoitettiin tekstiksi raporttiin. Ammattitaitoa edistävät harjoittelut suoritettiin viikoilla 39 - 44, joiden aikana opiskelijat kiinnittivät huomiota sen hetkiseen lääkehoidon toteuttamiseen ja kehityskohteiden havainnointiin, turvallisen lääkehoidon näkökulmasta.

Nykytilan kuvaus esiteltiin työyhteisön viikkopalaverissa 13.1.2009. Esittelyn alussa kerrottiin, että kuvauksen pohjalta työyhteisö valitsee kehittämiskohteet, joihin he kokevat tarvitsevan muutosta. Opiskelijat pyysivät avointa palautetta, jotta nykytilanteen kuvaus saadaan mahdollisimman paikkansapitäväksi. Keskustelua syntyi järjestelmällisen läpikäynnin aikana ja tarkennuksia tehtiin. Viikkopalaverissa oli aluksi paikalla kolme työntekijää, työtilanteen sal-  
liessa paikalle tuli lisää työntekijöitä. Paikalla oli enimmillään kuusi työntekijää.

Kehittämiskohteiksi Roution kotihoidon työyhteisössä valittiin ”lääkepoikkeamien käsittely ja ennaltaehkäisy” sekä ”lupakäytäntöjen kehittäminen lääkehuollon toteuttamisessa”. Kehittämiskohteiden tunnistaminen jälkeen etsittiin lisää tutkittua tietoa, kehittämiskohteisiin liittyen. Tämän jälkeen työryhmän opiskelijat arvioivat lääkehoidon nykytilannetta, pohjautuen tutkittuun tietoon. Tämä arviointi mahdollistaa uuden tiedon syntymisen. Nykytilanteen kuvauksen arviointi käytiin esittelemässä viikkopalaverissa 18.3.2009. Työyhteisö arvioi nykytilan kuvauksen hyödyllisyyttä yksikön lääkehoidon kehittämisessä kysymyslomakkeen avulla. Työyhteisöltä saatu arviointi esitetään kappaleessa 6.2.

## 6 Kehittämishankkeen arviointi

Arvioinnilla tarkoitetaan kehittämistoiminnan vaikutusten selvittämistä siinä kontekstissa jossa sitä on tehty. Arvioinnin avulla saadaan reaaliaikaista tietoa kehittämishankkeesta tuotetusta tiedosta, hyvistä käytänteistä ja kehittämisen kohteista. Kehittämishankkeen arvioinnin laiminlyöminen merkitsee taloudellisten ja työaikaresurssien tuhlausta, jolloin tavoiteltu hyöty jää saavuttamatta. (Paasivaara ym. 2008, 140-143; Stenvall & Virtanen 2007, 136.)

Ahosen ym. (2006, 19) mukaan arviointitiedon käsittely työyhteisössä antaa palautetta koko työyhteisölle siihen asti toteutetusta kehittämishankkeesta. Saatu arviointitieto tukee hankkeen vaiheittaista eteenpäin vientiä, jonka avulla edistetään työyhteisön kehittymistä tavoitellun muutoksen aikaansaamiseksi. Paasivaaran ym. (2007, 142-144) mukaan kehittämishankkeen arviointia voidaan tehdä haastattelulla tai lomakekyselyllä. Se tulee kohdentaa niille henkilöille johon kehittämishanke vaikuttaa. Onnistuneen hankkeen tulosten käytäntöön viemällä saadaan aikaan todellisia vaikutuksia työyhteisön toimintaan.

Arvioidun nykytilan perusteella toimintaa voidaan ja tulee kehittää turvallisemmaksi, tehokkaammaksi ja taloudellisemmaksi huomioiden asiakkaiden hoidon tarpeet. Toiminnan kehittäminen edellyttää nykytilanteen vertaamista tutkittuun tietoon, jonka pohjalta havaitaan mahdolliset kehittämisen kohteet. Työelämälähtöisen kehittämishankkeen vahvuutena voidaan pitää sitä, että henkilökunta on itse osaltaan toteuttamassa tavoiteltua muutosta.

### 6.1 Lääkehoidon osa-alueiden arviointi

#### **Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat**

Yksikössä ei tällä hetkellä ole olemassa lääkehoitosuunnitelmaa. Lääkehoidon toteuttamisen tulisi perustua lääkehoitosuunnitelmaan, joka on työväline lääkehoitoprosessin hallintaan. (vrt. STM 2006).



Kotihoidon asiakas voi osallistua yhdessä terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa oman lääkehoidon suunnitteluun, kertoen omista mieltymyksistä esimerkiksi lääkkeen annosmuodon valinnasta tai montako kertaa vuorokaudessa haluaa ottaa lääkkeensä. Asiakas voi sitoutua paremmin oman lääkehoidon toteuttamiseen ja ottaa siitä vastuuta. Kaikki ikääntyneet eivät kuitenkaan pysty huolehtimaan lääkityksestään itsenäisesti (vrt. Ojala 2004; Pietikäinen 2004; Säilä 2007).

Yhteistyö sairaalan ja terveyskeskuksen vuodeosastojen kanssa toimii hyvin. Kotiuttamispaiveriin (kpl 3.1.) osallistutaan mahdollisuuksien mukaan. On tärkeää, että kotihoidon edustaja voi olla saman pöydän ääressä pohtimassa kotiutuvan asiakkaan tarpeita. Tässä vaiheessa voidaan vaikuttaa merkittävästi asiakkaan hoitoon, esimerkiksi lääkehoitoa suunniteltaessa, kotihoidon avuntarpeen määrään ja tarvitaanko mahdollisia apuvälineitä tai muutostöitä, jotta kotiutuminen voi toteutua ennalta suunnitellusti ja turvallisesti. Omaisen osallistuminen on myös tärkeää, jotta samalla saadaan tietoa miten he voivat osallistua asiakkaan hoitamiseen ja tarvitsevatko jotakin erityistä tukea hoitaessaan omaistaan. Ikääntynyt voi olla tietämätön kaikista lääkehoitoon liittyvistä asioista, siirtyessään kotiin sairaalasta (vrt. Säilä 2007).

### **Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen**

Lääkehoitoon osallistuvilla työntekijöillä suurimmalla osalla on sosiaali- ja terveydenhuollon perustutkinto lähihoitaja koulutus, johon on sisältynyt lääkehoidon koulutus. Lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvien kouluttamattomien työntekijöiden, tulee suorittaa lääkehoidon koulutus. Lääkehoito on merkittävä osa kotihoidon jokapäiväistä hoitotyötä (vrt. Pietikäinen 2004.)

Henkilökuntaa rekrytoitaessa hakijalta tiedustellaan omaa näkemystä lääkehoidon osaamisesta. Työntekijän tulisi tunnistaa omat kehittymisen tarpeet, jolloin ne voidaan huomioida täydennyskoulutusta suunniteltaessa. Työyksikössä käydään kehityskeskusteluja kerran vuodessa, jolloin esimies on tietoinen henkilökunnan ammattitaidosta ja kehittymisen kohteista. Tämä on yksi osaamiseen liittyvä osa-alue (vrt. STM 2006). Uudelle työntekijälle nimetään perehdyttäjä, mutta koko työryhmä osallistuu perehdyttämisen suorittamiseen. Opiskelijoille nimitään ohjaaja työssäoppimisjakson ajaksi, jolloin opiskelija on työntekijän välittömän valvonnan ja vastuun alainen. Opiskelija harjoittelee koulutuksensa mukaista lääkehoitoa. Ohjaajalla tulee olla asianmukaiset luvat. Esimiehen tulee varmistaa työntekijän riittävät tiedot toimintayksikön lääkehoidosta (vrt. STM 2006).

Työyksikössä on olemassa perehdytyskansio, jonka avulla uusi työntekijä ja opiskelija voi perehtyä toimintatapoihin. Perehdytyskansioon tulee lisätä lääkehoitoon liittyvät tavoitteet, jotka työntekijän ja opiskelijan tulee hallita.

Työyksikössä tulee määrittää osaamisen varmistamisen käytännöt ja millä aikavälillä osaaminen tulee osoittaa. Lääkelaskujen hallintaa ei valvota säännöllisesti, tämä kuitenkin on osa hoitajien jokapäiväistä työtä (vrt. Erkko & Ernvall 2006; Lundgren-Laine 2007). Täydennyskoulutusta järjestetään tarpeen mukaan. Suoritetut koulutukset dokumentoidaan sähköiseen järjestelmään, näin tuleekin olla Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön oppaan (2006) mukaan. Koulutukset lisäävät hoitajan luottamusta omaan osaamiseensa (vrt. Säilä 2007).

### **Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako**

Lääkehoitoa toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä. Moniammatillisessa tiimissä jokaisella on omat vastuunsa. Aamulla työtehtävät jaetaan yhteisesti (kpl 3.1) paikalla olevien työntekijöiden kesken, huomioiden vapaapäivät ja sairauspoissaolot. Jos asiakaskäynti vaatii kahden hoitajan työpanoksen, työntekijät sopivat aikataulun yhdessä ja informoivat toisiaan muutoksista. Työnantajalla on vastuu siitä, että työntekijöillä asian mukainen koulutus ja tarvittavat luvat myös tehtävien siirron aikana. (vrt. Hurme 2007; Ojala 2004; STM 2006.)

### **Lupakäytännöt**

Työyksikkö ottaa käyttöön lupakäytännöt ja osaamisen varmistamiskäytännöt. Tällä hetkellä vain osalla työntekijöistä on pistoluvat ihonalle s.c. ja lihakseen i.m. sekä sairaanhoitajalla i.v - lupa. Luvat ovat toistaiseksi voimassa olevia, eikä henkilöstön osaamista varmisteta säännöllisesti, kuten kuuluisi (vrt. STM 2006). Rokottamiseen tulee olla asianmukainen koulutus ja tarvittava lupa. Hankitut luvat ovat henkilökohtaisia, määräaikaista ja niiden tulee olla kirjalliset.

### **Lääkehuolto**

Kotihoidon työntekijät hankkivat osalle asiakkaista lääkkeet apteekista, näiden asiakkaiden lääkkeet säilytetään kotihoidon toimipisteessä. Asiakkailta on tili apteekissa, joten rahan käsittelyä ei tarvita, tämä helpottaa työntekoa. (vrt. Ojala 2004; Pietikäinen 2004.) Hankittaessa lääkkeitä apteekista, otetaan huomioon asiakkaan taloudellinen tilanne, erityisesti pienituloisten kohdalla. Asiakkaan luvalla lääke voidaan apteekissa vaihtaa halvempaan rinnakkaisvalmistukseen. Tällöin voidaan lääkehoito toteuttaa edullisemmin. (vrt. Kivelä 2004.) Osa asiakkaista hankkii lääkkeet itse tai omainen asiakkaan puolesta ja kotihoidon työntekijät jakavat lääkkeet dosettiin esim. viikoksi tai kahdeksi kerrallaan. Henkilökunta tarkastaa lääkkeitä jakaessaan vanhentumispäivämäärät. Vanhentuneet tai tarpeettomat lääkkeet toimitetaan apteekkiin hävitettäväksi. (vrt. STM 2006.)

Asiakkaiden lääkkeitä säilytetään ensisijaisesti kotona. Lääkkeiden säilytyspaikkoihin tulee kiinnittää huomiota, jotta ne säilyvät käyttökelpoisina omissa pakkauksissaan. PKV lääkkeiden reseptit säilytetään apteekissa. Kotihoidon toimipisteessä lääkkeet säilytetään asianmukaisesti asiakkaan nimellä varustetussa astiassa lukitussa kaapissa. Kylmäsäilytystä vaativat lääkkeet säilytetään lukottomassa jääkaapissa. Lääkkeiden säilytykseen käytettävässä jääkaapissa tulisi olla lukitus. Farmaseuttien osaamista hyödynnetään tarvittaessa. (vrt. STM 2006.)

### **Lääkkeiden jakaminen ja antaminen**

Asiakkaiden lääkkeet jaetaan dosettiin viikoksi tai kahdeksi kerrallaan, joko asiakkaan luona tai toimistolla. (vrt. Kivelä 2004) Toimistolla jakaminen tapahtuu rauhattomassa toimistohuoneessa mikä lisää mahdollisuutta lääkepoikkeamien syntyyn. Myös asiakkaan luona jaettaessa on olemassa häiriötekijöitä. Lääkkeiden jakamisessa käytettävät tilat ovat haasteelliset. Lääkkeiden kaksoistarkistusjärjestelmää ei ole käytössä. Ottaessaan lääkkeitä dosetista hoitajat eivät pääsääntöisesti tarkasta ottamiensa lääkkeiden oikeellisuutta. Käytettäessä koneellista annosjakelua kotihoidon henkilökunta koki lääkeshoidon helpottuneen. (vrt. Säilä 2007). Jos asiakasta ei tunneta entuudestaan, varmistetaan henkilöllisyys ennen lääkkeiden antoa.

### **Potilaiden informointi ja neuvonta**

Useimmin asiakkaat saavat tietoa lääkkeistä kotihoidon henkilöstöltä tai lääkäriltä. Osa asiakkaista etsii myös tietoa itsenäisesti. Omaiset ja ystävät ovat myös tiedonlähteitä. Asiakkaalle tulee kertoa lääkityksessä tapahtuneista muutoksista. Jos asiakas ei ymmärrä tehtyjä lääkitysmuutoksia, ohjausta tulee antaa uudestaan. Asiakkaille ja tarvittaessa heidän omaisille annetaan lääkeshoitoon liittyvää ohjausta, tämän johdosta poikkeaman mahdollisuus pienee. Omaisia pyritään aktivoimaan mukaan lääkeshoitoon ja lisäämään yhteistyötä. Asiakkaan /omaisen ohjaus sujuu luontevasti. (vrt. STM 2006.) Sairaanhoidajalta kaivataan, että hänellä olisi aikaa kertoa asiakkaalleen määrätystä lääkeshitstä. (vrt. Pietikäinen 2004; Pöllänen 2007.)

Kotihoidon yhteistyötahojen, esimerkiksi sairaalan toiminta, vaikuttaa osaltaan lääkeshoidon toteuttamiseen (vrt. Säilä 2007). Lääkeshoitoon liittyviä riskitekijöitä, esimerkiksi yhteistyötahojen toiminta, on tiedostettu. Riskitekijöitä tulee pohtia edelleen jokaisen asiakkaan kotona, jotta lääkeshoittoa voidaan toteuttaa mahdollisemman turvallisesti.

### **Lääkeshoidon vaikuttavuuden arviointi**

Lääkeshoidon tarkoituksenmukaisuutta seurataan, havainnoidaan, keskustellaan asiakkaan kanssa sekä seurataan lääkärin määräämillä kontroleilla. Erityisesti lääkeshitusten jälkeen asiakkaan vointia seurataan tarkemmin, vaikuttavuuden arvioimiseksi. Tarvittaessa asiakkaan lääkeshitystä pohditaan työryhmässä. Omaiset otetaan hyvin huomioon lääkeshittoa arvioitaessa.

(vrt. Kivelä 2004; STM 2006.) Arvioinnissa korostuu sen sisältö (vrt. Pietikäinen 2004). Asiakkaat haluavat, että lääkehoidon vaikutuksia arvioidaan ja että omaiset otetaan huomioon (Pöllänen 2004).

### **Dokumentointi ja tiedonkulku**

Asiakkailla on nimetty vastuuhoitaja, joka hoitaa työvuorossa ollessaan omat asiakkaat ja toimii korvaavana hoitajana toisille asiakkaille. Vastuuhoidajuus korostuu erityisesti tietojen ajan tasalla pitämisessä, esimerkiksi lääkelistojen kohdalla. Vastuuhoidajat huolehtivat lääkelistojen ajantasaisuudesta. Tietojen siirtymisestä jatkohoitopaikkaan vastaa vuorossa oleva hoitaja, jolloin korostuu tiedon ajantasaisuuden merkitys. (vrt. [www.europa.eu](http://www.europa.eu).)

Varsinaisten listalääkkeiden käyttöä ei erikseen dokumentoida, mutta esimerkiksi päivittäiset annetut insuliiniannokset merkitään seurantavihkoon ja potilastietojärjestelmään. Silmätipat tai nenäsuihkeet merkitään asiakkaan luona olevaan vihkoon. (vrt. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 4: 12 §; STM 2006.)

### **Seuranta- ja palautejärjestelmät**

Työyhteisössä on käytössä paperille täytettävä lääkepoikkeamailmoitus lomake. Lääkityspoikkeama tapaukset käsitellään työryhmässä ja niistä pyritään ottamaan opiksi. Työryhmä kehittää toimintaansa virheiden analysoinnin perusteella. (vrt. STM 2006). Analysoinnin avulla voidaan selvittää mihin osa-alueisiin tulee kiinnittää enemmän huomiota ja tarvitaanko mahdollisesti lisäkoulutusta. Virheiden ehkäisy edellyttää, että niitä kartoitetaan systemaattisesti ja kehitetään toimintaa (Palonen ym. 2005.)

Tulevaisuudessa tulee kiinnittää huomiota siihen, miten toimitaan akuutissa lääkepoikkeamatilanteessa. Tarvitaan toimintaohjeet toimimisesta akuutissa lääkepoikkeamatilanteessa. Tätä ehdotetaan kehittämisen kohteeksi. Toimintaohjeet tulee liittää tehtävään lääkehoitosuunnitelmaan.

### **Hankkeessa esille tulleita hyviä käytänteitä**

1. Asiakas voi osallistua oman lääkehoidon suunnitteluun ja toteutukseen
2. Kotiutumispalaveriin osallistuminen
3. Lääkehoitoon liittyvien riskitekijöiden tiedostaminen
4. Kehityskeskustelut, oman osaamisen ja kehittymiskohteiden tunnistaminen
5. Perehdyttäjän ja ohjaajan nimeäminen
6. Tehtävien siirtäminen
7. Vastuuhoidajuus

8. Lääkkeen hankinta asiakkaan tilille
9. Lääkkeen vaihto edullisempaan rinnakkaisvalmisteseen
10. Vanhentuneiden lääkkeiden toimittaminen apteekkiin
11. Lääkehoidon ohjaus
12. Asiakkaan henkilöllisyyden varmistaminen, ennen lääkkeen antoa
13. Lääkehoidon vaikuttavuuden seuranta
14. Päivittäin annettavan insuliinin ja esimerkiksi silmätippojen merkitseminen
15. Toimita lääkepoikkeaman raportoinnissa ja käsittelyssä

## 6.2 Työyhteisön toiminnan arviointi

LÄKE 2 -kehittämishankkeen arviointi suoritettiin lomakekyselyllä, johon vastasivat Roution kotihoidon työntekijät. Arviointilomakkeet toimitettiin henkilökohtaisesti työyhteisön viikko-palaveriin, jolloin kerrottiin arviointiprosessista. Vastauslomakkeita viettiin 12 kappaletta, joista palautui kuusi täytettynä. Vastausprosentti oli 50. Työyhteisöllä oli mahdollisuus esittää kysymyksiä hanketta koskien. Vastausaikaa oli viikko, jotta kaikilla työntekijöillä oli mahdollisuus vastata. Seuraavaksi vastaukset käydään läpi kysymys kerrallaan:

Vastausvaihtoehdot olivat: 1 = ei lainkaan, 2 = jonkin verran, 3 = paljon, 4 = erittäin paljon ja 5 = ei osaa sanoa.

Kysymys 1. ”Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt lääkehoidon kehittämistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella?”

Kaikkien vastaajien mielestä työryhmä oli edistänyt lääkehoidon kehittämistä jonkin verran. Työryhmän toimita oli edistänyt jonkin verran lääkehoidon kehittämistä työyhteisön toiminnassa.

Kysymys 2. ”Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottamaan lääkehoidon nykytilan kuvaamiseen?”

Neljä vastaajaa näki työyhteisön osallistuneen jonkin verran nykytilan kuvaamiseen. Kahden vastaajan mielestä työyhteisö oli osallistunut paljon.

Kysymys 3. ”Miten työryhmän muodostamaa kuvausta voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?”

Työyhteisössä voidaan käyttää nykytilankuvausta kahden vastaajan mielestä jonkin verran. Kahden vastaajan mielestä voidaan hyödyntää merkittävästi. Yhden vastaajan mielestä nykytilan kuvaus on erittäin käyttökelpoinen jatkotyöskentelyyn.

Kysymys. 4. ”Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet kehittää lääkehoitoa?”.

Pääosin vastaajat näkivät työryhmän tuottaneen joitakin uusia ajatuksia. Yhden vastaajan mukaan uusia ideoita tuotettiin erittäin runsaasti.

Kysymys 5. ”Kuinka paljon kehittämistoiminta on mielestäsi parantunut lääkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta?”.

Yhden vastaajan mielestä kehittämistoiminta ei ole parantanut lääkehoidon sujuvuutta lainkaan, yhden vastaajan mielestä sujuvuus on parantunut erittäin paljon ja loput neljä vastaajaa olivat sitä mieltä, että lääkehoidon sujuvuus ja tehokkuus on parantunut jonkin verran.

Kysymys 6. ”Kuinka paljon uskot muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?”.

Yksi vastaajista piti muutosta mahdollisena, yhden vastaajan mielestä muutos tulee tapahtumaan ja loput neljä vastaajaa piti muutoksen toteutumista työyhteisössä todennäköisenä.

Avoimiin kysymyksiin oli vastattu kahdessa arviointilomakkeessa. Vastaajat antoivat seuraavanlaisia kommentteja:

”tämä on hyvä käytänne (tai) käytäntö. Liian monta kertaa. Alko hieman tympii”

”tuplatarkastus käynyt mielessä. Puhuttu myös lukollisista lääkekaapeista asiakkaiden koteihin. Niihin voisi olla sama avain, joka hoitajalla olisi käynnillä mukana. Jääkaapin tulisi olla myös lukittu (toimistolla)”

”Hyvin tärkeä projekti. Työntekijöiden ja esimiehen sitoutuminen tehtävään voisi olla aktiivisempi”

Hankkeen tarkoituksena oli saattaa hiljainen tieto näkyväksi ja saada aikaan keskustelua lääkehoidon nykytilanteesta. Laadukkaan nykytilan kuvauksen pohjalta voidaan jatkaa turvallisen lääkehoidon kehittämistä valittujen kehittämiskohteiden kautta.

Kehittämistoiminnan kannalta on tärkeää, että koko työyhteisö mahdollistaa osaltaan muutoksen syntymistä. Saatujen vastausten perusteella LÄKE 2 kehittämishanke on koettu tarpeelliseksi ja siitä koetaan olevan hyötyä työyhteisön toiminnan kehittämisessä.

Työntekijöillä oli mahdollisuus täyttää arviointilomake viikon aikana, heille sopivana ajankohdana, jolla toivottiin mahdollisimman paljon vastauksia. Avoimen palautteen niukkuus yllätti vastauslomakkeissa, ottaen huomioon että saatua palautetta tullaan huomioimaan kehittämistoiminnassa.

### 6.3 Työryhmän arviointi

Työryhmässä vaihtui yksi jäsen hankkeen alkuvaiheessa. Tiedon vaihtaminen on tapahtunut pääasiassa sähköpostien välityksellä. Alussa oli havaittavissa muutosvastarintaa kehittämishanketta kohtaan. Hankkeeseen liittyneiden sairaanhoitajaopiskelijoiden ammattitaitoa edistävän harjoittelun aikana hankkeesta keskusteltiin työyhteisössä.

Hankkeen edetessä yhteistyö lisääntyi ja oli luontevampaa. Työyhteisöihin annettiin käyttöoikeudet Optima - järjestelmään kirjallisten ohjeiden kera. Optiman käytön tarkoituksena oli tarjota ajantasaista tietoa kehittämishankkeesta työntekijöille ja työyhteisöille riippumatta viikonpäivästä tai kellonajasta. Optima - järjestelmän käyttö koettiin työyhteisössä monimutkaiseksi, jonka johdosta käyttäminen jäi vähäiseksi, jolloin opinnäytetyöraportit lähetettiin sähköpostin välityksellä.

Työryhmän työntekijäjäsenet toimivat kehittämishankkeessa oman työn ohella, jonka johdosta ajan resursointi oli haasteellista. Yhteisiin koulutustilaisuuksiin osallistui vain toinen työryhmän työntekijäjäsen. Ennalta sovitut tapaamiset toteutuivat suunnitellusti. Opiskelijajäsenet pyysivät useita kertoja kommentteja opinnäytetyöraporttiin sen kehittämiseksi, mutta niitä ei saatu lupauksesta huolimatta.

### 6.4 Opiskelijoiden arviointi kehittämistoiminnasta

Alussa työn rakenne ja kehittämistoiminnan eri vaiheet tuntuivat vaikeilta ymmärtää. Tietoa tuli paljon lyhyessä ajassa, eikä kummallakaan opiskelijalla ollut aikaisempaa kokemusta kehittämishankkeiden toteuttamisesta. Opiskelijoilla on erilaiset koulutukset, joka osaltaan vaikutti hankkeen läpiviemiseen.

Yhteistyökumppanin puuttuminen alkuvaiheessa aiheutti ihmetystä. Yhteistyökumppanin selvittyä tilanne selkiytyi ja ensimmäinen tutustuminen tapahtui keväällä 2008. Syksyllä 2008

molempien opiskelijoiden kolmen viikon harjoittelujaksot avasivat oven pintaa syvemmälle, toteutettavaan lääkehoitoon. Opiskelijat otettiin hyvin vastaan työyhteisössä.

Kehittämishankkeen alussa oli muutosvastarintaa, joka johtui epätietoisuudesta ja hankkeessa käytetystä menetelmästä, tämä väheni hankkeen edetessä. Kehittämishanke oli ensimmäinen laatuaan kaikille työryhmän jäsenille. Tulevaisuuden työelämää ajatellen, saimme arvokasta tietoa ja kokemusta siitä, miten kehittämishankkeita toteutetaan työelämälähtöisesti.

Projektin aikana opiskelijat saivat harjoitusta tiedonhaussa, esiintymisessä ja yhteistyötaidoissa. Työskentely käytännön työelämän kanssa antoi hyvää näkökulmaa siitä, mitä taitoja tulevaisuudessa tarvitaan. Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen ja sen monimutkaisuus selvisi projektin aikana.

Kehittämishanke on ollut pitkäjänteinen prosessi, jota on työstyetty muiden opintojen ohella. Opintoihin kuuluvat pitkät harjoittelut ovat osaltaan vähentäneet käytettävää aikaa. Ajanpuutteen takia kasvokkain työskentely jäi vähäiseksi. Hankkeen alussa käsitettiin, että raportti tulee olla kirjoitettu hankkeen päättymisen myötä. Tämä asia selveni vasta maaliskuun aikana. Raportin kirjoittamisen aikana kaivattiin enemmän tukea ja tarkempaa ohjeistusta ohjaajilta.

Käytetyt kehittämistoiminnan menetelmät, kuten juurruttaminen ja sisällönanalyysi, selkiytyivät projektin kuluessa, vaikka aluksi niiden kanssa toimiminen tuottikin päänvaivaa. Kokemus oli kaiken kaikkiaan hyvin opettavainen.

Kehittämiprojektin raportista muodostui kahden sairaanhoitajaopiskelijan opinnäytetyö, jonka avulla he osoittivat perehtyneisyytensä lääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen erityisesti kotihoidon näkökulmasta. Opiskelijat saivat arvokasta kokemusta käytännön työelämän kanssa tehdystä kehittämishankkeesta ja työelämä osapuoli sai kuvauksen sekä arvioinnin omasta lääkehoidon nykytilanteesta.

Kaiken kaikkiaan hanketta voidaan pitää onnistuneena. Työyhteisö koki työryhmän toiminnan onnistuneena ja tunsu saaneensa arvokasta tietoa omasta toiminnastaan. Työyhteisössä oltiin halukkaita kehittämään edelleen lääkehoidon osaamista, joka jatkuu valittujen kehittämis-kohteiden kautta.

## 6.5 Menetelmän arviointi

Juuruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä on toiminut hyvin kehittämishankkeessa. Juurruttamisen vaiheita asteittain etenemällä on noustu portaita ylöspäin kohti asetettua



tavoitetta. Hyvin tehty pohjatyö luo vaakaan perustan lääkehoidon turvallisuuden kehittämiseksi. Kehittämishankkeessa esiin tulleet hyvät käytänteet ja kehittämiskohteet voitiin tuoda esille työyhteisön avustuksella. Tämän pohjalta työryhmä esitteli työyhteisössä toteutuvat hyvät käytänteet ja valitut kehittämiskohteet, jotka esitettiin LÄKE 2 - päätös-seminaarissa. Päätösseminaarissa valittiin kehittämiskohteet, joita seuraava turvallisen lääkehoidon kehittämishanke, LÄKE 3 alkaa viedä eteenpäin.

Yhteistyö käytännön työelämän kanssa on tuonut syvyyttä opiskeluun. Juurruttamisen ollessa vuorovaikutuksellista toimintaa, sen etuna voidaan pitää koko työyhteisön osallistumista kehittämishankkeeseen. Näin työntekijät voivat olla jatkuvasti ajan tasalla kehittämishankkeen etenemisestä, kun muutos tehdään työyhteisössä. Tällöin ei pääse syntymään vaikutelmaa, että ”muutos määrätään ulkopuolelta”. Oleellistahan on työntekijöiden ymmärtää muutoksen tarve, jonka vuoksi työyhteisön toimintaa kehitetään. Hyvin perustellulla ja johdetulla muutoksella vältetään palaamista vanhaan toimintatapaan, kun työntekijät sisäistävät muutoksen tarpeellisuuden.

Työyhteisöllä ei ollut aikaisempaa kokemusta vastaavista kehittämishankkeista. Alun hämmennyksen jälkeen yhteistyö sujui hyvin. Tulevaisuudessa työyhteisön on helpompaa osallistua erilaisiin kehittämishankkeisiin, saatuaan kokemusta uudeltaisesta yhteisöllisestä oppimistavasta, juurruttamisesta. Saadun arviointi palautteen mukaan työntekijät pitivät kehittämishanketta onnistuneena ja heidän mielestään saatuja tuloksia voidaan hyödyntää seuraavassa turvallisen lääkehoidon kehittämishankkeessa.

Ammattitaito edistävä harjoittelu antoi hyvän käsityksen käytännön hiljaisesta tiedosta. Henkilökunta on suhtautunut opiskelijoihin myönteisesti koko hankkeen ajan. Tällä on suuri merkitys opiskelijälähtöisen kehittämistoiminnan jatkamiselle. Suosittelemme käyttämään juurruttamisen menetelmää myös tulevaisuuden alueen kehittämishankkeissa, käytännön työelämän kanssa.

## Lähteet

- Agge, E. 2007. Potilasturvallisuutta parantamaan - Haittatapahtumien raportointijärjestelmä käyttöön. Sairaanhoidajalehti 3/07, 6-7
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Partamies, S. 2007. Juurruttaminen kehittämismenetelmänä. Ammatillisen ja ammattikorkeakoulututkimuksen päivät.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2005. Juurruttamalla hoitotyön kehittämiseen. Pro Terveys 34 (6), 4-7.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2006. Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. Pro Terveys 35 (2), 16-19.
- Ahosola, P. & Jussila, T. 2008 KUUMA - Kuntien ja Hyvinkään vanhuspalvelujen kehittämishanke (TulKE). Loppuraportti. 25.
- Alexander, M., Barnsteiner, J., Burke, K., Mason, D., Rich, V. 2005. Making medication administration safe. AJN. 2-3.
- Ammattikorkeakoululaki, 2008. Luettu 5.2.2009.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030351>
- Arikoski, J. & Sallinen, M. 2007. Vastarinnasta vastarannalle - johda muutos taitavasti. Keuruu: Otavan kirjapaino.
- Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä, 1994. Luettu 8.2.2009.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940564>
- Borgman, M & Packalen, E. 2002. Parhaat käytännöt työyhteisön kehittämiseen. Tampere: Tammer-Paino.
- Duncan, D. & Mayo, M. 2004. Nurse perceptions of medication errors. Journal of nursing care quality 19 (3), 209-217.
- Edmonds, M. 2006. Luettu 20.2.2009. Adverse events, iatrogenic injury and error in medicine. University of Adelaide. <http://www.informatics.adelaide.edu.au/topics/Safety/ME-AdverseEvents.html>
- Erkko, P. & Ernvall, S. 2006. Sairaanhoidajan lääkelaskentataidot turvallisen lääkehoidon edellytyksenä. Sairaanhoidaja 79 (9), 14-17.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.
- European Commission, 2005. Luettu 28.2.2009 DG Health and Consumer Protection. Luxembourg Declaration on Patient Safety. Luxembourg.  
[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_overview/Documents/ev\\_20050405\\_rd01\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf)
- Farmasialiitto, 2007. Luettu 10.2.2009. Tehy ja Farmasialiitto esittävät uuden hallituksen ohjelmaan - Lääkehoidon laatua ja turvallisuutta lisättävä.  
<http://www.farmasialiitto.fi/index.php?item-hash=e36334640e59596d23ed8dd4b2ade567>
- Haastattelu 1. 19.5.2008. Roution kotihoito, Lohja.
- Haastattelu 2. 21.10.2008. Roution kotihoito, Lohja.
- Haho, A. 2008. Kuka minä olen? Sairaanhoidaja 81 (12). 29-31.

- Haho, A. 2009. Mitä minä havaitseen? Sairaanhoidaja 82 (1). 20-22.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus.
- Hurme, E. 2007. Kotihoidon moniammatilliset tiimit ja työn muutos. Pro gradu-tutkielma. Helsinki: Kasvatustieteen laitos.
- Huumausainelaki, 2008. Luettu 18.3.2009.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2008/20080373>
- Jennings, J. & Foster, J. 2007. Medication Safety: Just a Label a Way. Aron Journal 86 (4). 618.
- Kangasmäki, E. 2008. Eettinen johtajuus tukee sairaanhoitajien työhyvinvointia ja jaksamista. Sairaanhoidaja 81 (10). 10-12.
- Kansallinen projekti terveydenhuollon turvaamiseksi, 2001. Luettu 22.2.2009. Työolosuhteiden kehittäminen ja täydennyskoulutuksen järjestäminen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2003:3. 26. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/thprojekti/terveys1.pdf>
- Kansanterveyslaki, 1972. Luettu 23.5.2008.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>.
- Kivelä, S.-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Helsinki: Tammi.
- Klaukka, T., Helin-Salmivaara, A., Huupponen, R. & Idänpään-Heikkilä, J.E. 2007. Vanhuksen lääkitystarve on arvioitava kerran vuodessa. Suomen Lääkärilehti 62 (51-52). 4762.
- Knuuttila, J., Ruuhilehto, K & Wallenius, J. 2008. Luettu 5.2.2009. HaiPro esite.  
[http://haipro.vtt.fi/aineisto/HaiPro\\_esite\\_200508.pdf](http://haipro.vtt.fi/aineisto/HaiPro_esite_200508.pdf)
- Kostiainen, T. 2008. Poikkeamaraportointi turvallisuuskriittisessä organisaatiossa. Tehohoito 26 (2). 116-117.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1999, nro 1, s. 3-12.
- Lahti, H. 2008. Luettu 24.3.2009. Arkipäivän ja teorian kohtaamispaikka. Sairaanhoidaja 81 (2).  
[https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitajalehti/2\\_2008/ajankohtaiskirjoitus/arkipaivan\\_ja\\_teorian\\_kohtaamisp/](https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitajalehti/2_2008/ajankohtaiskirjoitus/arkipaivan_ja_teorian_kohtaamisp/)
- Laiho, M. 2005. Luettu 24.3.2009. Eettiset ongelmatilanteet työtovereiden kesken. Sairaanhoidaja 78 (1).  
[https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitajalehti/1\\_2005/muut\\_artikkelit/eettiset\\_ongelmatilanteet\\_tyotov/](https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitajalehti/1_2005/muut_artikkelit/eettiset_ongelmatilanteet_tyotov/)
- Laine, K. 2005. Lääkkeiden yhteisvaikutukset. Helsinki: Tammi.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 1992. Luettu 16.2.2009  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Laki terveydenhuollonammattihenkilöistä, 1994. Luettu 13.10.2008.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällön analyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.

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

Lundgren-Laine, H. 2007. Hoitajien lääkelaskutaitojen testaus - poster. Tehohoito 25 (2). 142.

Lähihoitajan eettiset ohjeet, 2006. Luettu 16.2.2009.  
[http://www.superliitto.fi/datafiles/tiedosto\\_ja\\_teksti\\_fi/510\\_eettiset\\_su\\_net.pdf](http://www.superliitto.fi/datafiles/tiedosto_ja_teksti_fi/510_eettiset_su_net.pdf)

Läkelaki, 1987. Luettu 12.1.2009.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>

Mattila, M. & Isola, A. 2002. Sairaanhoidaja lääkehoidon ja verensiirron toteuttajana. Suomen Lääkärilehti 57 (39). 3886.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus

Mustajoki, P. 2005. Viisas oppii virheistä. Teoksessa Lautupala 2/2005. Helsinki: Stakes. 14-17.

Mäkinen, B. & Routasalo, P. 2003. Sairaanhoidaja ja iäkkään potilaan omainen. Tutkiva Hoitotyö 1 (2). 16-19.

Nurminen, R. 2006. Luettu 28.2.2009. Hiljainen tieto.  
<http://www.worklifeability.fi/aineisto/mallittaminen.pdf>

Närhi, U. 2007. Internet suomalaisten lääketiedon lähteenä. Tabu 15 (3), 8-10.

Ojala, E. 2004. Kotipalveluhenkilöstö vanhusten lääkehoidon toteuttajana Kuopion kaupungissa. Projektityö. Kuopion yliopisto. Koulutus- ja kehittämiskeskus.

Ora-Hyytiäinen, E. 2006. Pitkäjänteisen muutosprosessin johtaminen. Pro Terveys 38 (5), 14-17.

Ora-Hyytiäinen, E., Silvennoinen, P. 2007. Evaluating the results and effects of long-term development of nursing practice. Conference proceedings. 10th TOULON - VERONA CONFERENCE, QUALITY IN SERVICES, Aristotle University, Thessaloniki -Greece, 3-4 September 2007. 144-154.

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Nikkilä, M. 2008. Innostavat projektit. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.

Palonen, R., Nio, A. & Mustajoki, P. 2005. Potilas- ja lääkevahingot. Helsinki: Talentum.

Perälä, M-L., Rissanen, P., Grönroos, E., Hammar, T., Pöyry, P. & Teperi, J. 2003. PALKO - Palveluja yhteen sovittava kotiutumisen ja kotihoito. Koeasetelma ja lähtötilanteen arviointi. Aiheita 27/2003. Helsinki: Stakes.

Peura, S. 2006. Koneellinen annosjakelu lisää lääkehoidon turvallisuutta. Julkaisussa: Turvallinen lääkehoito - Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. 100.

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

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuusanasto. 2006. Stakes, Työpapereita 28/2006. Helsinki: Valopaino.

Pöllänen, P. 2007. Asiakkaiden kokemukset lääkehoidosta palvelutalossa. Opinnäytetyö. Espoo: Laurea-ammattikorkeakoulu.

Roution kotihoidon perehdytyskansio. Hoitotyön filosofia. (Luettu 7.2.2009)

Ritmala-Castrén, M. 2005. Viisas oppii lääkehoidon virheistä. Sairaanhoidajalehti 2/ 2005.

Sairaanhoidajan eettiset ohjeet, 1996. Luettu 16.2.2009.

[http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyön/sairaanhoidajan\\_tyo/sairaanhoidajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoidajan_tyo/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet/)

Sajantola, M. 2008. Nettikaupan lääke voi viedä hengen. Teoksessa: Super 12/2008, 6.

Salmi, M. 2008. Hankearviointi. 42-43. Julkaisussa: Aholola, P. & Jussila, T. 2008. KUUMA - Kuntien ja Hyvinkään vanhuspalvelujen kehittämishanke (TulKE). Loppuraportti.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi

Seppä, M. 2008. Haittatapahtumiin puuttumalla satojen miljoonien säästöt. Lääkärilehti 63 (12-13), 1209-1210.

Snellmann, E. 2007. Ars medicinae - myös vanhuksille. Suomen Lääkärilehti 62 (26), 2527.

Sosiaalihuoltolaki, 1982. Luettu 25.5.2008.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008. Luettu 10.2.2009. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportointijärjestelmän käyttöönotto.

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/04/pr1206703097277/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006. Luettu 10.5.2008. Turvallinen lääkehoito - Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa.

<http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/potilasturvallisuus/index.htx.i688.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen täydennyskoulutus suositus. STM oppaita 2004:3.

Suomen farmasialiitto ja Tehy, 2003. Tehokkuutta ja turvallisuutta lääkehoitoon - Osastofarmasian työryhmän raportti.

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita Publishing.

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

Säilä, M. 2007. Ikääntyneiden lääkehoidon toteuttaminen kotihoidossa sairaanhoidajan ja terveydenhoitajan näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Turku: Hoitotieteen laitos.

Taitoba, 2009. Luettu 20.2.2009.

[http://www.taitoba.fi/index.php?option=com\\_content&task=view&id=77&Itemid=139&lang=fi](http://www.taitoba.fi/index.php?option=com_content&task=view&id=77&Itemid=139&lang=fi)  
n

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 386. Teoksessa: Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. (toim.) Tampere: Gaudeamus kirja.

Valvira, 2009. Luettu 28.2.2009. Terveysthuollon ammattihenkilöiden valvonta.  
[http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/ammattihenkiloiden\\_valvonta](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/ammattihenkiloiden_valvonta)

## Liitteet

Liite 1 Haastattelukysymykset .....	64
Liite 2 Lääkehoitoprosessin nykytilan kuvaus kalanruotomallilla .....	66
Liite 3 Hankkeen arviointilomake .....	67

## **Turvallisen lääkehoidon suunnitelma.**

Haastattelukysymykset Roution kotihoidolle 21.10.2008.

### **1. Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat**

- Mitkä ovat käytettävät lääkehoidon toimintatavat?
- Mikä on lääkehoidon vaatavuustaso?
- Mitkä ovat kotihoidossa toteutettavan lääkehoidon vaiheet?
- Minkälaisia riskitekijöitä olette havainneet (tarkennus: esimerkiksi lääkehoidossa yleensä, asiakkaan luona vai henkilöstön tiedon kulussa)?

### **2. Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen**

- Miten todennetaan lääkehoitoon osallistuvan henkilökunnan osaaminen?
- Miten kartoitetaan henkilöstön osaamista ja koulutustarvetta?
- Onko mahdollisuutta päästä koulutuksiin, jos on, niin kuinka usein?
- Miten suoritetaan uuden työntekijän perehdytys?
- Onko olemassa kirjallista ohjetta perehdytyksestä?
- Miten varmistetaan peruskoulutuksessa saatu osaaminen?
- Miten varmistetaan osaaminen jatkossa?
- Pidetäänkö täydennyskoulutuksesta rekisteriä, jos niin missä?
- Käydäänkö kehityskeskusteluja?

### **3. Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako**

- Miten on määritelty lääkehoidon tehtävien jako, kuka vastaa mistäkin?
- Kuinka toteutuu yhteistyö eri ammattiryhmien kesken?
- Miten on määritelty työtehtävien siirto?

### **4. Lupakäytännöt**

- Minkälaisia lupia kotihoidon työntekijöillä on suoritettuna lääkehoitoon liittyen (esim. IV, IM, SC)?
- Onko lupa kirjallinen?
- Kuka ottaa vastaan näytöt?
- Kuka luvan myöntää?
- Kauanko hankittu lupa voimassa?
- Onko erityislupia (esimerkiksi rokotus)?
- Suonensisäinen lääkitys, kuka hoitaa?
- Hankittujen lupien uusiminen, miten toteutuu?

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

- Lääkkeiden määrääminen, kuka määrää?
- Lääkkeiden hankkiminen, kuka hankkii?
- Missä lääkkeitä säilytetään (Millaiset tilat ovat, valaistus, lukitus)?
- Jos säilytetään kotona, niin miten?
- Lääkkeiden hävitys, minne lääkkeet viedään?
- Valvotaanko lääkkeiden asianmukaista säilyttämistä (ovatko alkuperäispakkauksissa)?



- Missä reseptit säilytetään?
- Hyödynnetäänkö farmaseuttien osaamista lääkehuollossa?

## **6. Lääkkeiden jakaminen ja antaminen**

- Missä suoritetaan lääkkeiden jako (aika, paikka, rauhallisuus)?
- Miten kaksoistarkistus toteutuu?
- Mihin merkitään potilaskohtaiset lääkeannokset (lääkedosetti, kortti, potilaspaperit)?
- Missä säilytetään jaetut lääkkeet kotona, toimistolla, millaiset tilat ja lukitus?
- Miten varmistetaan lääkkeen antamien oikealle asiakkaalle?

## **7. Potilaiden informointi ja neuvonta**

- Voiko asiakkaat osallistua lääkehoidon toteutuksen suunnitteluun?
- Keneltä asiakkaat saavat informaatiota lääkkeistä?
- Miten varmistetaan asiakkailta hoitoon sitoutuneisuus (ohjeiden ymmärtäminen)?
- Neuvotaanko asiakkaita lääkkeiden oikeasta säilytyksestä?

## **8. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi**

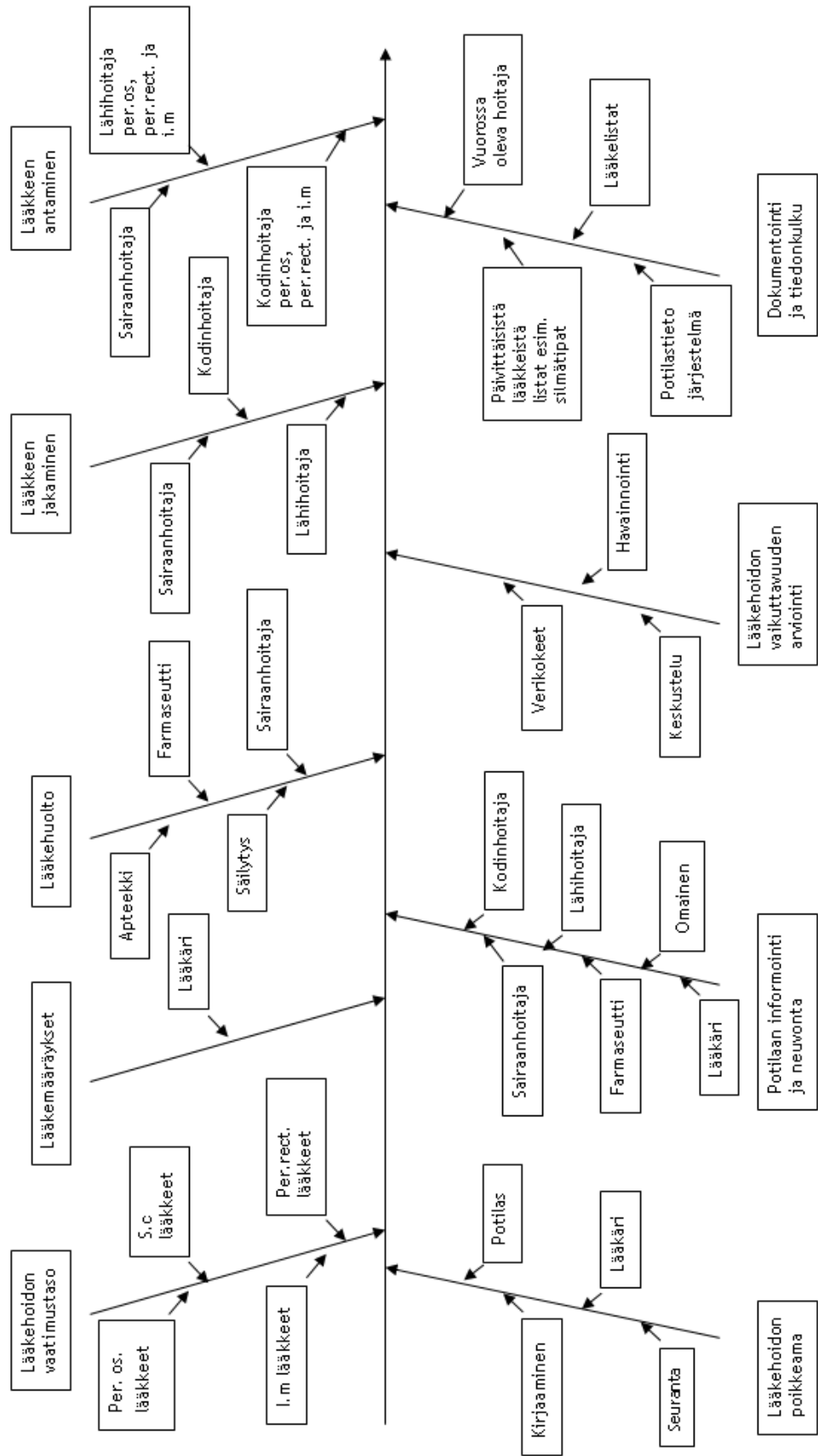
- Miten arvioidaan lääkehoidon vaikuttavuutta?
- Miten seurataan lääkehoidon tarkoituksenmukaisuutta?
- Miten lääkehoidon haitta- ja sivuvaikutuksia seurataan?
- Miten varmistetaan lääkehoidon ajantasaisuus?

## **9. Dokumentointi ja tiedonkulku**

- Miten varmistetaan asiakkaiden lääkelistojen ajantasaisuus?
- Kuka hoitaa lääkelistojen ajantasaisuuden seurannan ja muutosten kirjaamisen?
- Kuka vastaa lääkehoidosta tehtävistä merkinnöistä?
- Kuka hoitaa tietojen siirtymisen jatkohoitopaikkaan ja miten?
- Miten dokumentoidaan asiakkaan luona lääkkeiden käyttö?

## **10. Seuranta- ja palautejärjestelmät**

- Onko käytössä lääkepoikkeama ilmoitusjärjestelmää, jos on, niin millainen?
- Miten palautejärjestelmää hyödynnetään?
- Miten toimitaan asiakkaan luona kun ilmienenee lääkepoikkeamia?



Lääkehoitoprosessin nykytilan kuvaus

TURVALLINEN LÄÄKEHOITO (LÄKE 2) ARVIOINTILOMAKE

1(2)

Laurea-ammattikorkeakoulu

Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointi

Hyvä vastaaja

Pyydämme sinua arvioimaan oman käsityksesi perusteella Turvallisen lääkehoidon kehittämisprojektissa toimivutta 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 kehittämissuhteita 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 työyhteisössänne 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

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

2(2)

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!