



Lääkehoidon nykytila Virkkalan kotihoidossa



Knuutila, Jaana
Sihvonen, Petri

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Lääkehoidon nykytila Virkkalan kotihoidossa

Jaana Knuutila
Petri Sihvonen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2009

Jaana Knuutila ja Petri Sihvonen

Lääkehoidon nykytila Virkkalan kotihoidossa

Vuosi 2009

Sivumäärä 70

Opinnäytetyö kuuluu osana Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjalla toteutettavaan turvallisen lääkehoidon kehittämishankkeeseen. Lääkehoidon kehittämishankkeen kehittämisen kohteena oli Virkkalan kotihoito. Yhteistyö Laurea-ammattikorkeakoulun, sairaanhoitajaopiskelijoiden ja Virkkalan kotihoidon välillä alkoi tammikuussa 2008. Lääkehoidon kehittämishankkeen tavoitteena oli kehittää kotihoidon lääkehoitoa turvallisiksi.

Virkkalan kotihoidon nykytilanteen kuvaus luo pohjan turvallisen lääkehoidon toteuttamiselle, joka on määritelty sosiaali- ja terveysministeriön turvallisen lääkehoidon oppaassa. Turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen käytännössä tarvitaan lääkehoitosuunnitelma sekä tutkittua tietoa lääkehoitosuunnitelman toimivuudesta käytännössä Virkkalan kotihoidossa. Virkkalan kotihoidon henkilökunta koki kehittämiskohteikseen lääkehoidon osaamisen ylläpidon ja lääkkeiden jakamisen.

Virkkalan kotihoidon nykytilan kuvauksen teoreettisina lähtökohtina olivat lääkehoitoprosessi ja kehittämistoiminta. Virkkalan kotihoidon nykytilan selvittämiseksi haastateltiin sairaanhoitajaa ja syntynyttä kalanruotokaaviota käsiteltiin Virkkalan kotihoidon henkilöstön kanssa. Näin saatiin kuvaus siitä, miten lääkehoitoprosessi toteutetaan Virkkalan kotihoidossa. Haastattelu nauhoitettiin, litteroitiin ja käsitteet kirjattiin kalanruodoksi sisällönanalyysin sekä sosiaali- ja terveysministeriön Turvallisen lääkehoidon oppaan avulla. Kalanruotokaavioita käsiteltiin yhdessä Virkkalan kotihoidon henkilöstön kanssa. Kehittämistoiminnan menetelmänä käytettiin juurruttamista.

Kehittämiprojektin toteuttamisen arvioinnin lähtökohtana olivat Virkkalan kotihoidon henkilöstön vastaukset arviointilomakkeelle. Enemmistö Virkkalan kotihoidon henkilökunnasta uskoivat sekä muutoksen mahdollisuuteen että lääkehoidon kehittämisen edistämiseen työyhteisössään.

Virkkalan kotihoidon lääkehoidon nykytilan kuvaus kalanruotokaaviona luo pohjan lääkehoitosuunnitelman toteuttamiselle. Virkkalan kotihoito jatkaa kehittämishanketta tarkoituksenaan muodostaa toimiva lääkehoitosuunnitelma työyhteisöönsä.

Jaana Knuutila and Petri Sihvonen

The present state of medicinal treatment in Virkkala home care

Year 2009 Pages 70

The thesis is part of the development project within Laurea University of Applied Sciences for a safe medicinal treatment in Lohja. The target for the safe medicinal treatment project was the home care in Virkkala. Cooperation with Laurea University of Applied Sciences, the nursing students and the Virkkala home care began in January 2008. The aim of the safe medicinal treatment project was to develop a safe medicinal treatment for the home care.

The description of the present state of the home care in Virkkala provides a basis for implementing safe medicinal treatment, defined in the the guide of the Ministry of social affairs and health. A medicinal treatment plan and research information about the functionality of medication plan in operation in Virkkala is needed to implement safe medication. The personnel of the Virkkala home care felt that the development targets were the sustenance of know-how for the medication skills and providing medical treatment.

The theoretical points of view for the present state of the Virkkala home care were the medicinal treatment and the actions for developing. To clarify the present state of the Virkkala home care, nurses were interviewed and the fishbone diagram was dealt with the Virkkala home care personnel. Thus a picture was drawn how the medication process is realised in the Virkkala home care. The interview was taped, transcribed and the concepts were stated as a fishbone diagram with the help of content analysis and with the help of the guide for a safe medicinal treatment by the Ministry of social affairs and health. The fishbone diagram was discussed together with the personnel of the Virkkala home care. The dissemination method for the development process was being used.

The starting point for the evaluation of implementing the development project were the answers given in the evaluation form by the personnel of the Virkkala home care. The majority of the personnel of the Virkkala home care believed both in the possibility for change and the forthcoming of the enhanced development of the medication treatment in their working community.

The present state of the Virkkala home care medicinal treatment as depicted in the fishbone diagram is a base for the implementation of the medicinal treatment plan. Virkkala home care continues the development project with the purpose of creating functional medicinal treatment plan to their working community.

Key words: drug therapy process, home care, learning in organization, patient safety

SISÄLLYS

1	Johdanto.....	7
2	Kehittämiprojektin menetelmät	9
2.1	Hiljainen tieto	9
2.2	Ba	11
2.3	Juurruttaminen	11
2.4	Tiedon käsittelyn kierrokset	12
2.5	Haastattelu.....	14
2.6	Sisällönanalyysi	16
2.7	Kalanruotokaavio.....	17
2.8	Tutkimustyön etiikka	18
3	Kehittämiprojektin ympäristö	19
3.1	Virkkalan kotihoidon toiminta, toiminta-ajatus ja arvot.....	19
3.2	Virkkalan kotihoidon henkilöstö, toimitilat, palvelut ja asiakaskunta.....	20
3.3	Muutosjohtamisen mahdollistajat: oppiva organisaatio ja avoimuus	21
3.4	Muutoksen hallinta	23
3.5	Muutoksen merkitys ja johtaminen	24
3.6	Virkkalan kotihoidon henkilöstön suhde muutokseen.....	26
4	Lääkehoidon kehittämiprojektin teoreettiset perusteet.....	26
4.1	Potilasturvallisuus.....	27
4.2	Lääkehoitoprosessi	28
4.2.1	Lääkehoidon sisältö ja toimitavat	29
4.2.2	Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen.....	30
4.2.3	Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako.....	31
4.2.4	Lupakäytännöt	31
4.2.5	Lääkehuolto	32
4.2.6	Lääkkeiden jakaminen ja antaminen	33
4.2.7	Potilaan informointi ja neuvonta	34
4.2.8	Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi.....	34
4.2.9	Dokumentointi ja tiedonkulku	35
4.2.10	Seuranta- ja palautejärjestelmät	36
4.3	Kotihoito	36
5	Kehittämistoiminnan toteutus	38
5.1	Virkkalan kotihoidon lääkehoidon kehittämisen lähtökohdat	38
5.2	Virkkalan kotihoidon lääkehoidon kehittämiskohteen rajaus	39
6	Virkkalan kotihoidon lääkehoitoprosessin nykytilanteen kuvaus	39
6.1	Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat.....	41
6.2	Lääkehoidon osaamisen ylläpito	42

6.3	Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako.....	42
6.4	Lupakäytännöt	43
6.5	Lääkehuolto	44
6.6	Lääkkeiden jakaminen ja antaminen	44
6.7	Asiakkaiden informointi ja neuvonta	45
6.8	Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi	45
6.9	Dokumentointi ja tiedonkulku	46
6.10	Seuranta ja tiedonkulku.....	46
7	Nykytilanteen arviointi.....	47
8	Kehittämistoiminnan arviointi	50
8.1	Työryhmän toiminnan arvio tuloksista	55
8.2	Opiskelijoiden arvio opinnäytetyön etenemisestä	56
	LÄHTEET	57
	KUVIOT	61
	LIITTEET	62

1 Johdanto

Opinnäytetyö kuuluu osana Laurea-ammattikorkeakoulun turvallisen lääkehoidon tutkimus- ja kehittämisprojektia, joka käynnistyi tammikuussa 2008. Yhteistyö alkoi heti sujuvasti Laurea-ammattikorkeakoulun kahden opiskelijan sekä Virkkalan kotihoidon henkilökunnan välillä. Kehittämisprojektin tarpeen lähtökohtana oli hoitotyön kehittäminen lääkehoidon osalta.

Kehitettäessä potilaan tai asiakkaan saamaa lääkehoitoa toimii sen taustalla potilasturvallisuus. Turvallinen hoito on vaikuttavaa, kun sitä toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan, käyttäen olemassa olevia voimavaroja parhaalla mahdollisella tavalla. Lisäksi hoito on vaikuttavaa silloin, kun siitä ei koidu haittaa potilaalle. Turvallisessa hoidossa vältetään myös altistamasta potilasta tehottomaksi todettujen hoitojen riskeille. Hoidon turvallisuus on eräs keskeisimmistä terveydenhuollon palvelujärjestelmän tavoitteista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a.) Sosiaali- ja terveysministeriössä on tällä hetkellä käynnissä hanke potilasturvallisuuden edistämiseksi. Hankkeessa korostetaan, että potilasturvallisuuden näkökulma otetaan oleelliseksi osaksi terveydenhuollon toimintakulttuuria (Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008b.) Lääkehoitoprosessi on yksi keskeinen osa terveydenhuollon toimintaa potilaan parhaaksi. Potilasturvallisuus ja lääkehoito ovat Turvallisen tutkimus- ja kehittämisprojektin teoreettiset lähtökohdat.

Kehittämistoiminta kuuluu ammattikorkeakoulun keskeisiin tehtäviin. Ammattikorkeakoulujen tehtävänä on antaa työelämän ja sen kehittämisen vaatimuksiin sekä tutkimukseen ja taiteellisiin lähtökohtiin perustuvaa korkeakouluopetusta ammatillisiin asiantuntijatehtäviin, tukea yksilön ammatillista kasvua ja harjoittaa ammattikorkeakouluopetusta palvelevaa sekä työelämää ja aluekehitystä tukevaa ja alueen elinkeinorakenteen huomioon ottavaa soveltavaa tutkimus- ja kehitystyötä. (Ammattikorkeakoululaki 2008.)

Turvallisen lääkehoidon tutkimus- ja kehittämisprojekti osaltaan tukee Sosiaali- ja terveysministeriön vaatimusta parantaa potilasturvallisuutta yhtenäistämällä lääkehoitoa valtakunnallisesti. Sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallinen Turvallinen lääkehoito - opas antaa kolme työkalua lääkehoidon turvallisuuden parantamiseksi: lääkehoidon toteuttamisen eri vaiheisiin liittyvät riskit arvioidaan nk. kalanruototekniikalla. Periaatteena on, että kaikissa työyksiköissä laaditaan suunnitelma lääkehoidosta ja sen toteuttamisesta. Lääkehoidossa tapahtuneista virheistä ja muista poikkeamista ilmoitetaan ja laaditaan kirjallinen raportti. (Tehy 2008.)

Turvallisen lääkehoidon tutkimus- ja kehittämisprojektin kohde oli Virkkalan kotihoidon lääkehoidon kehittäminen. Turvallisen lääkehoidon tutkimus- ja kehittämisprojektin

työryhmään kuului kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa sekä Virkkalan kotihoidosta sairaanhoitaja ja perushoitaja. Työryhmän tavoitteena oli kuvata Virkkalan kotihoidon lääkehoitoprosessin nykytila ja luoda pohja muutokselle vakiintuneissa lääkehoidon käytännöissä kohti valtakunnallisesti yhtenäistä lääkehoitoa.

Sosiaali- ja terveysministeriön suositusten mukaisesti Virkkalan kotihoidon lääkehoitoprosessi kuvattiin kalanruototekniikalla, jonka käyttö sekä siihen liittyvät käsitteet pohjautuivat sosiaali- ja terveysministeriön Turvallisen lääkehoidon oppaaseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Selvitettäessä Virkkalan kotihoidon henkilöstön valmistautumista uuden lääkehoitoprosessin tuomaan toimintatavan muutokseen, käytettiin apuna juurruttamisen menetelmää. Sairaanhoitajaopiskelijoiden tavoitteena oli tuottaa kehittämisprojektista kirjallinen raportti opinnäytetyöksi. Opiskelijoiden tavoitteena oli myös kehittämisosaamisen oppiminen ja kehittämisprojektin tekeminen yhteistyössä työelämän edustajien kanssa.

Kehittämisprojektissa selvitettiin lääkehoidon nykyiset käytännöt sekä niissä ilmenevät tarpeet. Lisäksi tarkoituksena oli tuoda esille muutoksen mahdollisuus vertaillen käytäntöä viimeisimpään näyttöön perustuvaan tietoon. Näyttöön perustuvassa terveydenhuollossa toimitaan kriittisesti arvioidun tiedon pohjalta. Olennaista on, että terveydenhuollon ammattilaiset, hoitosuositusten laatijat ja terveyspolitiikan tekijät hyödyntävät järjestelmällisesti kokemustietoa. Omaa toimintaa kannattaa arvioida kaikilla tasoilla ja ottaa aktiivisesti käyttöön näin kertyvä tietoa. (Kaila 2005, 508.) Kehittämisprojekti lähtökohtana oli kokemuseräisen hiljaisen tiedon hyväksi käyttö laadullisen tutkimuksen avulla ja avoin viestintä työryhmän jäsenten ja työyhteisön välillä.

Kehittämisprojektin lääkehoidonprosessin nykytilanteen kuvaus aloitettiin haastattelemalla Virkkalan kotihoidossa työskentelevää sairaanhoitajaa. Haastattelussa sairaanhoitaja kertoi, miten lääkehoitoa toteutetaan kotihoidossa. Haastattelu nauhoitettiin ja litteroitiin. Haastattelun litteroitu teksti analysoitiin ja ryhmiteltiin käyttäen apuna sisällönanalyysia. Saatu aineisto koottiin kalanruotokaavioksi, jossa kuvattiin koko lääkehoitoprosessin vaiheet Virkkalan kotihoidossa. Kalanruotokaavioita käsiteltiin Virkkalan kotihoidon henkilöstön kanssa. Tuloksena oli, että kalanruotokaavio kuvaa parhaiten lääkehoidon tilaa tällä hetkellä. Lisäksi nostettiin esille ne lääkehoitoprosessin vaiheet, joita erityisesti pitää kehittää tulevassa lääkehoitosuunnitelmassa. Työyhteisö arvioi kriittisesti tämän hetkistä lääkehoidon tilaa Virkkalan kotihoidossa.

2 Kehittämisprojektin menetelmät

Virkkalan kotihoidon lääkehoitoprosessin kuvaus tapahtui laadullisen tutkimuksen kautta. Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa tarkastellaan merkitysten maailmaa, joka on ihmisten välinen ja sosiaalinen (Vilka 2005, 97). Lääkehoitoprosessissa on paljon erilaisia käsitteitä, joiden merkitysten yhtenäistäminen ja yhteinen ymmärtäminen ovat sosiaali- ja terveysministeriön Turvallisen lääkehoidon tavoite (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Lääkehoidossa toimivien yhteinen kieli ja ymmärrys takaavat osaltaan oikean tavan toimia lääkehoitoprosessissa.

Laadullisessa tutkimusmenetelmässä Vilkan (2005, 98) mukaan tavoitteena on ihmisten kuvaamien kokemusten ja käsitysten avulla johtolankoja ja vihjeitä, joiden avulla voidaan tehdä tulkintoja. Tulkinnan avulla luodaan tutkimuksessa malleja, ohjeita, toimintaperiaatteita ja kuvauksia tutkittavasta asiasta. Virkkalan kotihoidossa lääkehoitoprosessia toimivien kokemus on hiljaista tietoa. Hiljainen tieto antaa informaatiota siitä, mitä tällä hetkellä lääkehoitoprosessissa tehdään, miten tehdään, miksi tehdään ja milloin tehdään.

Hiljainen tieto nostetaan esiin haastattelun avulla. Haastattelun perusteella rakentui Virkkalan kotihoidon lääkehoidon nykytilanteen kuvaus, joka saatiin esille käyttäen apuna sisällönanalyysia käsitteiden löytämiseen kalanruotoa varten. Tämä kuvaus esitettiin kalanruototekniikalla. Juurruttamisen rooli on tiedon hiljaisen tiedon nostaminen esiin, sen käsittely uuden tiedon valossa ja oivaltaminen miten uusi tieto eroaa vanhasta ja miten sitä voi käyttää hyödyksi. Juurruttamisen konkreettinen tulos on uuden toimintamallin käyttöönotto Virkkalan kotihoidossa lääkehoitosuunnitelman muodossa.

2.1 Hiljainen tieto

Hiljainen tieto voidaan jakaa tekniseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen hiljaiseen tietoon. Tekninen hiljainen tieto tarkoittaa pitkälle kehittyneitä teknisiä taitoja ja rutiineja. Se on asiantuntijuuden näkyvän osan muodostuvaa tietotaitoa. Teknisessä hiljaisessa tiedossa yhdistyvät hoitotyön tehtävien suorittamisen suunnittelu eli siihen valmistautuminen. (Nurminen 2008, 189.) Lääkehoidossa tekninen hiljainen tieto voi olla lääkkeiden jakoa dosetteihin tiettyinä kellonaikana ja annostelulusikalla annosteltuna.

Hiljainen tieto on myös kognitiivista. Kognitiivisella hiljaisella tiedolla on erityisen suuri merkitys hoitotyön tehtävien suorittamisessa, ongelmanratkaisussa ja päätöksenteossa (Nurminen 2008, 189). Kognitiivinen hiljainen tieto on mielensisäinen malli tai havainto, jotka

mahdollistavat erottelun olennaisen ja epäolennaisen välillä. Hiljaisessa tiedossa on kolmas ulottuvuus, jota tarkastelemalla saadaan tietoa. Sosiaalinen tai yhteisöllinen hiljainen tieto ilmenee työyhteisön rutiineissa, kulttuurissa ja vuorovaikutuskäytännöissä. Yhteisöllinen hiljainen tieto siirtyy yksilölle jäljittelyn, samaistumisen ja tekemisen kautta (Nurminen 2008, 189).

Hiljainen tieto nähdään Toomin (2008, 34) mukaan yhtenäisenä ja jaettuna tietopohjana ja sosiaalisena omaisuutena, kaikkien tietyyssä organisaatiossa työskentelevien henkilöiden yhteisöllisenä ja jaettuna omaisuutena. Hiljainen tieto on kokemusta, tietoa ja näkemystä omasta työstään ja työprosessista, joissa jokaisella organisaatiossa työskentelevällä on mahdollisuus olla hiljaisen tiedon välittäjä ja lähde, antaen informaatiota tutkimuksen pohjaksi, kuvaten samalla Virkkalan lääkehoidon nykytilaa.

Tutkimusmenetelmiä valittaessa on päädytty kvalitatiivisiin tutkimusmenetelmiin haastatteluun ja sisällönanalyysiin. Haastattelun avulla hiljainen tieto muodostaa informaatiota Virkkalan kotihoidon lääkehoidon nykytilanteesta. Kyseessä on siis eräänlainen keskustelu, joka tosin tapahtuu tutkijan aloitteesta ja usein tutkijan ehdoilla, mutta jossa tutkija pyrkii vuorovaikutuksessa saamaan selville haastateltavilta häntä kiinnostavat asiat, tai ainakin ne, jotka kuuluvat tutkimuksen aihepiiriin. (Eskola & Vastamäki 2001, 24).

Haastattelussa tutkimuksen tiedon kohteina ovat Virkkalan kotihoidossa lääkehoidonprosessissa työskentelevät ja hiljaisen tiedon omaavat henkilöt. Laadullisen tutkimuksen valintaan vaikuttaa myös, että laadullisen tutkimuksen aineiston keruussa käytetään menetelmiä, jotka vievät tutkijan lähelle kohdettaan. Tavallisesti tutkijan pyrkimyksenä on tavoittaa tutkittavien näkökulma, heidän näkemyksensä tutkittavana olevasta ilmiöstä. (Kiviniemi 2001, 68). Virkkalan kotihoidon näkemys on heidän hiljainen tietonsa lääkehoitoprosessista.

Laadullinen tutkimus on oppimista. Lähestymistapa edellyttää tutkijalta, että hän tiedostaa oman tietoisuutensa kehittymisen tutkimuksen kuluessa ja hänellä on myös valmiuksia tutkimuksellisiin uudelleenlinjauksiin. Kyse on tutkimustoiminnan ymmärtämisestä myös eräänlaisena oppimistapahtuma (Kiviniemi 2001, 69). Laadullinen tutkimusmenetelmä tukee myös juurruttamista, sillä molemmissa on kysymys oppimisesta prosessina ja ymmärryksen kehittymisestä omassa ajattelussa. Kiviniemen (2001, 68-69) mukaan laadullisen tutkimuksen mukanaan tuomien uusien näkökulmien ja tulkintojen myötä tutkijan tietoisuudessa tapahtunutta kehittymistä pyritään hyödyntämään esimerkiksi tutkimustehtävän jalostamisessa eli tässä kehittämisprojektissa juurruttamisen kautta esille tulevasta mahdollisuudesta kehittää Virkkalan lääkehoitoprosessia.

2.2 Ba

Ba on japanilainen termi, joka viittaa fyysiseen, virtuaaliseen tai tiedolliseen tilaan tai se voi olla myös näitä kaikkea kolmea. Tilan jakaa kaksi tai useampi henkilö tai organisaatio. Ba määritellään juurruttamisen alustaksi, jossa tietoa tuotetaan, jaetaan ja hyödynnetään. Ba:n tärkein näkökulma on vuorovaikutus. Tietoa ei tuoteta vain yksilötasolla, vaan tieto tuotetaan niin vuorovaikutuksessa yksilöiden kuin ympäristön kanssa. Jotta tietoa voidaan organisoidusti tuottaa, yksilön tieto täytyy jakaa, luoda uudelleen ja vahvistaa vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Ba on tila, jossa uuden tiedon tuottaminen tapahtuu, ja jossa edellytyksenä oleva vuorovaikutus tapahtuu. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007; Nonaka, Konno & Toyama 2001, 18-19; von Krogh, Ichijo & Nonaka 2000, 7.)

Tieto on dynaamista, aineetonta ja rajatonta, ja sitä ei voida varastoida. Tieto on hyödynnettävä juuri silloin, kun arvoja tarvitaan luoda. Haluttaessa hyödyntää ja tuottaa tietoa tehokkaasti, on tarpeen keskittää tieto tiettyyn aikaan ja paikkaan (Nonaka ym. 2001, 18-19; Nonaka & Takeuchi 1995, 59.)

2.3 Juurruttaminen

Juuruttamisessa on kysymys innovaation ja sen ympäristön molemminpuolisesta sopeuttamisprosessista, kaksisuuntaisesta vaikutussuhteesta. (Kivisaari, Kortelainen & Saranummi 1999, 6.) Innovaatio voi olla Kivisaaren ym. (1999, 1) mukaan uusia ajattelutapoja, uutta tapaa toimia ja/tai uusia toiminnan arviointikriteerejä, jotta tavoitellut hyödyt saataisiin niiden käyttöön otosta irti. Tarve innovaatioon ja samalla juurruttamiseen pohjautuu Suomessa trendiin, jossa kasvava ikääntyvien määrä vaatii laadukkaita palveluja julkiselta terveydenhuollolta. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun yksi kriteeri on potilasturvallisuus ja sen osana lääketurvallisuus, jonka toimintatapa on kirjattu lääkehoitosuunnitelmaan. Virkkalan kotihoidossa lääkehoitoprosessin nykytilanteen kuvaus toimii pohjana lääkehoitosuunnitelmalle, jonka kautta myös potilasturvallisuus mahdollistuu.

Juuruttamisen tieto perustuu kahdenlaisen luonteen oletukselle. Tieto on sekä toimintaan kytkeytyvää ja toiminnassa olevaa äänetöntä, hiljaista, tietoa että näkyvää tietoa. Äänetön tieto nähdään myös subjektiivisena, intuitiivisena ja henkilösidonaisena. Äänettömän tiedon jakamiseksi organisaatiossa tarvitaan tiedon muuttamista sanoiksi, numeroiksi ja symboleiksi. Näkyvä tieto puolestaan on teoreettista ja tutkittua tietoa, jota voidaan sanoin ja numeroin kuvata. Tällainen tieto säilyy tietokannoissa ja on siirrettävissä sähköisesti. Juurruttaminen on yhteinen oppimisprosessi, jossa näiden kahden tiedon, äänettömän ja näkyvän, välisessä vuorovaikutuksessa tuotetaan uutta tietoa, jonka pohjana tarkastellaan yksilön ja yhteisön

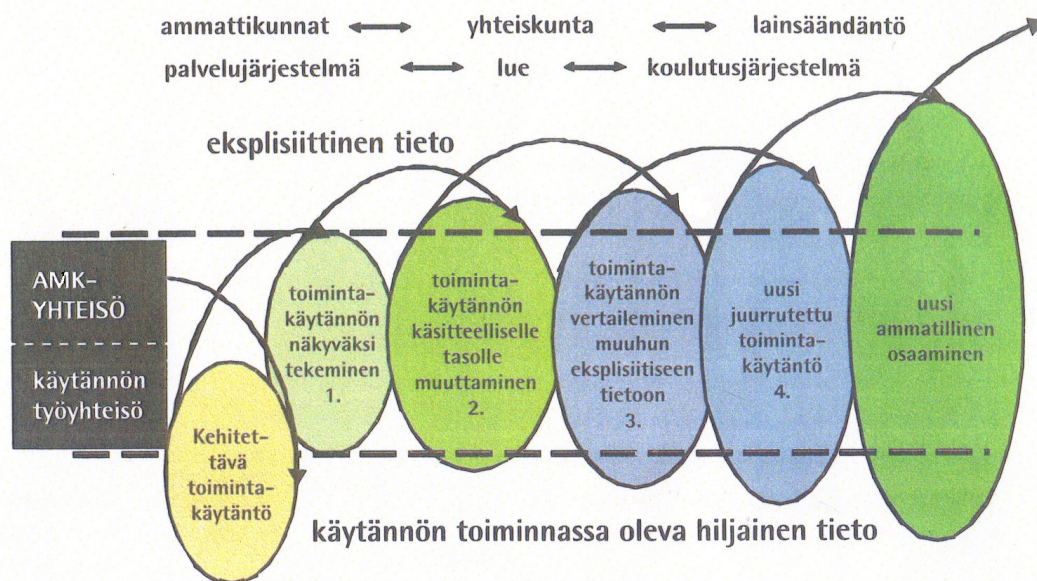
oppimista. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4.) Virkkalan kotihoidossa äänen (hiljainen) tieto on lääkehoitoprosessin nykytilanteen kuvaus ja kuvauksen luominen haastattelun ja sisällönanalyysin avulla saatujen käsitteiden avulla perustuu tutkittuun tietoon.

Jokaisella yhteisöllä on omat tietonsa ja osaamisensa yhteisössään, vaikka yhteisöllä olisi osin myös yhteisiä osaamis- ja tietoaueita jonkin toisen yhteisön kanssa. Kehittämistoiminnassa opiskelija seuraa työyhteisön toimintaa ulkopuolisen silmin toimien samalla osallisena työyhteisön hoitamisen kulttuurissa. Teoreettisen tiedon hankinnassa niin opettajalla kuin opiskelijalla on puolestaan osaamista sekä tiedon hankkimisen että tiedon luotettavuuden arvioinnin osalta. (Ahonen ym. 2005, 5.) Virkkalan kotihoidossa opiskelijoiden rooli oli verrata käytännön hiljaista tietoa näyttöön perustuvaan tietoon ja yhdessä kotihoidon henkilöstön kanssa ymmärtää lääkehoitoprosessin kehittämisen tarkoitus.

Juuruttaminen on prosessi, joka voidaan nähdä spiraalina, johon liittyy juurruttamisprosessin ydinkysymykset, tuotteen määrittely, toimijaverkosto ja osapuolten suhteet. Virkkalan kotihoidossa lääkehoito määritellään tuotteeksi eli sosiaali- ja terveysalan palveluksi. Toimijaverkosto on Virkkalan kotihoidon henkilöstö ja Virkkalan kotihoidon asiakkaat. Osapuolten suhteet rakentuvat keskinäiseen ja läheiseen vuorovaikutukseen Virkkalan kotihoidon henkilöstön ja asiakkaiden välillä. Lääkehoidon kannalta henkilöstön ja asiakkaiden henkilökohtaisessa viestinnässä lääkehoidon informaation välittämiseksi on mahdollisuuksia muutokseen esimerkiksi annetaanko ohjeet suullisen ohjeistuksen lisäksi myös kirjallisena, jolloin lääkehoito on turvallisempaa (Hänninen 2005,10).

2.4 Tiedon käsittelyn kierrokset

Ensimmäisellä juurruttamisen kierroksella kehittämistoimintaan osallistujat kuvaavat nykyistä toimintaa hoitotyössä toinen toisilleen eli välittävät hiljaista tietoa. Toisin sanoen juurruttamisen ensimmäisellä kierroksella tehdään kehitettävä toimintakäytäntö näkyväksi. Juurruttamisen toisella kierroksella kehittämistoimintaan osallistujat jäsentävät nykyistä hoitotyön käytännön toimintaa teoreettiselle tasolle. Tieto muutetaan käsitteiksi, joita voidaan tarkastella ja täydentää työyhteisössä sekä tunnistaa työprosesseissa kehittämistä kaipaavat kohdat. Kolmannella kierroksella tarkastellaan teoreettiselle tasolle jäsenettyä toimintaa työyhteisössä kehittämistä kaipaavalla alueella, vertaillen sitä aikaisempaan teoreettiseen ja tutkittuun tietoon, tuottaen ehdotuksen uudeksi toimintatavaksi. (Ahonen ym. 2005, 5-6.)

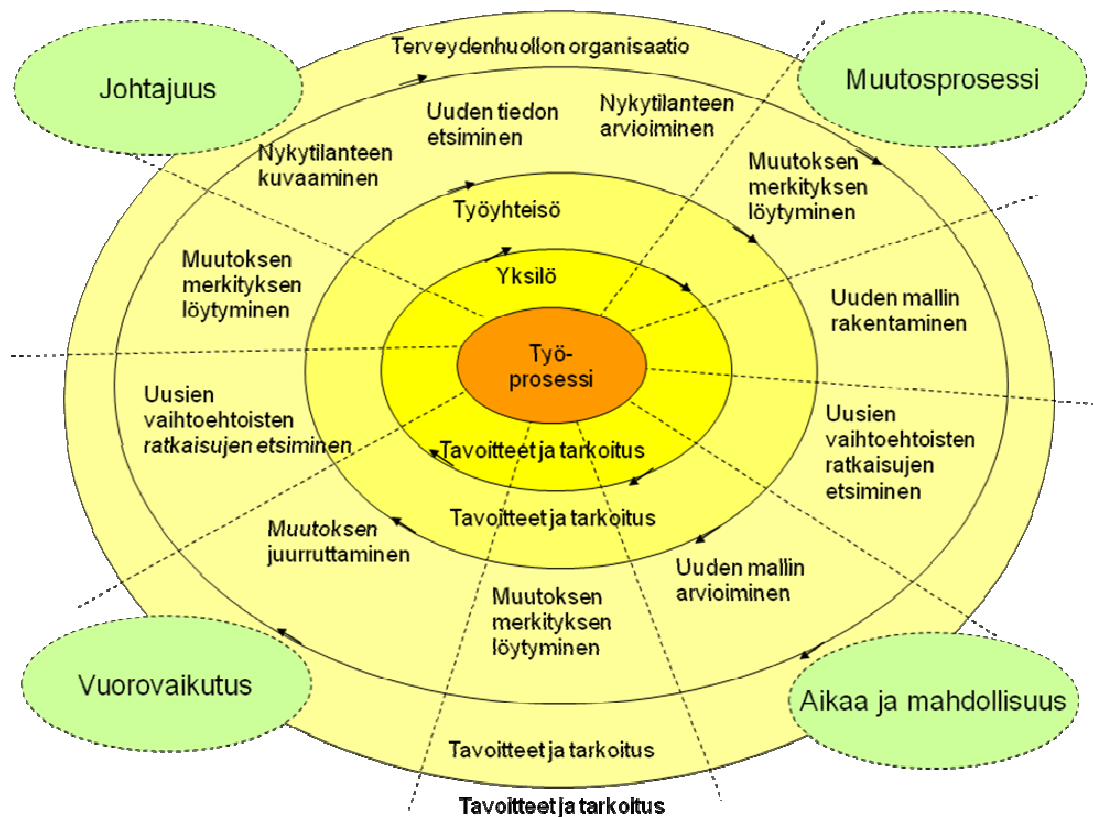


Kuvio 1: Tiedon käsittelyn kierrokset

(Ahonen ym. 2006)

Toimintakäytännöstä muodostuneita käsitteitä tarkastellaan ja vertaillaan suhteessa teoreettisiin käsitteisiin sekä muodostetaan uudet toimintaa kuvaavat käsitteet. Juurruttamisen neljännellä kierroksella työryhmän ehdotettu muutos nykyiseen toimintatapaan, uusi toimintamalli, muokataan työyhteisön käyttöön sopivaksi. Eksplisiittisestä tiedosta muodostuu hiljaista tietoa. (Ahonen ym. 2005, 5-6.) Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli kuvata lääkehoidon nykytilaa Virkkalan kotihoidossa, joten projektissa käytiin läpi juurruttamisen kolme ensimmäistä kierrosta (Kuvio 1).

Juuruttaminen on vuorovaikutusta, jossa Virkkalan kotihoidon lääkehoidon nykytilanteen kuvaus luo kehittämistarpeita ja samalla muutoksen mahdollisuuden. Muutoksen lopputulos on hyöty eli laadukas lääkehoito valtakunnallisesti hyväksytyllä lääkehoitosuunnitelmalla, jolloin potilasturvallisuus paranee. Juurruttaminen on prosessi, jossa tunnistetaan nykyisen toimintatavan haasteet ja mitä ne merkitsevät palvelun tarjoajan asiakkaille. Tärkeintä on, että henkilöstö huomaa haasteet ja niiden muuttamisen hyödyn asiakkailleen. Juurruttamisessa näyttöön perustavalla tiedolla luodaan hyvinvointia.



Kuvio 2: Juurruttaminen 2.0

(Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)

Kehittämiprojekti eteni juurruttamisen 2.0 (Kuvio 2) mukaisesti, sen neljän ensimmäisen vaiheen mukaan. Ensiksi kuvattiin nykytilanne eli Virkkalan lääkehoidon tila nyt, sen jälkeen etsittiin uusinta tutkittua tietoa nykytilanteen arvioimiseksi ja muutoksen ymmärtämiseksi. Työyhteisö oli tiiviisti mukana juurruttamisessa, ja työyhteisöltä saatiin tieto nykytilanteen kuvauksen pohjaksi. Opiskelijat etsivät kehittämiprojektiin uusinta tietoa. Nykytilannetta ja muutosta arvioitiin yhdessä työyhteisön ja opiskelijoiden kanssa. Laurea-ammattikorkeakoulu loi aikataulun eli johti prosessia taustalla kohti muutosprosessin alkua.

2.5 Haastattelu

Haastattelussa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa, ja tämä tilanne luo mahdollisuuden suunnata tiedonhankintaa itse tilanteessa (Hirsjärvi & Hurme 2006, 34). Virkkalan kotihoidon lääkehoitoprosessin nykytilanteen kuvaus tarvitsee tietoa ja haastattelun avulla saadaan kokemuksellista (hiljaista) tietoa. Haastattelun etuna on, että vastaajiksi suunnitellut henkilöt saadaan mukaan tutkimukseen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2002, 193). Tämä näkökulma haastattelun etuun oli tärkeä, sillä kehittämiprojektissa

oleellista oli, yhteistyössä opiskelijoiden ja työyhteisön välillä, saada aikaan avoin vuorovaikutus, jolloin tiedosta ja vuorovaikutuksesta syntyy uudenlaista näkökulmia lääkehoitoprosessin kulkuun. Vuorovaikutus myös mahdollistaa juurruttamisen etenemisen työyhteisöä kehitettäessä.

Hirsjärven ja Hurmeen (35, 2006) mukaan haastateltava on tutkimuskohteen subjekti, hänellä on mahdollisuus ilmaista itseään vapaasti ja tutkittavalla on tutkimuksessa merkityksiä luova ja aktiivinen osapuoli. Lääkehoitoprosessin nykytilanteen kuvaus perustuu merkityksille. Haastattelun tavoitteena on saada tietoa lääkehoitoprosessin kuvausta varten. Tutkimustarkoituksia varten haastattelu on ymmärrettävä systemaattisena tiedonkeruun muotona (Hirsjärvi ym. 2002, 194).

Haastatteluja kehittämissuorituksissa oli kaksi, joista ensimmäinen pidettiin tutustumiskäynnin 15.5.2008 yhteydessä. Haastattelun tarkoituksena oli selvittää kehittämissuorituksen ympäristö. Haastattelu toteutettiin siten, että haastattelun runkona olivat kysymykset, jotka liittyivät kehittämissuorituksen ympäristöön eli Virkkalan kotihoitoon ja sen toimintaan. Haastatteluun osallistuivat Virkkalan kotihoidon yhteyshenkilöt sekä molemmat kehittämissuorituksissa toimivat opiskelijat. Tarkoituksena oli myös saada avoin sekä välitön ilmapiiri, joka luo pohjan jatkuvalle yhteydenpidolle.

Avoimessa haastattelussa haastattelija selvittelee haastateltavan ajatuksia, mielipiteitä, tunteita ja käsityksiä sen mukaan kuin ne tulevat aidosti vastaan keskustelun aikana. Aihe voi muuttuakin keskustelun kuluessa. Avoin haastattelu on kaikista haastattelun muodoista lähimpänä keskustelua. (Hirsjärvi ym. 2002, 196.)

Varsinainen lääkehoidon nykytilanteen kuvausta varten tarkoitettu haastattelu oli ryhmäteemahaastattelu. Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit, teema-alueet, on etukäteen määriteltävä (Eskola & Vastamäki 2001, 26). Haastattelun teema oli: Mikä on Virkkalan lääkehoidon nykytila? Teemahaastattelussa tiedon keruuta puoltaa se, että haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48). Teeman esittämän kysymyksen vastaukset antoivat kuvauksen lääkehoidon nykytilasta Virkkalan kotihoidossa.

Haastattelu toteutettiin nauhoitettuna. Nauhoituksen ansiosta haastattelusta voidaan raportoida tarkemmin. Näin myös tutkimuksen lukijat ja arvioijat voivat nähdä, millaisessa vuorovaikutuksessa tutkimuksen tulokset ovat syntyneet (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 15). Vuorovaikutuksessa syntyy hiljaisen tiedon esille tulo haastateltavista ja samalla se kohtaa tutkijoiden (opiskelijoiden) oman ajattelun, joka muodostaa mielikuvan Virkkalan kotihoidon lääkehoidon nykytilasta.

Haastattelu on valmisteltava hyvin, koska onnistunut nauhoitus on ratkaiseva haastatteluaineiston kannalta, tilanteen nauhoittamiseen kannattaa valmistautua hyvin (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 15). Haastattelu on ainutkertainen tilanne, sitä ei voi toistaa enää uudelleen, sen vuoksi haastateltaville annetaan ajoissa mahdollisuus valmistautua haastatteluun, sopimalla haastatteluaika riittävän ajoissa. Lisäksi haastattelupaikka valitaan huolellisesti. Haastattelupaikka ei ole mitenkään epäolennainen tekijä haastattelun kannalta, sillä onhan kyse moninaisten sosiaalisten tekijöiden määrittämisestä vuorovaikutustilanteesta (Eskola & Vastamäki 2001, 27). Ennakovalmisteluun kuului myös haastattelijoiden huolellinen valmistautuminen kysymyksineen haastattelua varten.

Analyysia varten nauhoitetut aineistot on muutettava kirjoitettuun muotoon eli litteroitava (Ruusuvoori & Tiittula 2001, 16). Haastattelun kirjoitetusta muodosta saatiin esille haastateltavien käsitykset lääkehoidon nykyisestä tilasta. Haastattelun aineisto kerättiin teemahaastattelun menetelmällä. Lääkehoidonprosessista johdetut teemat muodostivat kategoriat, joiden mukaan litteroitava teksti purettiin teema-alueittain. Teknisesti purkaminen teema-alueittain tapahtui tietokoneessa tekstinkäsittelyohjelmalla.

2.6 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen laji. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on esimerkiksi viestinnässä käsitteiden sisältö ja kuinka ne voidaan ymmärtää sisällöllisesti hyvin eri tavoin. Lääkehoidossa on paljon käsitteitä ja käsitteiden avulla pyritään siihen, että lääkehoidossa toimivat puhuvat keskenään ymmärrettävästi siten, että jokainen toimija ymmärtää käsitteen samalla tavoin. Tavoitteena on käsitteiden avulla yhtenäistää lääkehoito kognitiivisella tasolla josta myöhemmin se muuttuu kokemusperäiseksi tiedoksi, ns. hiljaiseksi tiedoksi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 107-108.)

Sisällönanalyysi toteutettiin haastattelun jälkeen. Tuomen ym. (2002, 107-108) mukaan tutkijat päättävät tutkimusaineiston keräämisen jälkeen mitä toiminnan logiikkaa etsitään. Haastattelussa toiminnan logiikkaa kuvasi lääkehoitoprosessin vaiheet. Haastattelun kysymysten vastaukset kuvasivat näitä vaiheita. Seuraava vaihe oli pelkistäminen, jossa kerättiin haastattelusta ne lauseet, jotka parhaiten kuvasivat lääkehoitoprosessin vaiheita. Pelkistämistä ohjasivat tutkimuskysymykset, jotka pohjautuivat sosiaali- ja terveysministeriön Turvallisen lääkehoidon lääkehoitoprosessin eri vaiheisiin ja niistä tehtyihin kalanruotokaavioihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Pelkistämisen kautta aineisto ryhmiteltiin lääkehoitoprosessin eri vaiheisiin. Ryhmittely voi tapahtua esimerkiksi niiden ominaisuuksien, piirteiden tai käsitysten mukaan, jotka löytyvät analyysin kohteena olevasta analyysiyksiköstä. Analyysiyksikkö voi olla sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus.

Tutkimuksen tuloksena ryhmittelystä muodostuu käsitteitä, luokitteluja tai teoreettinen malli. Saadun tuloksen yritetään ymmärtää tutkittavan kuvaamaa merkityskokonaisuutta. (Tuomi ym. 2002, 102, 110-115.) Kerätyt lauseet kuvasivat sisällöllisesti eri lääkehoitoprosessin vaiheita Virkkalan kotihoidossa, jotka kuvattiin kalanruotokaaviona.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on myös se, että ”tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, ja aineisto kootaan luonnollisissa tilanteissa” (Hirsjärvi ym. 2002, 155). Tätä hyödynnettiin siten, että Virkkalan kotihoidon yhteyshenkilöiden haastattelun jälkeinen litterointi sekä kalanruoto käytiin vielä läpi yhdessä koko Virkkalan kotihoidon henkilöstön kanssa. Lääkehoito kotihoidossa on luonteeltaan niin viestintää käsitteillä kuin sosiaalista toimintaa, jossa lääkehoito toteutetaan hyvin erilaisessa toimintaympäristössä esimerkiksi kotihoidon asiakkaiden kotona sekä hyvin erilaisten asiakkaiden, kuten lääkkeiden loppukäyttäjien kanssa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa Hirsjärven ym. (2002, 155) mukaan suositetaan ihmistä tiedon keruun instrumenttina. Lääkehoidossa loppukäyttäjä on ihminen ja lääkehoidossa toimivat ovat yksi keskeinen tiedon lähde kokemustensa kautta.

2.7 Kalanruotokaavio

Kalanruotokaaviolla havainnollistettiin Virkkalan kotihoidon lääkehoitoprosessi haastatteluun ja sisällönanalyysiin pohjautuen. Kalanruotokaavio on graafinen laatujohtamisen ja prosessinkehittämisen työkalu, jota käytetään usein ryhmätyön apuvälineenä, kausaalisuuden selvittämisessä ja ongelmien syiden etsimisessä sekä analyysissä. Kalanruotokaavio on visuaalinen esitystapa ryhmitellyistä asioista, ja siinä jokainen ryhmä esitetään omalla ruodollaan. Kalanruotokaaviota voidaan käyttää joko asioiden luokitteluun tai ongelmanratkaisuun. Se tunnistaa ja organisoii keskeiset tai mahdolliset syyt, jotka vaikuttavat ongelmaan tai ulostuloon. (Quality Knowhow Karjalainen Oy 2008.)

Kalanruoto on kaavio, jossa asiat jäsenellään yhdessä eräänlaisen kartan muotoon. Tavoitteena on löytää oleelliset riippuvuudet ja tehdä tämän perusteella johtopäätöksiä jatkotoimien suhteen. Kalanruoto on yhteinen näkemys siitä missä ollaan ja mitä pitäisi tehdä, jotta tavoite saavutetaan. Se vastaa kysymyksiin: ”Mistä oikeastaan on kyse?” (StratoX Yrityspalvelut 2008.)

Virkkalan kotihoidon lääkeprosessin kalanruotokaavio kuvaa, kuinka lääkehoitoa toteutetaan tällä hetkellä, mitkä ovat lääkehoitoprosessin eri vaiheet, mitä eri lääkehoitoprosessin vaiheissa tapahtuu. Jatkotoimena lääkehoitoprosessin nykyisen tilan kalanruotokaavion kuvauksessa ovat tulevat kehittämiskohteet sekä lääkehoitosuunnitelma. Kalanruotokaavio on konkreettinen visuaalinen kuvaus yhteistyön tuloksesta työyhteisön ja opiskelijoiden kesken.

2.8 Tutkimustyön etiikka

Tutkimusetiikassa on kyse siitä, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 285). Hyvällä ja luotettavalla tutkimuksella on totuudellinen arvo. Virkkalan kotihoidon lääkehoidon nykytilanteesta saadaan todellinen ja totuudellinen nykytilan kuvaus noudattamalla tutkimustyön eettisiä arvoja. Totuudellinen kuvaus lääkehoitoprosessin nykytilasta luo pohjan kehittämisprojektin jatkolle. Tutkimus on toteutettu laadullisella ryhmäteemahaastattelulla, jossa tutkimuksen aineisto saadaan Virkkalan kotihoidon haastattelulta henkilöltä, jolla on kokonaisnäkemys lääkehoidon nykytilasta Virkkalan kotihoidossa. Vähintään, mitä tutkija voi tehdä toimimalla eettisesti, on selvittää mukaan pyytämilleen ihmisille, miksi juuri heidän elävät kokemuksensa ovat tutkimisen arvoisia. Ratkaisun tutkimukseen osallistumisesta tekevät he, ei tutkija. (Perttula 2005, 137.) Tässä tutkimuksessa kaikki siihen osallistuneet työyhteisön jäsenet ovat osallistuneet tutkimukseen vapaaehtoisesti.

Tutkimusaineiston keruussa Leino-Kilven ym. (2003, 290) mukaan on aina kiinnitettävä huomiota tutkittavien ihmisten oikeuksiin ja kohteluun. Lähtökohtana on, että tutkittavia ihmisiä kohdellaan rehellisesti ja kunnioittavasti. Kunnioitukseen sisältyy se, että tutkittavilta pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Tähän tutkimukseen suostumus haastateltavilta on saatu. Eettisenä arvona pidettiin koko tutkimuksen ajan avoimuutta. Avoin kommunikaatio Virkkalan kotihoidon työyhteisön ja tutkimuksen toteuttavan työryhmän kesken mahdollistaa hiljaisen tiedon käytön sekä luo samalla pohjaa kehittämispohjaiselle oppimiselle.

Tutkimustyössä opiskelijat ovat pitäytyneet hyvään tieteelliseen käytäntöön, Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaisesti. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa, että tutkijat ja tieteelliset asiantuntijat noudattavat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, jotka ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. (Kuula 2006, 34.) Lisäksi on noudatettu eettisesti kestävästä tiedonhankintaa sekä avoimuutta.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeissa (Kuula 2006, 35) mainitaan tutkijoiden työn ja saavutuksien asianmukainen huomioiminen, joka on toteutettu opinnäytetyössä ilmoittamalla huolella lähteet ja lähdemerkinnät. Tutkimus on toteutettu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan, noudattamalla Laurea-ammattikorkeakoulun ohjeistusta opinnäytetyön suunnittelusta, toteutuksesta, raportoinnista ja julkaisemisesta. Tutkimukseen osallistujien asema, oikeudet, vastuut ja velvollisuudet on määritelty kirjallisissa sopimuksissa.

3 Kehittämisprojektin ympäristö

Kehittämisprojektin ympäristönä oli Virkkalan kotihoito. Virkkalan kotihoidon lääkehoitoprosessi oli kehittämisprojektin kohde. Ymmärrettäessä paremmin lääkehoitoprosessin luonne, merkitys ja lääkehoidon nykytilanteen kuvauksen lähtökohdat, on tärkeää tuntea Virkkalan kotihoidon toiminta-ajatus, arvot, toimintatavat ja kotihoidon asiakasryhmä. Lääkehoitoprosessin kuvaus lähti Virkkalan kotihoidon lääkehoidon nykytilan kartoittamisella sekä henkilöstön työssä saamansa kokemuksen ja hiljaisen tiedon tuntemisella.

3.1 Virkkalan kotihoidon toiminta, toiminta-ajatus ja arvot

Virkkalan kotihoito kuuluu osana Lohjan kaupungin perusturvaa. Lohjan kaupungin kotisivuilla määritellään perusturvan toiminta-ajatus seuraavasti: Perusturvan tarkoituksena on turvata edellytykset kaupunkilaisten fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin tukemalla omatoimisuutta ja selviytymismahdollisuuksia sosiaali- ja terveystalvakuilla. Monipuolisten laadukkaiden sosiaali- ja terveystalvakujen tuottamisessa keskeistä on ennaltaehkäisy, hallintorajat ylittävä, seudullinen sekä kansalaisten ja muiden toimijoiden kanssa tehtävä yhteistyö. (Perusturvakeskus 2008.)

Kotihoito on määritelty Lohjan kaupungin kotisivuilla seuraavasti: Kotihoito on ympärivuorokautista asiakkaan omassa kodissa tapahtuvaa hoitoa. Kotihoito on tarkoitettu pääasiassa vanhuksille ja vammaisille. Kotihoidon henkilökunta kartoittaa yhdessä asiakkaan kanssa avun tarpeen sekä laatii tavoitteellisen hoito- ja palvelusuunnitelman. Kotihoidon henkilökunta tulee, asiakkaan sitä tarvittaessa, seitsemänä päivänä viikossa. Kotihoidolla on lisäksi käytössään vastuuhoitajajärjestelmä, jonka avulla pystytään tukemaan niin asiakkaan omatoimisuutta kuin asiakkaan kokonaisvaltaista ja yksilöllistä hoitoa. Lisäksi kotihoito tarjoaa toipilasapua, esimerkiksi sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Asiakasta tuetaan, kuntouttavalla työotteella, selviytymään omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Apuvälineiden lainauksessa tarvittavaa opastusta on myös saatavilla. Kotihoitoa voidaan hakea suoraan palvelualueiden henkilöstöltä tai palvelualuepäälliköiden kautta. (Kotihoito 2008.)

Kotihoidon arvot ovat asiakkaan omatoimisuuden kunnioittaminen, hoidon kokonaisvaltaisuus, yksilöllisyys. Tavoitteena on tukea kotihoidon käyttäjää omatoimisuuteen sekä mahdollisuuteen asua kotonaan. Kotihoidon arvoja kuvastaa perusturvan toiminta-ajatus laadukkaasta sosiaali- ja terveystalvakujen tuottamisesta yksilöllisesti asiakkaille. Laadukas palvelu kotihoidossa sisältää myös turvallisen lääkehoidon. (Kotihoito 2008.)

Lääkehoidossa tavoitteena on potilasturvallisuuden parantaminen ja laadukas hoitotyö. Lääkehoidon valtakunnallisella yhtenäistämällä pyritään sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman oppaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 11) mukaan: ”Oikein toteutettu, tehokas, turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta sekä sosiaali- ja terveyspalvelun asiakkaan saaman palvelun laatua.” Keskeisin arvo on palvelun laatu Lohjan kaupungin perusturvan ja kotihoidon määrittelyssä sekä lääkehoidossa. Laatu on turvallisuutta ja luotettavuutta.

3.2 Virkkalan kotihoidon henkilöstö, toimitilat, palvelut ja asiakaskunta

Virkkalan kotihoidossa työskentelee 15 työntekijää. Työntekijöistä yksi on esimiesasemassa oleva palvelualuepäällikkö, yksi sairaanhoitaja, yksi perushoitaja, neljä kodinhoitajaa, yhdeksän lähihoitajaa ja siistijä, joka huolehtii Virkkalan kotihoidon tilojen siisteydestä sekä oppisopimuksella työskentelevä opiskelija. Virkkalan kotihoidon piiriin kuuluu myös äidinkieleltään ruotsinkielisiä asiakkaita. Henkilöstössä on työntekijöitä, jotka ovat erikoistuneet hoitamaan ruotsinkielisiä asiakkaita. Mielenterveysongelmia sairastavia asiakkaita hoitavat myös pääasiassa tietyt erikoistuneet hoitajat. Käytössä on vastuuhoitajajärjestelmä. (Hellgren-Immonen & Patjas 2008.)

Virkkalan kotihoito tarjoaa palveluinaan: kotipalvelun, asiakkaan asunnon siistiminen ilman siivousta. Tukipalveluja ovat kaupassa käynti asiakkaan puolesta, asiakkaan saunotus ja pesu. Muita palveluja ovat: tarvikejakelu yhteistyössä terveyskeskuksen kanssa, omaishoidon tuki, pienen pyykin pesu, päivystys ja yöhoito. Erikoispalveluna on saattohoito. (Hellgren-Immonen ym. 2008.)

Lääkehoidossa palveluun kuuluu lääkkeiden tilaaminen lääkärin määräämän reseptin mukaisesti, lääkkeiden haku apteekista, lääkkeiden säilytys kotihoidon omissa tiloissa, lääkkeiden jako asiakkaille kerran viikossa tai kerran kahden viikon ajan ja lääkkeiden käytön seuranta. Muita palveluja on esimerkiksi haavanhoito kotiutuvilla leikkauspotilailla. Erikoispalveluna on i.v.-lääkehoito esimerkiksi saattohoitovaiheessa olevilla asiakkailla. (Hellgren-Immonen ym. 2008.)

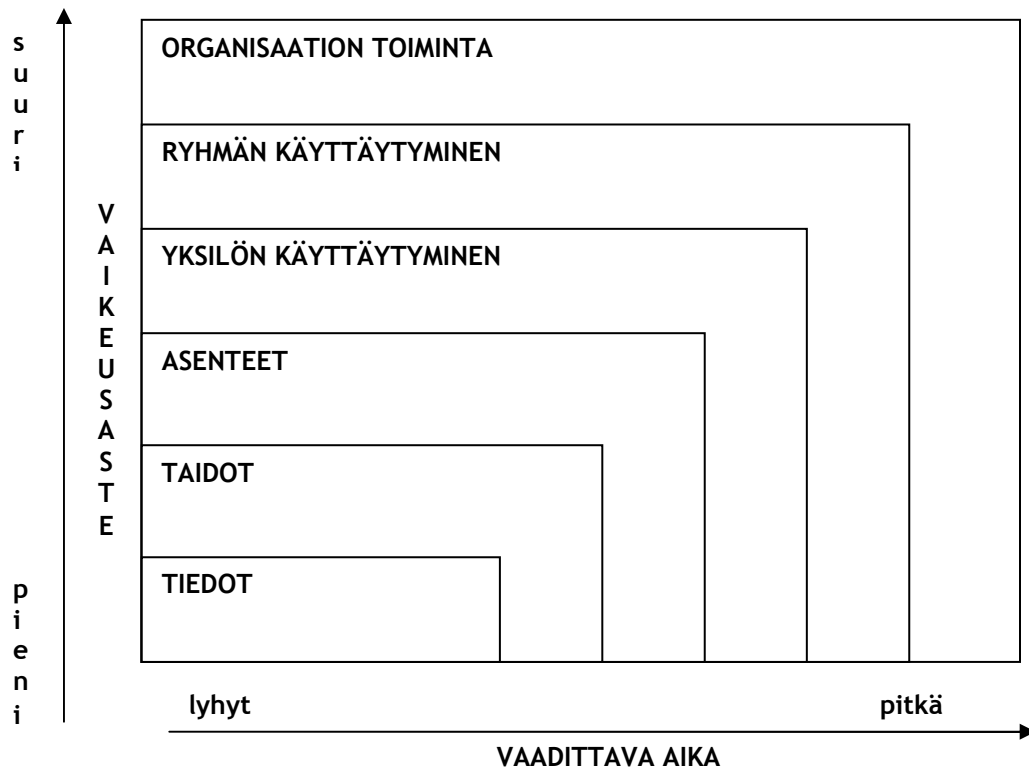
Virkkalan kotihoidon palveluja käyttää tällä hetkellä sata asiakasta pääosin Virkkalasta, yksittäisinä Inkoon kunnasta ja Karjalohjan kunnasta. Virkkalan kotihoidon alue on laajentunut viime aikoina yhä enemmän Lohjan kaupungin keskustaa kohden. Virkkalan kotihoidon palvelujen suurin asiakaskunta ovat iäkkäät ja kasvavin asiakunta päihde- tai mielenterveysongelmista kärsivät asiakkaat. (Hellgren-Immonen ym. 2008.)

Virkkalan kotihoito sijaitsee Virkkalan keskustassa, Lohjan kaupungin omistamissa tiloissa. Tiloihin kuuluvat keittiönurkkaus, neuvottelu- ja oleskelutila, kolme toimistotilaa tietokoneineen sekä sosiaalitulat. Toimitiloissa ei ole erillistä lääkehuonetta, ja lääkkeitä säilytetään kolmessa erillisessä, lukitussa kaapissa. Lääkehuoneen puuttuminen koetaan ongelmaksi sekä lääkkeiden jaon että niiden säilyttämisen suhteen, sillä tavoitteena on, että asiakkaiden kaikki lääkkeet säilytettäisiin kotihoidon toimitiloissa. (Hellgren-Immonen ym. 2008.)

3.3 Muutosjohtamisen mahdollistajat: oppiva organisaatio ja avoimuus

Virkkalan kotihoidossa lääkehoidon kehittämisen hankkeessa keskeisintä on muuttaa lääkehoidossa toimintaa valtakunnallisesti hyväksytyyn toimintamalliin, lääkehoitoprosessin nykytilanteen kuvauksen ja lääkehoitosuunnitelman avulla samalla luoden laadukasta palvelua. Toiminnan muuttumiseen tarvitaan oppimista. Oppiva organisaatio on oppimisen toimintaympäristö, jota pitää kehittää tukemaan yksilöiden ja ryhmien oppimista, jotta halutut muutokset saadaan toteutettua (Moilanen 2001, 14).

Kuviossa (Kuvio 3) on havainnollistettu muutoksen vaikeuden suhteessa aikaan ja mihin muutos kohdistuu. Uuden tiedon hankinta on vaikeusasteeltaan pieni. Sydänmaanlakan mukaan (2004, 72) yksilön käyttäytyminen muuttuu, kun tarvittavat tiedot, taidot ja asenteet ovat muuttuneet. Lisäksi käyttäytyminen ei muutu vain tiedon vaikutuksesta, vaan myös tunteet ovat tärkeitä. Ryhmän käyttäytyminen edellyttää yksilöiden käyttäytymisen muutosta ja organisaation toiminnan muuttuminen edellyttää kaikkien aikaisempien tasojen muutosta. Muutosjohtamisessa on otettava huomioon muutokseen tarvittava aika ja mitä muutos koskee.



Kuvio 3: Aikaulottuvuus ja erilaisten muutosten toteuttamisen vaikeusaste

(Sydänmaanlakka 2004, 72)

Sydänmaanlakan mukaan (2004, 71) Muutos on oppimista, kehittymistä ja kasvua. Organisaatiossa pitäisi toteutua kaava ”oppiminen on muutos” mukaan. Oppimisen tulisi olla suurempaa kuin muutos kaikilla tasoilla. Tällä tasolla on mahdollista hallita ja ohjata muutosta. Virkkalan kotihoito on oppiva organisaatio Sydänmaanlakan määritelmän (2004, 75) mukaan oppiva organisaatio pitää huolta osaamisestaan ja kehittää osaamistaan tulevaisuuden haasteet huomioon ottaen. Moilanen (2001, 69) määrittelee oppivan organisaation, että se on tietoisesti johdettu kokonaisuus, jonka keskeiset organisaatio- ja yksilötason tekijät liittyvät yhteiseen suuntaan, esteiden tunnistamiseen, keinojen soveltamiseen ja arviointiin. Muutos on oppimisen lähtökohta ja syy useissa organisaatioissa.

Terveystieteiden organisaatiot muuttuvat muun yhteiskunnan kehityksen mukana, mikä vaatii organisaatioilta oppimista. Oppivassa organisaatiossa ihmiset kehittävät koko ajan kykyjään, jotta he oppisivat tavoitteeksi asetettuja tavoitteita. Tällaisessa organisaatiossa rohkaistaan yhteisten tavoitteiden muodostamista ja ihmisten yhdessä oppimista. Tärkeä tavoite on oppimaan oppiminen, jolla kehitetään kykyä vaikuttaa tulevaisuuteen eikä vain säilyttämään entisiä toimintatapoja tai sopeutumaan uusiin tilanteisiin. Tavoitteena on

aktiivisuus organisaation tulevaisuuden muodostamisessa. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 3940.)

Oppimisen mahdollistaa avoin vuorovaikutus. Mikäli yksilöt pystyvät aktiiviseen ja kehittävään vuorovaikutukseen työyhteisössään, silloin tieto ja osaaminen leviävät varsin tehokkaasti. Se voi olla parhaimmillaan molemminpuolista aktiivista vuorovaikutusta, jossa yhdistetään kahden tai useamman ihmisen tiedot kokonaisuudeksi. Asioita voidaan myös systemaattisesti analysoida ja toisten kokemuksista voidaan ottaa opiksi esimerkiksi erilaisten toimintatapamuutosten yhteydessä. Tähän päästään, kun sisällytetään prosessin eri vaiheisiin tapaamisia, joissa pohditaan omaa toimintaa ja verrataan sitä esimerkiksi aiemmin organisaatiossa toimineiden muiden kehittämisprojektien kokemuksiin. (Moilanen 2001, 145.)

Vuorovaikutuksen kehittämisessä peruseriaatteena on avoimuus: mitä avoimempaa vuorovaikutus on, sitä paremmin se auttaa organisaatiota menestymään tehtävässään. Samoin, mitä enemmän vuorovaikutusta on, sitä paremmat edellytykset on luotavissa kehittymiselle. Mitä varhaisemmassa vaiheessa esimerkiksi organisaation kehittämisestä ja sen sisältämistä muutosratkaisuista keskustellaan koko työyhteisössä, sitä paremmat edellytykset luodaan niiden toteuttamiselle. (Mäkipeska & Niemelä 2001, 86.)

Oppimisteorian mukaan kokemuksista oppiminen on kaikkein tehokkain tapa oppia. Projektille, joka soveltaa ja on päässyt kehityksessään oppivan organisaation vaiheeseen, kokemuksista oppiminen tarjoaa huimat näkymät. Menetelmän onnistuminen rakentuu paljolti projektin sisällä noudatettavien periaatteiden ja arvojen pohjalle. Jos avoimuus, luottamus ja vapaa vuorovaikutus ovat kunniassa, niin kokemuksista oppimiselle on olemassa hyvä perusta. (Rissanen 2002, 130.)

Hyvä kommunikaatio, vuorovaikutus, mahdollistaa kasvun, kehityksen ja muutoksen. Kommunikaation tärkeimmät funktiot ovat tiedon siirtyminen ja palaute. Kehittyminen ja oikean tekemisen varmistaminen syntyy synnyttämällä yhteistä, jaettua ymmärrystä. Muutosten ja kehittämisprojektien läpivientiä hidastaa se, että ihmiset eivät saa jatkuvaa ja avointa palautetta. (Erämetsä 2003, 65, 237.)

3.4 Muutoksen hallinta

Muutoksen hallinnassa on otettava huomioon organisaatio eli työyhteisön jäsenet yksilöllisesti sekä avoimuus kommunikaatiossa. Muutosjohtamisen avulla pyritään luomaan muutosvalmiuksia, hallitsemaan ja ohjaamaan muutosta. On hyvä muistaa, että muutos on tietoa, tunnetta ja tekemistä. Monesti liikaa korostetaan tiedon merkitystä yksipuolisesti, vaikka pitäisi muistaa tunteiden ja yhdessä tekemisen merkitys. (Sydänmaanlakka 2004, 73.)

Sydänmaanlakan (2004, 74) mukaan muutoksen mahdollisuus lähtee yksilöstä, jolloin yksilön on kehitettävä herkkyyttään, tunnistaa muutostarpeita ja hallita muutos prosessina sekä ymmärtää siihen liittyvät vaiheet eikä pelätä muutokseen liittyvää epävarmuutta. Ajattelun muutos on muutosten hallintaa niin yksilö-, ryhmä- kuin organisaation tasolla. Moilasan (2001, 31) mukaan yksilöiden rooli muutoksessa on oppiminen omista muutosvalmiuksissaan ja -kyvyissään. Nykyinen työelämä vaatii useanlaisia valmiuksia, kuten myönteinen asenne, muutosherkkyys, joustavuus, erilaisuuden ymmärtäminen ja oma aktiivinen panostus uusien asioiden oppimisessa. Lisäksi odotetaan oman työn ja osaamisen hallintaa sekä jatkuvaa kehittämistä.

Esimiehen kannalta ihmisten erilaisuus pitäisi pystyä ottamaan huomioon myös muutoksen ja oppimisen keinoja etsittäessä. Ihmiset ovat ajattelu- ja toimintatavoiltaan erilaisia ja tästä johtuen myös parhaimmin toimivat oppimisen työkalut ovat erilaisia. Esimerkiksi uuden toimintamallin opettelu voi jollekin sopia parhaiten yhdessä asian hallitsevan työkalun kanssa. (Moilanen 2001, 30.)

Muutoksen hallinta tapahtuu parhaiten prosessina. Virkkalan kotihoidon lääkehoidon kehittämishanke etenee prosessina, jonka tuotos on lääkehoidon nykytilanteen kuvaus ja sen arviointi. Tavoitteellinen prosessiohjaus antaa ihmisille mahdollisuuden sitoutua kokonaisuuden kannalta mielekkäisiin tavoitteisiin ja liittyä yhteen niiden toteuttamiseksi. Toiminta muuttuu projektiluonteiseksi, jolloin tavoitteet ovat konkreettisia ja toteutuvat rajatun ajan puitteissa. Tämä lisää onnistumisen tunnetta ja vahvistaa työmotivaatiota. Samalla organisaatio käyttää voimavaroja tehokkaasti haluttujen tavoitteiden saavuttamiseen. (Mäkipeska & Niemelä 2001, 76.)

3.5 Muutoksen merkitys ja johtaminen

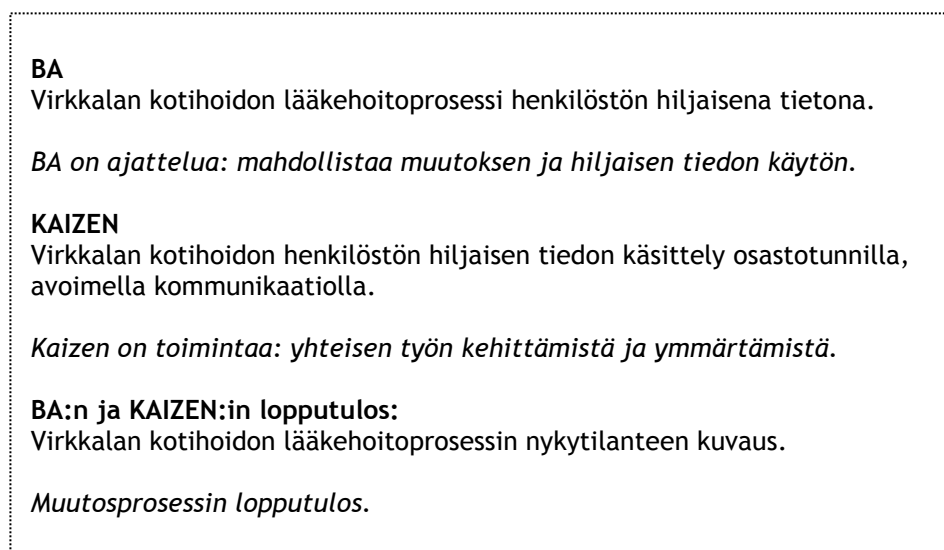
Organisaation toiminnan kehittämisessä on kyse jatkuvasta oppimisprosessista, kun muutetaan toimintaa ja kehitetään toimintatapoja (Rastas & Einola-Pekkinen 2001, 27). Muutos edellyttää avoimuutta ja luottamuksellisuutta. Organisaation jokainen jäsen vaikuttaa omalla käyttäytymisellään ja tekemisellään siihen, millaiseksi organisaation ilmapiiri, ”henki”, muotoutuu. Ilmapiiriltään avoimessa ja luottamuksellisessa organisaatiossa sen jäsenten energia ei suuntaudu valtarakenteiden ylläpitämiseen vaan yhteiseen päämäärään sitoutumiseen (Rastas ym. 2001, 27.)

Yhteinen päämäärä on tavoite, jota kohden pyritään kehittämisprosessilla. Kehittämisprosessi muodostaa nousevan spiraalin seuraaville toimenpiteille: Arvioidaan nykytila ja määritellään tavoitteet. Tämän jälkeen suunnitellaan, miten nuo tavoitteet saavutetaan, jonka jälkeen

otetaan suunnitelmat käytäntöön. Sen jälkeen tarkistetaan, että tavoitteet on savutettu ja suoritetaan korjaavat toimenpiteet. (Borgman & Packalen 2002, 25.) Virkkalan kotihoidossa arvioitiin nykytila lääkehoitoprosessin nykytilanteen kuvauksella kalanruototekniikalla, tavoitteena oli tunnistaa lääkehoitoprosessin kehittämiskohteet yhdessä koko työyhteisön kanssa tulevaa lääkehoitosuunnitelmaa varten.

Muutoksen merkitys vaikuttaa myös johtamiseen organisaatiossa. Muutoksen johtamisessa korostuu dynaaminen prosessiluonne, kehittäminen, eteenpäin pyrkiminen, muutoksessa eläminen sekä luovien ja innovatiivisten ratkaisujen etsintä. (Heikkilä & Heikkilä 2001, 213.) Muutoksen johtamisessa on mahdollista käyttää hyväksi Ba-filosofiaa. Ba voidaan nähdä jaettuna tilana, joka toimii tiedon luomisen pohjana. Tämä tila voi olla fyysinen (esimerkiksi toimisto), virtuaalinen (esimerkiksi sähköposti tai puhelinneuvottelu), mentaalinen (esimerkiksi jaetut kokemukset, ideat, unelmat) tai yhdistelmä edellisistä. Ba antaa energian, laadun ja paikan organisaation jäsenten hiljaisen ja eksplisiittisen tiedon vuorovaikutukselle ja mahdollistaa siten tiedon luomisen. (TaitoBa Oy 2009.)

Muutoksen johtamista voidaan toteuttaa Kaizen-periaatteella. Kaizenissa on ajatuksena jatkuva ja kestävä organisaation toiminnan parantaminen. Kaizen-periaatteella toimivissa organisaatioissa arvostetaan yhteistoiminnallisuutta, yhdessä tekemistä ja ajattelemista, jokaisen kunnioittamista, itseluottamuksen vahvistamista, omista virheistä oppimista, avoimen kommunikaation suosimista, sosiaalisten taitojen korostamista, yhteisen informaation tuottamista tai yhteisen tiedon luomista sekä tiimityöskentelyyn uskomista. (Heikkilä & Heikkilä 2001, 217). BA:n ja Kaizen-periaatteen merkitystä on avattu kuviossa (Kuvio 4).



Kuvio 4: BA:n ja Kaizenin käsitteiden merkitys muutosprosessissa

3.6 Virkkalan kotihoidon henkilöstön suhde muutokseen

Hellgren-Immosen ym. (2008) mukaan Virkkalan kotihoidon henkilöstö suhtautuu koulutukseen, uuden oppimiseen ja muutoksiin aktiivisesti ja he ovat kiinnostuneita koulutuksesta. Henkilöstö on osallistunut kansallisen terveysthankkeen koulutukseen yhdessä terveyskeskuksen kanssa lääkityksen käyttöön eri sairauksien yhteydessä, samoin on osallistuttu Laurea-ammattikorkeakoulun järjestämiin koulutuksiin. Virkkalan kotihoidossa toivotaan, että koulutuksia järjestettäisiin kohderyhmänään erityisesti kotihoito. Virkkalan kotihoidolla on tarve saada uusinta tietoa lääkehoidosta sekä muuttaa totuttuja toimintatapoja.

Postmoderni yhteiskunta elää jatkuvan tiedon ja informaatioteknologian muutoksessa, samalla muuttuvat ihmisten arvot, uskomukset ja elämäntyyli. Suomessa korostuu väestön vanheneminen ja keski-ikä jatkuvaa nousua. Muutokset heijastuvat kotisairaanhoidon esimerkiksi korostamalla palvelun laatua. Sairaanhoidon järjestelmä ja kotisairaanhoidon osana kohtaavat alinomaan uusia haasteita. Yhä uusia strategioita tarvitaan, jotta haasteet voidaan kohdata vastuullisesti ja luovasti. Hoitolaitosten ja -organisaatioiden sekä henkilökunnan tehtävät joudutaan suuntaamaan uudella tavalla, joka korostaa hoidon kattavuutta, laatua ja joustavuutta. Toiminnan laatua on myös syytä arvioida jatkuvasti. (Savolainen 2005, 211.) Virkkalan kotihoidon lääkehoitoprosessin nykytilanteen kuvauksella pyritään osaltaan palvelun laadun parantamiseen.

4 Lääkehoidon kehittämisprojektin teoreettiset perusteet

Lääkehoidon kehittämisprojektin teoreettiset perusteet ovat: potilasturvallisuus, lääkehoitoprosessi, oppiva organisaatio ja kotihoito. Kehittämisprojekti perustuu terminologian käyttöön. Terminologian merkitys lääkehoidossa tuodaan esille Stakesin julkaisemassa Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanaston esipuheessa. ”Sanastoille on selkeä tarve. Yhteisen kielen ja sanaston puute vaikeuttaa kommunikaatiota ja on omiaan aiheuttamaan väärinkäsityksiä. Sekä systemaattinen ja kehittämistyö että tieteellinen tutkimus edellyttävät yleisesti hyväksytyä sanastoa. Nämä sanastot auttavat analysoimaan laajemmin erilaisten poikkeamien syitä, oppimaan niistä sekä löytämään ratkaisuja poikkeamien ehkäisyyn.” (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006).

4.1 Potilasturvallisuus

Lääkehoito on osa potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuus on määritelty Lääkelaitoksen terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointi -julkaisussa seuraavasti: Terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaation periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta; potilaan näkökulmasta sitä, ettei hoidosta aiheudu haittaa; kattaa sekä hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden että laiteturvallisuuden; osa hoidon laatua. (Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 7.)

Potilasturvallisuuteen on yhä enemmän kiinnitetty huomiota niin kansallisesti kuin kansainvälisesti. Potilasturvallisuus on yksi EU:n terveyspolitiikan painopistealueista. Jäsenvaltiot alkoivat vuonna 2005 järjestelmällisesti keskustella potilasturvallisuuteen liittyvistä kysymyksistä ja edistää potilasturvallisuutta terveydenhuollon keskeisenä osana. Terveyspalveluja ja sairaanhoitoa käsittelevän korkean tason ryhmän alaisuuteen perustettiin erityinen työryhmä, jonka kautta Euroopan komissio pyrkii tukemaan jäsenvaltioiden toimintaa. Maailman terveysjärjestö WHO ja etenkin sen potilasturvallisuusallianssi (World Alliance on Patient Safety), Euroopan neuvosto, OECD sekä eurooppalaisia potilaita, lääkäreitä, hoitajia, hammaslääkäreitä, apteekkeja ja sairaaloita edustavat järjestöt ovat mukana työryhmän toiminnassa. (Terveys-EU 2008.)

Potilasturvallisuuden kehittämisen lähtökohta ovat tutkimukset jotka osoittavat, että yhä useammassa maissa tapahtuu hoitovirheitä noin 10 prosentissa tapauksista, joissa potilas on sairaalahoidossa. Vaaratilanteita esiintyy kuitenkin kaikissa terveydenhoitoon liittyvissä yhteyksissä, niin perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoitossa, yhteisöhoitossa, julkisissa ja yksityisissä hoitopalveluissa kuin akuutti- ja pitkäaikaishoidossakin. (Terveys-EU 2008.)

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö linjaa keskeiset tavoitteet potilasturvallisuuden edistämiseksi kansallisesti potilasturvallisuushankkeella. Hankkeessa valmistellaan linjausten toimeenpano, valtakunnallisen raportointimenettelyn periaatteet ja tarvittavat toimenpiteet sekä arvioidaan mahdollisesti tarvittavat tarkennukset lainsäädäntöön. Sosiaali- ja terveysministeriö perusti vuoden 2005 lopussa kansallisen eri tahojen muodostaman potilasturvallisuuden verkoston ja koordinoi sen toimintaa. (Stakes 2008.)

Virkkalan kotihoidon lääkehoitoprosessin nykytilanteen kuvaus ja analysointi kalanruotokaaviolla on lääkehoidon kehittämistä. Sosiaali- ja terveysministeriö tuo esille potilasturvallisuuden parantamisen yhtenä ydinkohtana toiminnan ja työympäristön kehittämisen. Tärkeä turvakeino on luoda yhteiset turvalliset hoitokäytännöt, noudattaa näyttöön perustuvia hoito-käytäntöjä. Virheen mahdollisuus vähenee toimijoiden ja prosessiin

liittyvien solmukohtien vähentyessä. Siksi on erityisen tärkeää analysoida hoitoprosessit ja poistaa niistä kaikki turhat ja epäolennaiset vaiheet. (Perälä, Grönroos & Sarvi 2006.)

Lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta. Lääkehoito on monissa sairauksissa keskeinen terveydenhuollon hoitokeino. Oikein toteutettu lääkehoito on tärkeä osa palvelun laatua ja turvallisuutta. Lääkekustannukset ovat myös iso ja nopeasti kasvava kuluerä niin avohoidossa kuin laitoksissa. Tehy ja Suomen Farmasian liitto julkaisivat 2003 raportin Tehokkuutta ja turvallisuutta lääkehoitoon, jossa tuotiin esille lääkehoidon parantamiseksi. Raportissa mm. esitettiin useita toimenpide-ehdotuksia osastofarmasian kehittämiseksi. Päällimmäisiksi nousivat eri henkilöstöryhmien vastuun ja työnjaon selkiyttäminen, alan erikoisosaajien taitojen hyödyntäminen, lääkehoitoprosessin laadun varmistus, kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen ja oikeellisuus ja ennen kaikkea eri ammattiryhmien välisen yhteisen erityisosaamista lisäävän täydennyskoulutuksen lisäämistarve. (Tehy 2008). Laurea-ammattikorkeakoulun turvallisen lääkehoidon kehittämishankkeessa lääkehoidon kehittämisen lähtökohtana toimi lääkehoitoprosessin nykytilanteen kuvaus ja sen arviointi.

4.2 Lääkehoitoprosessi

Lääkehoitoprosessi käsittää sosiaali- ja terveysministeriön Turvallisen lääkehoito -oppaan mukaan lääkehoidon. Lääkehoito on keskeinen lääketieteellinen hoitokeino ja tärkeä osa hoitotyön kokonaisuutta. Lääkehoito on terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa riippumatta toteuttamispaikasta. Parhaimmillaan lääkehoito on ”toimintayksiköiden ja organisaatioiden ylittävää yhteistyötä. Lääkehoito perustuu potilaan, lääkärin ja lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön yhteistyöhön.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).

Lääkehoito on määritelty lääkehoidon kehittämiskeskuksen kotisivuilla (www.rohto.fi 2008.) siten, että rationaalinen lääkehoito on tutkittua eli se on näyttöön perustuvaa ja sisältää tehokkuuden ja vaikuttavuuden. Rationaalinen lääkehoito on taitoon perustuvaa, joka ei yksin perustu näyttöön vaan myös kokemukseen omasta työstä (hiljainen tieto). Lääkehoito on täsmähoitoa kohdennettu oikeille potilaille ja potilaan tarpeisiin. Lääkehoito on toteuttavaa järkevästi annosteltua ja potilaan saatavissa ja ymmärrettävissä olevaa. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006.)

Lääkehoidon vaatimukseen kuuluu lisäksi taloudellisuus potilaan kannalta ja turvallisuus potilaalle. Lääkehoito on tärkein yksittäinen potilasturvallisuutta vaarantava tekijä. Lääkitysturvallisuutta parantamalla voidaan vaikuttaa merkittävästi potilasturvallisuuteen. Lääkehoito on monissa sairauksissa keskeinen terveydenhuollon hoitokeino. Oikein toteutettu lääkehoito on tärkeä osa palvelun laatua ja turvallisuutta. Lääkehoitoprosessin laadunvarmistus tulee liittää osaksi potilaan kokonaihoitoa. Käytännössä tämä tarkoittaa

vastuun- ja työnjaon selkeyttämisen lisäksi koko henkilökunnan osaamisen varmistamista ja koulutusta. (Farmasialiitto 2008.)

Lääkehoitoprosessin nykytilanteen kuvauksen perusteella suunnitellaan myös lääkehoitosuunnitelma joka kattaa koko lääkehoitoprosessin, muun muassa siihen liittyvien vastuiden määrittämisen ja henkilökunnan riittävästä osaamisesta huolehtimisen. Vastuu lääkehoitosuunnitelman laatimisesta, toteutuksesta ja seurannasta on toimintayksikön johdolla. Oppaassa suositetaan, että suunnitelma tehdään yhteistyössä kaikkien lääkehoidon toteutukseen osallistuvien kanssa. (Ritmala-Castrén 2006.)

4.2.1 Lääkehoidon sisältö ja toimitavat

Lääkehoidon sisältö, toteuttamistavat ja menetelmät kuuluvat osana lääkehoitosuunnitelmaa. Työyksikön lääkehoidon hallinnan ja kehittämisen perusedellytyksenä toimivat ”oman toiminnan tunteminen sekä siihen liittyvien riskitekijöiden ja ongelmakohtien määrittäminen ja analysoiminen” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 45-46). Lääkehuolto on ”terveydenhuollon toimintaa, jota pääsääntöisesti toteutetaan lääkehoidon koulutuksen saaneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimesta ja vastuulla” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 45-46). Lääkehoitosuunnitelman laajuus muokkautuu yksikön lääkehoidon vaativuustason mukaisesti. Lääkehoitosuunnitelmaan kuuluvat lisäksi lääkehoidon ydinalueiden tunnistaminen ja kehittäminen sekä lääkehoidon vaiheiden kuvaaminen ja toimintatapojen määrittäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 45-46.)

Lääkehoitosuunnitelman laatimisen, toteuttamisen ja seurannan organisoinnin vastuu on sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikön johdolla. Lääkehoidon toteuttamista valvovat ja ohjaavat esimiehet lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Lääkehoito tuo myös kustannussäästöjä, kun se on toteutettu organisoidusti ja hallitusti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 34.)

Pietikäisen (2004) tutkimuksessa lääkehoito liittyi kotihoidon henkilöstöllä jossain muodossa lähes kaikkien kotihoidossa työskentelevien työntekijöiden tehtäviin. Lääkehoito myös koettiin tärkeäksi osaksi työtä. Laajasti lääkehoitoon liittyvistä tehtävistä vastasivat sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat. Muulla henkilöstöllä oli merkittävä osuus lääkehoidon ja sen toteutumisen varmistamisella asiakkaan hoidossa. Lääkemääräyksiin liittyvät tehtävät puolestaan painottuivat myös enemmän sairaan- ja terveydenhoitajien työskentelyssä kuin muilla ammattiryhmillä. Kaikki ammattiryhmät kuitenkin käyttivät monipuolisesti erilaisia lääkkeidenantotapoja. (Pietikäinen 2004, 77.)

4.2.2 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen

Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön on ymmärrettävä lääkehoidon merkitys kokonaisuudessaan, mikä edellyttää juridiseettisen, farmakologisen, fysiologisen sekä patofysiologisen ja lääkelaskentaan liittyvän tietoperustan hallintaa teknisen osaamisen lisäksi. Henkilöstön on ymmärrettävä mitä lääkettä annetaan, miksi sitä annetaan, kuinka paljon sitä annetaan, miten ja mitä antoreittiä käyttäen lääkettä annetaan sekä lääkehoidon vaikuttavuus. Lisäksi vaaditaan ”hoidollisiin vaikutuksiin, lääkkeiden käsittelyyn, toimittamiseen, hankintaan, säilyttämiseen ja hävittämiseen liittyvien asioiden hallintaa.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 46-47.)

Lääkehoitoon liittyvät tavoitteet kirjataan työyksikön perehdyttämissuunnitelmaan. Lisäksi niin uuden kuin määräaikaisen työntekijän sekä opiskelijan tulee hallita tavoitteet. Työntekijän valmiudet toteuttaa lääkehoitoa varmistaa joko työyksikön esimies tai perehdytyksestä vastaava henkilö. Työnantaja järjestää lääkehoidon täydennyskoulutusta sekä työntekijöiden yksilöllisten koulutustarpeiden että työyksikön lääkehoidon kehittämistarpeiden edellyttämällä tavalla. Työnantajan tehtävänä on myös ”järjestää tarvittavan lääkehoidon koulutuksen sellaisille lääkehoidon toteuttamiseen osallistuville työntekijöille, joilla ei ole lääkehoidon peruskoulutusta. Henkilöstöllä, joka toteuttaa lääkehoitoa, on velvollisuus ylläpitää ammattitaitoaan jatkuvasti ja osallistua työnantajan järjestämään täydennys- ja muuhun lisäkoulutukseen.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 47.)

Lisääntyvä vaatimus turvalliseen lääkehoitoon on nostanut esiin lääkehoitoon osallistuvan hoitohenkilöstön osaamisen arvioimis- ja selvittämiskaavan. Turvalliseen lääkkeen antamiseen liittyy osana lääkelaskenta. Potilailla on oikeus olettaa lääkeannoksensa olevan määräysten mukainen. Terveystieteiden ammattilaisten osaamiseen liittyy kyky määrittää oikea lääkeannos. On osattava myös annostella lääkkeitä turvallisesti sellaisissa työyksiköissä, joissa ei ole käytettävissä teknisiä apuvälineitä. (Erkko & Ernvall 2006, 14.)

Läkelaskentaa liittyy lääkärin määräyksen muuttaminen konkreettiseksi lääkeannokseksi. Laskut periaatteessa ovat melko yksinkertaisia, mutta lääkelaskenta edellyttää matemaattisten perustaitojen virheetöntä hallintaa ja kykyä soveltaa matemaattisia taitoja käytännön tilanteissa. Lisäksi lääkemääräysten yksiselitteinen kirjaaminen ja oikea tulkinta ovat perusedellytyksiä oikean lääkeannoksen määrittämiseksi. (Erkko ym. 2006, 14.)

Monet tietoihin ja taitoihin sekä asenteisiin liittyvät tekijät lisäävät lääkelaskennan virheiden riskiä. Taitojen varmistamiseen ja ylläpitämiseen edellytetään omaehtoista harjoittelua. ”Olennaista on erottaa osaaminen ja ymmärtäminen laskujen mekaanisesta suorittamisesta”

(Erkko ym. 2006, 17). Työyhteisö voi edesauttaa turvallisen lääkehoidon toteutumista säännöllisillä lääkelaskentataitojen testaamisella. (Erkko ym. 2006, 17.)

4.2.3 Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako

”Lääkehoidon suunnittelusta ja organisoinnista vastaavat toimintayksikön johto sekä terveydenhuollosta/lääketieteellisestä toiminnasta vastaava lääkäri yhteistyössä hoitotyön johtajan ja toimintayksikön/työyksikön lääkehuollosta vastaavan kanssa” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 48). Esimiehet varmistavat, että yksikön lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvalla henkilöstöllä on tarvittava osaaminen sekä sen, että olosuhteet ovat oikeanlaiset lääkehoidon toteuttamiseksi. Lisäksi esimiesten tehtävänä on ”ohjata ja valvoa lääkehoidon toteuttamista ja laatua lääkehoitosuunnitelman mukaisesti sekä päättää eri henkilöstöryhmien työnjaosta ja yhteistyöstä lääkehoidon toteuttamisessa niin, että jokaisen ammattiryhmän osaaminen hyödynnetään parhaalla mahdollisella tavalla”. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 48.)

”Lääkäri vastaa lääkkeen määräämisestä ja lääkehoidon kokonaisuudesta. Terveysministeriön ammattihenkilöt toteuttavat lääkehoitoa lääkärin määräysten mukaisesti.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 48-49.) Lääkäri ottaa huomioon lääkehoidon toteutettavuuden lääkettä määrätessään. Lääkäri myös ”vastaa yhteistyössä lääkehoidon koulutuksen saaneen terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa hoidon tarpeen arvioinnista, lääkehoidon ohjauksesta, neuvonnasta ja vaikuttavuuden arvioinnista” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 48-49).

Ojalan (2004) tekemän tutkimuksen mukaan kotihoidon henkilöstö käytti useita tiedonlähteitä lääkehoidosta. Käytetyimmäksi tiedonlähteeksi ilmeni kuitenkin kotisairaanhoidon sairaanhoitaja/terveydenhoitaja. Lisäksi työtovereiden kanssa keskusteltiin ja pohdittiin lääkehoitoasioita. Ongelmatilanteissa otettiin yhteys reseptin kirjoittaneeseen lääkäriin sekä epävarmoissa tilanteissa yhteys apteekkiin. (Ojala 2004, 25.)

4.2.4 Lupakäytännöt

Eri tasoisen lääkehoidon toteuttamiseen oikeuttavat lupakäytännöt ja lupa-asioita koskeva tiedottaminen määritellään lääkehoitosuunnitelmassa. Lisäksi suunnitelmassa määritetään erillistä lupaa koskevat lääkkeet sekä tarvittaessa käytettävät lääkkeet, joita voidaan antaa ilman lääkärin erillistä konsultointia. ”Henkilöstön lääkehoitoon oikeuttavat luvat pidetään työyksikössä helposti nähtävillä tiedonkulun varmistamiseksi ja lääkehoidon sujuvuuden edistämiseksi” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 54). Kopio saamistaan voimassa olevista luvista on oltava myös kaikilla lääkehoitoa toteuttavilla itsellään. Käytännön osaaminen osoitetaan näytöllä ja teoreettisen osaamisen varmistaminen tapahtuu säännöllisesti pidettävällä kirjallisella kokeella. Suonensisäisen lääkehoidon tai muun vaativan

lääkehoidon osaaminen varmistetaan myös säännöllisin väliajoin. Ihonsisäisten injektioiden ja rokotteiden antaminen edellyttää osaamisen varmistamista sekä tarvittaessa täydennys- tai lisäkoulutusta. Lisäksi siihen vaaditaan toimintayksikössä myönnettyä kirjallista lupaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 54.)

Luonnollista tietä annettavan lääkehoidon lupakäytännössä muiden kuin lääkehoidon koulutuksen saaneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja lääkehoidon koulutuksen saaneen sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön osallistuminen luonnollista tietä annettavaan lääkehoitoon edellyttää osaamisen varmistamista sekä riittävää lääkehoidon koulutusta. Lisäksi edellytetään toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaavan lääkärin myöntämää kirjallista lupaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 54.)

Pietikäisen (2004) tutkimuksessa ilmeni, että kotihoidossa lääkkeiden käsittelyn ja jakamisen lupakäytäntö oli kirjava sekä osittain epäselvä. Kotihoidon työntekijöistä 5 % osallistui lääkehoitoon työyhteisön käytännön perusteella ilman suullisia tai kirjallisia lupia. Sairaalan ja terveydenhoitajista kolme neljäsosaa puolestaan ilmoitti luvan lääkkeiden käsittelyyn ja jakamiseen pohjautuvan ammatilliseen koulutukseen. Heillä ei ollut varsinaisia kirjallisia tai suullisia lupia lääkehoitoon osallistumiseen. Vastaavasti perus- ja lähihoitajista vajaalla puolella oli lääkärin, johtavan hoitajan tai sairaanhoitajan lupa kirjallisena ja/tai suullisena. (Pietikäinen 2004, 47.)

4.2.5 Lääkehuolto

Lääkehuoltoon kuuluu lääkkeiden tilaaminen, toimittaminen, säilyttäminen, valmistaminen ja käyttökuntoon saattaminen sekä lääkkeiden palauttaminen ja hävittäminen. Lisäksi siihen liittyy sekä farmaseuttinen informaatio että ohjaus ja neuvonta. Lääkevalikoiman ja lääkekaapin tarkastamisessa käytetään farmaseuttisen henkilökunnan ammattitaitoa. Peruslääkevalikoiman määrittely edesauttaa kustannustehokkaan ja turvallisen lääkehoidon toteutumista. Lääkehoitosuunnitelmassa tulee määritellä, millaisen koulutuksen ja perehdytyksen saaneet terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat tilata peruslääkevalikoimaan kuuluvia lääkkeitä sairaala-apteekeista ja lääkekeskuksesta. Huumausaineita ja alkoholia koskevan tilauksen kyseisestä yksiköstä vastaava tai hänen valtuuttamansa lääkäri. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 55-56.)

Saattaessa lääke käyttökuntoon toimintayksikössä tai potilaan kotona, tulee noudattaa avohuollon apteekin, sairaala-apteekin tai lääkekeskuksen antamia kirjallisia ohjeita. Lääke saatetaan käyttökuntoon ensisijaisesti erillisessä, käyttötarkoitukseen suunnitellussa työtilassa. Käyttökuntoon saattamisessa noudatetaan lääkkeen valmistajan tai myyntiluvan haltijan ohjeita. Erityistä huomiota kiinnitetään myös työtappoihin, kuten aseptiikkaan. Lääkevalmisteen aiheuttaessa vaaraa työntekijöille tai potilaalle (radioaktiiviset lääkkeet ja

solunsalpaajat), otetaan huomioon työturvallisuuteen liittyvä lainsäädäntö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 56.)

Lääkkeiden varastovalvonta järjestetään siten, että käyttökelvottomat tai vanhentuneet lääkkeet poistetaan varastosta viipymättä. Vanhentuneet, käyttökelvottomat ja tarpeettomat lääkkeet palautetaan avohuollon apteekkiin. Lääkkeitä säilytetään tiloissa, jotka ovat lukittavat, riittävän suuret ja tarkoituksenmukaiset. Lääkkeet säilytetään erillään muista tuotteista ja välineistä, ja työyksiköissä huomioidaan lääkkeiden oikeat säilytysolosuhteet. Kiireellisessä potilaan/asiakkaan ensihoidossa tarvittavia lääkkeitä voidaan säilyttää toimintayksiköissä lääkekaapin tai -huoneen ulkopuolella. Poikkeuksellisesti säilytettävien lääkkeiden säännöllinen tarkastus, käyttökelpoisuuden varmistaminen ja nopea saatavuus tarvitsee erityistä huomiota. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 57.)

Ojalan (2004) tutkimuksessa selvitettiin kotihoitohenkilöstön tiedoista lääkehoitojen käytännön toteuttamisesta. Kotiavustajien toiveet koulutuksen suhteen liittyivät lääkkeiden jakamiseen ja käsittelemiseen sekä niiden säilyttämiseen ja hävittämiseen liittyvät seikat. Esille nousi kysymyksiä lääkkeitä, joita ei saa puolitta tai murskata ja siitä, voiko lääkkeitä säilyttää kylpyhuoneessa tai jääkaapin yläpuolella olevassa kaapissa. Avustajat olivat tyytyväisiä palveluun, jota olivat apteekeista saaneet. (Ojala 2004, 22.)

4.2.6 Lääkkeiden jakaminen ja antaminen

Lääkkeet jaetaan pääsääntöisesti alkuperäisen kirjallisen lääkemääräyksen mukaisesti. ”Lääkkeiden jakaminen tehdään asianmukaisissa, toimintaan sopivissa olosuhteissa. Työympäristön rauhallisuus lääkkeitä jakaessa osaltaan turvaa lääkehoidon virheettömyyttä ja parantaa potilasturvallisuutta.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 58.) Valmiiksi jaetut lääkkeet säilytetään lukittavissa tiloissa. Lääkkeet on merkattava niin, ettei lääkkeiden antamisen yhteydessä ole sekaantumisen vaaraa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 58.)

Lääkehoiton annostelun varmentamisen tavat huomioidaan lääkehoitosuunnitelmassa. Työyksiköissä, joissa lääkkeiden jakamiseen koulutuksen saanutta henkilökuntaa on vähän, voidaan käyttää lääkkeiden annosjakelua. Henkilöstön tehtävänä on kuitenkin seurata annetun lääkkeen vaikutuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 58.)

Kotihoidossa asiakkaiden peruspalveluun Ojalan (2004) tutkimuksen mukaan kuuluu lääkehoidoista huolehtiminen silloin, kun asiakas ei siihen enää pysty. Tutkimuksen mukaan koko henkilökunta, koulutuksesta riippumatta, jakoi lääkkeet viikkoannostelijoihin ja tarvittaessa huolehti lääkkeiden ottamisesta antamalla ne joskus suuhun asti. Kotihoitohenkilöstö yleisimmin tarkisti lääkkeenjakoilaisuudessa lääkkeen oikeellisuuden,

erityisesti sen vahvuuden. Lisäksi annostukset ja lääkkeen säilyvyys tarkistettiin usein. Kuitenkin vain yksi vastaajista ilmoitti seuraavansa lääkkeen vaikutusta. (Ojala 2004, 24.)

4.2.7 Potilaan informointi ja neuvonta

Potilaalle antavat tietoa sekä ohjaavat ja neuvovat lääkäri, lääketoimintaa toteuttava henkilöstö sekä farmaseuttinen henkilöstö lääketoimintaprosessin eri vaiheissa. Potilaalla on siten mahdollisuus osallistua lääketoimintansa suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Erityisen tärkeää on kuitenkin varmistua siitä, että potilas ymmärtää annetun ohjauksen. Potilaan sitoutumista lääketoiminnan noudattamiseen tuetaan tiedon antamisella ja neuvonnalla. Potilaiden informointiin ja neuvontaa liittyy myös, että potilaalle ”kerrotaan aina lääketoiminnassa tapahtuneista merkittävistä poikkeamista ja mahdollisesti aiheutuneista tai aiheutuvista haittavaikutuksista.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 59.)

Pietikäisen (2004) tutkimuksessa selveni, että yhteistyö asiakkaan kanssa oli joko omatoimisuutta tukeva ja yhteistyötä korostava sekä kumppanuutta lähentyvää toimintaa tai sopimukseen pohjautuvaa ja tehtäviä painottavaa toimintaa. Kotihoidossa yhteistyö työntekijöiden ja omaisten tai läheisten kanssa lääketoiminnassa oli vähäistä. Lisäksi asiakkaita tai omaisia ei juurikaan rohkaistu osallistumaan lääketoimintaan työyhteisön tasolla. (Pietikäinen 2004, 78.)

4.2.8 Lääketoiminnan vaikuttavuuden arviointi

Lääketoiminnan vaikuttavuuden arviointiin kuuluu osana lääketoiminnan oletettujen positiivisten vaikutusten, mahdollisten haitta- ja sivuvaikutusten sekä lääkkeiden mahdollisten yhteisvaikutusten arviointi ja seuranta. Määrätessään lääkkeitä lääkäri varmistaa, että lääkkeen antaja on tietoinen vaikutuksista, joita tulee seurata niin lääkettä antaessa kuin lääkkeenannon jälkeen. Huomiota kiinnitetään myös vaikutusten kirjaamiseen ja raportointiin. Ne lääketoiminnan tilanteet, joissa tulee konsultoida hoitavaa lääkärinä, määritellään lääketoimintasuunnitelmassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 60.)

Lisäksi lääketoiminnan vaikuttavuuteen kuuluu lääkkeiden päällekkäisyyksien seuranta. Arviointiin kuuluu osana myös säännöllinen lääkityksen kokonaisarviointi ja lääketoiminnan tarkoituksenmukaisuuden arviointi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 60.)

Säännöllinen lääkityksen arviointi kuuluu oleellisena osana potilaan hoitoa. Aloittaessa vanhuspotilaalle uutta lääkitystä, on sen sopivuus lääkityksen kokonaisuuteen varmistettava. Muutokset on hyvä tehdä lääke kerrallaan, asteittain vastetta samalla seuraten. Turvallinen hoitosuhde, täsmällinen ohjeistus ja seuranta ovat edellytyksenä pysyvälle onnistuneelle

lääkemuutokselle. Vanhuksen lääkelistaa voivat kotona kuormittaa myös erilaiset itsehoitovalmisteet. Luonteva tilaisuus lääkehoidon arvioon onkin pitkäaikaisen sairauden seurantakäynnillä tai lääkemääräystä uusittaessa. (Klaukka, Helin-Salmivaara, Huupponen & Idänpää-Heikkilä 2007.)

Ojalan (2004) tutkimuksen mukaan suurimmaksi ongelmaksi kotihoidon työntekijät näkivät vanhusten muistamattomuuden ja dementian. Lääkkeet unohdetaan ottaa, ja joillekin vanhuksille joudutaan antamaan lääkkeet suuhun. Lisäksi ongelmia aiheutuu myös insuliinin ottamisessa, kun vanhus ei näe yksiköiden määrää kynästä. Joillekin vanhuksille myös dosetin käyttäminen on hankalaa, sillä se on jäykkä tai vanhus ottaa vahingossa kaksi luukkaa auki, jolloin hän ottaa kaksi lääkettä kerralla. (Ojala 2004, 22.)

Ongelmia esiintyi myös siinä, että vanhukset eivät välttämättä luota lääkäreihin. Osa vanhuksista puolestaan uskoi pystyvänsä itse huolehtimaan ja muistamaan lääkityksensä, vaikka hän ei ulkopuolisen silmin niin pystyisikään. Jotkin vanhuksista myös piilottivat lääkkeitä, jolloin avustajan tehtävänä oli huolehtia siitä, että lääkkeet todella tulivat otetuiksi. Lisäksi jotkin vanhukset uskoivat luonnontuotteisiin. (Ojala 2004, 22.)

4.2.9 Dokumentointi ja tiedonkulku

Dokumentointiin- ja tiedonkulkuun liittyy Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) oppaan mukaan se, että toimintayksiköissä kirjaamisessa ja asiakirjamerkintöihin tehtävissä merkinnöissä noudatetaan annettuja säädöksiä. Huomiota kiinnitetään myös siihen, että ”aina lääkäriä konsultoitaessa ja raportoidessa lääkehoitoon liittyvät merkinnät ja tapahtuma-aika merkitään asiakirjoihin huolellisesti. Lääkehoidon ja verensiirtohoitoon vaikuttavien arviointi tulee myös kirjata potilasasiakirjoihin huolellisesti.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 60.)

Tietosuojakysymykset huomioiden on toimintayksiköiden välillä otettava huomioon lääkehoidon jatkuvuus ja joustava tiedonsiirto lääkehoitosuunnitelmassa. Erityisesti toimintatavat, joilla turvataan potilaan lääkelistan ajantasaisuus, päällekkäisten lääkitysten sekä mahdollisten haitallisten yhteisvaikutusten ja niistä aiheutuvien ongelmien välttämiseksi, on otettava huomioon. Potilaan kotiutuessa on aina varmistettava lääkelistan oikeellisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 61.)

Perälän ym. (2006) tutkimuksen mukaan kotihoidossa tieto asiakkaasta ei kulje esteettömästi ja saumattomasti hoitopaikasta toiseen hoitoketjussa. Lähes puolet kotihoidon työntekijöistä oli tyytymättömiä sairaalasta saamaansa tietoon asiakkaan kotiutumisesta ja kotihoidosta. Kotihoidon työntekijät saivat erityisesti kotipalvelussa puutteellisesti tietoa asiakkaan

sairauden hoidosta kotiutuessaan, hoidon ja palvelujen tarpeesta kotona, taloudellisesta tilanteesta ja tukimuodoista sekä harrastuksista ja mielialasta. (Perälä ym. 2006, 37.)

4.2.10 Seuranta- ja palautejärjestelmät

Seuranta- ja palautejärjestelmään kuuluu poikkeamista ilmoittaminen ja niiden kirjaaminen, poikkeamien raportointijärjestelmä, poikkeamien seuranta ja käsittely, palautteen hyödyntäminen sekä poikkeamista oppiminen ja toimintatapojen muuttaminen. Lisäksi lääkehoidon toteuttamista seurataan säännöllisesti työyksikkö ja toimintayksikkötasolla lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 61-62.)

Palautteen hyödyntämisen ja poikkeamista oppimisen raportointijärjestelmän toimivuuden edellytyksenä on organisaation avoin ja rakentava ilmapiiri, jossa korostetaan poikkeamiin johtaneiden syiden seuranta ja poikkeamista oppimista yksittäisten tekijöiden sijaan. Toimintayksiköillä on oltava käytössä lomake poikkeamien ilmoittamista varten. Potilaalle tapahtuneesta poikkeamasta tulee ilmoittaa ainakin silloin, jos se aiheuttaa tai voi aiheuttaa potilaalle seuraamuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 61-62.)

Vaaratilanteiden oppimis- ja raportointijärjestelmien käytön tavoitteena on saada terveydenhuollon ammattilaiset ilmoittamaan hoidossa tapahtuneista vaaratilanteista, jotta haitta- ja läheltä piti -tilanteista saataisiin enemmän tietoa, joiden pohjalta kehittämistoiminta mahdollistuu. Vaaratilanteisiin suhtaudutaan usein keskittymällä yksittäisiin ihmisiin ja heidän toimintaansa, vaikka työntekijät työskentelevät organisaatiossa, joka on suunniteltu tuottamaan juuri sellaisia tuloksia kun se tuottaa. (Kinnunen 2008, 10.)

Tärkeää on, että tapahtumat ilmoitetaan, analysoidaan ja käsitellään työyhteisössä, ja suunnitellaan tarvittaessa kehittämistoimenpiteitä. Järjestelmän käyttöönotto ei yksistään paranna potilasturvallisuutta, vaan tulosten aikaansaamiseksi on oltava tehokas palautejärjestelmä ilmoituksille. Vaaratapahtuman ilmoittajan täytyy saada välitöntä palautetta tekemästään ilmoituksesta, jolloin ilmoittaja näkee ilmoituksen johtavan toimenpiteisiin. Vaaratilanteen ilmoittaminen käy oppimismahdollisuudesta myös muille työntekijöille. (Kinnunen 2008, 10.)

4.3 Kotihoito

Kotihoidolla tarkoitamme asiakkaan kansanterveyslain ja sosiaalihuoltolain nojalla saamaa hoitoa ja palvelua, joka voi olla julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin antamaa (Kotihoito 2008). Kotihoitoon kuuluu kotipalvelu ja kotisairaanhoido. Kotipalvelu on määritelty sosiaalihuoltolaissa sen 20 §:ssä pykälässä seuraavasti: Kotipalveluilla tarkoitetaan asumiseen,

henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista (Sosiaalihuoltolaki 2008).

Kotisairaanhoito määritellään kansanterveyslain 14 §:ssä siten, että kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee: järjestää kunnan asukkaiden sairaanhoito, johon luetaan lääkärin suorittama tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito ja lääkinnällinen kuntoutus. (Kansanterveyslaki 2008.) Virkkalan kotihoito on lakisääteistä toimintaa sosiaali- ja terveysalalla ja toiminnan laillisuus luo myös arkipäivän työskentelyyn luvanvaraiset säännöt esimerkiksi lääkehoitoprosessissa. Lait kuvaavat myös lääkehoitoprosessin lähtökohdan ja osapuolet.

Lääkehoidon kohteena ovat kotihoidon asiakkaat ja heidän tuntemisensa on tärkeää kun kehitetään lääkehoitoprosessia. Kotihoidon suurin asiakasryhmä on 75-84-vuotiaat, joita on lähes puolet asiakkaista. Joka kolmas on täyttänyt 85 vuotta ja joka viides on 65-74-vuotias. 2000-luvulla 85 vuotta täyttäneiden osuus on kotipalveluiden asiakkaista kasvanut. Säännöllisen kotihoidon asiakkaina on enemmän naisia kuin miehiä. Stakesin hoitoilmoitusrekisterin mukaan vuonna 2005 kotihoitoon tulon syy oli somaattisen sairauden tutkimus ja hoito 17 prosentilla asiakkaista. Tavallisimpia diagnosoituja sairauksia iäkkäillä kotihoidon asiakkailla ovat verenpaine- ja sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, sydämen rytmihäiriöt, dementoivat sairaudet, diabetes ja osteoporoosi. (Luoma & Kattainen 2007, 18-19.)

Virkkalan kotihoidon lääkehoitoprosessin nykytilanteen kuvaus mahdollistaa kotihoidon palvelun kehittämisen haastavalle asiakaskunnalle. Kotihoidon palvelutoiminta on olemassa asiakkaita varten. Sen vuoksi asiakas on toiminnan arvioinnissa keskeinen. Tämä tarkoittaa sitä, että kotihoitotoiminnan varsinainen onnistuminen mitataan asiakkaan tyytyväisyytenä palveluun ja myönteisinä vaikutuksina hänen elämänlaatuunsa ja elämäntilanteeseensa. Asiakkailta selvitetään heidän kokemuksiaan saamastaan palvelusta. Asiakkaan kohdistuvien arvioinnin toteuttaa kotihoidon ammattilainen. Nämä seurannan muodot ovat kotihoidon kehittämisen välineitä. (Heinola 2007, 30.)

Lääkehoidon kehittämisessä johtaminen muutoksessa korostuu entisestään. Kotihoidon kehittämisen näkökulmasta valtakunnallisista linjauksista nousee esille erityisesti asiakaslähtöisyys. Johtamisen taustalla on ajatus siitä, että kotihoidossa on aina tärkeintä se, mitä asiakkaan hyväksi tehdään (Paasivaara 2007, 82). Johtamisessa on huomioitava myös muutos. Kotihoidon johtamisajattelun eräs välttämätön ulottuvuus on varautuminen tulevaisuuteen. Menneisyyden ja nykyisyyden tuntemisen lisäksi johtajan on pystyttävä hahmottamaan ja ennakoimaan tulevaa muutosta, tulkitsemaan vaihtoehtoisia muutossuuntia

sekä tekemään oman yksikön johtamisessa valintoja myös tulevaisuuden suhteen. Kotihoidon johtamisen perushaaste on muutosten pitäjänniteinen ja johdonmukainen hallinta kohdistamalla resurssit mahdollisimman oikein. Lisäksi on hankittava ja käytettävä luotettavaa, tutkimuksellista tietoa tulevaisuuteen liittyvistä tekijöistä, joista tehdään vaihtoehtoisia suunnitelmia siitä, miten työyhteisö hallitsee tulevaisuuden epävarmuuden. (Paasivaara 2007, 84.)

5 Kehittämistoiminnan toteutus

Lääkehoidon kehittämistoiminta toteutettiin kuvaamalla lääkehoitoprosessi Virkkalan kotihoidossa. Lääkehoitoprosessin kuvaus perustuu hiljaiseen tietoon, siihen mikä on kokemuksen ja aiemman tiedon kautta koettu hyväksi toimintatavoiksi lääkehoidossa. Hiljaisen tiedon käsitteellistämisen käsitekartan, kalanruotokaavio, avulla auttaa hahmottamaan mikä tai mitkä toimintatavat ja lääkehoitoprosessiin liittyvät asiat ovat nousseet muutoksen kohteiksi. Lääkehoitoprosessin nykytilanteen kuvaus on pohjana myöhemmin toteutettavalle lääkehoitosuunnitelmalle.

Virkkalan kotihoito tuntee sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman Turvallisen lääkehoidon oppaan. Aiempaa lääkehoitosuunnitelmaa ei ole ollut ja lääkehoitoa on toteutettu hiljaisen tiedon varassa. Virkkalan kotihoito tarvitsee lääkehoitoonsa lääkehoitosuunnitelman, pohjautuen lääkehoitoprosessin nykytilanteen kuvaukseen ja viimeisimpään näyttöön perustuvaan tietoon, tukien samalla niin koko lääkehoidon kulkua työvaiheineen kuin tiedonkulkua ja informointia.

5.1 Virkkalan kotihoidon lääkehoidon kehittämisen lähtökohdat

Lääkehoidon kehittämisprojektin työryhmään kuuluivat sairaanhoitaja ja perushoitaja Virkkalan kotihoidosta sekä kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulusta. Ensimmäinen Virkkalan toimintaympäristöä selvittävä haastattelu tehtiin 15.5.2008, jossa olivat mukana työryhmän toinen opiskelijajäsen sekä Virkkalan kotihoidon sairaanhoitaja ja perushoitaja.

Juurruttamisen ensimmäisellä kierroksella kuvattiin Virkkalan kotihoidon lääkehoitoprosessin nykytila. Kuvauksen tekeminen aloitettiin sairaanhoitajan haastattelulla, joka nauhoitettiin, litteroitiin ja analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Alkuperäisenä tarkoituksena oli haastatella molemmat Virkkalan kotihoidon työryhmän jäsenet, mutta työryhmän yhteisellä päätöksellä koettiin kotihoidon sairaanhoitajan haastattelu riittäväksi. Haastattelu toteutettiin opiskelijoiden toimesta 15.10.2008 Virkkalan kotihoidon toimitiloissa.

Virkkalan kotihoidossa lääkehoidon tarpeita on lääkkeiden hyvä säilytys kotihoidon omissa tiloissa, omaa lääkehuonetta ei ole ja lääkkeitä säilytetään kolmessa erillisessä lukollisessa kaapissa. Lääkkeiden määräämisessä Virkkalan kotihoito toivoisi, että kotihoidolla olisi omalääkäri, nyt reseptejä kirjoittaa useampi lääkäri.

Lääkehoidossa henkilökunnalla on yhtäläiset oikeudet lääkkeiden jaossa asiakkaille. Suonensisäinen lääkitys on sairaanhoitajan tehtävänä. Lääkkeenjaossa ei ole kaksoistarkistusta, kaikkia lääkepoikkeamia ei ehditä kirjata ja Lohjan kaupunki on esittänyt lääkkeenjaossa siirtymistä koneelliseen lääkejakoon. Rinnakkaisvalmisteiden hallitseminen koetaan myös kasvavaksi haasteeksi.

Lääkehoidossa pidetään tärkeänä turvallisuutta eli oikea lääke oikeaan aikaan ja lääkkeen vaikutuksen seuranta. Eettisesti haasteeksi tulee iäkkäiden asiakkaiden lääkehoito muistihäiriöiden vuoksi, miten annetaan lääke niin, että asiakas on tietoinen ja hyväksyy lääkkeen annon. Esimerkiksi dementiaa sairastavien päivittäisten lääkeannosten on oltava pieniä, ja lääkehoitojen mahdollisia haittavaikutuksia tulee seurata tarkoin. Ulkopuolisten havainnointi lääkehaittojen seurannassa on tärkeää, koska dementoitunut itse ei osaa kertoa lääkkeiden aiheuttavan tiettyjä oireita. (Kivelä 2005, 109.)

5.2 Virkkalan kotihoidon lääkehoidon kehittämiskohteen rajaus

Juuruttamisen toisella kierroksella esitettiin sairaanhoitajan haastattelun perusteella saatu Virkkalan kotihoidon lääkehoitoprosessin nykytilan kuvaus kalanruotokaaviona Lohjan Laurea-ammattikorkeakoululla 3.12.2008. Lääkehoitoprosessin nykytilan kuvausta käsiteltiin uudelleen 17.12.2008 Virkkalan kotihoidon osastotunnilla, jolloin kotihoidon työyhteisö yhdessä päätti tarkennetun kehittämiskohteensa.

Erityiseksi kehittämiskohteekseen Virkkalan kotihoidon henkilökunta valitsi kalanruodon kolmannen kohdan lääkehoidon osaamisen ylläpidon, joka sisältää henkilöstön koulutuksen, osaamisen ja perehdytyksen. Osalta henkilöstöä puuttui lääkehoidollinen teoriakoulutus tai lääkehoidon koulutusta ei koettu saavan riittävästi. Lääkehoidon osaamista ei seurata, eikä lääkehoidon suunnitelmaa ole tehty. Henkilöstöpulan takia uusi työntekijä ei aina saa riittävästi perehdytystä. Virkkalan kotihoidon henkilöstö kuitenkin haluaa kehittää omaa osaamistaan.

6 Virkkalan kotihoidon lääkehoitoprosessin nykytilanteen kuvaus

Virkkalan kotihoidon lääkehoitoprosessin nykytilan kuvaus on esitetty kalanruotokaaviossa (Liite 2). Lääkehoitosuunnitelmaan kuuluvat lääkehoitoprosessin alueet on kuvattu kuviossa

(Kuvio 5). Nykytilan kuvaus saatiin aikaan haastattelemalla, litteroimalla ja sisällönanalyysin avuin. Lääkehoitoprosessin vaiheet ovat Sosiaali- ja terveysministeriön (2005) oppaan mukaiset.

Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat
Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen
Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako
Lupakäytännöt
Lääkehuolto: lääkkeiden tilaaminen, säilytys, valmistaminen, käyttökuntoon saattaminen, palauttaminen, lääkeinformaatio, ohjaus ja neuvonta
Lääkkeiden jakaminen ja antaminen
Potilaiden informointi ja neuvonta
Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi
Dokumentointi ja tiedonkulku
Seuranta- ja palautejärjestelmät

Kuvio 5: Lääkehoitosuunnitelma kuvaa lääkehoitoprosessia

(Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Oppaita 2005:32)

Lääkehoidon kirjaamisprosessin kuvauksessa kiinnitetään huomiota kirjaamiskäytäntöjen lainmukaisuuteen, selkeyteen ja jatkuvuuteen. Konsultoitaessa lääkäreitä lääkehoitoon liittyvissä asioissa merkitään potilaan asiakirjoihin tapahtuma-aika ja huolellinen selvitys raportoiduista asioista ja saaduista määräyksistä. Myös sekä lääkehoidon että verensiirron vaikutukset tulee kirjata potilasasiakirjoihin huolellisesti. Potilaan lääkelistan ajantasaisuus on oleellista lääkehoidon jatkuvuuden ja potilaan turvallisuuden kannalta. Päällekkäisiä lääkityksiä ja mahdollisia haitallisia yhteisvaikutuksia tulee välttää kaikin keinoin. Potilaan lääkelistan oikeellisuus tulee varmistaa aina hänen kotiutuessaan tai siirtyessään hoitopaikasta toiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Turvallisen lääkehoidon toteutuminen edellyttää toiminnan jatkuvaa seurantaa ja hoidossa tapahtuvien poikkeamien ja läheltä piti -tilanteiden raportointia. Lääkehoidon toteutumista lääkehoitosuunnitelman mukaisesti seurataan ja arvioidaan säännöllisesti. Poikkeamien raportointia varten kehitetään toimintamalli. Turvallinen lääkehoito -oppaassa on esimerkki poikkeamien raportointiin käytettävästä lomakkeesta. Erityisen tärkeää on luoda avoin ilmapiiri, jossa poikkeamaraportoinnin avulla pyritään parantamaan nykyisiä käytäntöjä,

oppimaan tapahtuneista virheistä eikä etsimään syyllisiä tapahtuneeseen. Todennäköistä on, että samoja virheitä tapahtuu useissa eri paikoissa. Siksi olisi tärkeää luoda laajoja poikkeamarekistereitä, joihin voisi kehittää myös mahdollisista virheistä varoittavia käytäntöjä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Virkkalan kotihoidon haasteet ja mahdollisuudet lääkehoitoprosessin kehittämiseen nykytilan kuvauksen pohjalta ovat samansuuntaisia Pietikäisen tutkimuksen Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Tutkimuksen tuloksia olivat: lääkehoidon virheettömyyttä ei aina arvioitu säännöllisesti, henkilökunnan toive saada lääkehoidon täydennyskoulutusta, lääkehoito koettiin tärkeäksi osaksi omaa työtä ja henkilöstö käytti monipuolisesti eri lääkkeenantotapoja. Henkilöstön päivittäisiin töihin kuului reseptien uusiminen ja lääkkeiden hankinta.

Tutkimuksen on suosituksia joita voidaan soveltaa Virkkalan kotihoidon lääkehoitoprosessin kehittämiseen. Lääkehoidon osaamista seurataan säännöllisesti ja suunnitelmallisesti sekä tarvittaessa päivittää ammattitaito. Lääkehoidon virheet analysoidaan, säännöllisesti ja suunnitellusti samalla kehitetään lääkehoidon turvallisuutta. Lääkehoidon suunnitelmalliseen kehittämiseen kohti parempaa potilasturvallisuutta sekä henkilöstön kehittämiseen tarvitaan lääkehoitosuunnitelma.

6.1 Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat

Lääkehoitoprosessi alkaa lääkehoidon toteuttamisella, jonka osapuolia ovat kotihoidon asiakkaan omalääkäri, joka määrää lääkkeen. Seuraavaksi lääkehoitoa toteuttaa hoitaja joka hakee lääkemääräyksen mukaisen lääkkeen apteekista ja annostelee lääkkeen asiakkaalle samalla informoiden lääkkeen käytöstä asiakasta ja mahdollisesti omaisia.

Lääkehoidon toimintatavoissa keskeisintä on omalääkäriin ja hoitohenkilökunnan yhteistyö sekä miten hoitohenkilökunta suhtautuu lääkehoitoon. Virkkalan kotihoidossa on koettu, että lääkäreiden kanssa yhteistyö on sujunut vaihtelevasti. Lääkäriin saadaan kuitenkin hyvin yhteys ja kiireellisissä tapauksissa aina. Omalääkäriin kanssa yhteistyö on sujunut hyvin.

Pietikäisen (2004) tutkimuksessa lääkehoito liittyi lähes kaikkien kotihoidossa työskentelevien työntekijöiden tehtäviin jossain muodossa. Lääkehoito myös koettiin työn tärkeänä osana. Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat vastasivat laajasti lääkehoitoon liittyvistä tehtävistä. Muulla henkilöstöllä puolestaan oli merkittävä osuus lääkehoidon ja sen toteutumisen varmistamisella asiakkaan hoidossa. Lääkemääräyksiin liittyvät tehtävät painottuivat myös enemmän sairaan- ja terveydenhoitajien työskentelyssä kuin muilla ammattiryhmillä. Kaikki

ammattiryhmät kuitenkin käyttivät monipuolisesti erilaisia lääkkeidenantotapoja. (Pietikäinen 2004, 77.)

6.2 Lääkehoidon osaamisen ylläpito

Virkkalan kotihoidon henkilöstö on työhönsä motivoitunutta mutta kokee lääkehoidon haastavana. Henkilöstö saa tukea vaikeissa tilanteissa. Lääkehoidon haastavuuden taustalla on useita syitä: osalta henkilöstöä puuttuu lääkehoidon teoriakoulutusta, lääkehoidon koulutusta ei ole riittävästi, lääkehoidon osaamista ei seurata ja perehdytys jää puutteelliseksi henkilöstöpulan ja ajan vähyden vuoksi. Henkilöstö on kuitenkin halukas kehittämään omaa osaamistaan lääkehoidossa. Puirava (2000, 40) toteaa lääkehoidon käytännön ongelmien ratkaisuna, henkilökunnan koulutuksen määrään ja laatuun pitäisi kiinnittää huomiota sekä opiskeluvaiheessa, että täydennyskoulutuksessa. Yhä huonokuntoisempia ihmisiä hoidetaan kotioloissa ja myös avohuollon (kotihoito) henkilökunnan vaatimukset lääkehoidon osaamisessa lisääntyvät.

Lääkehoidon haasteellisuuden taustalla on myös se, että kotihoidossa työskentelee vielä vuosien ajan ilman hoitotyön ja lääkehoidon peruskoulutusta olevia työntekijöitä, jotka pitkästä työkokemuksesta huolimatta saattavat joutua lääkehoidossa tilanteisiin, joissa tilannetaivoa vaatimukset ovat kohtuuttomia tai avustamisesta lääkehoidossa muodostuu rutiininomaista asiakkaan suostuttelemista lääkkeiden ottamiseen ohjeiden mukaan. (Pietikäinen 2004, 71.)

Virkkalan kotihoidon henkilöstö on esittänyt lääkehoidon osaamisen ja ylläpidon tärkeimmäksi kehittämisen kohteeksi lääkehoitoprosessissa koulutuksen avulla. Lääkehoidon toteuttaminen laadukkaasti edellyttää henkilöstöltä asianmukaisia tietoja ja taitoja. Lääkehoidon toteutukseen voi tilanteen vaatiessa osallistua lääkehoidon koulutuksen saaneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja lääkehoidon koulutuksen saaneen sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön ohella henkilöitä, joilla ei ole lääkehoidon peruskoulutusta. Myös tällöin on varmistettava, että lääkehoitoa toteuttava henkilö on saanut tehtävän edellyttämät tiedot ja valmiudet lisäkoulutuksessa sekä kirjallisen luvan lääkehoidon toteuttamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 37.)

6.3 Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako

Virkkalan kotihoidon henkilöstö on hyvin selvillä työnjaosta sekä tiedonsaannista. Henkilöstö ei epäröi kysyä neuvoa ongelmatilanteissa. Viimeisimmän tiedon lääkkeistä henkilöstö saa apteekista sekä lääkäriltä. Tiedon asiakkaan lääkehoidon muutoksista henkilöstö saa

asiakkaalta, omaisilta, lääkäriltä ja osastolta. Lääkemuutokset päivitetään heti. Lääkäri määrää aina lääkehoidon ja vastaa siten sen kokonaisuudesta.

Lääkkeiden yhteisvaikutukset ovat tärkeimpiä lääkehoidon ongelma-alueita. Taustalla on väestön ikääntyminen. Virkkalan kotihoidossa monilääkitys on yleistä asiakkaiden keskuudessa. Virkkalan kotihoidossa on kohdattu monilääkitykseen liittyviä riskejä. Monissa tapauksissa potilaalla (asiakkaalla) on useita hoitavia lääkäreitä sekä avo- ja sairaalahoidossa, eikä tieto välttämättä kulje yksiköstä toiseen (Rautio 2003, 31). Virkkalan kotihoidossa monilääkitystä seurataan esimerkiksi tiedustelemalla asiakkaan vaihtoehtolääkityksestä. Rohdosvalmisteilla on runsaasti havaittuja yhteisvaikutuksia eri lääkkeiden kanssa. Tämän vuoksi on tärkeää madaltaa potilaan kynnystä kertoa terveydenhuollon ammattilaiselle myös käyttämistään vaihtoehtoista (Rautio 2003, 31).

”Lääkäri vastaa lääkkeen määräämisestä ja siten lääkehoidon kokonaisuudesta.

Terveydenhuollon ammattihenkilöt vastaavat lääkehoidon toteuttamisesta lääkärin määräysten mukaisesti.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 48-49.) Yhteistyössä lääkehoidon koulutuksen saaneen terveydenhuollon ammattihenkilöstön kanssa lääkäri vastaa hoidon tarpeen arvioinnista, lääkehoidon ohjauksesta, neuvonnasta ja vaikuttavuuden arvioinnista. Lääkettä määrätessään lääkärin ottaa huomioon lääkehoidon toteutettavuuden. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 48-49.) Lääkkeiden yhteisvaikutusten välttämiseksi Raution (2003, 31) mukaan on hallita ja ehkäistä lääkkeiden yhteisvaikutuksia käytännössä on lääkärin toteuttama rationaalinen lääkehoito.

6.4 Lupakäytännöt

Lupakäytännöissä henkilöstöllä on lupa lääkehoitoon ja i.m. -lupa. Ongelmaksi koetaan henkilöstön pula, kun uusi työntekijä perehdytetään työhönsä. Veräjänkorvan ym. (2001,11) mukaan uuden työntekijän perehdytyksessä toimipaikan lääkehuollon ja -hoidon osuutta tulisi selvittää ja korostaa. Virkkalan kotihoidossa myös se, että kokemattomat hoitajat eivät riittävästi tuo esiin tietämättömyyttään esimerkiksi toimipaikassa käytettävien lääkkeiden annosteluajankohdista. Lisäksi riittävä lääkehuollon ja -hoidon yhtenäinen ohjeistus on puutteellista. Lääkärin allekirjoituksella lääkehoitoon kuuluu reseptit ja nesteenoistolääkkeet. Sairaanhoidajan allekirjoitus koskee käsihuuhteita, adrenaliineja sekä rokotteita.

Lääkehoitosuunnitelmassa tulee määritellä eritasoisen lääkehoidon toteuttamiseen oikeuttavat lupakäytännöt ja niihin liittyvä osaamisen varmistaminen. Periaatteena on, että työntekijän peruskoulutuksen antamat valmiudet tarkastetaan, tehtävien edellyttämä täydennyskoulutus määritellään ja täydennyskoulutuksen jälkeen hänelle annetaan lupa

suorittaa tiettyjä lääkehoitoon liittyviä tehtäviä. Lupa on oikeuttava teoreettinen osaaminen varmistetaan kirjallisella kokeella ja käytännön osaaminen näytöllä. Lääkehoidon toteuttamiseen oikeuttava lupa on aina yksikkökohtainen ja määräaikainen. Lupa käytäntöjen tulee olla kaikkien tiedossa, jotta vältetään väärinymmärryksiltä tehtäviä jaettaessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 54.)

6.5 Lääkehuolto

Lääkehuollossa suurin ongelma on Virkkalan kotihoidossa oman lääkehuoneen puuttuminen. Lääkkeet säilytetään kahdessa lukollisessa kaapissa. Lääkejääkaappi on lukoton. Asiakkaiden lääkkeitä säilytetään kotihoidon lääkekaapeissa, asiakkaiden luona heidän omalla vastuullaan. Vanhentuneet lääkkeet viedään apteekkiin. Lääkekortteja on kotihoidossa sekä asiakkaalla omansa.

Lääkehoitosuunnitelmassa kuvataan yksikön lääkehuollon keskeiset osa-alueet, kuten lääkevalikoima, lääkkeiden tilaaminen, säilyttäminen, käyttökuntoon saattaminen, palauttaminen ja hävittäminen. Myös lääkehuollon toimintayksiköiden, esimerkiksi apteekkien, osuus ohjauksessa ja neuvonnassa sekä informaation jakajana liitetään suunnitelmaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 55.)

6.6 Lääkkeiden jakaminen ja antaminen

Kotihoidon henkilöstön mielestä lääkkeiden jaossa ei ole rauhallista tilaa, eikä riittävästi aikaa. Lääkepoikkeamien ilmoittaminen henkilöstön välillä on sujuvaa, mutta ilmoittaminen ja kirjaaminen lääkepoikkeamakansioon koetaan hankalaksi. Lääkkeet jaetaan sovittuna päivänä. Lääkehoidon suurimmat riskit liittyvät Ritmala-Castrenin mukaan (2004, 37) annosteluun, lääkehoidon haittojen riski on pieni niin kauan kuin lääkettä otetaan ohjeen mukaan, oikea lääke, oikein annosteltuna, oikeaan tarkoitukseen ja oikealle henkilölle. Lääkehoidon toteuttamiseen tulisi voida käyttää enemmän aikaa (Veräjänkorva, Pyyhtiä & Lahtonen 2001, 11).

Lääkepoikkeamat syntyvät, kun luetaan lääkekorttia jossa on väärä merkintöjä tai heikko käsiala. Reseptissä ja lääkekortissa saattaa olla ero. Kirjaamisessa lääkekorttiin tapahtuu erehdys tai lääkkeen jaon yhteydessä. Potilaan (asiakkaan) ja sairaanhoitajan (hoitaja) vastuuta sekä turvallisuutta tulee korostaa ja lisätä. Lääkemääräysten todetaan käytännössä olevan useasti puutteellisia, tällöin sairaanhoitajan tulee hankkia niihin selvennykset (Veräjänkorva ym. 2001, 11).

Lääkkeet tulee jakaa pääsääntöisesti alkuperäismääräyksen mukaisesti. Määräyksen siirtäminen käsin useaan eri paikkaan lisää virheiden mahdollisuuksia. Mahdollisuuteen jakaa lääkkeitä rauhallisessa paikassa ilman keskeytyksiä tulee kiinnittää huomiota. Turvallisen lääkehoidon oppaassa suositellaan tarjottimelle jaettujen lääkkeiden kaksoistarkastusta. Jaetut lääkkeet on merkittävä niin, ettei lääkkeiden antamisen yhteydessä ole sekaantumisen vaaraa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 58.)

”Lääkehoidon käytännön toteuttamista seurataan säännöllisesti työyksikkö- ja toimintayksikkötasolla lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Hoidossa tapahtuvista poikkeamista ilmoittaminen, niiden seuranta ja käsittely sekä niistä oppiminen ovat keskeinen osa lääkehoitosuunnitelmaa” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 61).

Sairaanhoitaja raportoi sekä suullisesti että kirjallisesti potilaan lääkehoitoon liittyvät toimenpiteensä ja huomionsa potilaasta, jolloin hoidon jatkuvuuden kannalta potilaan lääkehoidon vaikuttavuuden seuraaminen ja arviointi toteutuu. Näin potilasturvallisuus lääkehoidossa lisääntyy. (Veräjänkorva ym. 2001, 11.)

6.7 Asiakkaiden informointi ja neuvonta

Lääkehoitoprosessin asiakkaiden informoinnissa ja neuvonnassa, asiakasta neuvotaan ja informoidaan sekä neuvotaan uudesta lääkkeestä. Tarvittaessa myös potilaan omaista informoidaan lääkemuutoksesta. Potilaskertomukseen kirjataan lääkemuutokset heti, samoin kirjataan rinnakkaisvalmisteiden vaihto. Lääkemuutokset havaitaan potilaskertomuksesta.

”Lääkäri, lääkehoitoa toteuttava henkilöstö ja farmaseuttinen henkilöstö antavat potilaalle tietoa sekä ohjaavat ja neuvovat potilasta lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä lääkehoitoprosessin eri vaiheissa. Näin potilas voi osallistua lääkehoitonsa suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Erityisen tärkeää on varmistua siitä, että potilas ymmärtää annetun ohjauksen. Tiedon antamisella ja neuvonnalla tuetaan potilaan sitoutumista lääkehoidon noudattamiseen.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 59.)

6.8 Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi

Virkkalan kotihoidon henkilöstö ottaa aktiivisesti selvää lääkkeiden haitta- ja sivuvaikutuksista sekä niistä keskustellaan työyhteisössä. Lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnissa avainasemassa ovat kotihoidon asiakkaan tuntemus ja hoitajan kokemus. Henkilöstö kuuntelee asiakasta ja kirjaa, jos asiakkaan olo on muuttunut lääkityksen aikana. Asiakkaan terveydentilaa seurataan verenpaine- ja sokerimittauksin. Haittavaikutuksista tiedotetaan lääkärille ja omaisille sekä niistä keskustellaan työyhteisössä. Lääkäriin otetaan herkästi

yhteys, mikäli asiakkaan voinnissa tapahtuu muutoksia. Lääkityksen kokonaisarviointeja tehdään tarpeen mukaan. Lisäksi lääkkeiden positiivisia vaikutuksia seurataan jatkuvasti sekä mahdollisista lääkkeiden yhteisvaikutuksista viestitetään lääkärinä.

Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointiin kuuluu ”lääkehoidon oletettujen positiivisten vaikutusten, mahdollisten sivu- ja haittavaikutusten sekä lääkkeiden mahdollisten yhteisvaikutusten arviointi ja seuranta. Lääkäri varmistaa lääkettä määrätessään sen, että lääkkeen antaja on tietoinen vaikutuksista, joita tulee seurata lääkettä annettaessa ja sen jälkeen.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 60.) Lisäksi lääkkeiden vaikutusten kirjaamiseen ja raportointiin kiinnitetään huomiota. Hoitavalle lääkärille informoitavat ja konsultoitavat lääkehoidon tilanteet määritetään lääkehoitosuunnitelmassa. Lääkäri arvioi lääkehoidon tarpeellisuuden säännöllisesti uudelleen. Hoitoa muutetaan tarvittaessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 60.)

6.9 Dokumentointi ja tiedonkulku

Lääkehoidon dokumentoinnissa ja tiedonkulussa haasteena on, että reseptit ja epikriisit eivät täsmää. Lisäksi interaktioiden välttämistä vaikeuttavat asiakkaan käynnit eri lääkäreillä, joista ei aina tiedetä. Lääkärille tilataan heti aika, jos asiakkaan lääkitys vaatii keskustelua. Lisäksi informoidaan asiakkaan omaisia. Dokumentoinnissa lääkedosentissa on lääkelista, josta lääke jaetaan valmiiksi dosettiin asiakkaan otettavaksi tai lääke viedään valmiiksi annosteltuna kotihoidosta tai annetaan lääkepurkista suoraan asiakkaalle.

Erityistä huomiota kiinnitetään toimintayksikön/työyksikön kirjaamiskäytäntöihin ja niiden luomiseen. Muiden asiakirjoihin tehtävien lääkehoitomerkitöjen ohella kiinnitetään huomiota siihen, että ”aina lääkäriä konsultoitaessa ja lääkärille raportoitaessa lääkehoitoon liittyvät merkinnät ja tapahtuma-aika merkitään asiakirjoihin huolellisesti” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 60). Myös sekä lääkehoidon että verensiirron vaikutukset tulee kirjata potilasasiakirjoihin huolellisesti. Potilaan lääkelistan ajantasaisuus on oleellista lääkehoidon jatkuvuuden ja potilaan turvallisuuden kannalta. Päällekkäisiä lääkityksiä ja mahdollisia haitallisia yhteisvaikutuksia tulee välttää kaikin keinoin. Potilaan lääkelistan oikeellisuus tulee varmistaa aina hänen kotiutuessaan tai siirtyessään hoitopaikasta toiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 60.)

6.10 Seuranta ja tiedonkulku

Virkkalan kotihoidossa lääkepoikkeamia syntyy silloin, kun luetaan lääkekorttia, jossa on joko väärä merkintöjä tai vaikeasti luettava käsiala. Reseptissä ja lääkekortissa saattaa olla ero. Virhe voi tapahtua kirjaamisessa lääkekorttiin tai lääkkeen jaon yhteydessä. Potilaan

(asiakkaan) ja sairaanhoitajan (hoitaja) vastuuta sekä turvallisuutta tulee korostaa ja lisätä. Lääkemääräysten todetaan käytännössä olevan useasti puutteellisia, tällöin sairaanhoitajan tulee hankkia niihin selvennykset (Veräjänkorva, Pyyhtiä & Lahtonen 2001, 11).

”Lääkehoidon käytännön toteuttamista seurataan säännöllisesti työyksikkö- ja toimintayksikkötasoilla lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Hoidossa tapahtuvista poikkeamista ilmoittaminen, niiden seuranta ja käsittely sekä niistä oppiminen ovat keskeinen osa lääkehoitosuunnitelmaa.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 61-62.) Poikkeamista ilmoitetaan myös potilaalle, ainakin silloin, kun siitä aiheutuu tai voi aiheutua potilaalle seuraamuksia.

Sairaanhoitaja raportoi sekä suullisesti että kirjallisesti potilaan lääkehoitoon liittyvät toimenpiteensä ja huomionsa potilaasta, jolloin hoidon jatkuvuuden kannalta potilaan lääkehoidon vaikuttavuuden seuraaminen ja arviointi toteutuu. Näin potilasturvallisuus lääkehoidossa lisääntyy. (Veräjänkorva ym. 2001, 11.)

7 Nykytilanteen arviointi

Virkkalan kotihoidon henkilökunta arvioi lääkehoitoprosessin toimintatapojen vahvuudeksi lääkehoidon informoinnin. Kotihoidon asiakkaat pitivät hoitajia asiantuntijoina ja omaiset luottivat annettuun lääkehoitoon. Avohoidossa korostuvat potilaan itsehoitotaidot ja tiedot mahdollisista sivuvaikutuksista sekä potilasta hoitavan ja lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön yhteistyö (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 37). Lääkehoito prosessin toimintatavoissa henkilöstö koki haastavaksi yhteistyön lääkärin kanssa. Parhaimmillaan lääkehoito on ”toimintayksiköiden ja organisaatioiden rajat ylittävää moniammatillista yhteistyötä” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 36.) Lääkehoidon pohjana toimii potilaan, lääkärin ja lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön välinen yhteistyö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 36.)

Virkkalan kotihoidon henkilöstö nimesi lääkehoidon osaamisen ylläpidon kehittämiskohteekseen. Osalta Virkkalan kotihoidon henkilöstöstä puuttui lääkehoidon teoriakoulutus. Henkilöstöpulan vuoksi uusille työntekijöille ei ole perehdyttämissuunnitelmaa lääkehoitoa varten. Lisäksi kotihoidon henkilöstölle tarkoitettua lääkehoidon koulutusta ei ole. Ammattihenkilölain 18§ mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Työnantajan tehtävänä on luoda edellytykset tarvittavaan täydennyskoulutukseen osallistumiselle. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 2009.)

Virkkalan kotihoidossa ei ollut kirjallista ohjeistusta lääkehoidosta ja lääkehoitosuunnitelmaa ei ollut. Riittävä lääkehuollon ja -hoidon yhtenäinen ohjeistus oli myös puutteellista. Toimipaikassa on usein muodostunut käytänteitä, joita ei kuitenkaan ole tallennettu mihinkään tai jos on, niin ohjeiston ajan tasalla pitäminen on puutteellista. (Veräjänkorva ym. 2001, 11.) Esimiehet ohjaavat ja valvovat lääkehoidon toteuttamista lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. He myös ”päättävät eri henkilöstöryhmien työnjaosta ja yhteistyöstä siten, että jokaisen ammattiryhmän osaaminen hyödynnetään parhaalla mahdollisella tavalla” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 3).

Virkkalan kotihoidossa työnjako ja tiedonsaanti olivat henkilöstön parhaiten hallitsemaa osaa lääkehoitoprosessissa. Henkilöstön työnjako oli selvä, lääkehoidossa tapahtuvat muutokset kirjattiin heti ja henkilöstö ei epäröinyt kysyä muulta henkilöstöltä tai lääkäriltä asiakkaan lääkitykseen liittyvistä ongelmista. Kotihoidon asiakkaalle kerrottiin luontaislääkkeiden haittavaikutuksista. Luontaislääkkeiden käyttö nähtiin ongelmana erityisesti Marevan -lääkitystä käyttävillä asiakkailla.

Virkkalan kotihoidossa lupakäytännöt olivat kunnossa. Henkilöstöllä oli lupa lääkehoitoon ja tarvittavat näytöt, esimerkiksi pistäminen i.m. oli suoritettu näyttökokein. Luvat uusittiin säännöllisesti. Lääkehuollossa kehittämistä tarvittiin lääkkeiden säilytyksessä ja käyttökuntoon saattamisessa. Lääkkeitä ei aina säilytetty alkuperäispakkauksissa ja aseptiikka oli puutteellista, esimerkiksi käytössä oli vain muutama mittalusikka ja kertakäyttöhanskoja ei aina käytetty. Lääkkeiden käyttökuntoon saattamisessa noudatettiin lääkkeen valmistajan tai myyntiluvan haltijan ohjeita. Erityistä huomiota kiinnitetään oikeisiin työtapoihin, esimerkiksi aseptiikkaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 56).

Kotihoidossa lääkkeitä säilytettiin myös asiakkaiden kotona, heidän omalla vastuullaan, jolloin lääkkeitä ei aina säilytetty asianmukaisesti. Lääkkeiden mikrobiologinen ja kemiallinen säilyvyys otetaan huomioon lääkkeiden käyttökuntoon saattamisessa. Lisäksi varmistutaan käyttövalmiin lääkkeen asianmukaisesta säilytyksestä, käyttöajasta ja merkinnöistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 56.) Lääkkeet palautettiin ja hävitettiin asianmukaisesti.

Lääkkeenjako, Virkkalan kotihoidon henkilöstön mielestä, ei ollut riittävästi aikaa ja rauhallista tilaa. Lisäksi kaksoistarkistus oli puutteellista. Lääkepoikkeamat tapahtuivat kiireessä, kirjaamisen virheenä. Lääkepoikkeamista ilmoitettiin muille työntekijöille, mutta kirjaaminen lääkepoikkeamakansioon oli puutteellista. ”Rauhallinen työympäristö lääkkeitä jakaessa turvaa osaltaan lääkehoidon virheettömyyttä ja parantaa potilasturvallisuutta. Kun lääkkeitä jaetaan tarjottimelle, suositellaan kaksoistarkistusta. Se vähentää lääkkeiden jakamisessa tapahtuvia virheitä.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 58.)

Virkkalan kotihoidossa asiakasta informoitiin ja neuvottiin lääkkeiden käytöstä hyvin, huomioiden samalla erityisryhmät, esimerkiksi muistisairaat asiakkaat, jolloin myös omaisia informoitiin. Lääkemuutoksista tieto ei aina kulkenut omaisten ja kotihoidon henkilökunnan välillä. Neuvonnasta huolimatta asiakas saattoi käydä eri apteekeissa hakemassa samankaltaista lääkettä.

Päällekkäislääkitys oli kuitenkin vähentynyt hoitohenkilökunnan informoinnin vuoksi. Rinnakkaislääkityksen mahdollisuudesta kerrottiin asiakkaille. Monissa tapauksissa potilaalla on useita hoitavia lääkäreitä avo- että sairaalahoidossa, eikä tieto välttämättä kulje yksiköstä toiseen. Tämä takia on tarpeellista kehittää keinoja, jolla merkinnät potilaan lääkearsenaalista siirtyvät oikeassa muodossa uudelle lääkärille ja sairaalaan. Elektroninen terveystietokortti voisi olla yksi tällainen keino. (Rautio 2003, 31.)

Virkkalan kotihoidossa lääkelistalla ei aina ollut kaikkia lääkkeitä ja lääkelistan oikeellisuuden huomioi lääkäri. Lisäksi interaktioiden välttämistä vaikeuttivat asiakkaan käynnit eri lääkärillä. Dokumentoinnissa huomioitiin erityisesti asiakkaan lääkemutokset jotka oli kirjattu sekä Virkkalan kotihoidon viestivihkoon että asiakkaan viestivihkoon. Asiakkaan lääkehoitoa seurattiin ja henkilöstö reagoi asiakkaan fyysisessä ja psyykkisessä tilassa tapahtuviin muutoksiin. Hoitohenkilöstö välitti asiakkaan terveydellisen tilan muutoksesta suullisesti ja kirjallisesti henkilöstön sisällä, asiakkaan omaisille ja hoitavalle lääkärille.

”Lääkehoitosuunnitelmassa huomioidaan lääkehoidon jatkuvuus ja kiinnitetään huomiota joustavaan tiedonsiirtoon toimintayksiköiden välillä tietosuojakysymykset huomioiden. Erityisesti kiinnitetään huomiota toimintatapoihin, joilla turvataan potilaan lääkelistan ajantasaisuus päällekkäisen lääkityksen sekä mahdollisten haitallisten yhteisvaikutusten ja niistä aiheutuvien ongelmien välttämiseksi. Lääkelistan oikeellisuus varmistetaan aina potilaan kotiutuessa.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 61.)

Virkkalan kotihoidossa lääkepoikkeamat käsiteltiin avoimesti. Lääkepoikkeamat syntyivät inhimillisestä erehdyksestä: reseptin tai lääkekortin lukemisesta väärin. Lisäksi lääkepakkauksessa olevan reseptin ja lääkekortin eroa ei aina huomattu. Lääkepoikkeamista ilmoitettiin heti asiakkaalle, soitettiin työkaverille ja merkittiin viestivihkoon tai kirjattiin erilliselle lääkepoikkeamia koskevalle lomakkeelle. Lääkehoitosuunnitelmassa kiinnitetään erityisesti huomiota palautteeseen ja poikkeamista oppimiseen. Raportointijärjestelmän toimivuuden edellytyksenä on organisaation avoin ja rakentava ilmapiiri, joka korostaa poikkeamiin johtaneiden syiden seuranta ja poikkeamista oppimista yksittäisten tekijöiden sijaan. Lisäksi suunnitelmassa ohjeistetaan poikkeamista ilmoittaminen potilaalle. Potilasta tulee informoida poikkeamasta ainakin, jos se aiheuttaa tai voi aiheuttaa potilaalle seuraamuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 61-62.)

Virkkalan kotihoidon haasteet ja mahdollisuudet lääkehoitoprosessin kehittämiseen nykytilan kuvauksen pohjalta ovat samansuuntaisia Pietikäisen tutkimuksen Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Tutkimuksen tuloksia olivat: lääkehoidon virheettömyyttä ei aina arvioitu säännöllisesti, henkilökunnan toive saada lääkehoidon täydennyskoulutusta, lääkehoito koettiin tärkeäksi osaksi omaa työtä ja henkilöstö käytti monipuolisesti eri lääkkeenantotapoja. Henkilöstön päivittäisiin töihin kuului reseptien uusiminen ja lääkkeiden hankinta.

Kehittämisprojektin myötä on noussut esille suosituksia, joita voidaan soveltaa Virkkalan kotihoidon lääkehoitoprosessin kehittämiseen. Lääkehoidon osaamista seurataan säännöllisesti ja suunnitelmallisesti sekä tarvittaessa päivitetään ammattitaitoa. Lääkehoidon virheet analysoidaan säännöllisesti ja suunnitellusti, kehittäen samalla lääkehoidon turvallisuutta. Lääkehoidon suunnitelmalliseen kehittämiseen kohti parempaa potilasturvallisuutta sekä henkilöstön kehityksen avuksi tarvitaan lääkehoitosuunnitelma.

8 Kehittämistoiminnan arviointi

Työelämän tutkimushankkeita arvioivat monet tahot hieman eri näkökulmista ja hieman eri ehdoilla. Ehtoina voivat olla esimerkiksi tutkimuksen antama uusi tieto, tutkimuksen laatu, tutkimuksen tieteellisyys, tutkimuksen vaikuttavuus tai tutkimuksen ammatillinen hyödynnettävyys. Arvioijia ovat esimerkiksi tutkimuksen tekijät, tutkimuksen lukijat, työelämän toimijat. Tutkimus on näin ollen koko tutkimusprosessin ajan arvioinnin kohteena. Ideointi-, sitoumus-, toteuttamis- ja kirjoittamisvaiheessa tutkijoilla on merkittävä rooli, koska heidän vastuullaan on arvioida koko ajan tutkimuksen edetessä tekemiään ratkaisuja. (Vilkkä 2005, 152.)

Kehittämishanketta arvioidaan yleensä koko hankkeen toteutuksen ajan. Toteutuksen aikana arvioidaan hankkeen etenemistä ja päätösvaiheessa kaikkea toimintaa ja tuloksia. Erittäin hyödyllistä olisi arvioida hanketta ja sen tuloksia myös jonkin ajan kuluttua sen päättymisestä, koska vasta ajan kuluessa hankkeen todelliset tulokset alkavat näkyä ja niiden käyttökelpoisuus voidaan havaita. Kehittämishankkeen toiminnan aikaisella arvioinnilla seurataan muun muassa sitä, eteneekö hanke tavoitteiden suuntaisesti, pitääkö hankkeelle suunniteltu aikataulu ja millainen on hankkeen työilmapiiri. (Heikkilä ym. 2008, 127, 129.)

Kehittymisen tai oppimisen arvioinnilla voidaan Moilasen (2001, 207) mukaan konkretisoida käsitteellistä asiaa. Arviointi tarjoaa pohjan systemaattiselle kehittämiselle. Arviointi antaa tietoa yhteisten keskustelujen pohjaksi. Arviointi auttaa tavoitteiden seurannassa. Arviointi tarjoaa yksilöille palautetta omasta osaamisestaan ja kehitymisestään. Arviointi antaa

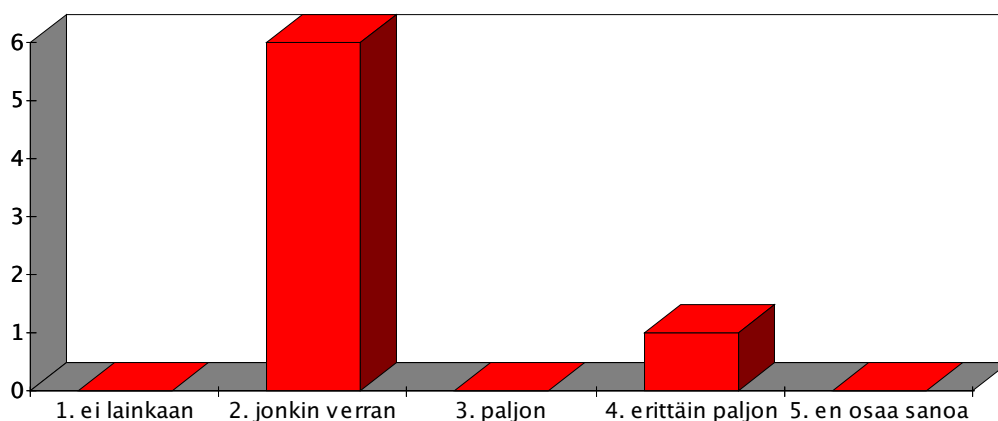
tietoa, jonka avulla voidaan tehdä johtopäätöksiä organisaation oppimisen tilasta ja siinä tapahtuneista muutoksista.

Onnistunutta kehittämishanketta kuvastaa, että hankkeen taustalla on todellinen ratkaisua edellyttävä tarve. Hanke on hyvin suunniteltu ja sillä on selkeät tavoitteet. Hankkeen toteutus ja hallinta on asiantuntevaa. Prosessin että tuotoksen kriittinen arviointi eri hankkeen vaiheissa on osa hankeprosessia. Tulosten juurruttaminen ja hyvien käytäntöjen levittäminen on huomioitu jo hankesuunnittelussa. Jos hanke on opiskelijan opinnäytetyö, sitä ja sen raportointia arvioidaan myös ammattikorkeakoulun opinnäytetyön vaatimusten näkökulmasta. (Heikkilä ym. 2008, 130.)

Virkkalan kotihoidon lääkehoidon kehittämishankkeen arviointiin valittiin kyselylomake. Kyselylomakkeen vahvuus on, että ihmisiltä itseltään kysytään heidän kokemuksistaan: mitä he tuntevat, mitä mieltä he ovat (Robson 2001, 128). Lääkehoidon kehittämishankkeen arviointiin ja pohdintaan tarvitaan työryhmän ja siihen osallistuneen työyhteisön kokemus, mitä he ovat kokeneet ja tunteneet tutkimusprosessin aikana. Kysely tehtiin määrällisessä lomakkeella opiskelijoiden toimesta.

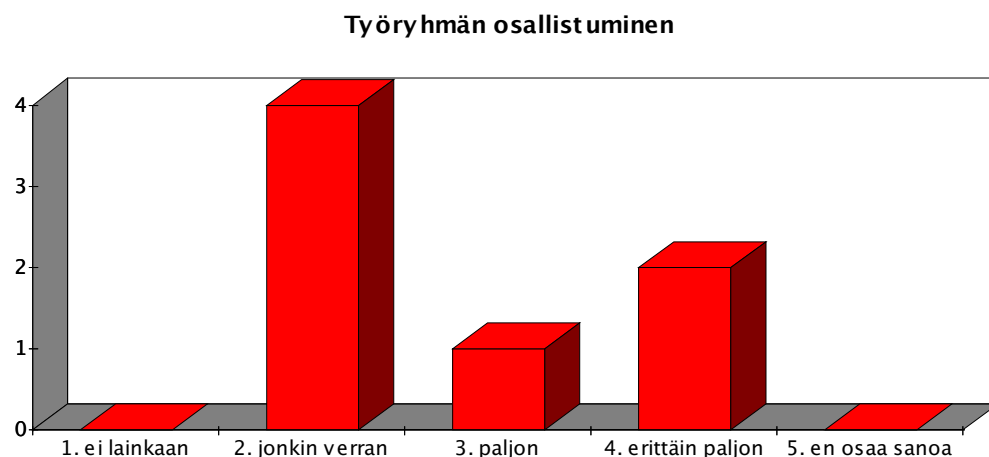
Kyselylomake koostui yhdeksästä kysymyksestä, joista kysymykset yhdestä kuuteen olivat strukturoituja, sisältäen valmiiksi luokitellut vastausvaihtoehdot. Kysymykset seitsemästä yhdeksään olivat avoimia kysymyksiä. Kysely järjestettiin erikseen sovittuna päivänä siten, että mahdollisimman moni kotihoidon työntekijä oli paikalla. Opiskelijat veivät kyselylomakkeet kotihoidon yksikköön, jossa työntekijät vastasivat kyselylomakkeeseen. Kyselyyn vastasi kaikki seitsemän kotihoidon työntekijää, jotka olivat sovittuna ajankohtana paikalla kotihoidon yhteisissä tiloissa.

Lääkehoidon kehittämisen edistäminen



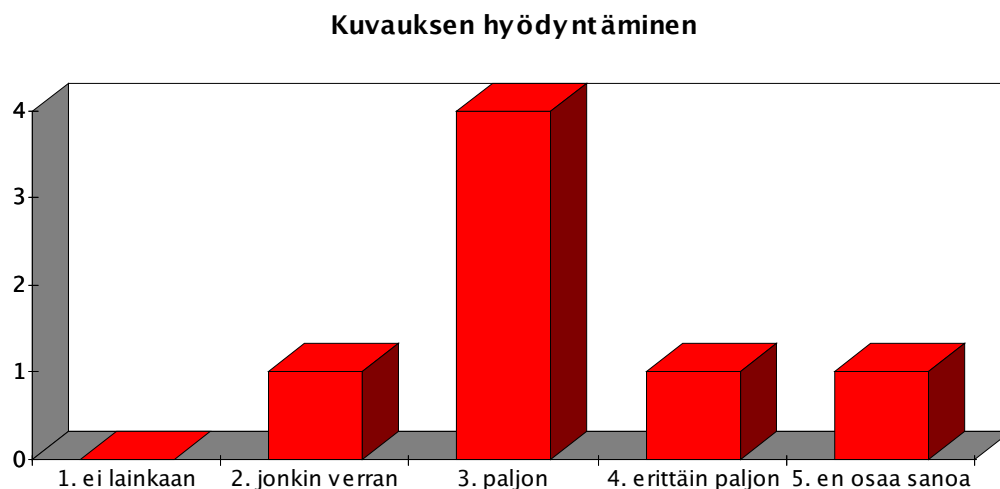
Kuvio 6: Työryhmän lääkehoidon kehittämisen edistäminen työyhteisössä

Kyselylomakkeen ensimmäisessä kyselylomakkeen kohdassa kysyttiin mielipidettä siihen, kuinka paljon vastaaja koki työryhmän edistäneen lääkehoidon kehittymistä työyhteisössään valitsemalla alueella. Vastauksia muodostui kohtiin kaksi (jonkin verran) ja neljä (erittäin paljon) siten, että kohtaan kaksi vastasivat kuusi henkilöä ja kohtaan neljä yksi henkilö.



Kuvio 7: Työyhteisön osallistuminen lääkehoidon nykytilanteen kuvaamiseen

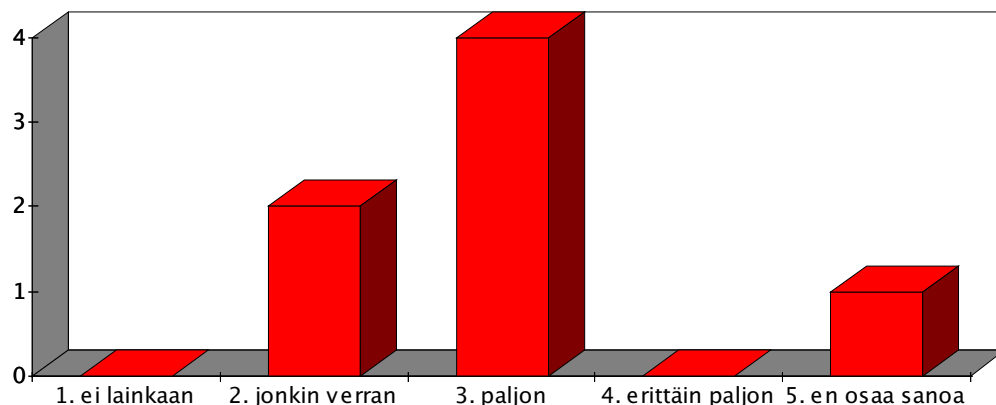
Kyselylomakkeen toisessa kysymyksessä kysyttiin vastaajalta mielipidettä siihen, kuinka paljon työyhteisö on osallistunut työryhmän tuottaman lääkehoidon nykytilanteen kuvaamiseen. Vastauksia muodostui siten, että neljä vastanneista oli jonkin verran sitä mieltä, yksi paljon sekä kaksi erittäin paljon sitä mieltä, että työryhmä on osallistunut työryhmän tuottaman lääkehoidon nykytilanteen kuvaamiseen.



Kuvio 8: Työryhmän muodostaman kuvauksen hyödyntäminen ja käyttö työyhteisössä

Kolmannen kyselylomakkeen kysymykseen yksi vastasi jonkin verran, neljä paljon sekä yksi erittäin paljon sitä mieltä, että työryhmän kuvausta voidaan hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössä. Lisäksi yksi vastaus oli kohdassa en osaa sanoa.

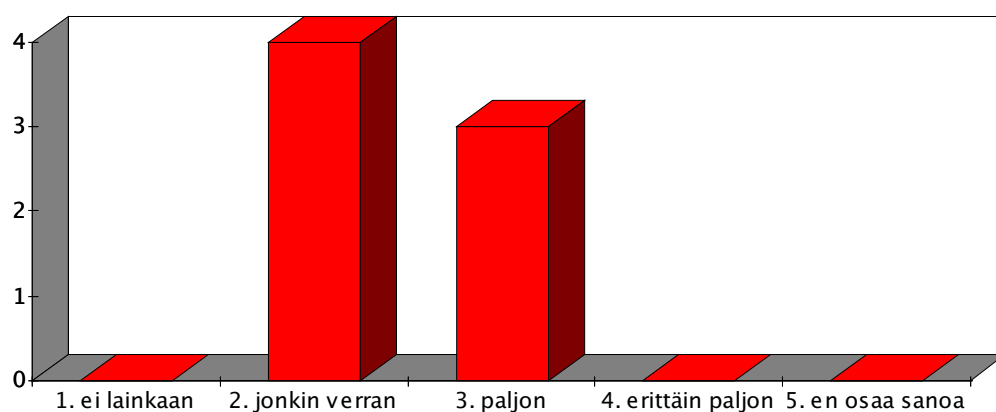
Uudet ajatukset ja ideat



Kuvio 9: Työryhmän tuottamat uudet ajatukset ja ideat lääkehoidon kehittämiseksi

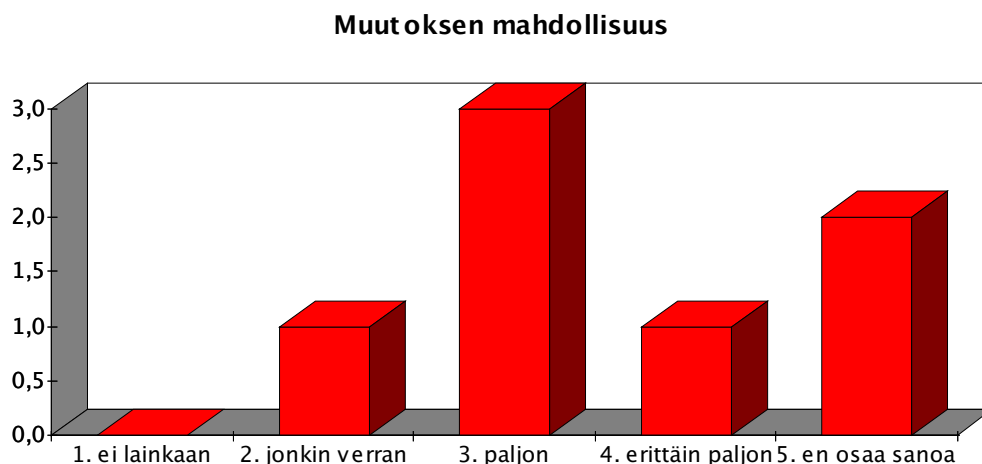
Kysymyksessä neljä kysyttiin vastaajan mielipidettä siitä, minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta he ovat voineet kehittää lääkehoitoa. Vastauksia muodostui kohtiin jonkin verran kaksi kappaletta, kohtaan paljon neljä kappaletta sekä kohtaan viisi yksi kappale.

Lääkehoidon sujuvuus ja tehokkuus



Kuvio 10: Kehittämistoiminnan sujuvuuden ja tehokkuuden parantaminen

Viidennessä kysymyksessä selvitettiin vastaajan mielipidettä siihen, kuinka paljon hän näki kehittämistoiminnan parantaneen lääkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta. Vastanneista neljä oli sitä jonkin verran sitä mieltä ja kolme paljon sitä mieltä.



Kuvio 11: Uskomisen muutoksen aikaansaamiseksi työyhteisön työssä

Kuudennessa kyselylomakkeen kohdassa kysyttiin vastaajalta mielipidettä siihen, miten paljon hän uskoo muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä. Vastauksia muodostui siten, että yksi vastaajista oli jonkin verran sitä mieltä, kolme paljon ja yksi erittäin paljon sitä mieltä sekä kaksi ei osaa sanoa.

Kyselylomakkeen seitsemännessä kohdassa vastaajalle annettiin avoimen kysymyksen avulla mahdollisuus perustella tarvittaessa vastausvaihtoehtoja kysymyksiin (1-6). Yhteen vastauslomakkeeseen oli kirjoitettu perustelut. Perustelut koskivat kohdistetusti kyselylomakkeen kohtaa kuusi, jossa kysyttiin vastaajan uskomusta muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä: ”En usko muutokseen tällä kokoonpanolla koska kaikkien mielestä lääkehoito ei ole niin tarkkaa että tarvitsisi esim. tehdä lääkepoikkeamia.”

Toisessa avoimessa kysymyksessä kotihoidon työntekijöiltä kysyttiin, mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi lääkehoidon kehittämiseksi. Kolmen kysymyksen vastanneiden mukaan työyhteisössä oli suunniteltu siten, että lääkkeet viedään tai toimitetaan asiakkaan kotiin, lääkkeet säilytetään asiakkaan kotona lukkokaapissa, lääkkeet jaetaan asiakkaan kotona, lääkkeitä ei säilytetä enää kotona sekä lääkkeenjakoilanteet rauhallisemmiksi: ”Jakotilanteet rauhallisemmiksi. Lääkkeet toimitetaan asiakkaiden koteihin lähes kaikissa tapauksissa.”; ”Lääkkeitä on viety toimistolta asiakkaiden koteihin, eikä niitä säilytetä enää toimistolla.” ja ”Lääkkeet pidetään asiakkaan kotona lukkokaapissa ja jaetaan ne siellä.”

Toisessa avoimessa kysymyksessä vastaajaa pyydettiin kertomaan mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi lääkehoidon kehittämiseksi.

Metsämuurosen (2006, 254) mukaan laadulliseen tutkimuksen yhteyteen on mahdollista haastattelun tai havainnointiin liittyvä kvantitatiivinen mittaus, joka toimii laadullisen raportin havainnollistuksena. Määrällisen tutkimuksen avulla usein rakennetaan, selitetään, uudistetaan, puretaan tai täsmennetään aiempia teorioita ja teoreettisia käsitteitä. Teoreettisten käsitteiden avulla tutkija löytää säännönmukaisuuksia eri asioiden, ilmiöiden, piirteiden, kohteiden, tilanteiden ja tapahtumien välillä. Teoreettisia käsitteitä ovat esimerkiksi palvelun laatu, hyvinvointi, terveys, asiakkuus, sosiaalinen pääoma, organisaatio. (Vilkkä 2007, 25 & 26.)

Hankkeen vaikutukset näkyvät useimmiten kunnolla vasta hankkeen loputtua. Monet kehittämisvaikutuksista saatetaan savuttaa vasta pitkänkin ajan kuluttua hankkeen päättymisestä. Jotta kehittämistulosten hyötyjä voidaan arvioida, niiden käyttöönottoa ja vaikutuksia on seurattava. Arviointi voidaan hoitaa osana terveydenhuollon organisaation tai potilas- ja asiakaspalautteiden pohjalta. Hankkeen tulosten pitkäaikaisia vaikutuksia voidaan arvioida myös jatkohankkeella. (Heikkilä ym. 2008, 134.)

Arviointi suoritettiin kehittämisprojektin lopuksi. Paasivaaran, Suhonen ja Nikkilän (2008, 143) toteavat, jos halutaan arvioida projektia sen päättymisen jälkeen, voidaan tehdä esimerkiksi kysely ja haastattelu. Se kohdistetaan niille henkilöille, joihin projektin tulos vaikuttaa. Kyselyllä ja haastattelulla voidaan selvittää myös, miten tyytyväisiä eri osapuolet ovat projektiin ja projektin ratkaisuihin ja miten projektin tuloksia osataan soveltaa käytäntöön. Projektin lopputulosta voidaan arvioida myös päättämisenvaiheessa käymällä kriittistä ja arvioivaa keskustelua projektiorganisaation sisällä.

Projektin onnistuneisuuden arviointiin saatiin tulokset määrällisellä tutkimuksella. Onnistuneen projektin onnistumisen yksi kriteeri on projektin vaikutus. Projektin vaikuttavuuden arvioinnin perusta luodaan jo projektin suunnitteluvaiheessa. Silloin hahmotetaan projektin vaikuttavuutta arvioimalla projektin tarvetta ja perusteita. Projektin toteuttamisvaiheessa puolestaan selvitetään, onko projekti menossa siihen suuntaan, että sillä on vaikuttavuutta. Projektin päätyttyä arvioidaan kriittisesti sen vaikuttavuutta. (Paasivaara 2008, 144.)

8.1 Työryhmän toiminnan arvio tuloksista

Työryhmän tulos oli nykytilanteen kuvaus Virkkalan kotihoidon lääkehoidosta. Työryhmä oli samaa mieltä kuin työyhteisö lääkehoitoprosessin kehittämiskohteesta. Lisäksi työryhmän

toiminta edisti työyhteisön muutosvalmiutta, yhteisissä kokouksissa työryhmä sekä työyhteisö tekivät tiivistä yhteistyötä motivoituneesti. Oleellista on ollut avoin kommunikaatio työryhmän sisällä sekä suhteessa työyhteisöön.

Työryhmä totesi että sovitut aikataulut ovat pitäneet. Työryhmän konkreettinen tuotos eli Virkkalan kotihoidon lääkehoitosuunnitelman kalanruotomalli kuvasi hyvin lääkehoitoprosessia. Virkkalan kotihoito odottaa työryhmän mielestä konkreettista osuutta eli lääkehoitosuunnitelman käytännön kokemuksia.

8.2 Opiskelijoiden arvio opinnäytetyön etenemisestä

Kehittämiprojekti lähti hyvin käyntiin. Opinnäytetyön tekijät kävivät tutustumassa Virkkalan kotihoitoon ja sen henkilöstöön heti projektin alussa. Molemminpuolista tutustumista syvensi vielä opinnäytetyöntekijöiden työharjoittelu Virkkalan kotihoidossa. Harjoittelu auttoi käytännön kautta ymmärtämään teoreettista lääkehoitoa sekä selkeyttämään lääkehoidon toteuttamisen ongelmia.

Yhteistyö niin opinnäytetyön tekijöiden (opiskelijoiden) kuin koko Virkkalan kotihoidon henkilöstön ja erityisesti kahden työelämän edustajan kanssa sujui hyvin. Yhteiset tapaamiset haastattelujen, oppilaitoksessa pidettävien päivien ja osastotuntien myötä saatiin sovitettua kaikkien osapuolten aikatauluihin. Kokonaisuudessaan projekti eteni suunnitellun aikataulun mukaisesti.

Yhteydenpito sekä kotihoidon edustajien kanssa että opiskelijoiden puolesta oli molemminpuolista. Kotihoidon henkilökunta oli motivoitunutta ja kiinnostunutta kehittämiprojektiin sekä odottivat innolla niin konkreettisen lääkehoitosuunnitelman toteutumista kuin käytännön kokemuksia siitä.

Opiskelijat oppivat kuinka kehittämiprojekteja toteutetaan käytännössä. Lisäksi opiskelijat saivat kokemusta tutkimusmenetelmien käytöstä sekä kirjallisesta viestinnästä.

LÄHTEET

- 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. ProTerveys -lehti vol 6, 4-7.
- Ammattikorkeakoululaki. 2008. www.finlex.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030351>. (Luettu 23.12.2008).
- Borgman, M & Packalen, E. 2002. Parhaat käytännöt työyhteisön kehittämiseen. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Erkko, P. & Ernvall, S. 2006. Sairaanhoidajan lääkelaskentataidot. Sairaanhoidaja (79);9.
- Erämetsä, T. Myönteinen muutos. 2003. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Eskola, J. & Vastamäki, J. 2001. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistokeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle, 24 - 42. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Farmasialiitto 2008. Tehy ja Farmasialiitto esittävät uuden hallituksen ohjelmaan. Lääkehoidon laatua ja turvallisuutta lisättävä. <http://www.farmasialiitto.fi/index.php?item-hash=e36334640e59596d23ed8dd4b2ade567>. (Luettu 30.12.2008).
- Heikkilä, J. & Heikkilä, K. 2001. Dialogi - avain innovatiivisuuteen. Vantaa: Tummavuoren Kirjapaino Oy.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Heinola, R. 2007. Asiakas arvioinnin keskiössä. Tekosessa Heinola, R. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun, 30-35. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy
- Hellgren-Immonen, M. & Patjas, H. 2008. Haastattelu 15.5.2008. Virkkalan kotihoito, Lohja.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2002. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kaila, M. 2005. Näyttöön perustuva terveydenhuolto. Teoksessa Ahto, M., Eskola, K., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Kosunen, E., Kunnamo, I. & Lohi, J. (toim.) Yleislääketiede. 508 - 514.
- Kansanterveyslaki. 2008.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveyslaki%20%2Bkotisairaanhoito>. (Luettu 13.4.2008).
- Kinnunen, M. 2008. Potilasturvallisuus alkaa asenteista ja halusta. Sairaanhoidaja (81); 8.

- Kiviniemi, K. 2001. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulma aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin, 68 - 84. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Klaukka, T., Helin-Salmivaara, A., Huupponen, R & Idänpää-Heikkilä, J.E. 2007. Vanhuksen lääkityksen tarve on arvioitava kerran vuodessa. Suomen Lääkärilehti (62);51-52. <http://www.rohto.fi/doc/SLL51-52-2007-4762-7.pdf> (luettu 25.4.2009)
- Knuutila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveystieteiden tutkimusraportointi. Lääkelaitokseen julkaisusarja 1/2007. Terveystieteiden tutkimusraportointi. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Lahtonen, P., Pyyhtiä, A. & Veräjänkorva O. 2001. Lääkehoidon hyvä hallinta on potilasturvallisuutta. Sairaanhoitaja 9, 8-11.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. (Luettu 14.3.2009).
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Kotihoito. 2008. Lohjan kaupunki. <http://www.lohja.fi/default.asp?sivu=1&alasivu=256&kieli=246>. (Luettu 10.4.2008).
- Mäkipeska, M. & Niemelä, T. 2001. Hengittävä työyhteisö - johtamista muutosvirrassa. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Nonaka, I, Konno, N. & Toyama, R. 2001. Emerge of Ba. Teoksessa: Nonaka, I., & Nishiguchi, T. 2001. Knowledge Emergence. Social, Technical, and Evolutionary Dimensions of Knowledge Creation. New York: Oxford University Press.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. 1995. The Knowledge-Creating Company. How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation. New York: Oxford University Press.
- Nurminen, R. 2008. Intuitio ja hiljainen tieto hoitotyössä. Teoksessa Kajanto, A., Onnismaa, J. & Toom, A. (toim.) Hiljainen tieto. Tietämistä, toimimista, taitavuutta. Aikuskasvatuksen 47. vuosikirja, 187 -200.
- Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä 2. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Moilanen, R. 2001. Oppivan organisaation mahdollisuudet. Tampere: Tammer-Paino.
- Luoma, M-L. & Kattainen, E. 2007. Asiakasrakenne. Teoksessa Heinola, R. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun, 18-21. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Nikkilä, J, Suhonen, M. & Paasivaara L. 2008. Innostavat projektit. Sipoo: Silverprint.
- Ojala, E. 2004. Kotipalveluhenkilöstö vanhusten lääkehoidon toteuttajana Kuopion kaupungissa. Apteekkifarmasian erikoistumisopinnot proviisoreille. Koulutus- ja kehittämiskeskus. Kuopion yliopisto.
- Paasivaara, L. 2007. Kotihoidon johtaminen. Teoksessa Heinola, R. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun, 82-93. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy

- Perusturvakeskus. 2008. Lohjan kaupunki.
<http://www.lohja.fi/default.asp?sivu=6&alasuvi=128&kieli=246>. (Luettu 10.4.2008).
- Pietikäinen, T. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta.
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00373.pdf>. (Luettu 6.1.2008).
- Perttula, J. 2005. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa Perttula, J. & Latomaa, T. 2005. Kokemuksen tutkimus. Merkitystulkinta-ymmärtäminen, 115 - 162. Tartu: Guttenberg AS.
- Perälä, M-L., Grönroos, E. & Sarvi, A. 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Stakesin raportteja 8. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R8-2006-VERKKO.pdf> (Luettu 13.4.2008).
- Puirava, A. 2000. Lääkehoidon käytännön ongelmia. Sairaanhoidaja 3, 39-40.
- Quality Knowhow Karjalainen Oy 2008. Koulutusta ja konsultointia toimintaprosessien laadunparantamiseen. Yhdistä ideointityökaluilla luovan ajattelun eri ulottuvuudet - Aivoriihi, ryhmittelykaavio sekä kalanruotokaavio. <http://www.qk-karjalainen.fi/?sivu=Artikkelit&id=89>. (Luettu 27.12.2008).
- Rastas, T. & Einola-Pekkinen 2001. Arvoa aineettomasta pääomasta. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Rautio, A. 2003. Lääkkeiden yhteisvaikutukset - riskitekijä lääkehoidon onnistumiselle. Sairaanhoidaja 5, 29-31.
- Rissanen, T. 2002. Projektilla tulokseen - projektin suunnittelu, toteutus, motivointi ja seuranta. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Ritmala-Castren, M. 2004. Kaikella on riskinsä. Lääkehoidon haittavaikutusten seuranta. Sairaanhoidaja 3, 36-37.
- Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Savolainen, J. 2005. Kotisairaanhoito. Teoksessa Ahto, M., Eskola, K., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Kosunen, E., Kunnamo, I. & Lohi, J. (toim.) Yleislääketiede. 211 - 221.
- Sosiaalihuoltolaki. 2008. www.finlex.fi.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaalihuoltolaki%20710>. (Luettu 13.4.2008).
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita, 2005:32. Yliopistopaino: Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008a. Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia. <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/potilasturvallisuus/index.htx.i724.pdf>. (Luettu 30.12.2008).
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008b. Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä. http://www.hare.vn.fi/mHankePerusSelaus.asp?h_iID=11910&tVNo=1&sTyp=Selaus. (Luettu 23.12.2008).

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakesin työpapereita 28.
<http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf> (Luettu 11.4.2008).

Stakes 2008. Turvallinen hoito on yhteinen asia. Ehdotus potilasturvallisuutta edistäviksi valtakunnallisiksi linjauksiksi ja toimenpiteiksi.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/potilasturvallisuus/index.htx.i639.pdf> (Luettu 13.4.2008).

StratoX Yrityspalvelut 2008. Kalanruoto.
<http://www.stratox.fi/fin/hankkeet/yrityskohtaamo/kalanruoto/> (Luettu 27.12.2008).

Sydänmaanlakka, P. 2004. Älykäs organisaatio. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

TaitoBa Oy 2009. BA.
http://www.taitoba.fi/index.php?option=com_content&task=view&id=77&Itemid=139&lang=fi
n. (Luettu 5.1.2009).

Tehy 2008. Lääkehoito-ongelmat nähtävä kokonaisuutena.
http://www.tehy.fi/viestinta/tiedotteet/tiedotteet_2004/?x1576224=1576270 (Luettu 30.12.2008).

Tehy ja Farmasialiitto 2008. Tehy ja Farmasialiitto esittävät uuden hallituksen ohjelmaan - Lääkehoidon laatua ja turvallisuutta lisättävä.
http://www.tehy.fi/viestinta/tiedotteet/tiedotteet_2007/?x1537943=1756430 (Luettu 23.12.2008).

Terveys-EU 2008. Euroopan unionin kansanterveysportaali. Potilasturvallisuus.
http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_safety/index_fi.htm (Luettu 30.12.2008).

Ritmala-Castrén, M. 2006. STM opastaa. Lääkehoitoon turvallisuutta lääkehoitosuunnitelman avulla.
http://www.terveysportti.fi/pls/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=sle00003 (Luettu 30.12.2008).

Toom, A. 2008. Hiljaista tietoa vai tietämistä? Näkökulmia hiljaisen tiedon käsitteen tarkasteluun. Teoksessa Kajanto, A., Onnismaa, J. & Toom, A. (toim.) Hiljainen tieto. Tietämistä, toimimista, taitavuutta. Aikuiskasvatuksen 47. vuosikirja, 33 - 58.

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

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

von Krogh, G., Ichijo, K. & Nonaka, I. 2000. Enabling Knowledge Creation. How to Unlock the Mystery of Tacit Knowledge and Release the Power of Innovation. New York: Oxford University Press.

KUVIOT

Kuvio 1: Tiedon käsittelyn kierrokset	13
Kuvio 2: Juurruttaminen 2.0	14
Kuvio 3: Aikaulottuvuus ja erilaisten muutosten toteuttamisen vaikeusaste	22
Kuvio 4: BA:n ja Kaizenin käsitteiden merkitys muutosprosessissa	25
Kuvio 5: Lääkehoitosuunnitelma kuvaa lääkehoitoprosessia	40
Kuvio 6: Työryhmän lääkehoidon kehittämisen edistäminen työyhteisössä	51
Kuvio 7: Työyhteisön osallistuminen lääkehoidon nykytilanteen kuvaamiseen	52
Kuvio 8: Työryhmän muodostaman kuvauksen hyödyntäminen ja käyttö työyhteisössä	52
Kuvio 9: Työryhmän tuottamat uudet ajatukset ja ideat lääkehoidon kehittämiseksi	53
Kuvio 10: Kehittämistoiminnan sujuvuuden ja tehokkuuden parantaminen.....	53
Kuvio 11: Uskominen muutoksen aikaansaamiseksi työyhteisön työssä	54

LIITTEET

Liite 1 Haastattelukysymykset.....	63
Liite 2 Lääkehoitoprosessin nykytilan kuvaus (kalanruoto).....	67
Liite 3 Arviointilomake.....	69

Lääkehoitoprosessin kysymykset

1. Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat

- millaiseksi kuvaisitte yleisesti lääkehoidon tilaa Virkkalan kotihoidossa(haasteet ja vahvuudet)?
- minkä tyyppistä lääkehoitoa Virkkalan kotihoidossa toteutetaan (i.v.)?
- miten eri asiakasryhmät huomioidaan lääkehoidossa esimerkiksi vanhukset tai pitkäaikaista lääkitystä tarvitsevat?
- onko lääkehoidossa riittävästi henkilöstä?
- tunteenko henkilöstö saavansa riittävästi tietoa lääkkeistä?
- kuinka hyvin yhteistyö lääkäreiden kanssa toimii lääkehoidossa (lääkärin konsultointi, lääkeongelmissa)?
- kuinka hyvin yhteistyö asiakkaiden kanssa toimii lääkehoidossa?
- kuinka hyvin yhteistyö omaisten kanssa toimii lääkehoidossa?
- miten toimitaan asiakkaan lääkitykseen liittyvissä ongelma tilanteissa, keneen voi ottaa yhteyttä ja kuinka helppoa se on?
- luottaako henkilöstö omaan osaamiseensa vaikeissa ratkaisuisissa ja käydäänkö ongelmatilanteet erikseen palaverivissä läpi?
- kuinka vaativaksi henkilöstö tuntee lääkehoidon toteuttamisen?

2. Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen

- onko tällä hetkellä olemassa kirjattua ohjeistusta lääkehoidosta?
- miten lääkehoidon osaamista seurataan?
- haluaako henkilöstö oma-aloitteisesti parantaa omaa lääkehoidon osaamista (etiikka)?**
- tunnetaanko Virkkalan kotihoidossa STM:n turvallisen lääkehoidon opas?
- **millainen on henkilöstön lääkehoidon koulutus?**
- miten lääkehoidon osaaminen on varmistettu?
 - lääkelaskut?
 - teoriaopinnot
- Onko uusille työntekijöille/opiskelijoille tehty lääkehoidon perehdyttämissuunnitelma?
- Varmistetaanko teidän yksikössänne uuden työntekijän lääkehoidon osaaminen?
 - Millä tavoin?
 - Kuka varmistaa?
- onko henkilöstöllä ollut mahdollisuuksia hankkia lääkehoitoon liittyvää lisäkoulutusta?

3. Henkilöstön vastuut, velvollisuudet, työnjako ja tiedonsaanti

- onko jokaisella työntekijällä selvillä lääkehoidon työnjako selvillä?
- tuntuuko henkilöstöstä, että he joutuvat ottamaan liikaa vastuuta lääkehoidosta?
 - saatteko lääkäriltä riittävästi tietoa uusien käyttöön otettavien lääkkeiden vaikutuksista?

- saatteko riittävästi tietoa lääkäriltä tietoa uusista lääkkeistä?
- mistä muualta saatte tietoa lääkkeistä (lääke-esittelijä/apteekki)?
- etsikö itse tietoa uusista lääkkeistä?
- pysyttekö ajan tasalla ja hyvin informoituna lääkkeiden kauppanimien vaihtuessa tai lääkevalikoiman vaihtuessa?
- mistä Virkkalan kotihoidon henkilöstö saa tiedon asiakkaan lääkehoidon muutoksista?
 - o miten lääkemuutokset päivitetään lääkekortteihin/koneelle?
- tuntuuko, että lääkkeiden yhteensopivuuden ja sopimattomuuden selvittäminen jää lääkkeen jakajalle/antajalle?
 - o lääkkeenjako-tilanteessa asiakkaan kotona?
- miten usein ja minkä vuoksi lääkäriin otetaan yhteyttä lääkehoidosta?
 - o saako lääkäriin helposti yhteyden?
- soitetaanko lääkärille heti, jos määrättyissä lääkkeissä ilmenee kysyttävää?

4. Lupakäytännöt

- onko Virkkalan kotihoidossa neste- ja lääkehoidon tai verensiirtojen edellyttämiä lupia?
- miten lupakäytännöistä Virkkalan kotihoidossa hoidetaan
 - mitä lupia on voimassa ja miten niitä uusitaan?
 - kuka uusii luvat?
 - kenellä on Virkkalan kotihoidossa lupa toteuttaa lääkehoitoa?
 - o sisältyykö kaikkien työntekijöiden ammattitutkintoon esim. lääkkeenjako-oikeus?
- onko Virkkalan kotihoidossa luvanvaraisia lääkkeenantomuotoja esimerkiksi i.v -lääkehoidon toteuttamiseen
- kuka hyväksyy apteekkiin tehtävän lääketilauksen?
- kuka hyväksyy huumausaine- alkoholi- ja peruslääkevalikoimaan kuulumattoman lääkevalmisteen tilauksen?

5. Lääkehuolto

- Missä lääkkeitä säilytetään?
- Säilytetäänkö lääkkeitä samassa paikassa?
- Onko erillistä lääkehuonetta/kaappeja?
- Onko riittävää valaistusta, esimerkiksi kun lääkkeitä jaetaan?
- Miten ilmastointi on huomioitu
- Onko lääkkeiden säilytyslämpötilat huomioitu?
- Ovatko lääkekaapit lukittu?
- Miten on huomioitu muut lääkkeen säilytystavat (jääkaappi)?
- Miten on huomioitu kotona säilytettävät lääkkeet ja asiakkaiden lääkkeet?
- Onko asiakkailla oma lääkekortti/passi?
- Miten tilattu lääkkeet tulevat, hakeeko jokainen erikseen omalla työvuorollaan lääkkeet apteekista?
- miten Aseptiikka on huomioitu: käsineet ja mittalusikka aina käytössä?

- säilytetäänkö lääkkeet alkuperäispakkauksissa?
- miten vanhentuneet ja ylimääräiset lääkkeet hävitetään?

6. Lääkkeiden jakaminen ja antaminen

- milloin lääkkeet jaetaan?
- onko lääkejakoon riittävästi aikaa?
- onko lääkkeidenjako paikka rauhallinen?
- miten tapahtuu kaksoistarkastus?
- milloin ja missä tilanteissa sattuu lääkepoikkeamia?
 - Esim. - lääkemääräyksen yhteydessä
 - lääkkeen kaupanimen yhteydessä
 - kirjaamisenvirheenä/epäselvä käsiala/suullinen määräys
 - lääkettä annosteltaessa/jakaessa
 - lääkkeitä annetaan väärälle asiakkaalle
 - työkiireen takia
 - riittämättömän osaamisen vuoksi
 - asukkaan/omaisten oman toiminnan vuoksi
- kenelle ja miten poikkeamista ilmoitetaan?

7. Potilaiden informointi ja neuvonta

- kuinka paljon asiakkaita informoidaan ja neuvotaan lääkehoidossa?
 - miten asiakkaan ymmärrys asiasta varmistetaan?
 - mitä haasteita on havaittu asiakkaan lääkkeiden annossa ja käytössä?
 - päällekkäislääkitys
 - lääkemutokset
 - itsehoitolääkitys
- Onko mahdollista asiakkaan luona kirjata lääkkeisiin tulevat muutokset?

8. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi

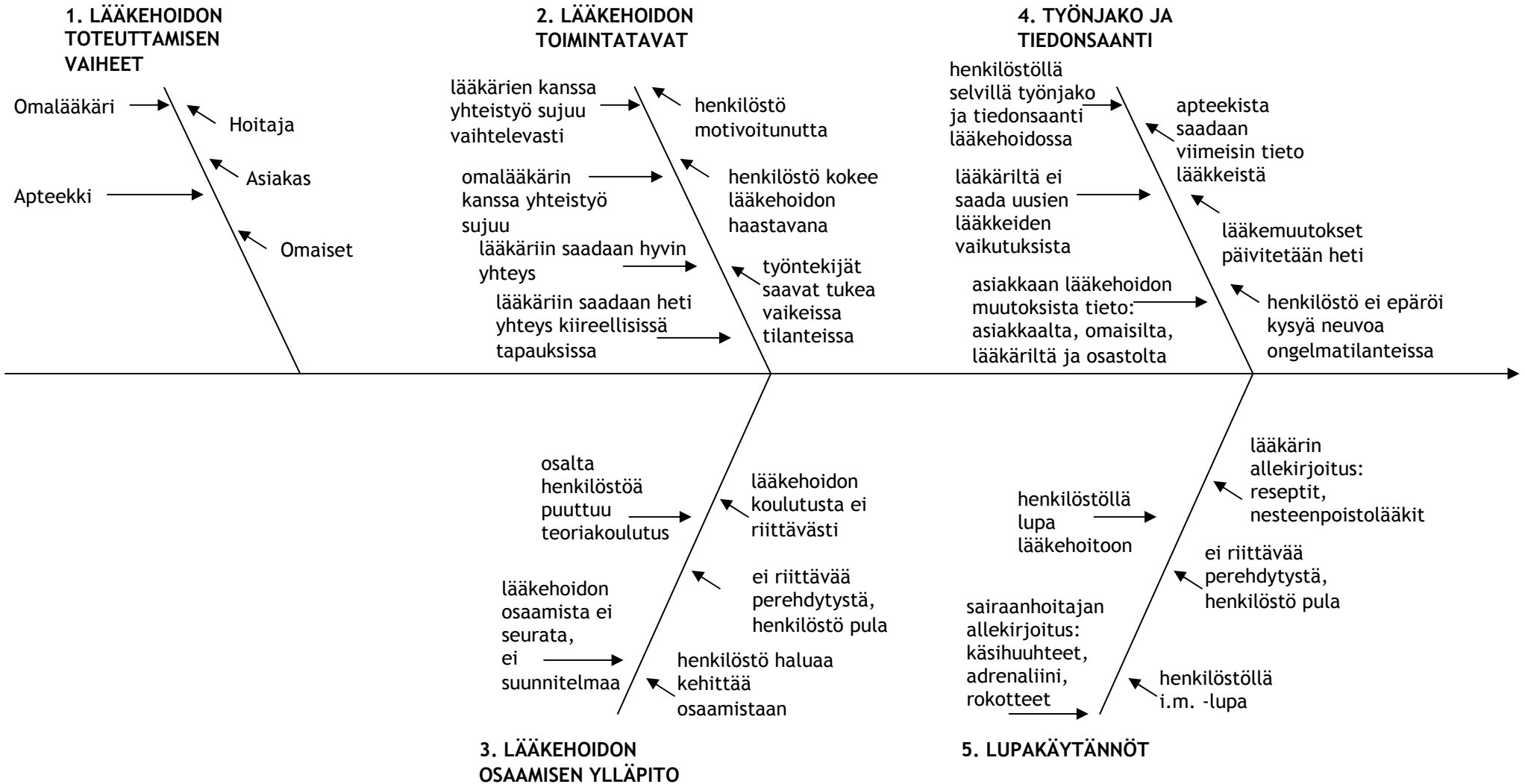
- miten varmistetaan lääkehoidon vaikuttavuus asiakkailla? (lääkeaineen vaikutus elimistössä)
- miten huomioidaan haitta- ja sivuvaikutukselle
- kenelle ja miten raportoidaan huomatuista haitta- ja sivuvaikutuksista?
- seurataanko lääkehoidon positiivisia vaikutuksia asiakkailla?
- miten seurataan lääkkeiden yhteisvaikutuksia?
- tehdäänkö lääkityksen kokonaisarviointia?
- miten toimitaan, jos asiakkaan itsenäisessä lääkehoidossa ilmenee ongelmia/poikkeamia?
- miten asiakasta tiedotetaan mahdollisista eri lääkeaineiden haittavaikutuksista?
 - o onko asiakkaan mahdollista seurata/ymmärtää itse käyttämiensä lääkkeiden haittavaikutuksia?

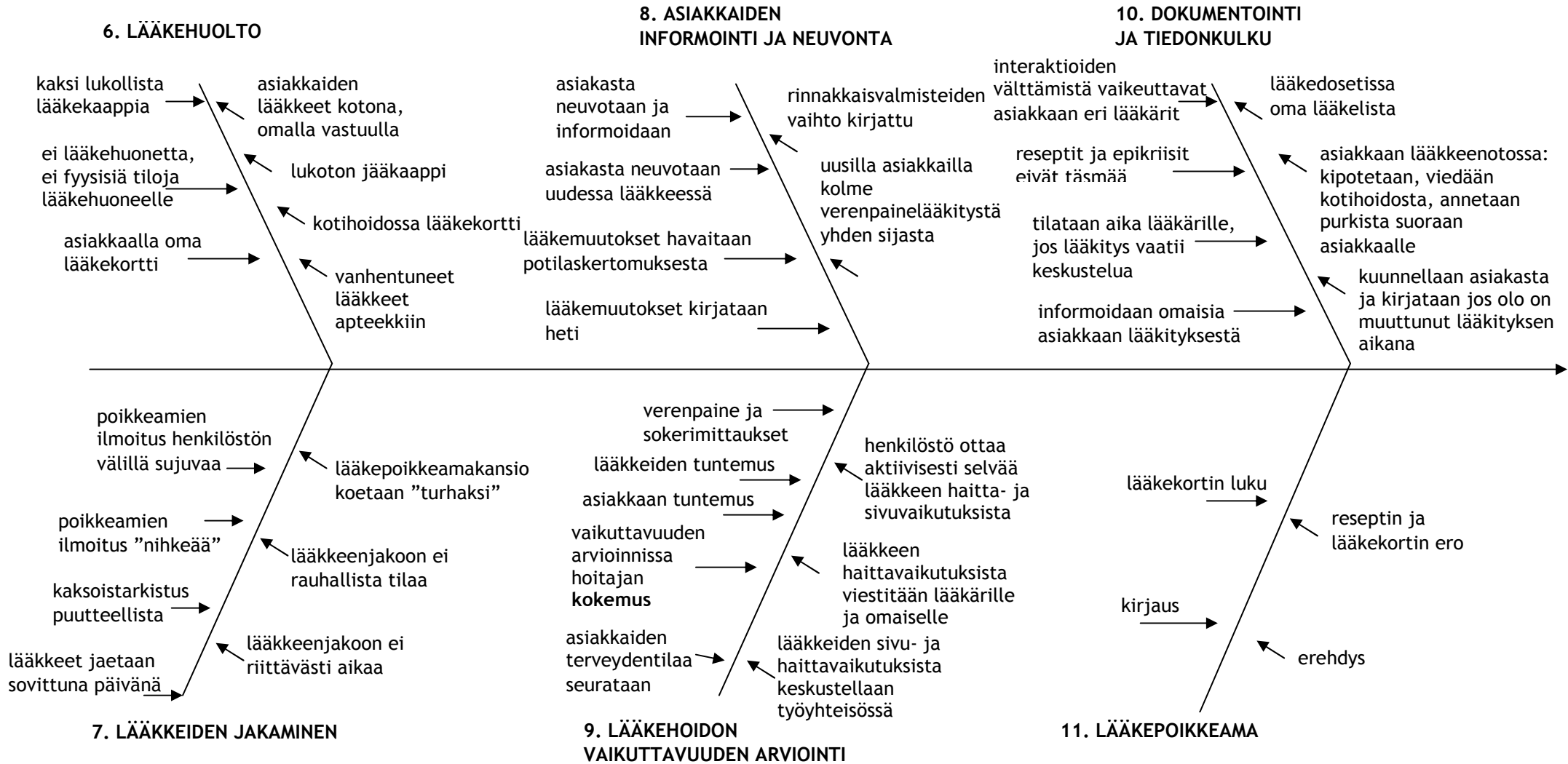
9. Dokumentointi ja tiedonkulku

- lääkkeiden muutosten kirjaaminen lääkekorttiin? (ajantasaisuus)
- lääkelistan oikeellisuuden huomioiminen esimerkiksi allergiat, interaktiot, päällekkäisyydet?
- miten lääkkeiden käyttö asiakkaiden luona kirjataan?
 - miten tieto siirtyy muille työntekijöille esim. vuoron vaihtuessa?

10. Seuranta ja palautejärjestelmät

- poikkeamien raportointi, milloin, kenelle ja kirjaaminen?
 - kerrotaanko asiakkaalle lääkepoikkeamista?
- onko poikkeamista opittu ja samalla muutettu toimintatapoja?
- kuinka seurataan asiakkaiden lääkkeiden käyttöä?
 - lääkemääräyksen mukainen käyttö?





TURVALLINEN LÄÄKEHOITO (LÄKE 2) ARVIOINTILOMAKE

Laurea-ammattikorkeakoulu

Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointi

Hyvä vastaaja

Pyydämme sinua arvioimaan oman käsityksesi perusteella Turvallisen lääkehoidon kehittämisprojektissa toiminutta 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 vastaustauksiasi ja esittää kehittämis ehdotuksia 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 kehittymistä työyhteisössä valitsemallanne alueella?
1 2 3 4 5
- 2 Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottaman lääkehoidon nykytilanteen kuvaamiseen?
1 2 3 4 5
- 3 Miten työryhmän muodostamaa kuvausta voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?
1 2 3 4 5
- 4 Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet lääkehoitoa kehittää?
1 2 3 4 5
- 5 Kuinka paljon kehittämistoiminta on mielestäsi parantanut lääkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta?
1 2 3 4 5
- 6 Kuinka paljon uskot muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?
1 2 3 4 5

7 Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehtojasi kysymyksiin (1-6)

8 Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi lääkehoidon kehittämiseksi.

9 Mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta

Kiitos arvioinnistasi!