



LAUREA

**Lääkehoidon nykytilanteen kuvaus
Lohjan dementiaryhmäkodeissa
Case: Lagus-koti ja Alatupa**



Huusko, Jenny
Kokkonen, Sofia

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Lääkehoidon nykytilanteen kuvaus Lohjan dementiakodeissa
Case: Lagus-koti ja Alatupa

Jenny Huusko
Sofia Kokkonen
Hoitotyönkoulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2009

Jenny Huusko ja Sofia Kokkonen

Lääkehoidon nykytilanteen kuvaus Lohjan dementia-ryhmäkoodissa Case: Lagus-koti ja Alatupa

Vuosi 2009 Sivumäärä 66

Kehittämiprojekti on osa Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulun järjestämää Turvallinen lääkehoito 2 -projektia. Turvallinen lääkehoito 2 -projektin tavoitteena on kehittää Lohjan kaupungin kotihoidon lääkehoitoa turvallisesti ja yhtenäistää lääkehoidon toteuttamista. Kehittämiprojektin päällimmäiseksi tavoitteeksi muodostui lääkehoidon nykytilanteen kuvauksen teko Lohjan dementia-ryhmäkoodissa, Lagus-kodissa ja Alatuvassa. Kehittämiprojektin työryhmään kuului kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa, lähihoitaja sekä sairaanhoitaja.

Nykytilanteen selvittämiseksi apuna käytettiin haastattelua, joka litteroitiin ja luokiteltiin sisällönanalyysin avulla. Nykytilanteella tarkoitetaan työyksiköiden tämän hetken lääkehoitoprosessia. Lääkehoidon nykytilanteessa kuvataan lääkehoidon sisältö ja toimintatavat, miten yksiköissä käsitellään ja säilytetään lääkkeitä, miten hoitajat jakavat ne asiakaskohtaisiin annoksiin, miten hoitajat dokumentoivat muun muassa lääkepoikkeamat ja yksiköissä tapahtuvan lääkehoidon. Lisäksi nykytilanteen kuvauksessa käydään läpi työyksiköiden lupakäytänteet ja henkilöstön vastuut ja työnjako, potilaiden informointi lääkehoidon kohdalta, lääkehoidon seuranta sekä henkilökunnan osaamisen varmistaminen. Haastattelun pohjalta työryhmän opiskelijajäsenet muodostivat kalanruotomallin. Kalanruotomalli on graafinen kaavio laatujohtamisen ja prosessinkehittämisen työkalu, jota käytetään ongelmien syiden etsimisessä ja analyysissä. Kalanruotomalli esiteltiin työyhteisölle ja sitä muokattiin henkilökunnan kanssa. Tämän jälkeen saatiin muodostetuksi lääkehoidon nykytilanteen kuvaus. Projektissa käytettiin kehittämistoiminnan menetelmänä juurruttamista, jonka avulla hiljainen tieto tuodaan näkyväksi ja voidaan muokata oppimisprosessin avulla uudeksi toimintamalliksi koko yhteisöön.

Kehittämiprojektin perustana käytettiin Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito -opasta (2005). Lisäksi on käytetty erilaisia teoreettisia ja tutkittuja lähteitä. Kehittämiprojektissa käytettyä aineistoa rajattiin vastaamaan dementia-ryhmien tarvetta. Huomioon otettiin esimerkiksi asiakaskunta, lääkehoidon taso ja hoitoympäristö.

Kehittämiprojektissa huomattiin nykytilanteen kuvauksen perusteella, että työyhteisöissä on entuudestaan jo hyviä käytänteitä, mutta myös sellaisia käytänteitä joita tulisi kehittää. Kehittämiprojektin työryhmän työskentelyä arvioitiin kyselylomakkeella, joka jaettiin työyksiköissä projektin päätteeksi. Suurin osa vastanneista koki, että työryhmä kehitti jonkin verran lääkehoidon kehittämistä. Lisäksi vähän yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että lääkehoidon nykytilanteen kuvausta voidaan jonkin verran hyödyntää tulevaisuudessa.

Nykytilanteen kuvauksen perusteella valittiin kehittämiskohde yhteistyössä työyhteisön kanssa. Lopulliseksi kehittämiskohteeksi valittiin lääkehoitoon toimintamallin kehittäminen, joka sisältää muun muassa lääkkeenjoon, lääkereseptien uusimisen ja lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin toimintatapojen kehittämistä. Kehittämiskohdetta työyhteisö työstää Turvallisen lääkehoito 3-projektiin osallistuvien uusien opiskelijoiden kanssa tämän projektin jälkeen, kehittämiprojektin toisessa vaiheessa.

Asiasanat: juurruttaminen, turvallinen lääkehoito, lääkehoitosuunnitelma.

Jenny Huusko and Sofia Kokkonen

Study of the current state of the pharmacotherapy in dementia group homes in Lohja Case: Lagus-koti and Alatupa

Year	2009	Pages	66
------	------	-------	----

The developing project covered in this thesis is a part of the 'Safe Pharmacotherapy 2' project organized by Laurea University of Applied Sciences in Lohja. 'Safe Pharmacotherapy 2'-project aims to improve the safety of drug therapy in Lohja city home care services and to generally standardize the practice of drug therapy. The main goal for this project was to study and define the current state of the medical treatment in dementia group homes Lagus-koti and Alatupa in Lohja. The team working with the developing project consisted of a nurse, a practical nurse and two nursing students.

To study and define the current state of the pharmacotherapy, the conducted interview was transcribed and classified with content analysis. 'The current state of medication' means the process of medication in the working units at the present time; it consists of the contents and methods of the medication process itself, the handling and storing the drugs, how the nurses portion the drugs out for clients, how the nurses document e.g. drug inaccuracies and the medication that takes place in the working units.

In addition to that, the description of the current state of medication includes the standard permission practices in the working units, the responsibilities and the division of labour of the nursing staff, informing the patients about the medicating, monitoring the medicating and verifying the expertise of the nursing staff. Relying on the conducted interview, the team's student members formed a fishbone diagram (Ishikawa diagram). The fishbone diagram, which is used for example in quality management and process development, systematically lists all the different factors that can be attributed to a specific problem; therefore it is very useful in finding the causes to problems or analyzing them. The diagram was introduced to the working units and was revised with personnel. After this the current state of pharmacotherapy could be defined. The developing process method used in this project was dissemination, which allows even the tacit information to come to hand and the first results to be developed further through learning process.

The cornerstone used in this development project was the Safe Medicine Care guide published by The Finnish Ministry of Social Affairs and Health in 2005. In addition to that, different theoretical and examined sources were used, and the material was restricted to focus in the needs and aspects of dementia group homes. Special attention was paid to e.g. the clientele, medication standards and treatment environment.

When working with the development project and defining the current state of the pharmacotherapy, it became clear that while working units already have lots of good practices, there are also some features that need improvement. At the end of the development project the working units evaluated the team's performance with a questionnaire. The majority of the evaluators thought that the team's efforts were to some extent beneficial to the development of pharmacotherapy. A slight majority also thought that the working units would find the study of the current state of the pharmacotherapy to some extent useful in the future.

The process of choosing the target for development was based on the study of the current state of the pharmacotherapy and done together with the working units. In the end medication distributing process was selected as the target. It includes e.g. medication distribution, prescription renewal and development of the methods used in evaluating the effectiveness of pharmacotherapy. The working units will co-operate with the new students taking part in the 'Safe Pharmacotherapy 3' project and develop the target process in the second phase of the development project.

Key words: deploying method, pharmacological safety, pharmacotherapy plan.

SISÄLLYS

1	Johdanto	7
2	Kehittämiprojektissa käytetyt menetelmät	9
2.1	Juurruttaminen	9
2.2	Hiljainen tieto	11
2.3	Käsitteellinen tieto	12
2.4	Ba-uuden tiedon luominen	12
2.5	Haastattelu	13
2.6	Sisällönanalyysi	14
2.7	Tutkimuksen eettinen näkökulma	15
2.8	Kalanruotomalli	15
3	Dementiakodit Lagus-koti ja Alatupa	16
3.1	Dementiaryhmäkotien henkilöstö ja tilat	16
3.2	Dementiaryhmäkotien arvot	18
3.3	Muutosprosessi	18
4	Teoreettiset perustelut lääkehoidon kehittämiseksi	20
4.1	Turvallinen lääkehoito	21
4.1.1	Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat	23
4.1.2	Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen	23
4.1.3	Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako	25
4.1.4	Lupakäytännöt	26
4.1.5	Lääkehuolto	27
4.1.6	Lääkkeiden jakaminen ja antaminen	28
4.1.7	Potilaiden informointi ja neuvonta	30
4.1.8	Lääkkeiden vaikuttavuuden arviointi	30
4.1.9	Dokumentointi ja tiedonkulku	31
4.1.10	Seuranta- ja palautejärjestelmät	32
4.2	lääkkäiden lääkehoidon erityispiirteitä	34
4.3	Potilasturvallisuus	35
5	Kehittämiprojektin toteutus	38
5.1	Projektin eteneminen	38
5.2	Nykytilanteen kuvaus	39
5.2.1	Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat	40
5.2.2	Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen	40
5.2.3	Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako	40
5.2.4	Lupakäytännöt	41
5.2.5	Lääkehuolto	42
5.2.6	Lääkkeiden jakaminen ja antaminen	42
5.2.7	Potilaiden informointi ja neuvonta	43
5.2.8	Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi	44
5.2.9	Dokumentointi ja tiedonkulku	44
5.2.10	Seuranta ja palautejärjestelmä	45

5.3	Lääkehoidon kehittämiskohde	45
6	Tuotos.....	46
7	Kehittämistoiminnan arviointi	49
7.1	Opiskelijoiden oppiminen ja yhteistyöosaaminen.....	49
7.2	Työyhteisön arviointi	50
	Lähteet	55
	Kuvio-otsikkoluettelo	58
	Liite 1. Haastattelun kysymykset	59
	Liite 2. Kalanruutomalli - Nykytilanteenkuvaus lääkehoidon toiminnoista.....	63
	Liite 3. Kalanruutomalli - Nykytilanteenkuvaus lääkehoidon toiminnoista.....	64
	LIITE 4. Työyhteisölle esitetty arviointi lomake.....	65

1 Johdanto

Lääkehoito on usein välttämätön asiakkaan hoidon kannalta. Oikein toteutettu, tehokas, turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta ja asiakkaan saaman palvelun laatua. Lääkehoidon toteutus on moniammatillinen prosessi, joka edellyttää hoitohenkilökunnalta lääkehoidon eri vaiheiden ja kokonaisuuden hallintaa. Siksi sosiaali- ja terveyshuollon toimintayksiköt, Terveystieteiden tutkimuskeskus ja lääninhallitukset ovat todenneet, että tarvitaan valtakunnallisesti yhtenäisiä lääkehoidon toimintatapoja. Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito -oppaan tarkoituksena on yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvä vastuunjako ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoidon toteuttavissa yksiköissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005,3–11.)

Raportti kuuluu osana Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulun turvallisen lääkehoidon tutkimus- ja kehittämisprojektiin, jonka projektinimi on Turvallinen lääkehoito 2 (LÄKE 2). Turvallinen lääkehoito 2 -projekti alkoi toukokuussa 2008. Turvallinen lääkehoito 2:ssa kehitetään työelämän kanssa yhteistyössä lääkehoidon toteuttamista ja selvitetään lääkehoidon nykytilannetta Lohjan kaupungin alueella. Ennen Turvallinen lääkehoito 2 -projektiä on työstyetty Turvallinen Lääkehoito 1 -projekti, joka on ollut tavoitteeltaan myös lääkehoidon kehittämisprojekti.

Raportti kuvaa kehittämisprojektin toimintaa, jonka tarkoituksena oli edistää turvallisen lääkehoidon toteutumista Lohjan alueen dementia-ryhmäkoteissa, Alatuovassa ja Lagus-kodissa. Työryhmä koostuu kahdesta sairaanhoitajaopiskelijasta ja dementia-ryhmäkotien sairaanhoitajasta sekä lähihoitajasta. Tarkoituksena on ollut kuvata Lohjan dementia-ryhmäkotien lääkehoidon nykytilanne ja arvioida sitä tutkittuun tietoon verraten.

Kehittämistoiminnan menetelmänä käytettiin juurruttamista, joka on oppimisprosessi. Sen perusajatuksena on, että käytännön toiminnan pohjana olevaa hiljaista tietoa ja tutkittua sekä teoreettista tietoa vertaillaan keskenään ja näin saadaan tuotettua uutta tietoa, joka kehitetään käytännön osaamiseksi. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4; Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16.)

Kehittämisprojektin perustana käytettiin Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito- opasta (2005). Lisäksi on käytetty erilaisia teoreettisia ja tutkittuja lähteitä. Kehittämisprojektissa käytettyä aineistoa on rajattu vastaamaan dementia-ryhmäkotien tarvetta. Huomioon otettiin esimerkiksi asiakaskunta, lääkehoidon taso ja hoitoympäristö. Raportti on kirjoitettu sellaiseen muotoon, että yhteistyökumppani voisi sen perusteella kehittää toimintaansa sekä

tehdä työyksiköihin lääkehoitosuunnitelmat. Opiskelijoiden opinnäytetyöprosessi on kulkenut hankeprosessin rinnalla ja on osa kehittämishanketta.

2 Kehittämisprojektissa käytetyt menetelmät

Kehittämishanke toteutetaan juurruttamisen avulla. Kehittämisprojektissa lähdettiin siitä taustaoletuksesta, että on kahdenlaista tiedosta; hiljaista sekä käsitteellistä tietoa. Juurruttaminen tutkimus- ja kehittämistoimintaa jäsentävänä menetelmänä on prosessi, jossa jo prosessin aikana ammattialan työtoiminnan tavoiteltu muutos ja toiminnan ympäristö muokkautuvat toisiinsa sopiviksi. (Ahonen ym. 2005, 4.)

Hiljaisella tiedolla tarkoitetaan jo toiminnassa olevaa tietoa kyseisessä ympäristössä ja kyseisissä ihmisissä. Se ei ole vain tietoa, vaan kontekstiin sitoutunutta tietoa. Eksplisiittinen tieto on tietoa, joka on näkyvää, kirjallista, käsitteellistä, teoreettista ja tutkittua. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007, 3.)

2.1 Juurruttaminen

Juuruttaminen on yhteisöllinen oppimisprosessi. Sen perusajatuksena on, että käytännön toiminnan pohjana olevaa hiljaista tietoa ja eksplisiittistä tietoa, toisin sanoen tutkittua ja teoreettista tietoa vertaillaan keskenään ja näin saadaan tuotettua uutta tietoa, joka kehitetään käytännön osaamiseksi. Juurruttaminen on siis oppimisprosessi, jossa kahden tiedon lajin, hiljaisen tiedon ja eksplisiittisen tiedon, välisessä vuorovaikutuksessa tuotetaan uutta tietoa. Runsaalla vuorovaikutuksella toimijoiden kesken on keskeinen osa juurruttamisessa. Toimijat ja toiminnan ympäristö vaikuttavat tietoon ja sen käsittelyyn sekä tiedon käyttöön-ottoon. (Ahonen ym. 2005, 4; Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16.)

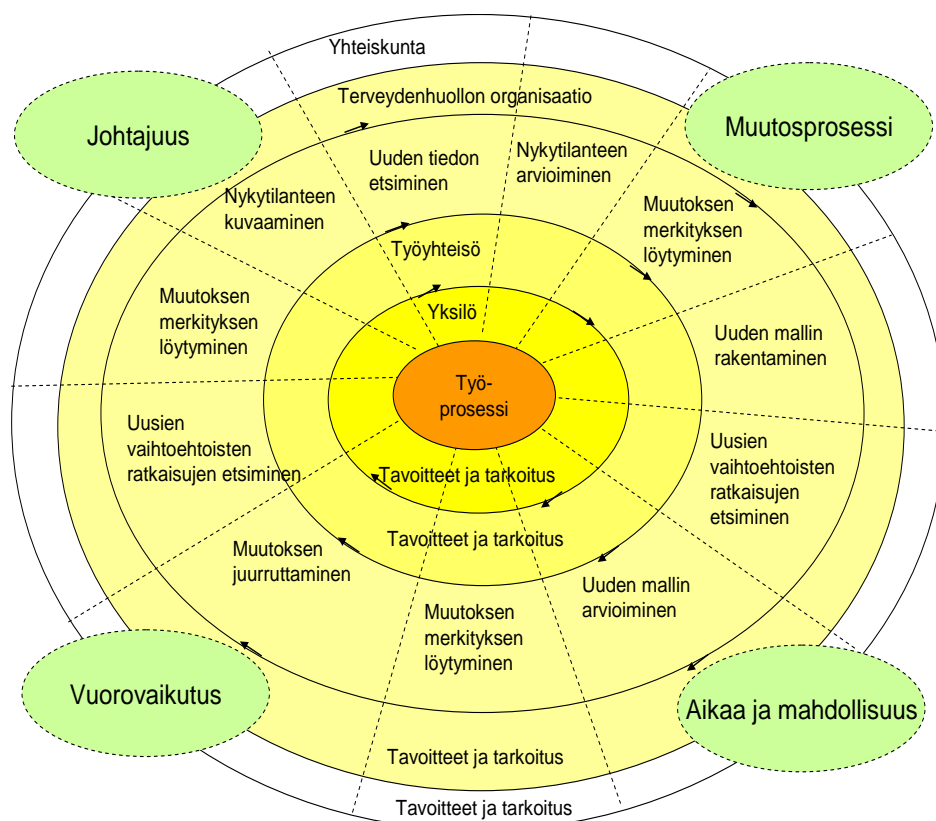
Kun organisaatio osallistuu kehittämistoimintaan, tuo se mukanaan oman kulttuurinsa, arvonsa, päämääränsä, tavoitteensa, käsityksensä sekä tapansa toimia. Organisaatio on jakautunut eri tasoiksi. Nämä tasot ovat työyksiköt, työyhteisöt, yksilöt ja ammattikunnat, joilla kaikilla on oman kulttuurinsa, arvonsa, päämääränsä, tavoitteensa, käsityksensä ja tapansa toimia. Ennen kuin kehittämistoimintaa voidaan aloittaa, tulee yhteiselle kehittämistoiminnalle muodostaa yhteinen merkitys. Sen lisäksi, että kehittämistoiminnalla on merkitys, tulee sille myös asettaa tavoite. Jotta toiminnan muutos on pysyvä, ei näkyvää toimintaa voi muuttaa vain määräyksestä ymmärtämättä sen perusteluja. Uutta tietoa kehittämiskohteesta tuotetaan yhteisellä oppimisella ja sen avulla hoitajien ajattelu muuttuu. (Ahonen ym. 2006, 17.)

Esimiehellä on oma roolinsa juurruttamisessa. Hän tukee vuorovaikutuksen edistämistä, turvallisen ja avoimen ilmapiirin luomista ja muutoksen mahdollistamista. Hoitotyön esimiehen näkemys kehittämistoiminnan merkityksestä osana hoitotyötä ja usko työyhteisön toimintata-
van tai - kulttuurin muutoksen mahdollisuuteen ovat tärkeitä edellytyksiä, jotta kehittämistoimintaa on mahdollista toteuttaa. (Ahonen ym. 2006, 19.)

Jokaisella tutkimus- ja kehittämistoimintaan osallistuvalla on näkyvään tietoon ja hiljaiseen tietoon perustuvaa osaamista tuotavana yhteiseen kehittämistoimintaan. Kehittämistoiminnassa on tärkeää, että osallistujat arvostavat jokainen toistensa osaamista siten, että kaikkien osallistujien panos nähdään arvokkaana. (Ahonen ym. 2005, 5.)

On välttämätöntä, että työyhteisön koko henkilökunta osallistuu kehittämistoimintaan silloin, kun tutkimus- ja kehittämistoimintaa tehdään juurruttamalla. Koottu kehittämistyöryhmä vain työstää ehdotuksia, esittelee niitä työyhteisölle ja edistää muutoksen syntymistä, mutta itse muutos tehdään työyhteisössä. Koko työyhteisö osallistuu tutkimus- ja kehittämistoimintaan osastotunneilla. Tämä tapahtuu juurruttamisen eri kierroksilla ja työryhmä esittelee työtään vaiheittain ja pyytää työyhteisöltä arviointia sekä työtään muokkaavia ehdotuksia. Tällä tavalla pystytään edistämään työyhteisön sitoutumista yhdessä tehtävään muutokseen. (Ahonen ym. 2005, 5.)

Jotta voi tehdä systemaattista kehittämistyötä, vaatii se lisää koulutuselementtejä edistääkseen hoitohenkilökunnan oppimistehoa. Tätä varten on kehitetty uusi parempi tiedonlevityksen menetelmä: juurruttaminen 2.0 (KUVIO 1). (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007.)



KUVIO 1: Juurruttaminen 2.0 (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)

Juuruttamisen prosessissa toteutetaan neljä tiedon käsittelyn kierrosta. Ensimmäisellä kierroksella hankkeeseen osallistujat kuvaavat nykyistä toimintaa hoitotyössä toinen toisilleen. Tämä tapahtuu hiljaisesta tiedosta hiljaiseksi tiedoksi. Tärkeää on kiinnittää huomiota nykyisen toiminnan kuvaamiseen. Tässä kuvataan, miten toiminta toteutuu käytännössä. Tietoa saadaan havainnoimalla sekä jäljittelemällä. Usein sanoja ei tarvita ollenkaan. Työelämässä tapahtuva hiljainen tieto pyritään kuvaamaan näkyväksi. (Ahonen ym. 2005, 5; Nonaka & Nishiguchi. 2001, 16; Nonaka & Takeuchi 1995, 62–63.) Tässä projektissa tieto nykytilanteesta kerättiin haastattelun avulla ja kuvattiin kalanruotomallin avulla näkyväksi.

Toisella kierroksella nykyistä hoitotyön käytännön toimintaa jäsennetään teoreettiselle tasolle. Kehittämishankkeeseen osallistujat jäsentävät siis tietoa hiljaisesta tiedosta eksplisiitiksi tiedoksi. Jotta käytännön toimintaa voidaan tarkastella ja arvioida työyhteisössä, se muutetaan käsitteiksi. Tämän avulla pyritään tunnistamaan työprosessissa olevat kehittämistä kaipaavat kohdat. (Ahonen ym. 2005, 5; Nonaka & Takeuchi 1995, 64.)

Kolmannella kierroksella osallistujat tarkastelevat jäsenneityä toimintaa, joka on saatu teoreettiselle tasolle ja vertailee sitä aikaisempaan teoreettiseen ja tutkittuun tietoon. Toisin sanoen tieto muodostuu hiljaisesta tiedosta käsitteelliseksi tiedoksi. Näin syntyy ehdotus uudesta toimintatavasta, joka voi olla entistä loogisempi ja monimuotoisempi. Käsitteitä, jotka muodostuvat käytännön toiminnasta, tarkastellaan ja vertaillaan suhteessa teoreettisiin käsitteisiin. Tällä tavalla saadaan muodostettua uudet toimintaa kuvaavat käsitteet. (Ahonen ym. 2005, 5-6; Nonaka & Nishiguchi 2001, 16.)

Neljännellä kierroksella eksplisiittinen tieto muutetaan jälleen hiljaiseksi tiedoksi. Tarkoittaen sitä, että ehdotettu muutos nykyiseen toimintatapaan muokataan käytännöksi. Lisäksi Käsitteet, jotka muodostuvat kierroksien kuluessa, muokataan jälleen toimintaa kuvaaviksi käsitteiksi. (Ahonen ym. 2005, 6; Nonaka & Takeuchi 1995, 69–70.)

2.2 Hiljainen tieto

Hiljainen tieto on tietoa, joka kytkeytyy toimintaan ja on itse toiminnassa olevaa äänetöntä tietoa. Tätä tietoa ei pystytä välttämättä muuttamaan näkyväksi sanoina, vaan se osoitetaan muulla tavalla, usein käytännön toimintana. Hiljainen tieto on henkilösidonainen. (Ahonen ym. 2005, 4; Nonaka & Nishiguchi 2001, 14; Nonaka & Takeuchi 1995, 59.)

Hiljainen tieto on vahvasti juurtunut yksilön toimintaan sekä kokemukseen, kuten myös aat-teisiin, arvoihin tai tunteisiin, joita yksilö on omaksunut. Hiljaista eli äänetöntä tietoa ei voi-da jakaa organisaatiossa. Jotta näin voitaisiin toimia, tieto on muutettava sanoiksi, numeroik-si ja symboleiksi. (Ahonen ym. 2005, 4; Nonaka & Nishiguchi 2001, 14; Nonaka & Takeuchi 1995, 59.)

2.3 Käsitteellinen tieto

Käsitteellinen tieto eli eksplisiittinen tieto on näkyvää tietoa, se on teoreettista sekä tutkit-tua tietoa. Sitä voidaan kuvata sanoin ja numeroin, toisin kuin hiljaista tietoa. Tällöin tietoa pystytään jakamaan datana, tieteellisinä kaavoina, universaaleina sääntöinä ja periaatteina. (Ahonen ym. 2005, 4; Nonaka & Nishiguchi 2001, 14; Nonaka & Takeuchi 1995, 59.)

Eksplisiittistä tietoa voidaan helposti välittää yksilöltä toiselle. Eksplisiittinen tieto eli näkyvä tieto on säilytettävissä tietokannoissa ja sitä voi myös siirtää sähköisesti. (Ahonen ym. 2005, 4; Nonaka & Nishiguchi 2001, 14; Nonaka & Takeuchi 1995, 59.)

2.4 Ba-uuden tiedon luominen

Ba on japanilainen termi, joka viittaa fyysiseen, virtuaaliseen tai tiedolliseen tilaan, jonka kaksi tai useampi yksilö tai organisaatio jakaa. Ba ei välttämättä tarkoita fyysistä tilaa (space) (Nonaka & Nishiguchi 2001, 4–19.)

Juuruttamisessa ba on alusta, jossa tieto luodaan, jaetaan sekä hyödynnetään. Ba:n tärkein näkökulma on vuorovaikutus. Tietoa ei pystytä luomaan pelkästään yksilöittäin, vaan se luo-daan vuorovaikutuksessa monien yksilöiden kanssa sekä ympäristön kanssa. (Nonaka & Nishi-guchi 2001, 19; Heikkilä & Heikkilä 2005, 185.)

Ba toimii perustana, jonka avulla tulkitaan informaatiota sekä merkityksellistetään se tiedok-si. Ba muuttuu jatkuvasti ja luonteeltaan se on moni-ilmeinen. Lisäksi se on avoin, joten osal-listajat voivat tuoda ba:han omat kontekstinsa. Silloin, kun ba toimii hyvin se antaa osallistu-jille laajemman näkemyksen kuin heillä tullessaan oli. (Heikkilä & Heikkilä 2005, 185.)

Jotta uutta tietoa voidaan luoda organisoidusti, yksilösidonnainen tieto pitää jakaa, luoda uudelleen ja ottaa käyttöön vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Ba on tila (space), missä täl-lainen vuorovaikutus voi tapahtua. Siksi uuden tiedon luomisen prosessi on samalla ba:n luo-misen prosessi, joka tarkoittaa rajojen luomista uudelle vuorovaikutukselle. (Nonaka & Nishi-guchi 2001, 19.)

2.5 Haastattelu

Haastattelu on hyvin yksinkertainen tapa saada selville, mitä ihminen ajattelee tai miksi hän toimii niin kuin toimii. Jotta saa vastauksia ihmisen ajatusmaailmasta tai toiminnasta, on järkevintä kysyä asiaa häneltä. Haastattelun tärkein tavoite on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta. Siksi onkin perusteltua, että haastateltava saa kysymykset tai aiheet jo hyvissä ajoin etukäteen tutustuttavaksi. Haastattelun etuna on joustavuus. Haastattelussa on mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä, selventää ilmausten sanamuotoja sekä haastattelija voi käydä keskustelua haastateltavan kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 74–75.)

Haastattelu on apukeino, jolla pyritään keräämään sellainen aineisto, jonka pohjalta voidaan tehdä luotettavasti tutkittavaa ilmiötä koskevia päätelmiä. Tiedonkeruumuotona haastattelu on yksi eniten käytettyjä muotoja. Erityisesti vapaamuotoisten tai vähän strukturoitujen haastattelumenetelmien käyttö on lisääntynyt. Haastattelun etuina on esimerkiksi se, että halutessaan haastattelija pystyy syventämään saatuja tietoja. Haastateltavalta voidaan esimerkiksi pyytää esitettyjen mielipiteiden perusteluja. Lisäksi voidaan käyttää tarpeen mukaan lisäkysymyksiä. Haastateltavalta voidaan pyytää myös haastattelun aikana selventämään vastauksiaan. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34–66.)

Haastattelu on vuorovaikutusta, jossa molemmat osapuolet vaikuttavat toisiinsa ja haastattelu syntyy osallistujien yhteisen toiminnan tuloksena. Lisäksi haastateltavan ei-kielelliset viiheet auttavat ymmärtämään vastauksia ja saattavat jopa auttaa ymmärtämään merkityksiä erilailla kuin alussa oli ajateltu. (Eskola & Suoranta 2005, 85; Ruusuvuori & Tiittula 2005, 13; Hirsjärvi & Hurme 2001, 34.)

Yksi haastattelun muoto on teemahaastattelu. Teemahaastattelussa valitaan etukäteen keskeisiä teemoja ja niiden apuna tarkentavia kysymyksiä. Periaatteessa valitut teemat perustuvat tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77–78.)

Teemahaastattelussa kysymysten järjestys ja laajuus voivat vaihdella haastattelusta toiseen. Teemahaastattelun etuna on muun muassa se, että haastateltava pystyy halutessaan puhumaan vapaamuotoisesti, jolloin kerätyn materiaalin voi katsoa edustavan vastaajien puhetta itsessään. Lisäksi teemahaastattelussa käytetyt teemat varmistavat sen, että jokaisen haastateltavan kanssa on puhuttu edes jossain määrin samoista asioista. (Eskola & Suoranta 2005, 86–87.)

Teemahaastattelun etuna on, ettei se ota kantaa haastattelukertojen määrään tai siihen, miten syvälle aiheen käsittelyssä edetään. Sen sijaan teemahaastattelu kertoo siitä, mikä tässä

haastattelussa on kaikkein oleellisinta, eli se, että yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen mukaan. Tämän avulla haastattelussa saadaan tutkittavien ääni kuuluviin ja samalla vapautetaan pääosin tutkijan näkökulma haastattelusta. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48.)

2.6 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysissä on tavoite saada tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa, kuitenkin kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Sisällönanalyysi voi olla myös sitä, että saadaan tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet selkeinä esille. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105; Eskola & Suoranta 2005, 137; Janhonen & Nikkonen 2003, 23.) Sisällönanalyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti (Tuomi & Sarajärvi 2002, 107). Sisällönanalyysimenetelmän avulla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota. Lisäksi sen avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21.)

Analysoinnilla pyritään tuomaan selkeyttä kerättyyn aineistoon. Analyysin avulla voidaan tehdä selkeitä sekä luotettavia johtopäätöksiä sekä tuotetaan uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110; Eskola & Suoranta 2005, 136.) Kerätyn aineiston laadullinen käsittely tapahtuu loogisesti päätellen ja tulkiten. Aluksi aineisto hajotetaan osiin. Sen jälkeen se käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. Analyysia tapahtuu jokaisessa vaiheessa tutkimusprosessin edetessä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110.)

Oleennaista on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistosta saadaan luokkia, joiden tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Tekstistä nousevat sanat, fraasit tai muut yksiköt luokitellaan samaan luokkaan merkityksen perusteella, toisin sanoen ne merkitsevät samaa asiaa. Tutkimuksen tarkoitus määrittää käsitteiden samanlaisuuden niin, että voidaan yhdistää synonyymeja tai samaa tarkoittavia sisältöjä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.)

Sisällönanalyysi-prosessin eteneminen voidaan jakaa karkeasti viiteen eri vaiheeseen. Nämä vaiheet ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Nämä eri vaiheet voivat esiintyä samanaikaisesti ja usein analyysi on monivaiheisempi kuin mitä edellä on esitetty. (Janhonen & Nikkonen 2003, 24.)

2.7 Tutkimuksen eettinen näkökulma

Perusasia tutkimusetiikkaan kuuluu, että tutkittaville, oli se sitten yksityishenkilö tai organisaatio, tulee heidän sitä halutessaan taata mahdollisuus säilyä anonyymeinä valmiissa tutkimuksessa. Silloin, kun tutkittavalle luvataan henkilöllisyyden salaamisesta, rohkaisee se ihmistä puhumaan rehellisesti ja suoraan ja helpottaa näin tutkimuksen kannalta olennaisten tietojen keräämistä. (Mäkinen 2006, 114.)

Tutkimusta tehtäessä luottamuksellisuus on tärkeässä asemassa. Luottamuksellisuus tutkimusaineiston käsittelyssä on lähes samaa asiaa tarkoittava kuin yksityisyyden käsitteessä, eli ettei ihmisten henkilökohtaisia asioita ja tietoja levitellä ympäriinsä. Kuitenkaan pelkkä lupaus luottamuksellisuudesta tutkimusaineiston käsittelyssä ei riitä. Tutkijan tulee selvittää tutkittavilleen yksityiskohtaisesti, kuinka luottamuksellisuus käytännössä tutkimuksen eri vaiheissa taataan. Tutkittaville tulee selvittää esimerkiksi se, ketkä pääsevät käsiksi heidän antamiinsa tietoihin ja kuinka heidän henkilöllisyytensä salaaminen käytännössä tapahtuu. Tutkijalla on moraalinen velvollisuus taata tutkittavalle luottamuksellisuus. Tutkijan velvollisuuden lisäksi siitä on myös määrätty laissa. (Mäkinen 2006, 115–16.)

2.8 Kalanruotomalli

Kalanruotomallin kehitti Kaoru Ishikawa, hän käytti sitä ensimmäisen kerran 1960-luvulla. Kalanruotokaavio on graafinen laatujohtamisen ja prosessinkehittämisen työkalu, jota käytetään ongelmien syiden etsimisessä ja analyysissä. (Koulutusta ja konsultointia toimintaprosessien laadunparantamiseen 2008.) Kalanruotomallilla kuvaamme dementia-kotien lääkehoidon nykytilannetta (Liite 2. ja 3.). Sen avulla voi hahmottaa tilannetta kuvallisesti. Keräsimme tiedot kalanruotoon teemahaastattelun avulla. Haastattelussa käytetyt kysymykset olivat Sosiaali- ja terveysministeriön lääkehoitosuunnitelmaa mukailevia (2005) (Liite 1).

Lähikäsitteitä kalanruodolle on miellekartta ja road map. Kalanruoto on tietojen keruu- ja jäsentelymenetelmä. Sen ulkonäkö muistuttaa kalanruodon muotoa. Kalanruotoa hahmoteltaessa voi kuvitella pään, joka on tavoiteltava määränpää. Kalan päästä hahmotuu selkeä suora selkäranka, joka kokoaa kaikki tavoitteeseen vaikuttavat tekijät. Vaikuttavat tekijät ilmaistaan sivuhaaroina selkärangasta. Sivuhaaroihin vaikuttavat asiat kuvataan alapiikkeinä, jotka yhdistyvät selkärangasta lähteviin sivuhaaroihin. Kalan muodon ei tarvitse olla symmetrinen. Sen tehtävänä on selventää tilannetta ja tuoda ongelman ratkaisuun enemmän kokonaiskuvan hahmottamista. (Kalanruoto 2008; Koulutusta ja konsultointia toimintaprosessien laadunparantamiseen 2008.)

Ennen kalanruodon tekemistä voi käyttää monia eri menetelmiä saada osallistuvat ihmiset mukaan luovaan ja ehdotukselliseen tunnelmaan tai sitten kalanruodon voi tehdä suoraan ilman erillistä tiedon keruuta. Tavoitteena on kuitenkin tuottaa mahdollisimman paljon ideoita ja luovia ratkaisuja. Ryhmänä koottua idearikasta kuvitusta kutsutaan tutkimukselliseksi data analyysiksi, jonka pyrkimys on muodostaa kiinnostavaa korkeamman tason informaatiota ja malleja, joka puolestaan mahdollistaa erilaisten hyödyllisten johtopäätösten tekemisen. Tämän avulla ryhmä pystyy tuottamaan tehokkaasti, luovasti ja rennosti mistä tahansa asiasta ideoita, ilman että kenenkään tarvitsee jännittää oikeaa tai väärää vastaamista. (Koulutusta ja konsultointia toimintaprosessien laadunparantamiseen 2008.)

3 Dementiakodit Lagus-koti ja Alatupa

Lagus-koti ja Alatupa ovat ryhmäkoteja dementiaa sairastaville vanhuksille. Nämä kodit ovat tarkoitettuja niille vanhuksille, jotka eivät enää pärjää omassa kodissaan yksin, vaan tarvitsevat ohjausta päivittäisissä toiminnoissaan. Vanhukset voivat ryhmäkodissa elää omaa yksilöllistä elämäänsä valvotussa ympäristössä. (Lohjan kaupunki 2006.) On todettu, että kun yksikö on riittävän pieni, tuo se kodinomaisuuden ja turvallisuuden tunnetta potilaalle. Dementiayksiköiden optimikooksi on esitetty kirjallisuudessa noin kymmenen asiakasta/ potilasta. Jos yksikön koko kasvaa, häviää usein kodinomaisuus ja turvallisuuden tunne ja siirrytään ”laitosmaiseen” hoitoon. (Parviainen 1998, 80.)

3.1 Dementiaryhmäkotien henkilöstö ja tilat

Dementiakoti on ympärivuorokautinen ryhmäkoti tai -osasto, joka pystyy vastaamaan dementoituneen erityistarpeisiin. Hoitotyöltä edellytetään kuntouttavaa lääkkeetöntä ja lääkkeellisten työtöitä. Lääkehoito perustuu näyttöön pohjautuvaan hoitoon, johon päästään kokonaisuutena kartoituksella. (Kotilainen, Virkola, Eloniemi-Sulkava, & Topo 2003, 5.) Lääkehoito on yksi osa potilaan hyvää hoitoa, mutta ei koskaan ainoa hoitomuoto. Hoidosta vastaa lääkäri, dementiahoitaja ja koordinaattori sekä hoitavan yksikön henkilökunta. (Viramo, Huusko, Joiniemi & Sulkava 2004, 6.)

Dementia sairautena sisältää tauti- ja vaihekohtaisia kognitiivisia oireita, jotka asettavat vaatimuksia asuinympäristöön. Asuinympäristöön vaikuttavat myös kunkin asukkaan omat mielipyykset, ominaisuudet sekä historia. (Kotilainen ym. 2003,8.) Sekä Lagus-koti että Alatupa ovat sisustettu kodinomaisesti. Tilaa kummassakin on seitsemälle asukkaalle. Dementiayksikön tulee täyttää tietyt laadulliset kriteerit. Yksi näistä kriteereistä on, että hoidettavilla on omia tavaroitaan huoneissaan (Parviainen 1998, 81). Lohjan dementiaryhmäkoteissa jokaisella asukkaalla on oma huone, jonka he ovat saaneet sisustaa mieleisekseen omilla rakkailla tavaroillaan ja huonekaluillaan. Asukkaat maksavat vuokraa huoneistaan. Lisäksi he maksavat

itse lääkkeensä, ruokansa ja vaippansa sekä muut henkilökohtaiset menonsa. (Lohjan kaupunki 2006; Työntekijöiden henkilökohtainen tiedonanto 21.5.2008.)

Yhteiset tilat on sisustettu kodinomaisesti vanhusten nuoruudenajan mukaisesti. On tärkeää, että yksikössä on riittävästi yhteistä tilaa yhdessä ololle ja yhdessä tekemiselle. Lisäksi on hyväksi, jos yksikössä on riittävästi tilaa liikkua turvallisesti (Parviainen 1998, 81). Kodinomaisesti hoitopaikan tekee myös se, että asukkaat yritetään ottaa voimien mukaan mahdollisimman paljon päivän toimintoihin, kuten ruoanlaittoon. Henkilökunnan työasuna toimivat heidän omat asialliset vaatteensa, eli henkilökunnalla ei ole virkapukua. Hoitajien työnkuvan yhtenä osana on ”kodin” ylläpitäminen päivittäisillä askareilla, kuten ruoanlaitto, siivous ja pyykinpesu. (Lohjan kaupunki 2006.)

Lagus-koti on iso omakotitalo hienossa ympäristössä. Talon ympäristö on kauniin vihreää ja aidatulla pihalla asukkaat voivat ulkoilla turvallisesti hoitajan läsnä ollessa. Sadepäivinä asukkaat voivat kokoontua lasiverannalle. Kodissa on keskuksena iso olohuone, jossa asukkaat syövät yhdessä hoitajien kanssa. Talossa on yksi pieni wc ja yksi iso wc, johon mahtuu kulkemaan rollaattorin kanssa. (Lohjan kaupunki 2006; Työntekijöiden henkilökohtainen tiedonanto 21.5.2008.)

Ryhmäkoti Alatupa sijaitsee Lohjan palvelukeskuksen alakerrassa. Alatupa on saneerattu kodinomaiseksi ja piha-alue on aidattu, jotta asukkailla olisi turvallista ulkoilla. Alatuvan yhteiset tilat käsittävät tupakeittiön, ruokailutilan sekä siihen yhdistyvän ison olohuoneen. (Lohjan kaupunki 2006; Työntekijöiden henkilökohtainen tiedonanto 21.5.2008.)

Ryhmäkoti sijoittuu hoidon porrastuksessa kodin ja laitoshoidon väliin, sillä asukkaat eivät tarvitse raskaampaa hoitoa, vaan sairautensa vuoksi valvontaa ja apua joissain normaalin elämän asioissa. Teoriassa Lagus-kotiin ja Alatupaan pääsee siten, että lääkäri sekä hoitaja käyvät tutustumassa potilaaseen ennen potilaan hyväksymistä asukkaaksi. Käytännössä kuitenkin lääkäri päättää itse onko potilas siinä kunnossa, että pystyy muuttamaan dementiaryhmäkotiin. Vaatimuksena on, että potilas pystyy liikkumaan vähintään rollaattorin avulla ja pärjää yhden hoitajan avustamana. (Lohjan kaupunki 2006; Työntekijöiden henkilökohtainen tiedonanto 21.5.2008.)

Lagus-kodissa ja alatuvasa työskentelee yhteensä 11 hoitajaa. Koulutukseltaan hoitajat ovat lähihoitajia, perushoitajia, apuhoitajia tai kodinhoitajia. Työyksikössä toimii myös vanhus-työntekijöitä, joilla ei ole varsinaista terveydenhuoltoalan koulutusta, mutta ovat työn kautta oppineet hoitotyötä. He ovat saaneet lääkehoidosta koulutusta, jonka jälkeen ylilääkäri on antanut erityisluvan jakaa lääkkeet. Lisäksi työyksiköissä toimii lääkäri. Lääkäri ei käy kyseisissä paikoissa säännöllisesti, vaan tapauskohtaisesti soitetaan aluksi kiertävälle sairaanhoita-

jalle, joka päättää lääkärin kutsumisen tarpeesta. Lisäksi sairaanhoitajan työhön kuuluu verinäytteiden otto ja injektioiden anto lihakseen. Sairaanhoitajan virka-ajan ulkopuolella dementiakodin hoitajat soittavat tarvittaessa Tynninharjun terveyskeskuspäivystykseen. (Työntekijöiden henkilökohtainen tiedonanto 21.5.2008.)

Tiistaisin ja torstaisin lääkkeet hakee talonmies reseptillä Lohjan apteekista ja tuo ne keski- viikkona ja perjantaina ryhmäkoteihin. Ryhmäkodeissa kaikki muut lääkkeiden antotavat ovat käytössä paitsi suonensisäiset lääkkeet, joten hoitajat eivät tarvitse lupia suonensisäistä lääkitystä varten. Kummassakaan toimipisteessä ei ole lääkehoitosuunnitelmaa. Asukkaan lääkehoitoon kuuluvat asiat kirjataan terveystietojen lisäksi sähköisesti tietokoneeseen, sekä raporttikirjana toimivaan vihko. (Työntekijöiden henkilökohtainen tiedonanto 21.5.2008.)

3.2 Dementiaryhmäkotien arvot

Asukkaiden hoidossa arvoina toimivat kuntouttava työote ja henkilökunnan ammattiin kuuluvat sekä eettiset arvot että Lohjan kaupungin yleiset hoitotyöhön liittyvät arvot. Työyhteisössä hoitajat eivät ole sopineet yhteisiä arvoja, joita he erityisesti painottaisivat. Asukkaita kohdellaan yksilöllisesti ja heille puhutaan kuin aikuiselle sairaudesta huolimatta. (Lohjan kaupunki 2006; Työntekijöiden henkilökohtainen tiedonanto 21.5.2008.) Myös sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeus lain 4§:ssä painotetaan, että ”asiakkaalla on oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta hyvää sosiaalihuoltoa ja kohtelua ilman syrjintää. Asiakkaan ihmisarvoa ei missään tilanteessa saa loukata. Hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään tulee kunnioittaa.” (Valtion säädöstietopankki finlex 2000.) Hoito ei ole laitoshoidoa, vaan hoitajat pyrkivät tarjoamaan asukkaille kodinomaisen hoitoympäristön. Asukkaiden elämänkaaren ja taustatietojen selvittäminen on erittäin tärkeää dementiakotiin tullessa, jotta jokaiselle pystytään antamaan yksilöllistä kohtelua. (Lohjan kaupunki 2006; Työntekijöiden henkilökohtainen tiedonanto 21.5.2008.)

On tärkeää, että dementiaa sairastavia vanhuksia hoitava henkilökunta pystyy antamaan hoitoa, joka perustuu potilaan yksilöllisen elämänhistorian tuntemukseen. Hoidolle tulee asettaa yksilölliset, selkeät, toimintakyvyn ylläpitämiseen tähtäävät tavoitteet ja tämän laatua pitää jatkuvasti arvioida. (Parviainen 1998, 79.)

3.3 Muutosprosessi

On innoittavaa ja haasteellista johtaa pitkäjänteisessä tavoitteellisessa muutosprosessissa. Muutosprosessissa johtaminen kohdistuu nimenomaan henkilöstön osaamisen kehittämiseen ja innovatiivisen ilmapiirin luomiseen. Koska terveydenhuoltoalalla on tällä hetkellä niukat henkilöstöresurssit lähestulkoon kaikkialla, vaikuttaa se kehittämisen toteuttamiseen. (Ora-

Hyytiäinen 2006, 14.) Työelämän muutostilanteissa on erittäin tärkeää kyetä yhdistämään työn kehittäminen ja henkilöstön hyvinvointi (Mattila 2005).

Innovatiivisuutta ja sen edellytyksiä on tutkittu terveysalalla. Innovaatiotoiminta on tavoitteellinen ja tietoinen prosessi. Siinä organisaatio, joka haluaa uudistua, voi muodostaa uusia toimintatapoja, uudistaa vanhoja, edistää uusien toimintatapojen käyttöönottoa ja levittää tietoa toteutetuista uudistuksista. Uudistetun toimintatavan käyttöönottoa ja siihen liittyvää muutosta on suunniteltava ja edistettävä samanaikaisesti uudistuksen muodostamisen kanssa. Tutkimuksen mukaan lähiesimies voi olla edistäjä tai estäjä muutoksen syntymisessä. Arvot ovat tärkeitä silloin, kun organisaatio on uudistumassa, sillä niiden pohjalta organisaatiossa toimivat ihmiset muodostavat merkityksen innovaatiolle ja sen käyttöönottoon tarvittavalle muutokselle. (Ora-Hyytiäinen 2006, 14.)

Silloin, kun muutosprosessi on vasta alussa, työyhteisön edustajien, asiantuntijoiden, yhteishenkilöiden ja projektin vetäjän on hyvä päästä mukaan prosessin organisointia koskevien päätösten tekoon. Tämä on tärkeää siksi, että mitä paremmin kaikki ovat selvillä prosessin tavoitteista ja päämääristä, sitä paremmin he motivoituvat muutokseen. Tiedottamisen tulee olla mahdollisimman avointa ja joustavaa, kun on kyse muutosprosessista. Tieto voi olla tilanteen mukaan joko kirjallista tai suullista. (Ora-Hyytiäinen 2006, 15.) Tärkeitä asioita muutoksen onnistumiseksi ovat organisaatiossa toimivien henkilöiden, sekä johdon että henkilöstön, aktiivinen yhteistyö ja vuorovaikutus (Pitkänen 2007). Muutosprosessissa on hyvä pyrkiä pitämään punainen lanka käsissä. Useissa tutkimuksissa on saatu selville, ettei ole ollut itsestään selvää, että johto kokonaisuudessaan tai työntekijät olisivat olleet selvillä, mihin muutoksella pyritään ja mitä halutaan muuttaa jokapäiväisessä työssä. Silloin, kun punainen lanka on kadoksissa, saatetaan muutos kokea epä johdonmukaisena. (Mattila 2005.)

Muutos aiheuttaa aina jonkinlaisia tunteita, hyvinkin erilaisia keskenään, riippumatta siitä onko kyse toimintatapojen tai organisaationrakenteen muuttamisesta. Muutoksen alla esimieheltä odotetaan paljon. Hän on se, joka näyttää mallia muille, hänen on kestävä paineita ja ahdistusta. Hänen tulee myös huomata, milloin työyhteisö tarvitsee aikaa sulatella tulevaa muutosta ja milloin pitää toimia nopeasti. Myös esimies voi olla epävarma muutosprosessissa ja avoimessa työyhteisössä hänellä on lupa näyttää se ja saada tukea myös itselleen. Onnistuneessa muutosprosessissa johtaja järjestää yhteisiä tilaisuuksia. Näissä henkilöstö pystyy yhdessä ja pienryhmissä pohtimaan, minkälaisia tunteita heissä herättää tuleva muutos. (Ora-Hyytiäinen 2006, 16.) Muutosprosessissa syntyy lähes aina jonkinlaista epävarmuutta ja häiriöitä. Tällaisissa tilanteissa on tärkeää, miten ne tulkitaan, miten niitä käsitellään yhdessä ja miten asioita ratkaistaan työyksikössä. (Mattila 2005.) Pitkäsen (2007) väitöskirja tutkimuksen mukaan muutos on mahdollinen vain, jos mieli hyväksyy sen.

Muutoksen herättämät tunteet voivat olla sekä positiivisia että negatiivisia. Muutos tuo mukanaan haasteita ja mahdollisuuden oppia, mutta näiden lisäksi se voi herättää myös turvattomuuden ja epävarmuuden tunteita ihmisessä. Muutosprosessin johtamisessa suhtautuminen matkan varrella syntyneisiin tunteisiin on tärkeää. (Ora-Hyytiäinen 2006, 16.)

Seitsamon ja Tuomion puhelinhaastattelu tutkimuksessa (2006, 225–233) jossa tarkasteltiin työssä ja työyhteisössä tapahtunutta kehitystä vuosina 1997–2003 työntekijöiden työkyvyn ja hyvinvoinnin näkökulmasta, todettiin työntekijöiden tarvitsevan muuttuvassa työmaailmassa esimiestukea ja mahdollisuutta vaikuttaa omaan työhönsä. Tutkimusten mukaan työntekijöiden hyvinvointiin vaikuttavin tekijä on esimiestuki ja työn yksitoikkoisuus. Toiseksi vaikuttavimpia olivat työn ruumiillinen ja henkinen raskaus, vaikuttamismahdollisuudet ja työpaikan ilmapiiri. Seitsamo ja Tuomio kirjoittavatkin tutkimuksensa päätteeksi, että ”Työntekijöiden työkyvyn ja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi työpaikkojen ja työterveyshuollon kannattaisi tarkistaa, ovatko esimiestuki ja vaikuttamismahdollisuudet riittäviä ja pitäisikö työn ruumiillista ja henkistä raskautta, yksitoikkoisuutta ja työpaikan ilmapiiriä pyrkiä parantamaan.”

4 Teoreettiset perustelut lääkehoidon kehittämiseksi

Kehittämisprojektin aiheena on turvallinen lääkehoito. Kehittämisprojektin tavoitteena on nostaa esille yhteistyökumppanin lääkehoidolliset kehittämiskohteet sekä toimivat ja asianmukaiset käytänteet, käyttäen apuna Sosiaali- ja Terveysministeriön tuottamaa valtakunnallista Turvallinen lääkehoito opasta (2005) lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveyshuollossa. Keskeisiä käsitteitä ovat turvallinen lääkehoito, potilasturvallisuus ja hoitajan ammattitaito. Potilasturvallisuus merkitsee projektissamme dementiakodin asukkaiden turvallista lääkehoitoa.

Tähän raporttiin on rajattu teoreettinen ja tutkittu tieto niin, että ne koskevat työyhteisön tarpeita. Teoriaa kirjoittaessa on huomioitu työyhteisön lääkehoidon vaatimustaso, sekä pyritty huomioimaan että dementia-ryhmäkodin tarkoitus on olla mahdollisimman kodinomainen vaikka lääkehoidon toteutus tulisi olla sama kuin muissa sosiaali- ja terveyshuollon toimintayksiköissä. Teoriatietoa koottaessa on myös huomioitu, että kohderyhmänä on dementiaa sairastavia ja iäkkäitä ihmisiä.

Lääkehoito on käsitteeltään suuri, käsittäen kaiken lääkkeelliseen hoitomuotoon kuuluvan. Lääkehoitoon kuuluu muun muassa lääkehuolto, lääkkeen jakaminen, käyttökuntoon saattaminen, lääkeinformaation antaminen, lääkkeen antaminen potilaalle ja kirjaaminen. Lisäksi lääkehoidon joka osa-alueella ohjaa ja rajaa Suomen laki. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 17). Lääkehuoltoon kuuluu tilaus, toimitus, apteekki/ farmasia, palautus, hävitys ja säilytys.

Kirjaamisessa kirjataan lääkemääräyksien lisäksi, tarvittavien lääkkeiden anto, lääkepoikkeamat ja lääkkeen vaikuttavuuteen liittyvät huomioitavat asiat. Turvallinen lääkehoito on läheisesti yhteydessä potilasturvallisuuteen, sillä lääkehoidolla on suuri merkitys potilaan hoidossa, ja siten myös lääkehoidon toteutuksella on suuri merkitys potilasturvallisuuteen. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006,6.)

Huomioitavana kohtana asukkaan lääkehoidossa on asukkaan sairastama sairaus eli dementia. Dementia sairautta sairastavan älylliset toiminnot ja aivotoiminnot ovat heikentyneet ja siten rajoittavat arkipäivän selviytymistä. Selviytymisen rajoittuminen riippuu taudin tilasta ja kehitymisasteesta. Dementiaan liittyy muistihäiriöitä, joissa ominaista on uuden oppimisen ja opitun mieleen palauttamisen vaikeus. Dementiaa sairastavan kyky suunnitella päivän kulkua ja jäsentää kokonaisuuksia on heikentynyt, joten dementia sairauden takia potilas ei kykene itse hoitamaan lääkehoitoaan, vaan tarvitsee siihen hoitajan apua. (Huttunen 2007.)

4.1 Turvallinen lääkehoito

Läkehoidolla tarkoitetaan ehkäisevää, parantavaa tai lievittävää lääkkeiden käyttöä. Lääkehoito on merkittävä lääketieteellinen hoitokeino ja samalla merkittävä osa hoitotyötä. Nykyään lääkehoitoa voi käyttää hyväksi monissa eri sairauksissa, joissa ennen ei ollut mitään hoitoa tai parannuskeinoa. Onnistunut lääkehoito vaatii, että tunnetaan annettavien lääkkeiden vaikutusmekanismit ja vaiheet elimistössä sekä mahdolliset haittavaikutukset. Tämän takia lääkehoito perustuukin potilaan, lääkärin, farmaseutin tai proviisorin ja hoitohenkilökunnan yhteistyöhön. Lääkehoito on aina yksilöllistä, sillä samaa lääkeainetta saatetaan käyttää eri annoksina eri sairauksiin eri potilaille. (Nurminen 2006, 3; Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkinen & Torniainen 2006, 16.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut Turvallinen lääkehoito-oppaan, jonka mukaan lääkehoidon toteuttaminen tulee perustua toiminta- ja/tai työyksikön tekemään lääkehoitosuunnitelmaan, josta tulee ilmetä yksikössä toteutettavan lääkehoidon oleelliset tekijät ja prosessit eri vaiheineen. Yksikön toiminnan luonne, lääkehoidon vaativuus ja sisältö määrittävät, millä tasolla lääkehoitosuunnitelma tehdään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 43.)

Lääkehoitosuunnitelman tulee sisältää yksikön lääkehoidon sisällön ja tarpeiden analysoinnin, lääkehoidon vaiheiden kuvauksen, henkilöstörakenteen ja tehtävien kuvauksen, vastualueiden määrittämisen, lääkehoidon osaamisen arvioinnin, varmistamisen ja ylläpitämisen sekä lääkehoidon toteuttamista koskevat lupakäytännöt. Lisäksi lääkehoitosuunnitelmassa tulee olla kuvaus lääkehuollon toteuttamisesta, lääkehoidon dokumentoinnin ja vaikuttavuuden suorittamisesta sekä potilaan ohjauksesta ja neuvonnasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 43–44.)

Peijaksen sairaalassa toteutettiin viisas oppii virheistä -projekti, jossa seurattiin erilaisten hoitoon liittyvien virheiden esiintyvyyttä neljän kuukauden ajan. Projektin aikana mukana olleista kymmenestä yksiköstä kertyi yhteensä 210 virheilmoitusta. Näistä ilmoituksista 129 liittyi lääkehoitoon. Projekti synnytti uusia toimintatapoja, se toi esiin koulutustarpeita ja sai myös henkilökunnan sitoutumaan yhteisiin sopimuksiin siitä, miten lääkehoitoon liittyvät asiat hoidetaan. Henkilökunta oppi ymmärtämään projektin aikana, kuinka tarkkuutta vaativaa lääkehoito on ja sitä pitää toteuttaa sovittujen käytäntöjen mukaisesti. Näin välttää mahdollisilta virheiltiltä. Projektin myötä toimintayksikössä lisättiin lääkeasioiden koulutusta. (Ritmala-Castrén 2005, 26–27.)

Usein fyysinen ympäristö, kuten tilat, välineet, tietojärjestelmät tai ympäristön häiriötekijät lääkityshoidon aikana, saattavat olla altistavia tekijöitä inhimillisille virheille. Näiden lisäksi virheiden taustalla saattaa olla yksilöllisiä tekijöitä, kuten työntekijän väsymys, vireystila, stressi tai kiire. Tärkeimpänä ja ensisijaisena tavoitteena on vaikuttaa toimintaolosuhteisiin siten, että turvallisuuteen liittyvät riskit saadaan minimoiduksi. Suurelta osin olosuhteisiin vaikuttaminen tapahtuu organisaation johtotasoilta, mutta myös yksittäisellä työntekijällä on mahdollisuus vaikuttaa virheille altistaviin olosuhteisiin työtilanteessa. (Helovuori & Kinnunen 2009, 16.)

Tutkitusti on todettu, että eniten virheitä lääkehoidossa tapahtuu lääkkeen antamisessa potilaalle väärään aikaan tai lääkkeen antamisessa väärälle potilaalle. Virheitä ei tapahdu niinkään annoskoossa. Silti väittely sairaanhoitajaopiskelijoiden laskutaidoista on kiihtynyt. Opiskelijoille on tarjottu ylimääräistä tukiovetusta matematiikassa, jotta he saavuttaisivat vaaditun tason laskutaidoissaan, muuten ihmishenki voi olla vaarassa. Laskimen käyttö on laskentaessa hyvä apukeino, mutta jos laskutaidot ovat huonot, ei välttämättä huomaa tai tunnista, jos tekee virheen. (Wallis 2008, 62–63.)

Sipola - Kauppisen (2009, 31-36) tutkimuksessa hoitajien (N=11) yksilöhaastattelussa ilmeni, että lääkepoikkeamia on erilaisia. Lääkepoikkeamien syyt liittyvät haastattelujen perusteella eriasteisiin hoitajiin, lääkäreihin, opiskelijoihin, potilaisiin, lääkkeisiin sekä resursseihin että erilaisiin tilanteisiin. Vastausten mukaan hoitajilla tapahtuu virheitä käyttökuntoon saattamisessa, lääkkeitä antaessa ja kirjaamisessa. Helpoimmin tapahtuva virhe hoitajien mukaan on lääkkeen väärä annosteleminen ja tavallisin virhe on väärän lääkkeen antaminen potilaalle. Hoitajien mukaan lääkäreiden lääkepoikkeamat tapahtuivat lääkkeitä määrätessä ja antaessa. Suurimmalla osalla haastatelluista oli kokemuksia lääkärin virheellisistä määräyksistä tai määräyksen epäselvyydestä. Haastattelujen perusteella opiskelijoiden virheet mahdollisesti opiskelijan liian itsevarma käytös tai ohjaajien epäselvä ohjaus. Opiskelijoilla virheitä tapahtui lääkkeitä antaessa tai käyttökuntoon saattamisessa. Hoitajien antamat vastaukset osoittivat, että mahdollisiin että tehtyihin poikkeamiin reagoidaan myös eri tavalla. Toisille pelkkä aja-

tuskin lääkepoikkeaman mahdollisuudesta herättää pelon tunnetta, kun toiset ovat välinpitämättömiä tehdystä poikkeamasta.

4.1.1 Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat

Yhtenä osana lääkehoitosuunnitelmaa määritellään lääkehoidon sisältö, toteutustavat ja menetelmät. Hoitajan on tunnettava oma toimintansa sekä siihen liittyvien riskitekijöiden ja ongelmakohtien määrittäminen ja analysoiminen ovat perusedellytyksiä, jotta työyksikön lääkehoito on hallinnassa ja sitä pystytään kehittämään. Lääkehoito on terveydenhuollon toimintaa, jota pääsääntöisesti toteuttavat henkilöt, jotka ovat saaneet tarvittavan koulutuksen ja ovat terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Lääkehoitosuunnitelmassa määritetään työyksikön lääkehoidon vaatimustaso ja lääkehoidon toimintatavat, ydinalueiden tunnistaminen sekä kehittämiskohteet. Lisäksi suunnitelmassa määritetään riskitekijät, ongelmakohdat ja kuvataan lääkehoidon prosessi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 45–46.)

Lääkäri vastaa potilaalle annettavasta lääkehoidosta. Lääkärin antama lääkehoidon määräys kirjataan esimerkiksi potilaan sairauskertomukseen. Kertomukseen merkitään myös kaikki lääkkeet, jotka potilaalle on annettu. Lääkehoidon perustana on, että sitä toteuttavat siihen koulutuksen saaneet ammattilaiset. Lääkehoitosuunnitelmassa muun muassa päätetään henkilöstöryhmistä ja yksittäisistä henkilöistä, jotka saavat koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella jakaa lääkkeitä potilaskohtaisiin annoksiin ja antaa ne potilaille. Henkilöllä, joka osallistuu potilaan lääkehoitoon, on oltava asianmukaiset tiedot ja taidot lääkehoidon toteuttamiseksi. Lisäksi lääkehoitoon osallistuvan henkilön täytyy perehtyä antamansa lääkkeen käyttöön, vaikutuksiin, tavallisimpiin haittavaikutuksiin ja mahdollisiin samanaikaisesti käytettävien lääkkeiden yhteisvaikutuksiin. (Nurminen 2006, 586–587.)

Suvannon (2009, 48) tutkimuksen mukaan hoitajat kokevat täydennyskoulutuksella olevan merkitystä oman toimintaympäristönsä toiminnan kehittämiseen, hoitotyön toimintakäytäntöjen yhtenäistämiseen ja henkilöstön työssä jaksamisen tukemiseen. Vahvimman merkityksen täydennyskoulutuksella hoitajat kuvasivat olevan henkilöstön työssä jaksamisen tukemisessa.

4.1.2 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen

Lääkehoitoa toteuttavalle henkilölle ei riitä vain tekninen osaaminen. Hänen tulee ymmärtää lääkehoidon merkitys osana kokonaisuutta ja koko kaari, johon kuuluu ymmärtää, miksi lääkettä annetaan, mitä lääkettä, kuinka paljon, miten ja mitä antoreittiä käyttäen aina lääkehoidon vaikuttavuuden arviointiin asti. Jotta voi toteuttaa lääkehoitoa, edellyttää se juriidiseettisen, farmakologisen, fysiologisen, patofysiologisen ja lääkelaskentaan liittyvän tietoperustan hallintaa. Näiden lisäksi vaaditaan hoidollisiin vaikutuksiin, lääkkeiden käsittelyyn,

toimittamiseen, hankintaan, säilyttämiseen ja hävittämiseen liittyvien asioiden hallintaa. Jotta eri lääkemuotoja käsitellään oikealla tavalla lääkettä käyttökuntoon saatettaessa ja potilaalle annosteltaessa, tulee lääkehoitoa toteuttavalla henkilöllä olla ymmärrys lääkemuodoista ja lääkevalmisteista sekä niiden ominaisuuksista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 46–47.)

Työyksikön perehdytys suunnitelmassa tulee olla kirjattuna lääkehoitoon liittyvät tavoitteet, jotka uuden tai määräaikaisen työntekijän sekä opiskelijan on hallittava. Työntekijän perehdytysvaiheessa työyksikön esimies tai perehdytyksestä vastaava henkilö varmistaa, että työntekijällä on peruskoulutuksen antamat valmiudet toteuttaa lääkehoitoa. Uuden työntekijän lääkehoidollisen osaamisen voi varmistaa esimerkiksi lääkkeiden jakamisessa siten, että hän jakaa perehdyttäjän valvonnassa lääkkeet, ennen kuin työntekijä saa itselleen oikeuden jakaa lääkkeitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 47.) Suikkasen (2008, 52) tutkimuksessa mukana olleiden hoitajien (N=194) mielestä uusille työntekijöille tulee järjestää riittävä perehdytys lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Työntekijällä voi olla myös tarvittaessa kokeneempi työntekijä rinnallaan, niin sanottu mentori, jolta voi kysyä tarvittaessa epäselvistä asioista. Ohjeet, joita työntekijä voi lukea lääkityksestä, tulee olla riittävän selkeitä ja niiden tulee olla saatavilla. Lisäksi työntekijälle täytyy myös kiireessä löytyä aikaa lukea ohjeita.

Kaikilla henkilöillä, jotka toteuttavat lääkehoitoa on velvollisuus ylläpitää ammattitaitoaan jatkuvasti ja osallistua työnantajan järjestämään täydennys- ja muuhun lisäkoulutukseen. Työnantajan vastuulla on järjestää lääkehoidon peruskoulutuksen saaneille terveydenhuollon ammattihenkilöille lääkehoidon täydenniskoulutusta. Lisäksi työnantaja järjestää tarvittavan lääkehoidon koulutuksen myös henkilöille, jotka osallistuvat lääkehoidon toteuttamiseen, mutta joilla ei ole lääkehoidon peruskoulutusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 47.) On todettu, että hoitajien esteenä täydenniskoulutukseen osallistumisessa on usein ajan puute. He kokevat, että oman työn kiire sekä sijaisten puute vaikeuttavat ja estävät heidän osallistumisensa koulutuksiin. (Suvanto 2009, 50.)

Säilän (2007, 33) tutkimuksen mukaan ne hoitajat, jotka ovat osallistuneet mielestään riittävästi lääkehoidon täydenniskoulutukseen, kokevat omaavansa riittävästi tietoa lääkkeiden haittavaikutuksista ja lääkkeitä, joita tulee välttää ikääntyneillä toisin kuin ne hoitajat, jotka kokevat etteivät ole osallistuneet riittävästi lääkehoidon täydenniskoulutukseen. Lisäksi täydenniskoulutusta saaneet hoitajat omasivat mielestään riittävästi tietoa lääkkeitä, lääkkeiden yhteisvaikutuksista ja lääkkeitä, jotka vaativat erityistä voinnin seuranta ikääntyneillä.

Henkilökunnan täydennyskoulutuksessa voidaan käyttää esimerkiksi farmaseutteja hyväksi. Koulutuksissa on hyvä keskittyä niihin ongelmiin, joita kyseisessä yksikössä esiintyy. Yksi tapa synnyttää keskustelua on luoda organisaatioon keskustelufoorumi, jossa käsitellään lääkehoidon kysymyksiä. (Suikkanen, Kankkunen & Suominen 2009, 22.)

4.1.3 Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako

Lääkehoitosuunnitelmasta käy ilmi työyksikön lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön rakenne, tehtävät ja vastualueet. Esimiehen tehtävänä on varmistaa, että yksikön lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvalla henkilöstöllä on tarvittava osaaminen ja että olosuhteet, jossa lääkehoitoa toteutetaan, ovat oikeanlaiset. Esimiehen tehtävänä on myös valvoa ja ohjata lääkehoidon toteuttamista ja laatua lääkehoitosuunnitelman mukaisesti sekä esimies päättää eri henkilöstöryhmien työnjaosta ja yhteistyöstä lääkehoidon toteuttamisessa niin, että jokaisen ammattiryhmän osaaminen hyödynnetään parhaalla mahdollisella tavalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 48.)

Lääkärin vastuulla on lääkkeen määrääminen ja siten lääkäri vastaa lääkehoidon kokonaisuudesta. Terveystieteiden ammattihenkilön vastuulla on toteuttaa lääkehoitoa lääkärin määräysten mukaan. Lääkärin on otettava huomioon lääkehoidon toteutettavuus työyksikössä lääkettä määrätessään. Jokainen joka toteuttaa työyksikössään lääkehoitoa tai osallistuu siihen, kantaa itse vastuun omasta toiminnastaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 48–49.)

Laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden lisäksi myös lääkehoidon koulutusta saaneet nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat jakaa lääkkeitä potilaskohtaisiksi annoksiksi ja antaa lääkkeitä luonnollista tietä. Tämän lisäksi he voivat pistää lääkkeen lihakseen ja ihon alle, sen jälkeen, kun työntekijän osaaminen on varmistettu, hänet on perehdytetty tehtävään ja hänelle on myönnetty kirjallinen lupa tehtävän suorittamiseen. Myös lääkehoitoon peruskoulutukseltaan kuulumattomat henkilökunnan jäsenet voivat osallistua potilaan lääkehoitoon, silloin, kun kyseessä on luonnollista tietä annettava lääke tai ihon alle pistettävä lääkehoito. Tämän kaltainen tapaus on mahdollista silloin, kun kyseessä on yksittäistapaus ja osallistuminen lääkehoitoon on harkittu tilannekohtaisesti ja henkilö on saanut riittävän lisäkoulutuksen. Tarvittavaa koulutusta antaa laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Koulutuksen jälkeen terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri voi myöntää kirjallisen luvan osallistua lääkehoitoon. Työntekijän osaaminen tulee varmistaa säännöllisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 49.)

Opiskelijalta, joka osallistuu lääkehoitoon ohjatussa harjoittelussa ja työössäoppimisen jaksoilla, edellytetään riittäviä teoreettisia tietoja ja taitoja lääkehoidosta. Lisäksi opiskelijan täytyy hallita lääkelaskut moitteettomasti. Harjoittelujakson ajan työnantaja määrittää opis-

kelijan oikeudet lääkehoidon toteuttamisessa ja toiminnan väliaikaisesti terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävissä ottaen huomioon opiskelijan valmiudet ja työyksikön lääkehoidon vaatavuuden. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 51.) Opiskelija ei voi koskaan toimia täysin itsenäisesti lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Ohjaajalla on vastuu opiskelijasta ja opiskelijan on noudatettava tätä sääntöä. Vaikka on kiire ja työtehtävien suorittamisessa suuri paine, ei opiskelija voi toimia lääkehoidossa omin päin. (Suikkanen 2008, 52.)

4.1.4 Lupakäytännöt

Lääkehoitosuunnitelmassa tulee olla määriteltynä lääkehoitoon osallistumisen tasot ja lääkehoidon tilanteet ja näiden toteuttamiseen oikeuttavat lupakäytännöt. Kaikilla, jotka toteuttavat lääkehoitoa, on oltava itsellään kopio saamistaan voimassa olevista lääkehoidon luvista. Työntekijän teoreettinen osaaminen tulee varmistaa säännöllisesti kirjallisella kokeella ja käytännön osaamisen varmistaminen tapahtuu työntekijän antamalla näytöllä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 54.)

Pietikäisen (2004, 70) pro-gradu tutkimuksen mukaan Sairaalan- ja terveydenhoitajat kokivat oman ammatillisen koulutuksensa antavan heille valtuuden osallistua potilaan lääkehoitoon, kun taas muissa ammattiryhmissä lääkärin tai esimiehen lupa oli tavallisin käytäntö. Tuloksissa nousi esille myös, että on hyvä yhdessä henkilöstön kanssa suunnitella koulutuksen tarve niin, että koulutuksen myötä saatava lupa toimia lääkehoidon parissa vastaa työelämän tarpeita.

Terveyshuollon ammatillinen peruskoulutus antaa valmiudet lääkehoidon laajempaan oppimiseen. Vastuullinen hoitaja ymmärtää toimintansa syyt ja seuraukset. Siksi hoitajan ammatin olennainen vaatimus on hallita lääkehoidon teoria. (Veräjänkorva ym. 2006, 33.)

Terveydenhuollon nimikesuojatut ammattihenkilöt, lähihoitajat, apuhoitajat ja perushoitajat, saavat jakaa lääkkeitä potilaskohtaisiksi annoksiksi. He saavat myös antaa lääkkeitä, joiden antotapa on luonnollisen antoreitin mukaisia, kuten suun ja peräsuolen kautta annettavat. He saavat myös antaa injektio-lääkkeen ihon alle tai lihakseen, jos heidän osaamisensa on varmistanut ja perehdyttänyt laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Voidakseen antaa injektioita on heillä oltava kirjallinen lupa siihen toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaavalta lääkäriltä tai hänen määräämältään lääkäriltä. Nimikesuojatut ammattihenkilöt saavat myös tilata lääkkeitä. (Veräjänkorva ym. 2006, 42; Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 54; Terveyshuollon oikeusturvakeskus 2009.) Myös jonkun muun kuin terveydenhuollon ammattihenkilön injektioiden antaminen lihakseen ja ihon alle edellyttää osaamisen varmistamista, tarvittaessa täydennys- ja / tai muuta lisäkoulutusta sekä toimintayksikössä myönnettyä kirjallista lupaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 54).

4.1.5 Lääkehuolto

Lääkehoitosuunnitelmassa kuvataan työyksikön lääkehuollon keskeiset osa-alueet. Näitä alueita ovat muun muassa yksikön lääkevalikoima sekä lääkkeiden tilaaminen, säilyttäminen, käyttökuntoon saattaminen, palauttaminen ja lääkkeiden hävittäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 55.) Lääkityspoikkeamien riski pienenee, jos lääkekortit, lääkekaappi ja lääkkeet tarkastetaan säännöllisesti. Säännölliset tarkastukset tulisi olla joidenkin nimettyjen työntekijöiden vastuulla. (Suikkanen ym. 2009, 23.)

Kun uusi lääketilaus saapuu yksikköön, on lääkkeet hyvä varastoida lääkekaappiin siten, että ne lääkkeet, joissa on pidempi voimassaolo päivä, varastoidaan taakse. Tämä toiminta tapa on niin sanottu FIFO metodi (first-in, first-out). Työntekijä tulee kouluttaa tarkistamaan voimassaolo päivä aina, kun hän jakaa lääkkeet. (Brockelsby 2005, 373.)

On tärkeää noudattaa lääkkeen valmistajan tai myyntiluvan haltijan ohjeita aina lääkkeitä käyttökuntoon saatettaessa. Lisäksi on kiinnitettävä huomiota oikeisiin työtapoihin, kuten aseptiikkaan, sekä yhteensopivuuksiin käytettyjen lääkeaineiden, liuosten ja pakkausmateriaalien kanssa. Kun lääke on saatettu käyttövalmiiksi, huolehditaan lääkkeen asianmukaisesta säilytyksestä, käyttöajasta ja merkinnöistä. Lääkevarasto tulee tarkistaa säännöllisesti, jotta vanhentuneet tai muuten käyttökelvottomat lääkkeet poistetaan viipymättä varastosta. Käyttämättä jääneet, vanhentuneet, käyttökelvottomat tai käyttökieltoon asetetut lääkkeet palautetaan sairaala-apteekkiin tai lääkekeskukseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 56.)

Lääkkeet säilytetään työyksikössä tiloissa, joka on lukittava, riittävän suuri ja tarkoituksenmukainen tila lääkkeiden säilyttämiseksi. Lääkkeet tulee säilyttää erillään muista tuotteista ja välineistä. Lisäksi tulee kiinnittää huomiota erityisesti lääkkeiden oikeisiin säilytysolosuhteisiin. Lääkekaapin tai -huoneen avaimet ja kulunvalvonta tulee järjestää niin, etteivät asiattomat pääse käsittelemään lääkkeitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 57.)

Kylmässä säilytettävien lääkkeiden varastoimisessa tulee ottaa huomioon, että jääkaapin runko-osa pysyy tasaisemmin kylmänä kuin jääkaapin ovi, joka joutuu avattaessa lämpimään ilmaan. Tämän takia lääkkeet on parempi säilyttää jääkaapin runko-osassa. Lisäksi ruokia tai juomia ei pitäisi säilyttää samassa jääkaapissa lääkkeiden kanssa. (Brockelsby 2005, 373.)

Rauhallinen, hyvin valaistu ja ilmastoitu tila, jossa on riittävästi tilaa, on paras mahdollinen tila lääkkeiden säilytykseen. Lisäksi pintojen tulisi olla tässä tilassa helposti puhdistettavissa. Lääkekaapille hyvä sijainti on huoneen lämpöinen kuiva tila. Monien lääkevalmisteiden säilyvyys huononee kosteuden vaikutuksesta. Lisäksi kaappi tulisi suojata kuumuudelta ja suoralta auringonvalolta, sillä ne sekä ilman happi kiihdyttävät lääkeaineiden hajoamista. Lääkkeille,

jotka pitää säilyttää viileässä tai kylmässä, tulee olla omat erilliset lukittavat kylmä- ja viileäkaapit. (Nurminen 2006, 585–595; Iivanainen, Jauhianen & Pikkarainen 2006, 507.)

4.1.6 Lääkkeiden jakaminen ja antaminen

Lääkärin työkuvaan kuuluu vastata potilaalle annettavasta lääkehoidosta. Lääkärin antama lääkehoidon määräys kirjataan potilaan sairauskertomukseen ja mahdolliseen lääkelistaan. Kertomukseen merkitään myös kaikki lääkkeet, jotka potilaalle on annettu. Lääkehoidon perustana on lääkehoitoon koulutettujen ammattilaisten toiminta ja tavat. Lääkehoitosuunnitelmasta, joka laaditaan toimipaikkakohtaisesti, ilmenevät lääkehoidolle merkittävät asiat ja prosessit eri vaiheissa. Lääkehoitosuunnitelmassa muun muassa kuvataan henkilöstöryhmien toimintaa sekä yksittäisten henkilöiden toimintaa, jotka pystyvät koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella jakamaan lääkkeitä potilaskohtaisiin annoksiin ja antamaan ne potilaille. Työntekijä, joka osallistuu potilaan lääkehoitoon, on oltava asianmukaiset tiedot ja taidot lääkehoidon toteuttamiseksi. (Nurminen 2006, 586–587.)

Lääkkeet tulee pääsääntöisesti jakaa alkuperäisten kirjallisten lääkemääräysten mukaisesti ja lääkkeiden jakaminen potilaskohtaisiin annoksiin tulee tehdä asianmukaisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 58). Jakaminen tulee tapahtua sopivassa paikassa ja tilanteessa, sillä lääkkeiden jako potilaskohtaisiin annoksiin vaatii jakajalta tarkkuutta ja se on riskejä sisältävä toimi. Rauhallinen lääkkeiden jakopaikka vähentää virheiden sattumista ja parantaa potilasturvallisuutta. (Nurminen 2006, 587; Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 58.)

Lääkehoitosuunnitelmassa tulee selvästi huomioida kuinka lääkehoidon annostelu varmenneetaan, eli millä keinoin toimitaan jotta välttyttäisiin sekaannuksilta. Jakamisessa tapahtuvia virheitä vähentää myös kaksoistarkastuksen käytäntö, jossa toinen hoitotyön tekijä tarkistaa toisen jakamat lääkkeet uudestaan ennen kuin lääkkeet päätyvät potilaalle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 58.)

Kaksoistarkastus on yksi keskeisimmistä ja tärkeimmistä lääkehoidon turvallisuutta edistävästä käytännöistä. On erittäin epätodennäköistä, että kaksi henkilöä tekisi täsmälleen saman virheen. Ihan ensimmäinen varmistettavista asioista on lääkemääräysten ja lääkelistojen paikansäilyvyys. Yksi tapa toteuttaa kaksoistarkastusta lääkkeiden jakelussa on, että kaksi henkilöä jakaa lääkkeet. Toinen henkilöistä lukee lääkemääräyksestä annosteltavat lääkkeet yksi kerrallaan. Samaan aikaan toinen jakaa lääkkeen ja vahvistaa sen jälkeen ääneen jaetun lääkkeen nimen, vahvuuden ja määrän. Tällä tavoin lääkkeet varmistetaan kahteen kertaan. Usein on kuitenkin mahdotonta saada kahta työntekijää lääkkeiden jakoon. Tässä tapauksessa kollegan tulee tarkastaa, että annos on jaettu voimassa olevan lääkemääräyksen mukaisesti. (Helovuori & Kinnunen 2009, 18.)

Lääkkeiden jaossa tulee kiinnittää huomioida hyvään hygieniaan. Kädet pestään huolellisesti ja desinfioidaan aina ennen jakelua. Pestyillä käsillä ei tulisi koskettaa suun kautta annettavia lääkkeitä. Lääkkeiden siirtoon tarkoitettuja pinsettejä, lusikoita tai muita vastaavia apuvälineitä tulee käyttää apuna lääkkeiden jaossa lääkelaseihin tai dosetteihin. Lattialle vahingossa tippunut lääke hävitetään. (Nurminen 2006, 588; Iivanainen ym. 2006, 508.) Perinteisen käsin jaon sijasta annostelun voi myös tehdä koneellisesti. Koneellinen annosjakelu sopii erityisesti yksiköihin, joissa lääkehoidonkoulutusta saanutta henkilökuntaa on vähän ja potilaiden lääkehoito pysyy kauan muuttumattomana. Koneellinen jako on toteutettava asianmukaisilla työmenetelmillä ja laitteilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 58.)

Valmiiksi jaetut lääkkeet tulee säilyttää lukkojen takana, jotta niihin ei asiattomat pääse käsiin. Lisäksi ne tulee merkitä selvästi, mitkä lääkkeet tulevat kenellekin ja mihin aikaan, jotta lääkkeitä jakaessa ei ilmaannu sekaannusta. (Iivanainen ym. 2006, 508; Nurminen 2006, 587–588; Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 58.) Valmiiksi jaettujen lääkkeiden kanssa tulee huomioida lääkkeiden säilyvyys jaettuna. Esimerkiksi dosettiin jaetut lääkkeet säilyvät enintään kaksi viikkoa, sillä ilma, kosteus ja muutkin tekijät saattavat ajan myötä muuttaa muiden lääkkeiden kanssa samoissa lokeroissa olevien lääkkeiden koostumusta. (Kivelä 2006, 51.)

Lääkkeet vietään potilaalle henkilökohtaisesti. Hoitaja voi tarvittaessa seurata, että potilas ottaa lääkkeet. Ennen kuin lääke menee potilaalle pitää varmistaa, että lääkevalmiste, lääkemuoto sekä vahvuus tulevat oikein oikealle potilaalle. Lisäksi tulee tarkistaa, että annos ja annoksien lukumäärä ovat lääkemääräyksen mukaisia. Mikäli lääke on tuntematon, on otettava selvää kuinka lääke annetaan ja mikä on lääkkeen oikea antoaika. Lääkevalmiste pitää olla aina tunnistettavissa. Jos ei varmasti tiedetä, mistä valmisteesta on kysymys, pitää lääke hävittää eikä sitä saa antaa potilaalle. (Nurminen 2006, 587–588; Iivanainen, Jauhianen & Pikkarainen 2006, 508.)

Lääkkeitä annettaessa potilaalle, on huomioitava myös kuinka tabletit voidaan antaa. Iäkkäillä potilailla saattaa usein olla vaikeuksia niellä tabletteja tai kapsseleita kokonaisina. Tällaisissa tilanteissa voidaan tutkia, jos on olemassa kooltaan pienempi rinnakkaisvalmiste tai jos lääkettä on saatavana eri muodossa, esimerkiksi oraalinesteenä tai tippoina. Tabletit, joissa on jakourre, voidaan puolittaa. Joskus tabletteja joudutaan myös murskaamaan. Pitää olla kuitenkin varma, että lääkkeen terapeuttinen teho säilyy. Lisäksi on huomioitava, että jos potilas saa useita lääkevalmisteita samanaikaisesti, tulee jokainen lääke murskata erillään toisistaan. Lääke murskataan vasta juuri ennen potilaalle antoa, sillä jauhetut valmisteet säilyvät huonosti. On myös muistettava, että joitain lääkkeitä ei saa ollenkaan murskata, pilkkoa ilman jakourretta tai ottaa erilaisten ruoka-aineiden yhteydessä. (Kivelä 2004, 109–110; Kivelä 2006, 25; Nurminen 2006, 588–589.) On myös huomioitava, että tabletteja tai kapsseleita ei tule sekoittaa lämpimään ruokaan tai lämpimään nesteeseen, ovat ne sitten murskat-

tuja tai ei murskattuja. Lämpö nopeuttaa kemiallisia reaktioita. Lisäksi lääkemurskeessa voi tapahtua ennalta tuntemattomia reaktioita. Lääkevalmisteen, kuten tabletin tai kapselin tai lääkemurskeen piilottaminen potilaan ruokaan ja sen syöttäminen esimerkiksi dementiapotilaalle on eettisesti väärin. Lisäksi se myös muuttaa ruoan makua. (Kivelä 2004, 109–110; Kivelä 2006, 25.)

4.1.7 Potilaiden informointi ja neuvonta

Lääkehoitosuunnitelman tulisi sisältää selvät ohjeistukset kuinka potilaan tai hänen edustajansa informointi ja neuvonta toteutetaan työyksikössä. Kaikkien lääkehoitoon kuuluvien ammattilaisten tulisi antaa potilaalle kuuluvaa ohjausta ja neuvontaa lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä lääkehoidon eri vaiheissa. Neuvontaa ja ohjausta antaa lääkäri, lääkehoitoa toteuttava hoitaja ja farmaseuttinen henkilöstö. Kun potilas on tietoinen lääkehoidostaan, pysyy hän itse osallistumaan lääkehoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Neuvonnan jälkeen tulee potilaalta varmistaa, että hän ymmärtää annetun ohjauksen. Ohjauksen ymmärtämistä ja muistamista auttaa suullisen kertaamisen lisäksi kirjallinen selkeä materiaali, johon potilas voi tarvittaessa palata. Tiedon antaminen ja ohjaus tukee potilaan sitoutumista lääkehoitoon. Potilaalle tulee aina kertoa lääkehoidossa tapahtuneista merkittävistä poikkeamista sekä aiheutuneista että aiheuttavista haittavaikutuksista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 59.)

Hyvänä esimerkkinä neuvonnan ja informaation edistämisestä on vuosina 2000-2003 järjestetty Tippa-projekti, jossa apteekit kehittivät omia toimintatapojaan. Projektin tavoitteena oli tarkoituksenmukaisen lääkehoidonedistäminen, eli asiakkaalle annetaan farmaseuttisen henkilökunnan neuvontaa resepti- ja itsehoito lääkkeiden käytöstä ja vaikutuksista. Näin pyritään vähentämään itsehoitolääkkeiden tarpeetonta ja väärää käyttöä sekä lääkkeiden vääristä käyttötavoista aiheutuvia haittoja ja kustannuksia. (Tippa-projekti 2000-2001, 5–7.)

4.1.8 Lääkkeiden vaikuttavuuden arviointi

Lääkehoitosuunnitelmaan tulisi määritellä, miten työyksikössä arvioidaan lääkehoidon tarkoituksellisuutta ja vaikuttavuutta. Vaikuttavuuteen lasketaan lääkityksen halutut vaikutukset, sivu- ja haittavaikutukset sekä mahdolliset lääkkeiden yhteisvaikutukset. Lääkkeiden vaikutuksia tulisi seurata ja arvioida sekä kirjata potilaan papereihin että raportoida niistä muulle henkilökunnalle ja lääkärille. Lääkesuunnitelmaan tulee tarkasti kirjata tilanteet, jolloin tulee informoida ja konsultoida hoitavaa lääkäriä. Esimerkiksi tilanteet, joissa potilas on saanut vahingossa väärää lääkettä. (Kivelä 2004, 95–96; Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 60.)

Hoitotyötä tekevällä henkilöllä on velvollisuus raportoida lääkärille havaitsemistaan oireista ja lääkärin tulee varmistaa lääkettä määrätessä, että lääkkeen antaja on tietoinen lääkkeen vaikutuksista. Edellytyksenä henkilökunnan haittavaikutusten tunnistukselle on, että henkilökunta tuntee yleisimmät lääkehoitojen haittavaikutukset nimenomaan iäkkäiden hoidossa. Silloin, kun iäkkäälle ihmiselle määrätään lääkkeitä, on hoitohenkilökunnalla hyvä mahdollisuus seurata vanhusten vointia ja oireita lääkehoitojen aloittamisen jälkeen sekä niiden jatkuessa. (Kivelä 2004, 95–96; Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 60.)

4.1.9 Dokumentointi ja tiedonkulku

Korkealaatuinen dokumentointi vaatii, että sekä hoitajat että johto työstävät yhdessä työyksikköön kulttuurin, jossa painotetaan kirjaamisen ja dokumentoinnin tärkeyttä (Wong 2009, E4). Jokaisella asiakkaalla tulee olla jatkuvasti ajan tasalla oleva lääkelista, josta käy ilmi lääkkeiden kaupanimet, vahvuus, käyttötarkoitus, miten paljon kyseistä lääkettä otetaan kerrallaan sekä ajankohdat, jolloin kutakin lääkettä on määrä ottaa. Lääkelistan tulee olla selkeä. Sotkuiset ja suttuiset lääkelistat tulee uusia välittömästi. Lääkelistassa pitää olla myös lääkityksestä vastaavan lääkärin nimi sekä päivämäärä, milloin lääkitys on viimeksi tarkistettu. (Nurminen 2006, 594; Kivelä 2006, 51.) Säilän (2007, 41) pro-gradu tutkimuksessa tehdyn kyselyn mukaan runsas kymmenesosa hoitajista (N=145) ilmoitti lääkeshoidon vaaratahtumia ilmenneen usein, jos lääkelistoja ei ollut päivitetty.

Toimintayksiköissä tulisi noudattaa kirjaamisesta ja asiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä annettuja säädöksiä. Lääkehoitosuunnitelmaan tulisi selkeästi kirjoittaa kirjaamisprosessi, kirjaamisen sisältö ja kirjaamiskäytännöt, jotta kirjaaminen toteutuisi varmasti oikein. Tärkeää on huomioida kuinka lääkehoidolliset yksityiskohdat kirjataan ja kuinka lääkärin konsultointi ja raportointi merkitään. Papereihin tulee myös kirjata lääkeshoidon vaikutuksen arvio. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 61.) Suikkasen (2008, 36) tutkimuksessa käy ilmi, että lääkemääräyksen dokumentointipoikkeaman seurauksena potilaalle saattoi mennä päällekkäin lääkitys usean vuorokauden ajan, hän saattoi jäädä ilman hänelle tarkoitettua lääkettä tai hän sai väärää lääkettä. Jos dokumenteissa olevat merkinnät ovat ristiriidassa keskenään, saattaa se johtaa tilanteeseen, jossa potilaan hoitopäätökset tehdään epätarkkojen tai jopa virheellisten dokumenttien perusteella.

Kanadassa tehdystä potilaspapereiden tarkastus-projektissa nousi esiin, että jos aamuvuoron hoitaja kirjasi hyvin ja perusteellisesti potilaspapereihin työvuoronsa aikana, myös ilta- ja yövuoron hoitajat kirjasivat hyvin. Jos taas aamuvuoron hoitaja kirjasi huonosti, myös ilta- ja yövuoron hoitajat kirjasivat huonosti. Esimerkiksi, jos aamuvuoron hoitaja oli jättänyt laskeutumatta potilaan nestetasapainon, myöskään ilta- tai yövuoron hoitajat eivät olleet tehneet sitä loppuun. (Wong 2009, E4.)

Lääkehoitosuunnitelmassa tulisi myös huomioida lääkehoidon jatkuvuus ja kiinnittää huomiota joustavaan tiedonkulkuun. Tiedon siirrossa on erityisen tärkeää huomioida tietosuojakysymykset. Lääkehoidossa on tärkeintä se, että potilaan lääkelista on aina ajan tasalla. Sen vuoksi tulisi lääkehoitosuunnitelmaan kuvailla toimintatavat, joilla varmistetaan lääkelistojen ajan tasalla pysyminen, päällekkäisen lääkityksen sekä haitallisten yhteisvaikutusten ja niistä aiheutuvien ongelmien välttäminen. Lääkelista on aina varmistettava oikeaksi, kun potilas kotiutuu. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2005, 61.)

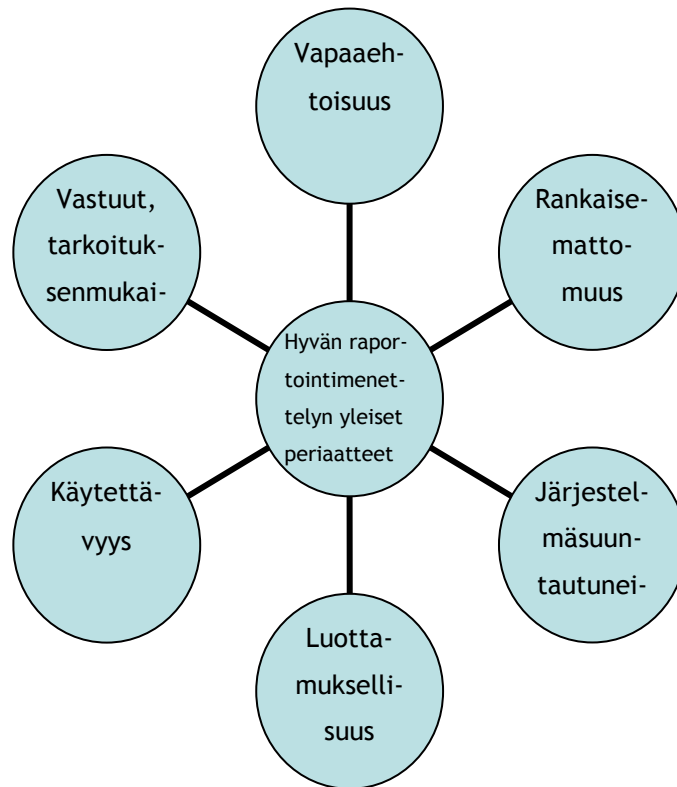
Tiedon kulun varmistamiseksi ja hoidon kehittämiseksi olisi hyvä järjestää säännöllisiä työyksikön kokouksia, jossa työntekijät voisivat tiedottaa tärkeistä asioista ja suunnitella yhdessä asiakkaan hoitoa sekä käydä poikkeamat lävitse että miettiä uusia toimintatapoja työn tekoon. Hurmeen (2007, 55) pro-gradu tutkielmassa haastateltavina olleet kaksi kotihoitotiimiä (N=20) katsoivat hyödylliseksi välineeksi kerran viikossa järjestettävää tiimipalaveria. Tiimipalaverissa tuetaan omaa ja toisten tiimiläisten työssä jaksamista ja oppimista. Lisäksi palaverissa ylläpidetään keskustelua yhteisestä työn kohteesta. Kyseisen tiimin tiimikokouksissa suunniteltiin asiakaskohtaisen työn lisäksi koko tiimin työtä.

4.1.10 Seuranta- ja palautejärjestelmät

Seurannan ja palautteiden ansiosta pystytään kehittämään yksikön toimintaa. Yksikön lääkehoidon käytännön toimintaa tulisi seurata säännöllisesti lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Yksiköissä mahdollisesti tapahtuvista poikkeamista tulisi ilmoittaa, sillä niitä pitää seurata ja käsitellä, jotta niistä pystyttäisiin oppimaan ja kehittämään lääkehoidon toteutusta. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2005, 61.) Kaikki potilaan hoitoon liittyvät tapahtumat, jotka aiheuttivat tai olisivat voineet aiheuttaa hänelle haittaa, ovat raportoitavia asioita (Kinnunen, Ruuhilehto & Keistinen 2009, 14). Poikkeamia on hyvä seurata lomakkeiden avulla ja tulevaisuudessa lomakkeet voidaan koota sähköisesti yleiseen rekisteriin, jonka avulla oppimista ja lääkehoidon prosessia voidaan tehostaa kansainvälisesti (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2005, 61). Turvallisella ja laadukkaalla organisaatiolla tulee olla selkeät menettelytavat niin poikkeamien kuin vaaratapahtumien raportoinnin, seurannan ja käsittelyn osalta (Kinnunen ym. 2009, 13).

On olemassa monia erilaisia menettelyitä, joita voidaan käyttää raportoinnissa, mutta usein käytetään yhtenäisiä periaatteita (KUVIO 2). Raportointi perustuu yksilön aloitteellisuuteen ja työntekijällä on oikeus ja mahdollisuus raportoida vaaratapahtumista. Yleisten periaatteiden mukaan yksilön ei tarvitse pelätä, että raportoinnin kautta saatua tietoa käytetään hallinnollisiin toimiin häntä vastaan. Turvallisuutta parantavia toimia pyritään levittämään organisaation kaikille tasoille. Lisäksi on tärkeää, että raportoituja vaaratapahtumia käsitellään luottamuksellisesti ja yksittäiset ilmoitukset käsittelee vain erikseen nimetty henkilö. Raportointi tulee olla kaikkien työntekijöiden käytettävissä. Lisäksi sen tulee olla helppoa, nopeaa ja vai-

vatonta ja raportoinnista saatuja tietoja hyödynnetään turvallisuuden kehittämisessä. Raportoinnin tulee olla järjestelmällistä. Organisaatiossa vastuut ja tehtävät ovat määritelty ja ne ovat kaikkien tiedossa. (Kinnunen ym. 2009, 14.)



KUVIO 2: Hyvän raportointimenettelyn yleiset periaatteet (Kinnunen ym. 2009)

Lääkehoitosuunnitelmassa tulisi erityisesti kiinnittää huomiota tapaan, jolla palautteita hyödynnetään ja painottaa, että poikkeamista opitaan. Poikkeamista ilmoittaminen vaatii työyksiköltä avointa ja rakentavaa ilmapiiriä, joka ei kiinnitä huomiota poikkeaman tekijään, vaan siihen, mikä johti poikkeaman syntyyn ja siitä oppimiseen. Lääkepoikkeamista tulee myös ilmoittaa kyseiselle potilaalle erityisesti, jos se aiheuttaa tai voi aiheuttaa potilaalle seurauksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 61.)

Lääkkeiden vaikutusta tulee seurata ja arvioida. Suomessa havaituista haittavaikutuksista pidetään valtakunnallista lääkelaitoksen haittavaikutusrekisteriä, johon lääkäreiden tulee ilmoittaa havaitut ja epäillyt haittavaikutukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 62.) Haittavaikutuksella tarkoitetaan lääkkeen haitallista ja tahatonta vaikutusta, joka ilmenee normaalin annoksen yhteydessä sairauden ehkäisyssä, taudin määrittämisessä, hoidossa tai fysiologisten toimintojen säätelyssä. Lääkelaitoksen haittavaikutus rekisteriin on vuonna 2006 tehty

yhteensä 1135 haittavaikutus ilmoitusta, kun taas vuonna 2002 tehtiin 805 ilmoitusta. (Suomen lääketilasto 2006, 39–40.)

4.2 Iäkkäiden lääkehoidon erityispiirteitä

Maaailman terveysjärjestö esitteli 80-luvulla suosituksen, jonka mukaan 75-80 vuotta täyttäneillä ei tulisi olla useampaa kuin 3-4 lääkeainetta samanaikaisesti käytössään. Monisairaiden iäkkäiden ihmisten on vaikea päästä tähän suositukseen. Joillain vanhuksilla saattaa olla enemmän kuin kymmenen lääkettä käytössään. Iäkkäiden ihmisten on kuitenkin hyvä tarkastella lääkitystään ja lääkkeiden määrää kriittisesti yhdessä lääkärin kanssa. (Kivelä 2006, 33; Kivelä 2004, 11.)

On ongelmallista, kun lääkeaineesta syntyviä haittavaikutuksia tai yhteisvaikutuksia ei tunnista tai se on puutteellista. On hyvin yleistä, että haitta- ja yhteisvaikutusoireita hoidetaan virheellisesti uudella lääkeaineella. Tällainen toimintatapa saattaa aiheuttaa tuhoisia vaikutuksia muistiin ja henkisiin kykyihin ja yleiseen toimintakykyyn. (Kivelä 2006, 49–50.)

Dementiaan kuuluu muistihäiriön lisäksi muita kognitiivisia (henkisiä) haittoja, joiden takia sairastuneen sosiaalinen kanssakäyminen on vaikeutunut ja heille on vaikeampaa selviytyä erilaisista päivittäisistä tehtävistä. (Kivelä 2006, 108.) Jos dementiaa sairastavalla iäkkäällä ihmisellä on virheellinen lääkitys, saattaa se heikentää hänen muistiaan ja henkisiä kykyjään ja se voi johtaa kaatumistapaturmiin, jäykistymiseen ja jopa täydelliseen sekavuuteen, liikuntakyvyn menettämiseen sekä virtsanpidätyskyvyttömyyteen. Henkilö, joka sairastaa dementiaa, saavat helpommin lääkehoidosta haittavaikutuksia kuin samanikäinen ei-dementiaa sairastava henkilö. On tärkeää, että ulkopuoliset seuraavat ja havainnoivat lääkehaittoja, sillä dementoitunut henkilö ei kykene itse kertomaan lääkkeiden aiheuttavan tiettyjä oireita. (Kivelä 2006, 109.)

Ihmisen lääkkeiden sietokyky vähenee, kun hänelle tulee ikää lisää. Koska iäkkäillä ihmisillä on yleensä monta eri lääkettä samanaikaisesti käytössään, näiden negatiivisen yhteisvaikutusten vaara on korkea. Tämä on yksi tärkeimmistä ongelmista vanhusten lääkehoidossa. (Kivelä 2004, 13.)

Tärkein käytännön toimenpide, jonka täytyy tapahtua säännöllisesti, on lääkkeiden tarkistus- ja vähentämiskiertojen järjestäminen. Hoitohenkilökunnan ja lääkärin tulee järjestää jokaiselle hoidossa olevalle vanhukselle lääkehoidon tarkistaminen ja kliininen tutkimus vähintään kerran vuodessa. Yhteisneuvotteluun voi ottaa mukaan myös mahdollisesti potilaan omaisen. Näissä neuvotteluissa poistetaan vanhukselta tarpeettomat ja haitalliset tai mahdollisesti hai-

talliset lääkkeet ja muutenkin hänen lääkehoitonsa järjestetään asianmukaiseksi. (Kivelä 2004, 95–96.)

4.3 Potilasturvallisuus

Tietoa on paljon siitä, miten rakentaa turvallisempia systeemejä ja vähentää riskejä, mutta vain pieni osa tästä tiedosta on sisäistetty terveydenhoitoalalle. Niin kauan, kun tätä tietoa ei käytetä hyväksi, pitkäjänteinen muutos yksilöiden sekä organisaatioiden menettelytavoissa, joissa on tarvetta muutokselle turvallisemman hoidon eteen, on hyvin epätodennäköistä. Rangaistukset eivät auta. (Barach & Moss 2001.)

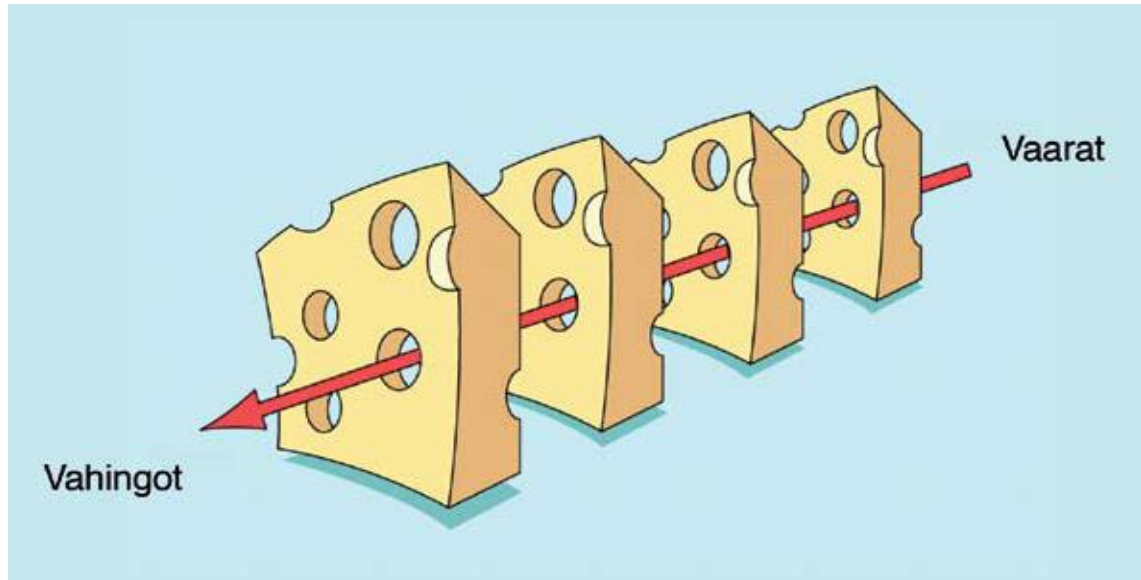
Jokaisella terveydenhuollon ammattilaisen työtä tekevällä tulee olla luonnollisena osana työtä potilaan hoidon laadun varmistaminen (Kinnunen 2008, 10). Ihminen on erehtyväinen. Sen takia väistämättä tapahtuu virheitä, kun potilaita hoidetaan. Kuitenkin vain pieni osa tapahtuneista virheistä tulee esille potilasvakuutusilmoitusten kautta. Jotta virheitä pystyttäisiin tehokkaasti ehkäisemään, vaatii se virheiden systemaattisen kartoittamisen ja sen avulla voidaan kehittää toimintaa turvallisemmaksi. (Palonen, Nio & Mustajoki 2005, 377.)

Virheiden estämiseksi täytyy tehdä muutakin kuin pelkästään arvioida toimintaa potilasvahinkojen, muistutusten ja muuhun palautteeseen perustuen, sillä ulkomaisten tutkimusten mukaan vain noin viisi prosenttia hoitoon liittyvistä virheistä tulee ilmi potilasvahinkoilmoitusten ja muun potilaspalautteen kautta (Palonen ym. 2005, 378). Useinkaan ei jäädä miettimään, miksi jotain tapahtui, ja voitaisiinko jotain tehdä toisin, ettei vastaavaa tapahtuisi uudelleen. On turhaa resurssien tuhlausta, jos samoja virheitä toistetaan yhä uudestaan. On tärkeää, että virheistä opitaan ja annetaan myös muiden oppia niistä. (Kinnunen 2008, 10.)

Hoidosta tulee turvallisempaa silloin, kun oppii työskentelemään tiiminä ja ymmärtää tiimin mikrojärjestelmänä - pieni, keskittynyt, organisoitunut yksikkö, jolla on joukko potilaita, teknologiaa sekä ammatinharjoittajia. Joitakin hyvin tärkeitä muutoksia, joita hoitotyön ammattilaiset pystyvät tekemään, voidaan tehdä ilman teknologiaa ja ne saattavat kuulostaa kulu-neilta tai yksinkertaisilta toimenpiteiltä. Vaikeus on siinä, miten toteuttaa se, minkä tiedämme teoriassa. (Barach ym. 2001.)

Kun virhe tapahtuu, taustalla ei ole vain yksi toiminnan puutteellisuus, vaan yleensä taustalla on useampi. Tällaista tapausta kuvaa hyvin James Reasonin ”reikäjuustomalli” (swiss chees model) (KUVIO 3). Siinä emmental-juuston palat ovat toiminnan eri vaiheita ja reiät virhemahdollisuuksia. Kun juustopalojen reiät osuvat kaikki samalle kohdalle, tapahtuu hoitovirhe, josta potilaalle seuraa hoitohaitta. Kun taas tilanteessa, jossa reiät ovat eri kohdissa, yhden

viipaleen kohdalla käynnistynyt virhereaktio pysähtyy seuraavan palan kohdalla ja potilas säästyy hoitohaitalta eikä lopullista virhettä tapahdu. (Palonen ym. 2005, 380–381.)



KUVIO 3: Reasonin reikäjuustomalli (Palonen ym. 2005, 380–381)

Usein saatetaan ajatella, että epäpätevät työntekijät tekevät virheitä. Näin ei kuitenkaan ole, vaan myös pätevät ja työhönsä hyvin sitoutuneet ihmiset tekevät virheitä. Virheitä ei pystytä millään ehkäisemään pelkästään työntekijöitä pätevoittämällä. Siihen tarvitaan koko systeemin tarkastelua ja kehittämistä turvallisemmaksi. (Palonen ym. 2005, 381–382.)

Yleensä, kun virhe tapahtuu, etsitään heti syyllistä. Kun syyllinen löytyy, rangaistaan häntä yleensä tavalla tai toisella. Tällä tavoin toimimalla tulee tilanteita, jolloin työntekijä pyrkii pitämään virheet salassa mahdollisimman pitkään, sillä hän pelkää rangaistusta. Lisäksi, jos virheet eivät tule ilmi, ei niistä voi myöskään oppia. Yleensä virheiden taustalta löytyy työyhteisön toimintaan liittyviä heikkouksia, jotka ovat altistaneet virheelle. (Palonen ym. 2005, 382.) Sellainen potilasturvallisuuskulttuuri, jossa vaaratilanteet voidaan tuoda avoimesti esiin, on kaikista ihanteellisin. Vaaratapahtumailmoituksia tulee käyttää apuna työyksikön kehittämisessä siihen suuntaan, että asiat on helppo tehdä oikein, mutta virheiden tekeminen on vaikeaa. (Kinnunen 2008, 10.)

Silloin, kun vaaratilanne on tapahtunut ja se havaitaan, on tärkeää minimoida potilaalle aiheutuva haitta. Potilastietoihin tulee tehdä tapahtumasta merkinnät. Lisäksi on tärkeää, että ollaan rehellisiä potilaalle ja kerrotaan hänelle avoimesti, mitä on tapahtunut. Yleensä potilaat haluavat tarkan kuvauksen tilanteesta, mutta eivät lähde syyllistämään ketään. Virheen

tehneen tulee ottaa tapahtuneesta vastuu ja pyytää potilaalta anteeksi. Jos virhettä peitellään, saattaa siitä tulla potilaalle entistä vakavampia seurauksia. (Kinnunen 2008, 10.)

Ei ole mitenkään ennen kuulumatonta, että hoitohenkilökunta joutuu tilanteisiin, joissa työyhteisössä sovitusta toimintatavoista joudutaan oikaisemaan, jotta työvuorossa ehtii tekemään edes jotenkin välttämättömimmät työt. Silloin, kun jätetään noudattamatta ohjeita, seuraa siitä se, että kun tietyn kohdan oikaisemisesta ei aiheutunut välittömästi vaaraa, rupeaa henkilökunnan luottamus ohjeiden oikeellisuuteen ja tärkeyteen heikkenemään. Jonkin ajan kuluttua työyksikössä saatetaan alkaa noudattaa omia toimintatapoja, jotka siinä työyhteisössä hyväksytään. Nämä toimintatavat saattavat olla kuitenkin ristiriidassa organisaation yleisten ohjeistuksien kanssa. (Kinnunen 2008, 13.)

Kaikista ilmenneistä virheistä ja haittatapahtumista on erittäin tärkeää keskustella henkilökunnan kesken osastokokouksissa tai muissa yhteyksissä, jotta virheistä voitaisiin oppia. Ainoa ratkaisu, millä työyksikköön voidaan saada syntymään virheitä ennalta ehkäisevä ilmapiiri ja henkilökunta voi oppia tehdyistä virheistä, tapahtuu vain palautteen ja keskustelun avulla. (Palonen ym. 2005, 390; Leape & Berwick 2000.)

Potilasturvallisuuden kehittäminen ei ole ainoastaan virheistä keskustelua. Sen sijaan, että päivittäisellä raportilla käydään läpi vain perusasioita, voidaan potilasturvallisuuden ilmapiiriä parantaa esimerkiksi keskustelemalla alkavan vuoron potilasturvallisuutta vaarantavista tekijöistä. Pelkkien vaaratilanteiden ja virheiden läpikäymisen lisäksi on hyväksi vastapainoksi käydä läpi myös tilanteita, jolloin potilaiden hoito on onnistunut laadukkaasti ja turvallisesti ja sen myötä ohjata toimintaa siihen suuntaan. (Kinnunen 2008, 13.)

Potilasturvallisuuteen ei ole ”pikaratkaisua”. Työntekijöiden tulee tutkailla kaikkia tekemiään toimenpiteitä ja menetelmiä. Monet menetelmät, varsinkin monimutkaisimmat, tulee suunnitella uudelleen, jotta niistä tulisi vähemmän alttiita ihmisen virheille. Tarvitavat muutokset kohti turvallista hoitoa ovat niin kulttuurisia kuin teknisiäkin. Jotta voidaan luoda turvallinen hoitokulttuuri, täytyy kiinnittää huomiota muihinkin seikkoihin, kuin vain suunniteltuihin tehtäviin sekä menetelmiin. Näiden lisäksi tulee huomioida työolosuhteet, jossa joudutaan työskentelemään, esimerkiksi työtunnit, aikataulu ja työtaakka sekä se, miten työyksikössä ollaan vuorovaikutuksessa toinen toisiinsa. Kaikista tärkeimpänä seikkana on kiinnittää huomiota siihen, miten hoitotyössä työskentelevää tiimin jäsentä koulutetaan, jotta voidaan toteuttaa potilaalle turvallista hoitoa. (Leape & Berwick 2000.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön aloitteesta on valmistettu ensimmäinen suomalainen potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009-2013: Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Strategian toiminta-ajatus on edistää potilasturvallisuutta yhdessä. Tarkoituksena on yhtenäistää potilas-

turvallisuuskulttuuri ja edistää sen toteutumista. Tavoitteena on lisätä strategian avulla potilaiden osallistumista turvallisuuden parantamiseen. Lisäksi tavoitteena on potilasturvallisuuden hallinta ennakoiden ja oppien, vaaratapahtumien raportoiminen ja niistä oppiminen sekä potilasturvallisuuden edistäminen suunnitelmallisesti ja riittävillä voimavaroilla että potilasturvallisuuden huomioiminen terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa. Vuodelle 2013 on asetettu tavoitteeksi, että potilasturvallisuus on kiinnitetty toimintaympäristöön ja tapoihin, jolloin hoito on turvallista ja vaikuttavaa. Strategia pyritään toteuttamaan lisäämällä potilaan informointia ja voimaantumista sekä riskien ennakoimisella, vaaratapahtumien raportoinnilla ja niistä oppimalla, henkilöstön koulutuksella että voimavarojen varmistamisella. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009,3–13)

Suikkasen (2008, 22, 51–52) tekemässä pro-gradu tutkielmassa käy ilmi, että hoitajat arvioivat eniten lääkepoikkeamia tapahtuneen lääkkeen annostelussa potilaalle, kirjaamisessa ja valmistuksessa/annosjakelussa. Tutkimukseen vastanneiden mielestä jatkuva ammattitaidon ylläpito lääkehoitoon liittyvissä asioissa sekä lääkemääräysten uudelleen tarkistaminen tarvittaessa olivat lääkityspoikkeamien ennaltaehkäisyssä tärkeitä yksilöön liittyviä tekijöitä. Lisäksi organisaatioon liittyvissä tekijöissä hoitajat ehdottivat monia parannuksia lääkehoitoon liittyviin käytäntöihin. Näitä parannuksia olivat muun muassa riittävät henkilökuntaresurssit, työrauha, uuden työntekijän perehdytys, opiskelijaohjaus, hyvä työilmapiiri sekä työvuoro- ja suunnittelu. Hoitajat toivovat, että heidän kollegansa huomauttaisivat heille itselleen mahdollisesti tekemästään virheestä. He kokevat myös tarpeellisena, että virheitä ja läheltä piti -tilanteita käsitellään kokouksissa, jolloin kaikki pystyvät tiedostamaan toiminnan riskit. Tutkimuksessa käy myös ilmi, että osa hoitajista kokee, että työtä tehdessään työntekijä ajoittain niin sanotusti sokeutuu omille virheilleen. Tämän takia kaksoistarkastus lääkehoitoon liittyvissä asioissa on tärkeä asia.

5 Kehittämisprojektin toteutus

Tässä kappaleessa esitellään projektin aikataulu ja käydään läpi dementia-ryhmäkoodista muodostettua lääkehoidon nykytilannetta. Kehittämistoimintamme olemme toteuttaneet juurruttamismenetelmää käyttäen.

5.1 Projektin eteneminen

Projekti alkoi tammikuussa 2008, jolloin opiskelijoita rekrytoitiin Turvallinen lääkehoito -hankkeeseen. Tämän jälkeen opiskelijat osallistuivat Lohjan Laureassa menetelmäpajoihin, joissa käytiin läpi muun muassa projektin kulkua ja tavoitteita. Projektin ensimmäiset menetelmäpajat toteutettiin 13.2.2008, 5.3.2008 ja 2.4.2008. 7.5.2008 Lohjan Laureassa pidetyssä sisältöpajassa saimme tietää yhteistyökumppanimme ja yhteyshenkilöidemme nimet. Näin

saimme muodostettua työryhmän projektia varten. Ensimmäisen yhteydenoton työryhmämme työelämän edustajiin otimme sähköpostitse 9.5.2008.

Tapasimme ensimmäisen kerran työryhmämme kanssa Lagus-kodissa 21.5.2008, jolloin työryhmä tutustui toisiinsa ja saimme myös kuvan yhteistyökumppanistamme, Lohjan dementiaryhmäkodeista Lagus-koti ja Alatupa. Toinen tapaaminen työryhmän kesken tapahtui Alatu- vassa 28.5.2008, jolloin keräsimme lisää taustatietoja näistä kahdesta dementiaryhmäkodista.

Orientaatiovaiheen raportin esittely oli menetelmäpajassa 4.6.2008. Kesän 2008 aikana työryhmän opiskelijajäsenet etsivät tutkittua ja teoreettista tietoa projektin teoreettiseksi pohjaksi. Seuraava menetelmäpaja järjestettiin Lohjan Laureassa 27.8.2008, jolloin paikalla oli- vat opiskelijajäsenet. Työryhmä tapasi seuraavan kerran lähipäivänä 4.9.2008 Lohjan Laureas- sa. Lähipäivänä käytiin läpi projektin kulkua ohjaavien opettajiemme kanssa. Pidimme 1.10.2008 menetelmä- ja sisältöpajan. 29.10.2008 työryhmä kokoontui yhteen Lohjan Laure- assa järjestettyyn koulutuspäivään. Samalla kerralla sovimme työelämän edustajien haastat- teluajankohdan. Haastattelu toteutettiin Lagus-kodissa 3.11.2008. Tämän jälkeen haastattelu litteroitiin ja käsiteltiin sisällönanalyysiä apuna käyttäen. Seuraava menetelmä ja sisältöpaja järjestettiin koulussa Lohjan Laureassa 12.11.2008, jossa selvitettiin muun muassa hankkee- seen osallistujien etenemistä projektissa. Työryhmä tapasi 3.12.2008 koululla järjestettävässä koulutuksessa.

Alustavan suunnitelman palautus Laurean käyttämään Optima - verkkoympäristöön oli 18.1.2009. Haastattelun pohjalta tehty kalanruotomalli käytiin esittelemässä työyhteisölle 28.1.2009. Opiskelijat opponoivat toistensa alustavia suunnitelmia ja opponointien piti olla valmiina 3.2.2009 mennessä Optimassa. Viimeinen menetelmä- ja sisältöpaja järjestettiin koululla 11.2.2009. Projektin loppuseminaari pidettiin 1.4.2009 Lohjan Laureassa. Tilaisuus- dessa työryhmät esittivät yhteistyökumppanin toiminnassa käytettäviä hyviä käytänteitä ja kehittämiskohde-ehdotuksen. Seminaarin lopuksi päätettiin lopullinen kehittämiskohde, jota seuraavaan Turvallisen lääkehoidon-hankkeeseen osallistuvat opiskelijat lähtevät kehittä- mään. 15.4.2009 työyhteisölle lähetettiin arviointilomake projektin kulusta ja toimivuudesta ja työryhmän työskentelystä. Arviointilomakkeen palauttamispäivä oli 29.4.2009. Opiskelijoi- den viimeisteleminen raportin oli tarkoitus olla valmis 13.5.2009.

5.2 Nykytilanteen kuvaus

Seuraavissa kappaleissa kuvaamme yhteistyökumppanimme työyksiköissä tapahtuvan lääke- hoidon nykytilanteen. Kuvaus on koottu 3.11.2008 tehdyn haastattelun perusteella. Haastatel- tavina oli toimipaikkojen sairaanhoitaja ja lähihoitaja. Haastattelussa käytetyt kysymykset muodostuivat Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito- oppaan (2005) pohjalta.

Haastattelussa käytiin läpi kaikki kohdat lääkehoitosuunnitelmasta. Kysymykset käsittelivät muun muassa lääkehoidon sisältöä, toimintatapoja, osaamisen varmistamista ja ylläpitoa sekä henkilöstön vastuuta, velvollisuuksia, työnjakoa ja lupakäytäntö että lääkehuolto, lääkkeiden jakoa, potilaiden informointia ja dokumentointia (liite1). Nykytilannetta kuvataan liitteissä 2 ja 3 kalanruoto mallin avulla. Tässä nykytilanteen kuvauksessa tarkoitamme hoitaja käsitteellä Alatuvan ja Lagus-kodin lähihoitajan virassa olevia työntekijöitä. Sairaanhoitajaa ja lääkäriä nimitämme virkanimillä.

5.2.1 Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat

Alatuvan ja Lagus-kodin yksiköissä toteutetaan lääkehoitoa enimmäkseen suun kautta otettavilla lääkkeillä. Tämän lisäksi asiakkailta voi olla erilaisia iho- ja nenäsuihkeita, silmä- ja korvatippoja sekä inhaloitavia lääkkeitä. Yksiköissä annetaan myös lääkkeitä peräsuolen kautta, ihopistoksina, kuten insuliini, ja lihakseen annettavina pistoksina. Lihakseen pistettävät lääkkeet pistää pääsääntöisesti sairaanhoitaja.

Asukkaat maksavat itse tarvitsemansa lääkkeet tiettyyn rajaan asti, jonka jälkeen he saavat korvausta suurista lääkekustannuksista. Apteekki huolehtii siitä, että kun raja ylittyy, he muistuttavat hoitajia täyttämään kaavakkeen joka tilauksen yhteydessä, jotta asukas saa korvauksen lääkekustannuksistaan kansaneläkelaitokselta.

5.2.2 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen

Työntekijöiden lääkehoidon osaamista ei varmisteta tällä hetkellä mitenkään työhön ottamisen jälkeen. Uuden työntekijän lääkehoidollista osaamista ei erikseen varmisteta, vaan oletetaan hänen kysyvän neuvoa vanhoilta työntekijöiltä epäselvissä asioissa. Aikaisemmin työntekijöiden lääkehoidon osaamista on ylläpidetty erilaisilla koulutuksilla ja luennoilla. Viimevuosina koulutukset ovat kuitenkin vähentyneet. Henkilökunta itse kokee lääkehoitoa ylläpitävät koulutukset tärkeinä ja tarpeellisina.

Työyksikössä ei erikseen valvota työntekijöiden toteuttamaa lääkehoitoa. Hoitajat valvovat ja ovat vastuussa itse henkilökohtaisesta toiminnastaan. Kummassakaan yksikössä ei ole kirjallista lääkehoitosuunnitelmaa.

5.2.3 Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako

Sekä Lagus-kodissa että Alatuvassa työskentelee kummassakin viisi hoitajaa. Tämän lisäksi yksi hoitaja työskentelee molemmissa työyksiköissä. Henkilökuntaan kuuluu myös yksi sairaanhoitaja, joka kiertää lisäksi muissa Lohjan alueen kotihoidoissa, joten hän ei ole päivit-

täin paikalla Alatuvassa tai Lagus-kodissa. Hoitajat saavat häneen tarvittaessa yhteyden puhe-
limitse. Koulutukseltaan hoitajat ovat lähihoitajia, perushoitajia, apuhoitajia tai kodinhoita-
jia. Työyksikössä toimii myös vanhustyöntekijöitä, joilla ei ole varsinaista terveydenhuollon
koulutusta, mutta jotka ovat työn kautta oppineet hoitotyötä. He ovat saaneet lääkehoidosta
koulutusta, jonka jälkeen ylilääkäri on antanut erityislupa jakaa lääkkeitä.

Lääkehoitoon liittyviä vastuita ei ole erityisemmin jaettu työntekijöiden kesken. Sairaanhoida-
jalla on enemmän lääkehoidollista vastuuta kuin muulla henkilökunnalla. Sairaanhoidajan vas-
tuulla on muun muassa pistoksien anto lihakseen. Lisäksi sairaanhoidajan toimeen kuuluu ot-
taa tarvittaessa yhteyttä lääkäriin ja kirjata lääkemuutokset asukkaan papereihin ja sähköi-
seen lääkelistaan tietokoneelle. Hänellä on myös erillislupa antaa tarvittaessa suonensisäisiä
lääkkeitä.

Kaikilla työntekijöillä on ihon alle pistolupa, joten he saavat pistää asukkaalle esimerkiksi
insuliinia. Osa hoitajista on saanut sairaanhoidajalta koulutuksen lihakseen pistämiseen. Kou-
lutuksen jälkeen heille on haettu ylilääkäriltä erillislupa toteuttaa lihakseen pistettävien
lääkkeiden antamista. Hoitajien työkuvaan kuuluu lääkehoidon osalta muun muassa lääkkei-
den tilaaminen, jakaminen dosetteihin ja antaminen asukkaille. Työyksiköissä työskentelevät
vanhustyöntekijät ovat saaneet lisäkoulutusta lääkehoidosta, jonka ansiosta he ovat saaneet
erillislupa toimia samoissa tehtävissä kuin muutkin hoitajat.

Vakituinen henkilökunta perehdyttää uudet työntekijät toimipisteiden toimintaan sekä lääke-
hoitoon. Uudelle työntekijälle näytetään ja kerrotaan työnkuvasta ja toimintatavoista. Toimi-
paikkoihin on tehty perehdytyskansiot, joissa käy ilmi asiat, jotka tulee käydä uuden työnteki-
jän kanssa läpi. Perehdytyskansio sisältää muun muassa toimipaikkojen turvallisuusasiat, häly-
tysjärjestelmät sekä lääkehoitoon kuuluvat kohdat, kuten lääkkeiden säilytys ja tilaaminen.

5.2.4 Lupakäytännöt

Kaikilla hoitajilla on lupa jakaa lääkkeitä dosettiin sekä pistää ihon alle (s.c.). He antavat
lääkkeet asukkaille suun kautta (p.o.), suppoina, nenäsumutteina ja silmätippoina. Hoitajilla
on lääketilauslupa apteekista.

Sairaanhoidaja kouluttaa tarvittaessa hoitajia, jotta he saavat erillislupia esimerkiksi ihon alle
pistämiseen. Lagus-kodissa on yksi hoitaja, jonka sairaanhoidaja on kouluttanut pistämään
lihakseen (i.m.). Sairaanhoidajan antaman koulutuksen jälkeen hoitaja on saanut ylilääkäriltä
lupa pistää lihakseen. Koulutuksen jälkeen erillislupa saaneelle hoitajalle ei ole järjestetty
täydennyskoulutusta tai seurantakoulutusta. Sairaanhoidajalla on laskimonsisäisen lääkehoi-

don lupa, mutta kummassakaan Alatuvassa tai Lagus-kodissa ei käytetä laskimonsisäistä lääkettä.

5.2.5 Lääkehuolto

Hoitaja, joka jakaa asukkaiden lääkkeitä dosetteihin, tarkistaa samalla tarvitseeko tilata lisää jotain lääkettä. Kun hoitaja on tehnyt lääketilauksen, kukaan ei enää sen jälkeen erikseen tarkista apteekista tilattavia lääkkeitä tai niiden määriä. Kummassakin toimipisteessä talonmies hakee reseptit ja lääketilauksen tiistaisin ja hän tuo ne takaisin keskiviikkoisin. Alatuvassa reseptit viedään samassa talossa sijaitsevan palvelukeskuksen hoitajien kansliaan, josta talonmies hakee reseptit. Erikoistapauksissa talonmies voi tulla hakemaan vielä torstaina tilauksen ja reseptit ja toimittaa lääkkeitä perjantaina toimipaikkaan.

Lääkkeiden jakajan tulee seurata jaettavien lääkkeiden käyttöpäivämääriä ja käyttökuntoa. Käyttöpäivämäärät harvoin menevät umpeen, sillä apteekista saa vain kolmelle kuulle lääkkeitä kerrallaan. Hoitajat pyrkivät kiinnittämään myös mahdollisimman tarkasti huomiota lääkkeiden oikeaan säilyttämiseen, jolloin myös lääkkeiden käyttökelpoisuus säilyy parhaiten. Jos kuitenkin lääke pääsee vanhenemaan tai menevät käyttökelvottomaksi, talonmies palauttaa lääkkeen apteekkiin hävitettäväksi.

Jokaisella asukkaalla on omat lääkkeitä, joita säilytetään nimetyissä laatikoissa. Nämä nimetyt laatikot säilytetään Lagus-kodissa keittiön lukollisessa komerossa. Alatuvassa laatikot säilytetään lukollisessa varastossa. Lisäksi molemmissa toimipisteissä jääkaappisäilytystä vaativat lääkkeitä säilytetään lukottomassa ruokajääkaapissa keittiössä.

Pitämällä lääkkeiden säilytyspaikat lukossa ja avaimet hoitajien taskussa tai kaulassa roikkumassa, pyritään estämään asiattomien pääsy lääkkeisiin. Kuitenkin lopullinen vastuu ovien lukitsemisesta on paikalla olevalla hoitajalla.

Tietoa lääkkeistä työntekijät hakevat lääkepakkauksista, Internetistä terveysportista, apteekista, Pharmaca Fennicasta ja kysyvät toisiltaan. Lääkehoitoon liittyen henkilökunta käyttää jonkin verran eri lähteitä. Enimmäkseen he käyttävät tiedon lähteenä Internetiä. Tiedon haun ansiosta hoitajat ovat hyvin tietoisia asukkaiden käytössä olevien lääkkeiden vaikutuksista ja antotavoista.

5.2.6 Lääkkeiden jakaminen ja antaminen

Lääkkeet jaetaan dosetteihin Lagus-kodissa kerran viikossa ja Alatuvassa kahdeksi viikoksi kerrallaan. Asukkaiden lääkelistat ovat kirjattuna sähköiseen lääkelistaan. Tämä lääkelista on

tulostettuna lisäksi lääkejakokansioon. Hoitaja katsoo asukkaan lääkkeet kansioista ja jakaa ne dosettiin listan mukaan. Kun dosetti on jaettu valmiiksi, kyseisen asukkaan papereihin kirjataan kuka on jakanut ja koska. Lääkkeet jakaa dosetteihin lääkkeiden jakopäivänä vuorossa oleva hoitaja. Lääkkeiden tarkistuksessa kummassakaan työyksikössä ei ole käytössä kaksoistarkistusta.

Kummassakaan toimipaikassa ei ole erikseen määriteltyä lääkkeiden jakopaikkaa, mutta hoitajat pyrkivät hakeutumaan rauhalliseen ja riittävästi valaistuun paikkaan jakamaan lääkkeet. Työvuorossa on yleensä vain yksi hoitaja kerrallaan, joten se vaikeuttaa välillä rauhallisen paikan ja hetken löytämistä. Tämä vaikeuttaa lääkkeiden jakamista ilman häiriötekijöitä. Vuoron vaihtuessa työntekijöillä on yhteistä aikaa 45 minuutista kahteen tuntiin, joka usein käytetään raportointiin. Rauhallisinta jakaa lääkkeet on joko asukkaiden päiväunien aikoihin tai yövuorossa, jolloin kaikki nukkuvat. Joskus jakaminen keskeytyy ja silloin lääkkeet kerätään takaisin lääkekaappiin lukkojen taakse. Valmiiksi jaetut lääkkeet säilytetään doseteissa lukitussa lääkekaapissa.

Lääkkeiden jaossa hoitajat huomioivat hyvän aseptiikan. Hoitajat pesevät kätensä sekä ennen että jälkeen lääkkeenjaon ja osa hoitajista käyttää käsineitä lääkkeenjaon ajan. Lisäksi heillä on apuvälineinä muun muassa pinsetit. Jos lääke putoaa pöydälle tai lattialle, ei lääkettä anneta asukkaalle. Asukkaalle lääkkeet annetaan tarvittaessa aamupalan, lounaan, päivällisen ja iltapalan yhteydessä. Kunkin ruokailun yhteydessä annettavat lääkkeet näkee listasta, jossa lukee kaikkien asukkaiden lääkkeet ja antajat. Asukas saa lääkkeet lääkekiposta ilman, että hoitaja koskee paljain käsin annettaviin lääkkeisiin. Lääkkeiden oikeaan antotapaan kiinnitetään huomiota, jolloin lääkkeistä saadaan paras vaikutus.

Hoitajat seuraavat asukkaiden lääkkeiden vaikutusta. Asukkaiden yksittäisten lääkkeiden vaikutusta on vaikea seurata, sillä monella asukkaalla on paljon päivittäisiä lääkkeitä. Tarvittavien annettavien lääkkeiden seuraaminen on helpompaa, vaikka asukas ei suoranaisesti aina pysty muistisairautensa takia vastaamaan vaikutukseen liittyviin kysymyksiin. Hoitajat saavat paljon tietoa asukkaan voinnista seuraamalla asukaan käyttäytymistä. Tarvittaessa annetut lääkkeet kirjataan aina asianmukaisesti potilaan papereihin. Myös lääkkeen vaikuttavuus kirjataan ylös.

5.2.7 Potilaiden informointi ja neuvonta

Lääkepoikkeama tapauksissa otetaan välittömästi yhteyttä sairaanhoitajaan tai lääkäriin. Heiltä saadaan toimintaohjeet, joiden mukaan toimitaan. Lääkepoikkeaman sattuessa siitä ei välttämättä kerrota asukkaalle, koska muuten dementoitunut asukas saattaisi huolestua turhaan. Asiasta kerrotaan asukkaalle, jos lääkepoikkeama on hänelle vaaraksi. Mikäli tapaus

vaatii asukkaan siirtämistä esimerkiksi terveyskeskukseen tarkkailtavaksi, tällöin asukasta ja hänen omaisiaan informoidaan tapahtuneesta asianmukaisesti.

Asukkaita ja heidän omaisiaan pyritään tarvittaessa informoimaan asukkaan lääkehoidosta. Asukkaat ovat sairautensa takia muistamattomia, joten lääkkeiden käyttöön liittyvät ohjaukset tulee neuvoa joka kerta uudestaan. Omaisia pyritään informoimaan lääkehoidosta, etenkin silloin, kun se jotenkin vaikuttaa asukkaan normaaliin käyttäytymiseen. Omaisia myös ohjataan lääkehoitoon liittyvissä asioissa kääntymään suoraan toimipaikkojen lääkärin puoleen.

5.2.8 Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi

Jokainen hoitaja on vastuussa siitä, että on selvillä mitä lääkettä antaa asukkaalle ja jos on epäselvyyksiä, hänen tulee kysyä toiselta hoitajalta tai katsoa lääkepakkauksen ohjeesta. Jos asukas saa vahingossa vääriä lääkkeitä, hoitajat ottavat yhteyttä yksikön omaan lääkäriin, joka kertoo, miten tilanteessa toimitaan. Asukkaiden lääkitykseen ei tehdä säännöllisiä kokonaisarviointeja. Lääkitystä arvioidaan ainoastaan tarvittaessa.

5.2.9 Dokumentointi ja tiedonkulku

Hoitajien välillä tiedonkulku toimii sekä kirjallisesti että suullisesti. Vuoron vaihdossa kerrotaan tärkeimmät tapahtumiset ja lääkärinvihkosta voi lukea tarkemmin esimerkiksi lääkärin käynneistä ja lääkemuutoksista. Lisäksi asukkaan sähköisiin papereihin kirjataan tapahtumat, kuten lääkemuutokset, tarvittavat lääkkeet ja jos sairaanhoitajaan tai lääkäriin on täytynyt olla yhteydessä asukkaan asioissa. Sähköiset paperit ovat luettavissa myös toisessa toimipaikassa toimivalle sairaanhoitajalle ja lääkärille, jolloin hekin voivat lukea saman minkä hoitajat.

Lisäksi sähköiset paperit ovat luettavissa perusterveydenhuollossa eli terveyskeskuksessa. Jos asukas siirtyy sairaalahoitoon, menee asukkaan mukana kansio, jossa on tarvittavat tiedot, kuten lääkelista sekä kuvaus asukkaan voinnista että perussairauksista. Kun asukas tulee takaisin sairaalahoitosta, saavat hoitajat ensin suullisen raportin ja sen lisäksi asukkaan mukana tulee kirjallinen sairaanhoitajan lähete. Asukkaan tietosuoja on huomioitu hoitajien täydellä vaitiolovelvollisuudella.

Lääkepoikkeaman sattuessa tulee hoitajan täyttää lääkepoikkeamalomake. Sama käytäntö on voimassa niin Lagus-kodissa kuin Alatuvassakin. Lagus-kodissa lomake on otettu hyvin käyttöön, mutta Alatuvassa lomakkeen käyttö ei ole niin vakiintunutta. Lääkepoikkeama tilanteet käsitellään työyhteisössä. Lomakkeet pyritään käymään lävitse avoimesti keskustelemalla oppimisen ja työskentely tapojen kehittämisen kannalta.

5.2.10 Seuranta ja palautejärjestelmä

Lääkepoikkeamissa tapahtuneesta informoidaan tarvittaessa lääkäriä tai sairaanhoitajaa ja sen jälkeen toimitaan heidän ohjeidensa mukaan. Lisäksi hoitaja täyttää lääkepoikkeamalomakkeen. Hoitajat käyvät nämä lomakkeet yhdessä läpi työyksiköissään. He pystyvät keskustelemaan avoimesti tapahtuneista virheistä ja poikkeamista ja ottamaan oppia tapahtumista.

Poikkeamasta ilmoittaminen asukkaalle vaihtelee. Jos lääkepoikkeama ei ole vaaraksi asukkaalle, ei asukkaalle välttämättä informoida poikkeamasta, jottei hän turhaan hätäännä. Jos poikkeama aiheuttaa joitakin toimenpiteitä, informoidaan niin asukasta kuin hänen omaisiansakin tapahtuneesta.

Asukkailta ja omaisilta kerätään suullista ja kirjallisesti palautetta tyytyväisyydestä, mutta pelkästään lääkehoidosta ei ole tehty kyselyä. Palautteista työntekijät ovat pystyneet kehittämään ja parantamaan dementiakotien toimintaa.

5.3 Lääkehoidon kehittämiskohde

Haastattelun pohjalta tehdystä nykytilanteen kuvauksesta ja kalanruotomallista työyhteisön henkilökunta sai esittää kehittämiskohteen, jota ruvetaan kehittämään turvallisen lääkehoidon mukaiseksi toiminnaksi. Kehittämiskohteen työstäminen ja juurruttaminen työyhteisöön tehdään Turvallisen lääkehoito 3 - projektissa, joka jatkaa tästä kehitysprojektista eteenpäin.

Yhteistyökumppanimme valitsivat kehityskohteikseen useamman kohteen. He toivoisivat säännöllistä koulutusta, jotta heidän tietonsa ja taitonsa olisivat ajan tasalla lääkehoidon toteutuksen ja vaikutusten suhteen. Koulutuksen avulla työntekijät näkisivät paremmin työstään kehittämiskohteet ja pystyisivät paremmin kehittämään työnlaatua ja turvallisuutta. Heidän mielestään koulutukseen voisi välillä lisätä osaamisen testausta, jotta he pystyisivät itse paremmin arvioimaan osaamistaan ja tarpeitaan lisäkoulutuksesta. Lisäkoulutusta he tahtoisivat muun muassa insuliini lääkkeiden pistämisestä ja käyttökuntoon saattamisesta.

Jotta he pystyisivät kehittämään ja vaihtamaan ajatuksiaan he toivoisivat säännöllisesti järjestettäviä osastokokouksia, joissa voisi yhdessä suunnitella potilaiden hoitoa ja käsitellä lääkepoikkeamia. Heidän ajatuksensa oli myös, että tiimityöskentelyyn panostettaisiin enemmän ja moniammatillista yhteistyötä lisättäisiin, jotta asukkaiden hoidon laatu olisi mahdollisimman hyvä ja monipuolinen. Lisäksi he toivoisivat johtajilta ja työnantajalta enemmän tukea työskentelyynsä ja arvostusta työstään.

Lagus - kodissa toivottaisiin muutosta lääkekaapin sijaintiin, sillä nykyinen kaappi ei täytä lääkekaapin vaatimuksia, vaikka onkin lukittava kaappi. Kaapin ilman lämpötila muuttuu kun ulkona on kovat pakkaset ja silloin lääkkeet on siirrettävä sieltä pois.

Kehitettävää olisi myös sopivan lääkkeidenjaon ajankohdan löytämiseksi sekä lääkkeiden jaolle tarkoitetun paikan löytämiseksi, jotta saataisiin minimoitua lääkkeen jaossa tapahtuvia virheitä. Paikan tulisi olla rauhallinen ja hyvin valaistu sekä lääkkeiden jaossa tulisi olla mahdollista käyttää suurennuslasia. Lisäksi kummastakin työyksiköstä puuttuu kaksoistarkistus lääkkeiden jaon jälkeen.

Kehitettävää he huomasivat myös lääkkeiden jaossa ja antamisessa potilaille. Heidän ongelmansa yleensä on, että lääkkeiden potilaalle antamisen jälkeen, lääkkeitä löytyy lattialta ilman että pystyttäisiin sanomaan kenen lääkkeitä ne ovat. He itse ehdottivat, että he alkavat tulevaisuudessa valvomaan tarkemmin potilaiden lääkkeiden ottoa lääkelasista.

Lopulliseksi kehittämiskohteeksi työryhmä valitsi projektin loppuseminaarissa 1.4.2009 lääkejaon toimintamallin kehittämisen, joka sisältää muun muassa lääkkeenjaon, lääkereseptien uusimisen ja lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin toimintatapojen kehittämistä.

6 Tuotos

Dementiaryhmäkoodissa toteutettava lääkehoito on tasoltaan peruslääkehoitoa, johon henkilökunnalla on asianmukainen koulutus. Osalle hoitajista on annettu lisäkoulutusta, jotta he pystyvät toteuttamaan lääkehoitoa kyseisissä yksiköissä. Lisäksi osa hoitajista on oppinut lääkehoitoa työn ja kokemuksen kautta. Henkilöt, jotka osallistuvat potilaan lääkehoitoon, on oltava asianmukaiset tiedot ja taidot lääkehoidon toteuttamiseksi. Lisäksi lääkehoitoon osallistuvan henkilön täytyy perehtyä antamansa lääkkeen käyttöön, vaikutuksiin, tavallisimpiin haittavaikutuksiin ja mahdollisiin samanaikaisesti käytettävien lääkkeiden yhteisvaikutuksiin. (Nurminen 2006, 586–587.) Silloin, kun asukkaan lääkehoito vaatii erikoisosaamista, kuten lihakseen injektion anto, hoitajat soittavat työyksikön sairaanhoitajan paikalle. Sairaanhoitaja on tavoitettavissa vain virka-aikana, mutta hoitajat saavat tarvittaessa konsultointi apua lääkäriltä tai he voivat soittaa Tynninharjun terveyskeskuspäivystykseen virka-ajan ulkopuolella.

Työntekijöiden lääkehoidon osaamista ei varmisteta työhön oton jälkeen. Asukkaiden lääkehoidon toteuttaminen on jokaisen henkilökunnan jäsenen omalla vastuulla. Hoitajan oletetaan kysyvän neuvoa toiselta hoitajalta, jos jokin asia on epäselvä. Lääkehoitoa toteuttavalla hoitajalla on velvollisuus ylläpitää ammattitaitoaan jatkuvasti ja osallistua työnantajan järjestämään täydennys- ja lisäkoulutukseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 47.) Dementiaryhmäkotien työntekijät kokevat osaamista ylläpitävät koulutukset tärkeinä ja tarpeellisina.

na, mutta viime aikoina työyhteisössä on järjestetty mitään koulutuksia vain harvoin. Työnantajan vastuulla on järjestää lääkehoidon täydennyskoulutusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 47.) Työyksiköissä on ollut epäselvyyttä opiskelijoiden oikeuksista toteuttaa lääkehoitoa. Teorian mukaan opiskelijalta edellytetään riittäviä teoreettisia tietoja ja taitoja lääkehoidosta ja työnantaja määrittää harjoittelujakson alussa opiskelijan oikeudet lääkehoidon toteuttamisessa ottaen huomioon opiskelijan valmiudet ja työyksikön lääkehoidon vaativuuden. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 51.) Opiskelija ei saa toimia lääkehoidossa omin päin, vaikka työpaikalla olisi kiire tilanne ja ohjaajalla on aina vastuu opiskelijasta (Suikkanen 2008, 52).

Kaikki työntekijät osallistuvat lääkehoidon toteuttamiseen oman koulutuksensa puitteissa tai lisäkoulutuksen pohjalta. Esimiehen tehtävänä on varmistaa, että yksikön lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvalla henkilöstöllä on tarvittava osaaminen ja että olosuhteet, jossa lääkehoitoa toteutetaan, ovat oikeanlaiset (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 48). Hoitajilla, jotka ovat saaneet lisäkoulutusta, on kirjalliset todistukset suorittamistaan koulutuksista. Lääkärin on otettava huomioon lääkehoidon toteutettavuus työyksikössä lääkettä määrätessään, mutta jokainen henkilökunnanjäsen, joka toteuttaa työyksikössään lääkehoitoa tai osallistuu siihen, kantaa itse vastuun omasta toiminnastaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 49). Hoitajat kokevat hyväksi, että voivat soittaa sairaanhoitajan paikalle, jos he tarvitsevat apua asiakkaan lääkehoidon toteuttamisessa. He ovat myös sitä mieltä, että yhteistyö sairaanhoitajan kanssa toteutuu hyvin. He toivovat kuitenkin enemmän moniammatillista yhteistyötä lääkärin ja sairaanhoitajan kanssa asukkaiden lääkehoidon suunnittelussa.

Työyksikön sairaanhoitaja kouluttaa hoitajia tarvittaessa, jotta he saavat erillislupia esimerkiksi ihon alle pistämiseen. Koulutuksen jälkeen hoitaja saa ylilääkäriltä luvan toteuttaa koulutuksen mukaista lääkehoitoa. Hoitajilla pitää olla kirjalliset todistukset erillisluvistaan ja koulutuksistaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 54.) Tämän tavan mukaan myös kyseisissä työyksiköissä on toimittu.

Kummassakin työyksikössä asiakkaiden lääkkeet säilytetään lukkojen takana. Lagus-kodissa lääkekaappina toimii keittiön lukittava kaappi. Alatuvassa lääkkeet säilytetään lukittavassa varastossa. Kun lääke on saatettu käyttövalmiiksi, tulee huolehtia lääkkeen asianmukaisesta säilytyksestä, käyttöajasta ja merkinnöistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 56). Lääkkeiden jaon yhteydessä hoitajat tarkistavat lääkkeiden riittävyyden ja tarvittavat lääkkeet hoitajat tilaavat apteekista. Hoitajat pyrkivät säilyttämään lääkkeitä niin hyvin ja oikein kuin kyseisissä olosuhteissa on mahdollista. Lisäksi he valvovat lääkkeiden käyttökelpoisuutta ja huomattessaan käyttökelvottoman lääkkeen he toimittavat sen takaisin apteekkiin. Tämä toimii, kuten teoriassa on kirjoitettu, sillä sosiaali- ja terveysministeriön tekemän Turvallisen lääkehoidon- oppaan (2005, 56) mukaan käyttökelvottomat ja vanhentuneet lääkkeet poiste-

taan viipymättä varastosta. Työyksiköt käyttävät apteekin henkilökunnan osaamista jonkin verran hyväksi uusien lääkkeiden käyttöönotossa ja tiedon hankinnassa.

Lääkkeet jaetaan nimettyihin dosetteihin enintään kahdeksi viikoksi kerrallaan. Jokaisella asukkaalla on oma lääkelista, jonka mukaan lääkkeet jaetaan dosetteihin. Hyvä käytäntö työyhteisöissä on se, että lääkkeiden jaon jälkeen asukkaan papereihin kirjataan, koska lääkkeet on jaettu ja kuka ne ovat jakaneet. Teoriassa suositellaan terveydenhuollon toimipaikkoihin otettavaksi käyttöön niin sanotun kaksoistarkistuksen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 58). Jaetut lääkkeet säilytetään lukituissa tiloissa. Lääkkeiden jakotilanteeseen ja jakopaikkaan tulee myös kiinnittää huomiota, sillä lääkkeiden jako tulee tapahtua ilman häiriötekijöitä. Hoitajat kokevat, että tällä hetkellä lääkkeiden jako saattaa häiriintyä useaan otteeseen, kun asukkaat tarvitsevat hoitajaa tai tulevat istumaan hoitajan luo hänen jakaessaan lääkkeitä. Hiljaisin ja rauhallisin aika jakaa lääkkeitä on hoitajien mielestä yövuorossa, mutta silloin hoitaja saattaa olla väsynyt ja tehdä helpommin virheitä. Jakaessaan ja antaessaan lääkkeitä lähes jokainen hoitaja huomioi aseptiset toimintatavat sekä kiinnittää huomiota lääkkeiden oikeaan antotapaan. Lääkkeiden siirtoon tarkoitettuja pinsettejä, lusikoita tai muita vastaavia apuvälineitä tulee käyttää apuna lääkkeiden jaossa lääkelaseihin tai dosetteihin ja lattialle vahingossa tippunut lääke hävitetään (Nurminen 2006, 588; Iivanainen ym. 2006, 508). Annettujen lääkkeiden vaikutukseen hoitajat kiinnittävät huomiota seuraamalla asukkaiden käyttäytymistä sekä ilmoittavat asianmukaisesti muutoksista sairaanhoitajalle tai lääkärille. Hyviin käytäntöihin kuuluu myös, että hoitajat kirjaavat asianmukaisesti potilaan papereihin tarvittaessa annetut lääkkeet, kuten Nurminen (2006, 586–587) on perustellut, että näin tulee tehdä.

Työyksiköissä hoitajat pitävät haastavana informaation antamista asukkaille, sillä heidän muistamattomuutensa vaikeuttaa heille annetun ohjeistuksen ymmärtämistä ja muistamista. Lisäksi lääkepoikkeama tapauksissa hoitajat eivät aina informoi asukasta tapahtuneesta, vaikka se kuuluu asukkaan oikeuksiin. Tärkeätä on olla rehellinen ja kertoa hänelle avoimesti, mitä on tapahtunut (Kinnunen 2008, 10). Hoitajat kokevat, että asukas saattaa turhaan huolestua, jos he eivät täysin ymmärrä, mistä on kyse. Hoitajat katsovat tilanteet tapauskohtaisesti ja päättävät sitten ottavatko he yhteyttä asukkaan omaisiin. Hyvä käytäntö olisi, että asukkaiden omaisia informoitaisiin lääkehoidosta ja siinä mahdollisesti tapahtuneista poikkeamista. Jos virhettä peitellään, saattaa siitä tulla potilaalle entistä vakavampia seurauksia. (Kinnunen 2008, 10.)

Hoitajan velvollisuus on olla tietoinen lääkehoidossa käytettävien lääkkeiden vaikutuksesta ja tarvittaessa raportoida niistä kollegoilleen sekä hoitavalle lääkärille, mutta edellytyksenä potilaan haittavaikutusten tunnistukselle on, että henkilökunta tuntee yleisimmät lääkehoitojen haittavaikutukset nimenomaan iäkkäiden hoidossa (Kivelä 2004, 95–96; Sosiaali- ja terveysministeriö 2005,60). Työyksiköissä hoitajien mielestä, he ovat itse vastuussa osaamisestaan

lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnissa. Lääkäriin tulee lääkettä määrätessä huomioida, että lääkkeen antaja on tietoinen lääkkeen antotavasta ja vaikuttavuudesta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005,60). Kukaan ei valvo toistensa tekemisiä, mutta hoitajat luottavat siihen, että epäselvissä tilanteissa kysytään toisilta neuvoa.

Hoitajien välillä dokumentointi toimii hyvien käytäntöjen mukaisesti, he kirjaavat selkeästi ja raportoivat lisäksi suullisesti toisilleen. Tiedonkulun selkeyttämiseksi tulisi tarkistaa, ettei käytössä ole sotkuisia ja suttuisia lääkelistoja (Kivelä 2006, 51). Hoitajat kokevat, että tietokoneella kirjatut potilaan tiedot siirtyvät joustavasti perusterveydenhuollossa ja parantavat tietosuojaa.

Työyksiköissä täytetään vaihtelevasti poikkeamalomakkeita, joita hyödynnetään siten, että niitä käydään avoimesti lävitse työyhteisössä ja tapauksista otetaan opiksi. Lagus-kodissa käytäntö on onnistunut paremmin kuin Alatuvassa. Yksikön lääkehoidon käytännön toimintaa tulee seurata säännöllisesti lääkehoitosuunnitelman mukaisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 61). Työyhteisössä ei järjestetä säännöllisiä tiimipalavereita, mutta työntekijät kaipaisivat itse yhteisiä tapaamisia. Kehittämistä edistäisi, jos työyksiköille järjestettäisiin mahdollisuuksia yhteisiin tiimipalavereihin, joissa moniammatillisesti suunniteltaisiin ja kehitettäisiin työyksikköjen ja asukkaiden lääkehoidon toteutusta (Hurme 2007, 55). Henkilökunnan mielestä heidän yhteisiä kokouksia pitäisi olla enemmän. Tällä tavoin he pystyisivät keskustelemaan paremmin asukkaiden asioista ja mahdollisista ongelmista.

7 Kehittämistoiminnan arviointi

Kehittämisprosessia ja prosessin kulkua opiskelijat arvioivat ja pohtivat oman näkemyksensä pohjalta. Työyhteisöille lähetettiin 15.4.2009 sähköpostilla Laurea ammattikorkeakoulun tekemä arviointilomake, jolla arvioitiin projektin kulkua, toimivuutta ja työryhmän työskentelyä. Arviointilomakkeet täytettiin nimettömänä ja palauttamispäivä oli 29.4.2009. Arviolla saadaan kattavampi kuva projektin toiminnasta ja arvioinnin perusteella voidaan myös kehittää tulevia kehittämissuunnitelmia sekä yhteistyötä.

7.1 Opiskelijoiden oppiminen ja yhteistyöosaaminen

Valitsimme tämän projektin, sillä meille opiskelijoille aihe oli hyvin tärkeä, koska kohta valmistuvina sairaanhoitajina meidän on opittava kehittämistyössä toimimista. Lääkehoidon kehittämistä pidämme erityisen tärkeänä, sillä tulevassa ammatissamme olemme varmasti joka päivä tekemisissä lääkehoidon kanssa ja meidän on hallittava oikeat toimintatavat.

Huomasimme että koulutuksestamme on ollut paljon hyötyä lääkehoidon toteutuksen osalta ja projektissa toimimisen osalta. Pystyimme hyvin käyttämään jo opittuja asioita, mutta li-

säksi olemme oppineet itekin tämän projektin aikana. Projekti opetti meille aikataulun hallintaa ja yhteistyösuhteen kehittymistä sekä yhteistyössä tekemistä että aikataulujen sovittelamista. Lisäksi tutkitun tiedon haku ja soveltaminen on parantunut tämän raportin kirjoittamisen yhteydessä. Projektin etenemistä rytmitti ja ylläpiti hyvin väliarvioille ilmoitetut päivämäärät ja alustetut vaatimukset. Ohjaajamme ovat olleet mielestämme hyvin tukena, ohjausta ja kannustusta antavia.

Yhteistyö koko työyhteisön kanssa olisi voinut olla tiiviimpää ja olisi ollutkin jos projektiimme olisi kuulunut harjoittelujakso työyhteisössä, kuten muilla Turvallisen lääkehoidon 2 - projektissa olleilla oli kotihoidon yksiköissä. Valitettavasti dementiaakodit eivät täyttäneet opiskelun tämän hetkisen harjoittelupaikan vaatimuksia. Projektin aikana on myös työyhteisöissä tapahtunut henkilöstömuutoksia, joka on varmasti myös vaikuttanut osaltaan yhteistyön rakentamiseen ja muutoksen kehittymiseen.

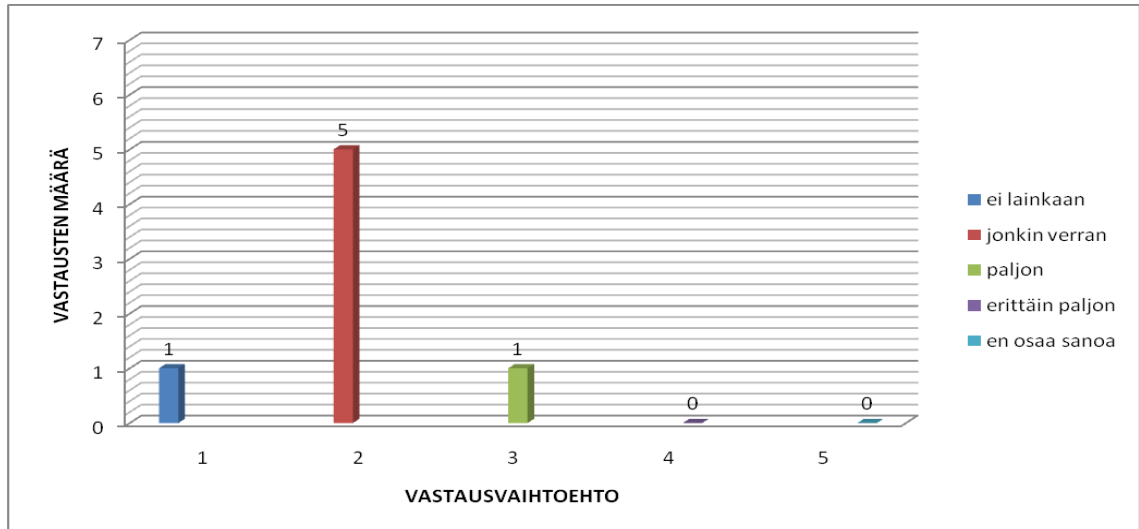
Kehittämisprojektissamme ei esiintynyt huomattavaa muutosvastarintaa, vaan kaikki työyhteisössä oli mielestämme hienosti mukana kehittämässä ja tuomassa ajatuksia ja mielipiteitä esille. Projektista jäi oikein hyvä kuva kehittamisestä, sillä loppuseminaarin jälkeen saimme lisäksi kuulla että Lagus - koti on aloittanut jo itsenäisesti turvallisen lääkehoidon kehittämisen omassa toiminnassaan. He ovat siirtäneet lääkekaapin parempaan paikkaan ja aloittaneet kaksoistarkistus käytänteen kehittämistä ja toimintaan juurruttamista. On hienoa huomata kuinka yhteistyömme on edistänyt kehittämistoimintaa. Toivomme että työyhteisöllä on tulevaisuudessakin hyötyä tästä raportistamme ja että he saavat tulevaisuudessa tehdyksi työyhteisöihin raporttia apuna käyttäen kattavan lääkehoitosuunnitelman.

7.2 Työyhteisön arviointi

Työyhteisölle lähetimme sähköpostilla arviointilomakkeen (LIITE 4) 15.4.2009, jonka työntekijät palauttivat 28.4.2009 mennessä nimettömänä. Lomakkeet lähetettiin työntekijöiden yhteiseen sähköposti osoitteeseen. Odotimme saavamme 12 lomaketta takaisin, mutta syystä tai toisesta lomakkeita palautui seitsemän kappaletta. Lomake on Laurea-ammattikorkeakoulun tekemä arviointilomake, jolla halutaan arvioida yhteistyöhenkilöiden näkemystä projektin kulusta ja hyödystä. Ensimmäiset kuusi kysymystä olivat valintakysymyksiä, joissa vastausvaihtoehdot olivat. Ei lainkaan, jonkin verran, paljon, erittäin paljon ja en osaa sanoa. Kysymyksiin seitsemän, kahdeksan ja yhdeksän pyydettiin vastaamaan kirjallisesti.

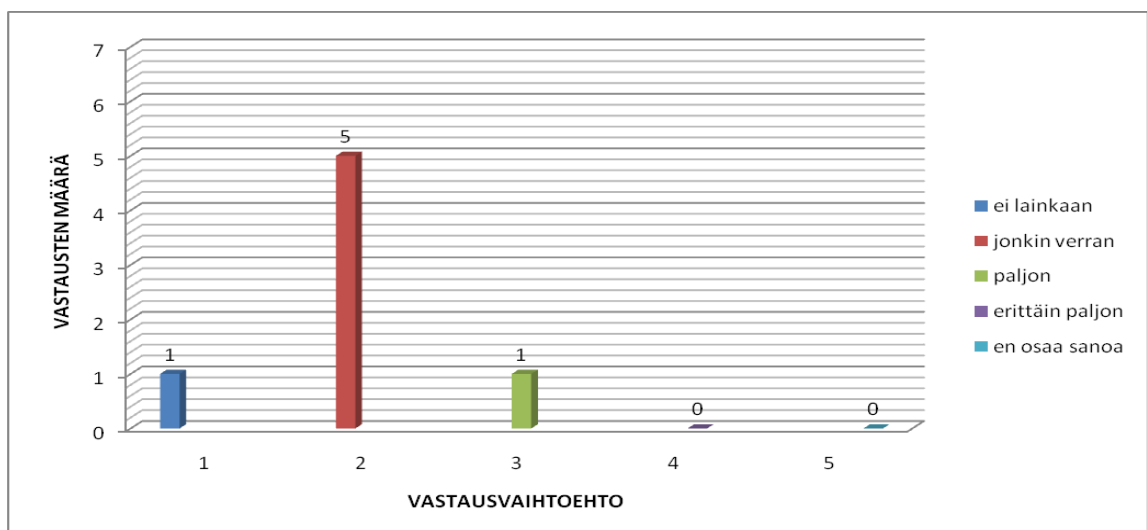
Ensimmäinen kysymys kartoitti työntekijän mielipidettä työryhmän lääkehoidon kehittämisen edistämisessä työyhteisön valitsemalla alueella. Seitsemästä vastanneista yksi oli sitä mieltä, että työryhmä ei ole lainkaan edistänyt lääkehoidon kehittämistä työyhteisön valitsemalla

alueella. Viiden mielestä työryhmä kehitti jonkin verran ja yksi vastanneista oli sitä mieltä, että työryhmä on edistänyt paljon lääkehoidon kehittämistä. (kuvio 4.)



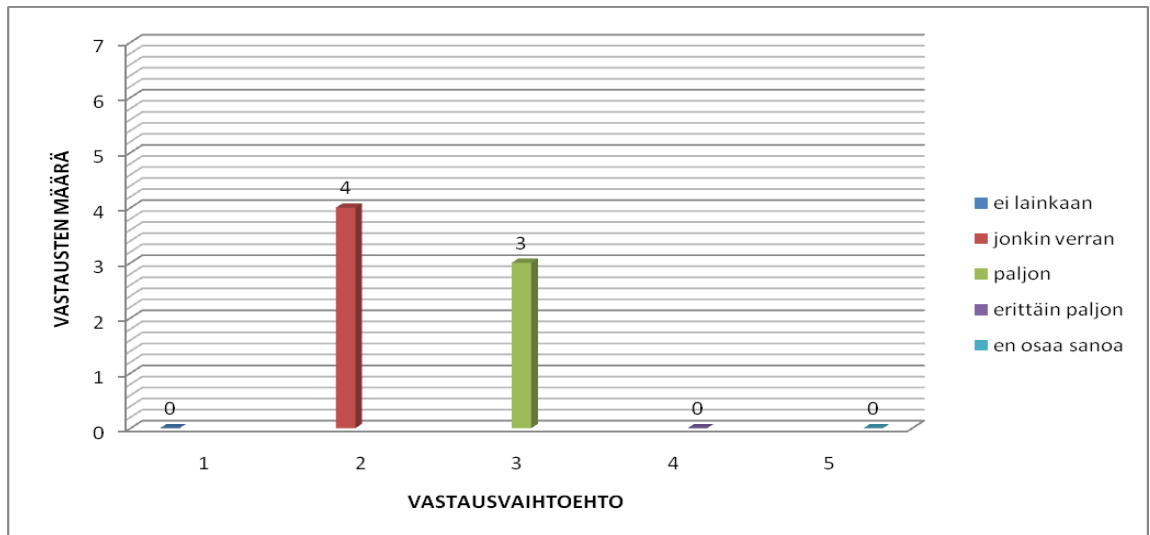
KUVIO 4: Mielipiteiden jakaantuminen työryhmän lääkehoidon kehittämisen edistämisestä työyhteisön valitsemalla alueella

Toisessa kysymyksessä kysyttiin työntekijän mielipidettä työyhteisön osallistumisesta työryhmän tuottamaan lääkehoidon nykytilanteen kuvaukseen. Yksi seitsemästä on sitä mieltä, että työyhteisö ei osallistunut lainkaan. Viiden mielestä työyhteisö on jonkin verran osallistunut ja yksi oli sitä mieltä, että työyhteisö on paljon osallistunut nykytilanteen kuvaamiseen. (kuvio 5.)



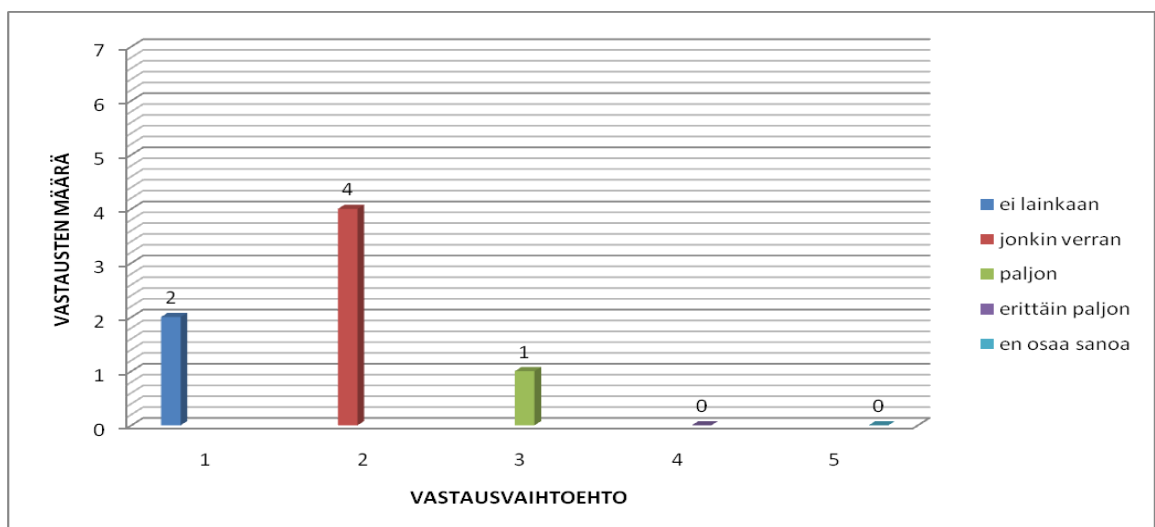
KUVIO 5: Mielipiteiden jakautuminen työyhteisön osallistumisesta työryhmän tuottamaan lääkehoidon nykytilanteen kuvaukseen

Kolmannessa kysymyksessä kysyttiin työntekijän mielipidettä työryhmän muodostaman kuvauksen hyödyntämismahdollisuudesta ja käyttökelpoisuudesta työyhteisössä. Neljä seitsemästä oli sitä mieltä, että kuvausta voidaan jonkin verran hyödyntää. Kolme oli sitä mieltä, että kuvausta pystytään paljon käyttämään työyhteisössä. (kuvio 6.)



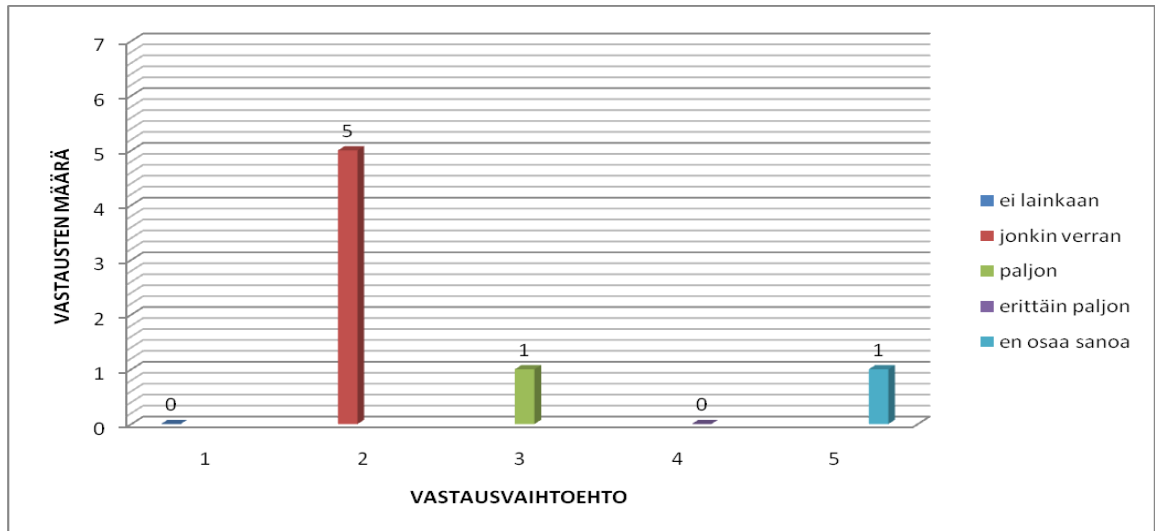
KUVIO 6: Mielipiteiden jakaantuminen työryhmän muodostaman kuvauksen hyödyntämisestä ja käyttökelpoisuudesta työyhteisössä

Neljännessä kysymyksessä kysyttiin, minkä verran työryhmä on työntekijän mielestä tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta työyhteisö on voinut lääkehoitoaan kehittää. Kaksi seitsemästä oli sitä mieltä, että työryhmä ei ole lainkaan tuottanut uusia ideoita tai ajatuksia. Neljän mielestä työryhmä on tuottanut jonkin verran ja yhden mielestä uusia ajatuksia ja ideoita on tuotettu paljon. (kuvio 7.)



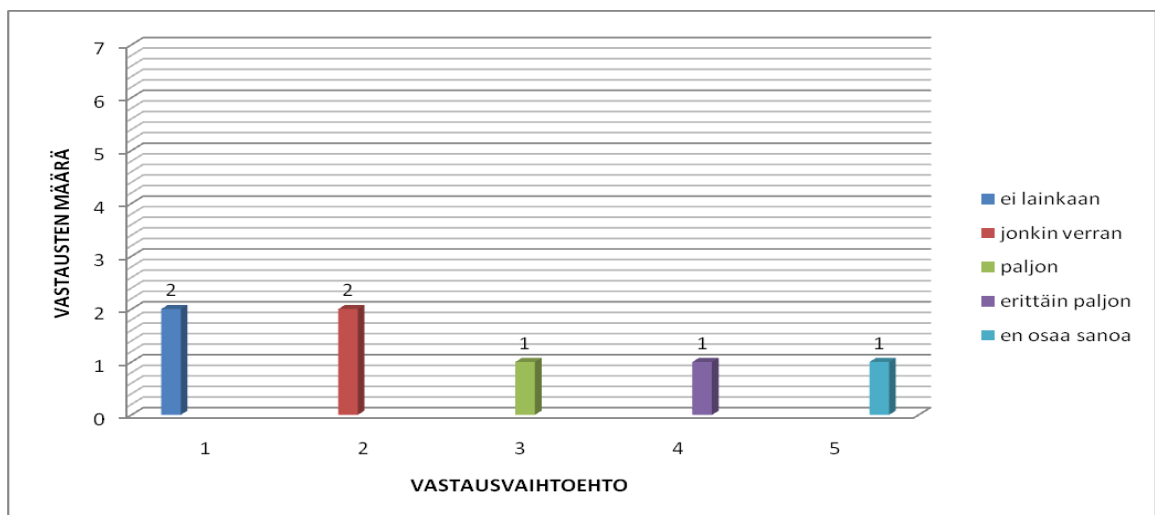
KUVIO 7: Mielipiteiden jakautuminen työryhmän tuottamien uusien ajatuksien ja ideoiden käyttökelpoisuudesta lääkehoidon kehittämisessä

Viidennessä kysymyksessä kysyttiin kuinka paljon kehittämistoiminta on työntekijän mielestä parantanut lääkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta. Viiden mielestä kehittämistoiminta on jonkin verran parantanut lääkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta. Yhden mielestä lääkehoidon sujuvuus ja tehokkuus on parantunut paljon ja yksi ei osannut sanoa kehittämistoiminnan vaikutuksesta. (kuvio 8.)



KUVIO 8: Mielipiteiden jakautuminen kehittämistoiminnan vaikutuksesta lääkehoidon sujuvuuteen ja tehokkuuteen

Kuudennella kysymyksellä kartoitettiin kuinka paljon vastaaja uskoo muutoksen aikaansaamiseen työyhteisössä. Kaksi vastannutta ei usko lainkaan muutoksen aikaansaamiseen. Toiset kaksi uskoo jonkin verran ja yksi uskoo paljon muutoksen aikaansaamiseen, sekä yksi uskoo erittäin paljon muutoksen mahdollisuuteen ja yksi ei osannut sanoa onko muutos mahdollista. (kuvio 9.)



KUVIO 9: Mielipiteiden jakautuminen muutoksen toteutumisesta työyhteisössä

Kysymyksessä seitsemän, kahdeksan ja yhdeksän työntekijä sai vapaasti kirjoittaa vastauksensa. Seitsemännessä kysymyksessä pyydettiin vastaajaa perustelemaan tarvittaessa vastausvaihtoehtojaan kysymyksissä yksi, kaksi, kolme, neljä, viisi ja kuusi. Kirjallisista vastauksista selvisi, että kehittämistoiminta on edesauttanut työryhmän pyrkimystä avoimeen keskusteluun lääkehoidon toteuttamisesta. Lisäksi tuli esille, ettei muutosta työyhteisössä voi tapahtua ennen kuin työyhteisö on valmis muutokseen.

Kahdeksannessa kysymyksessä kysyttiin työyhteisön lääkehoidon kehittämisen suunnitelmista. Vastauksissa suunnitelmiksi tulevaisuudelle nousi esille mahdollisten lääke-palaverien ja koulutuksiin pääsyn järjestäminen sekä vastuualueiden kartoittaminen että valmiiden lääke annospussien kokeilu.

Yhdeksännessä kysymyksessä sai vapaasti kirjoittaa palautetta kehittämistoiminnasta. Palautteeksi tuli, että kehittämistoiminta suuremmalla ja moniammatillisella ryhmällä on hyvä, sillä se herättää keskustelua ja toivottavasti myös mahdollisia hyviä muutoksi että innostusta yhteistyöhön muutosten aikaansaamiseksi. Kehittämistoiminnalta toivottiin enemmän yhteistyötä koko työyhteisön kanssa.

Tulosten perusteella työryhmä on edesauttanut jonkin verran lääkehoidon kehittämistä. Työntekijöiden mielestä työryhmä on tuonut uusia käyttökelpoisia ajatuksia ja ideoita työyhteisöön lääkehoidon kehittämiseksi. Kehittämistoiminta on jonkin verran parantanut lääkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta työyhteisössä. Tulokset osoittavat, että työntekijät kokivat osallistuvansa jokin verran nykytilanteen kuvauksen tekoon. Heidän mielestään nykytilanteen kuvausta pystyy hyödyntämään ja käyttämään jonkin verran tai paljon työyhteisössä. Muutoksen toteutumisesta työyhteisö vaikuttaa tulosten mukaan epävarmalta.

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* 6, 4–7.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2006. Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. *Pro Terveys* 35 (2), 16–19.
- Brockelsby, G. 2005. Vaccine and drug storage. *Dermatology Nursing* (17), 373–374.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.
- Heikkilä, J. & Heikkilä, K. 2005. Voimaantuminen työyhteisön haasteena. Helsinki: WSOY.
- Helovuori, A. & Kinnunen, M. 2009. Vältä, havaitse ja hallitse virheitä. *Sairaanhoitaja* (82), 14–18.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu - teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hurme, E. 2007. Kotihoidon moniammatilliset tiimit ja työn muutos. Pro-gradu - tutkielma. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitos.
- Iivanainen, A., Jauhianen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Hoitamisen taito. Helsinki: Tammi.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.
- Kinnunen, M., Ruuhilehto, K. & Keistinen, T. 2009. Turvallisuus paranee raportoimalla. *Sairaanhoitaja* (82), 13–17.
- Kinnunen, M. 2008. Potilasturvallisuus alkaa asenteista ja halusta. *Sairaanhoitaja* (81), 10–13.
- Kivelä, S.-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kivelä, S.-L. 2006. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Helsinki: WSOY.
- Kotilainen, H., Virkola, C., Eloniemi-Sulkava, U. & Topo, P. 2003. Dementia koti - koti hyvää elämää varten. Suomen dementiahoitoyhdistys. Helsinki: Kuopion Liikekirjapaino Oy.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Nurminen, M.-L. 2006. Lääkehoito. Helsinki: WSOY.
- Nonaka, I. & Nishiguchi, T. 2001. Knowledge Emergence. Social, Technical, and Evolutionary Dimension 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.
- Ora-Hyytiäinen, E. 2006. Pitkäjänteisen muutosprosessin johtaminen. *ProTerveys* 5, 14–17.
- Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2007. Evaluating the results and effects of long-term development of nursing practise. Conference proceedings. 10th Toulon - Verona Conference, Quality in services, Aristotle University, Thessaloniki - Greece, 3-4 September 2007, 144-154.

- Palonen, R., Nio, A. & Mustajoki, P. 2005. Potilas- ja lääkevahingot. Korvaaminen ja ennaltaehkäisy. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Parviainen, T. (toim.). 1998. Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön. Tampere: Tammer-paino Oy.
- Pentti, E. 2002. Hiljainen tieto vanhusten kotihoidossa. Pro-gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Pietikäinen, T. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Ritmala-Castrén, M. 2005. Viisas oppii lääkehoidon virheistä. Sairaanhoidajalehti 2, 26–27.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.). 2005. Haastattelu, tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.
- Seitsamo, J. & Tuomi, K. 2006. Työn ja työyhteisöjen kehitys työntekijöiden työkyvyn ja hyvinvoinnin näkökulmasta. Työ ja ihminen 20 (2006) 3: 219–235.
- Sipola - Kauppi, I. 2009. ”Apua, minäkö tein virheen?” sairaanhoitajien kokemuksia lääkityspoikkeamista. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä: Suomalainen potilasturvallisuus strategia 2009 -2013. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) opas 2005:32. Turvallinen lääkehoito: Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Suikkanen, A. 2008. Keskussairaalan lääkityspoikkeamat ja niihin yhteydessä olevat tekijät. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Suikkanen, A., Kankkunen, P. & Suominen, T. 2009. Estä virheet ennakolta. Sairaanhoidaja (82), 22–25.
- Suomen lääketilasto 2006. Helsinki 2007. Edita Prima Oy.
- Suvanto, I. 2009. Täydennyskoulutus perusterveydenhuollon toiminnan kehittämässä - kyselytutkimus terveysasemilla työskenteleville terveydenhoitajille. Pro-gradu. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Säilä, M. 2007. Ikääntyneiden lääkehoidon toteuttaminen kotihoidossa sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan näkökulmasta. Pro-gradu tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.
- Työntekijöiden henkilökohtainen tiedonanto 2008. Lähihoitajan ja sairaanhoitajan haastattelu 21.5.2008. Dementiakodit Lagus-koti ja Alatupa. Lohja
- Veräjänkorva, O., Huupponen, R. Huupponen, U. Kaukkinen, H-S. & Torniainen, K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Viramo, P., Huusko, T., Joiniemi, M. & Sulkava, R. 2004. Dementiapotilaan lääkehoito. Kuopio: Liikekirjapaino Oy.
- Wallis, L. 2008. Safety in numbers. Nursing standard 33, 62–63.

Wong, F. 2009. Chart audit -Strategies to improve quality of nursing documentation. Journal for nurses in staff development (25), E1–E6.

Internet lähteet

Barach, P. & Moss, F. 2001. Delivering safe health care. Viitattu 1.3.2009.
<http://www.bmj.com/cgi/content/full/323/7313/585>.

Huttunen, M. 2007. Dementia, Artikkelin tunnus: dlk00358 (019.600). Teoksessa Lääkärikirja Duodecim, Kustannus 2008 Oy Duodecim. Viitattu 29.5.2008. Terveyskirjasto.
http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358&p_haku=Dementia

Mattila, A. 2005. Työhyvinvointi jää helposti jalkoihin muutostilanteissa. Viitattu 1.7.2009.
<http://www.palkkatyolainen.fi/pt2005/pt0507/p050830-al.html>

Leape, L. & Berwick, D. 2000. Safe health care: are we up to it. Viitattu 1.3.2009.
<http://www.bmj.com/cgi/content/full/320/7237/725>

Pitkänen, J. 2007. Jännitteet kulttuurien törmätessä, yrityskulttuurin vaikutus muutosproses-
 sissa. Viitattu 1.7.2009. Terveysportti.
http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=ttl00411

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuus-
 sanasto. Viitattu 10.5.2009. <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>

Tippa-projekti: Apteekki potilaan parhaaksi -väliraportti 2000-2001. Viitattu 10.5.2009.
http://www.tippa.net/tippa_raportti.pdf

Valtion säädöstietopankki 1994. Viitattu 9.5.2009.
www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559.

Valtion säädöstietopankki finlex. 2000. Viitattu 9.5.2009.
www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812.

Lohjan kaupunki. 2006. Viitattu 25.5.2008.
<http://www.lohja.fi/default.asp?sivu=1&alasivu=351&kieli=246>.

Kalanruoto. 2008. Viitattu 18.1.2009.
<http://www.stratox.fi/fin/hankkeet/yrityskohtaamo/kalanruoto/>

Terveysuollon oikeusturvakeskus. 2009. Viitattu 16.1.2009.
<http://www.teo.fi/Fl/Ammattioikeudet/Sivut/etusivu.aspx>

Koulutusta ja konsultointia toimintaprosessien laadunparantamiseen. 2008. Yhdistä ideointi-
 työkaluilla luovan ajattelun eri ulottuvuudet - Aivoriihi, ryhmittelykaavio sekä kalanruotokaa-
 vio. Viitattu 18.1.2009. <http://www.qk-karjalainen.fi/?sivu=Artikkelit&id=89>.

Kuvio-otsikkoluettelo

KUVIO 1: Juurruttaminen 2.0 (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007).....	10
KUVIO 2: Hyvän raportointimenettelyn yleiset periaatteet (Kinnunen ym. 2009).....	33
KUVIO 3: Reasonin reikäjuustomalli (Palonen ym. 2005, 380–381).....	36
KUVIO 4: Mielipiteiden jakaantuminen työryhmän lääkehoidon kehittämisen edistämisestä työyhteisön valitsemalla alueella.	51
KUVIO 5: Mielipiteiden jakautuminen työyhteisön osallistumisesta työryhmän tuottamaan lääkehoidon nykytilanteen kuvaukseen.	51
KUVIO 6: Mielipiteiden jakaantuminen työryhmän muodostaman kuvauksen hyödyntämisestä ja käyttökelpoisuudesta työyhteisössä.	52
KUVIO 7: Mielipiteiden jakautuminen työryhmän tuottamien uusien ajatusten ja ideoiden käyttökelpoisuudesta lääkehoidon kehittämisessä.	52
KUVIO 8: Mielipiteiden jakautuminen kehittämistoiminnan vaikutuksesta lääkehoidon sujuvuuteen ja tehokkuuteen.....	53
KUVIO 9: Mielipiteiden jakautuminen muutoksen toteutumisesta työyhteisössä.....	53

Liite 1. Haastattelun kysymykset

1. Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat

1. Minkälaista lääkehoitoa työyksikössänne toteutetaan?
2. kuinka monta asiakasta toimipisteessänne on?
3. minkä kuntoisia asiakkaat ovat?
4. Löytyykö työpisteestänne kirjallinen lääkehoidonsuunnitelma?
5. Kuinka tuttu STM:n lääkehoidonsuunnitelma teille on?
6. Kuka määrää asiakkaiden lääkkeit?
7. kuinka usein asiakkaan lääkkeit tarkastetaan?
8. Miten toimitte lääkevirheiden kanssa?
9. kirjaatteko ne ylös?
10. käsittelettekö yhdessä poikkeamatilanteet ja pyrittekö kehittämään toimintatapojanne?
11. Koetko, että työyksikössänne pystytään puhumaan virheistä avoimesti?
12. Miten dementia-ryhmäkotien ja lääkärin yhteistyö toimii?
13. Mikä on sairaanhoitajan rooli asiakkaiden lääkehoidossa?
14. Miten dementia-ryhmäkotien ja sairaanhoitajan yhteistyö toimii?

2. Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen

1. Miten työyksikössänne varmistetaan työntekijän lääkehoidon osaaminen?
2. Kuka sen varmistaa?
3. miten teillä ylläpidetään lääkehoito-osaamista?
4. Minkälaisia lisäkoulutus mahdollisuuksia teillä on?
5. Koetko, että koulutuksia on saatavilla/tarpeeksi?
6. Kuinka tuttu lääkelaki on lääkkeiden kanssa työskenteleville?

3. Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako

1. Kuinka monta työntekijää työyksikössänne on?
2. Millainen koulutus lääkehoitoon osallistuvilla työntekijöillä on?

3. Onko lääkehoitoon liittyvät vastuut jaettu jotenkin? Miten?
4. Mitä kuuluu kenenkin ammattihenkilön työkuvaan?
5. Minkälainen on sairaanhoitajan työnkuva, vastuu?
6. kuinka perehdytätte uuden työntekijän?
7. Miten uuden työntekijän lääkehoidon osaaminen varmistetaan?
8. Valvooko kukaan työyksikönne lääkehoidon toteuttamista? Kuka valvoo ja miten?
9. Varmistetaanko työntekijöiden lääkehoidon osaaminen säännöllisesti?
10. Miten se varmistetaan?
11. Mistä saatte tietoa lääkkeistä? Lääkäri, farmaseutti, kirjallisuus...
12. Kuinka paljon hyödynnätte eri lähteitä lääkehoitoon liittyen?

4. Lupakäytännöt

1. Onko työntekijöillä erillisiä lupia työskennellä lääkehoidon parissa?
2. Miten työntekijä koulutetaan?
3. Jos on erillislupia, niin onko kyseinen työntekijä saanut täydennyskoulutusta?
4. Kuka myöntää luvan?
5. Kuka ottaa vastaan näytöt ja hyväksyy ne?
6. Kuka hyväksyy apteekkiin tehtävän lääketilauksen?
7. Osallistuvatko kaikki työntekijät kaikkiin asiakkaille toteutettaviin lääkehoidonmuotoihin?

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

1. Kuka tilaa tarvittavat lääkkeet?
2. Miten tarvittavat lääkkeet hankitaan?
3. Kuka maksaa lääkkeet?
4. Miten informoitte asiakkaita/asiakkaiden omaisia heidän lääkehoidostaan?
5. kuka seuraa lääkkeiden käyttöpäivämäärää?
6. Kuka seuraa lääkkeiden riittävyttä?
7. Mitä teette tarpeettomille/vanhentuneille lääkkeille?

8. Missä säilytätte lääkkeitä?
9. Miten säilytätte lääkkeitä?
10. Kuinka paljon kiinnitätte huomiota lääkkeiden oikeisiin säilytysolosuhteisiin?
11. Miten olette huomioineet, etteivät asiattomat pääse käsittelemään lääkkeitä? (lääkekaapin avaimen säilytys...)

6. Lääkkeiden jakaminen ja antaminen

1. Kuka jakaa lääkkeit?
2. Missä jakaa lääkkeit?
3. Minne jakaa lääkkeit?
4. Keskeytyykö/häiriintyykö jakaminen yleensä?
5. Onko rauhallinen paikka jakaa?
6. Onko lääkkeidenjakopaikassa mielestänne riittävä valaistus?
7. Miten olette huomioineet aseptiikan lääkkeiden jaossa?
8. Miten annatte potilaille lääkkeit?
9. Onko kaikille lääkehoidossa mukana oleville selvää kuinka lääkkeit annetaan jotta paras vaikutus saataisiin?
10. onko teillä käytäntönä kaksois- tarkistus?
11. Miten ja missä säilytätte valmiiksi jaetut lääkkeit?
12. Seuraatteko annetun lääkkeen vaikutusta?

7. Potilaiden informointi ja neuvonta

1. Informoitteko asiakasta lääkkeen vaikutuksesta?
2. neuvotaanko teillä potilasta lääkkeisiin koskevissa asioissa?
3. Miten varmistatte asiakkaan ohjauksen ymmärtämisen?
4. Informoitteko asiakasta mahdollisista lääkepoikkeamista?

8. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi

1. Onko käytettyjen lääkkeiden vaikutus tuttu kaikille työntekijöille?
2. Arvioitteko annetun lääkkeen vaikutusta kirjallisesti?
3. Kenelle raportoitte, jos asiakas saa vahingossa vääriä lääkkeitä?

4. Tehdäänkö asiakkaiden lääkitykseen säännöllisiä kokonaisarviointeja?

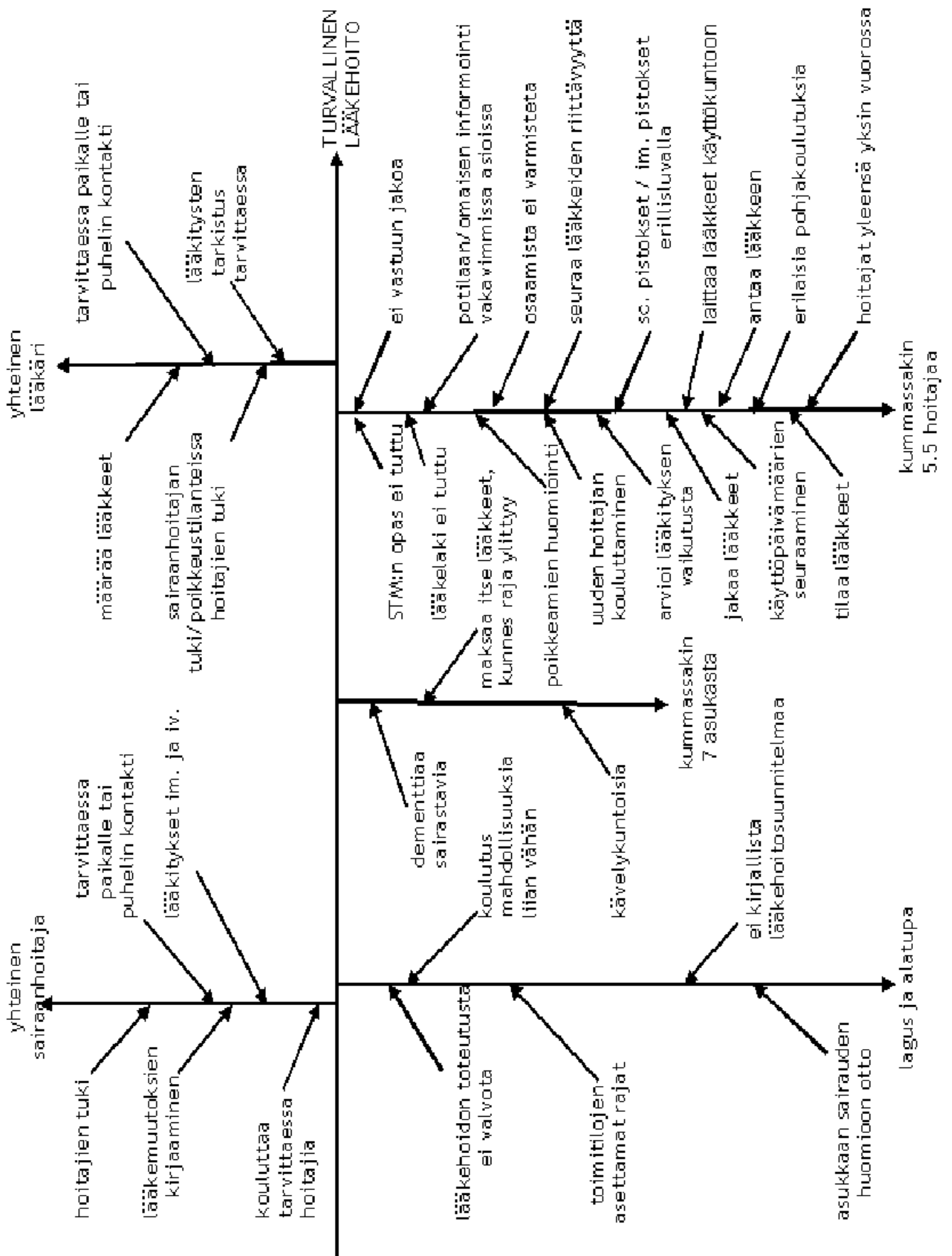
9. Dokumentointi ja tiedonkulku

1. Miten kirjaatte päivittäiset lääkkeet?
2. Miten kirjaatte tarvittavat lääkkeet?
3. Miten teillä toimii tiedonkulku?
4. Miten siirrätte tietoa eri yksiköiden (lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja) välillä?
5. Miten teillä on huomioitu asiakkaan tietosuojakysymykset?
6. Miten toimitte asiakkaan lääkemuutoksissa?
7. Kirjataanko sairaanhoitajan käynnit?

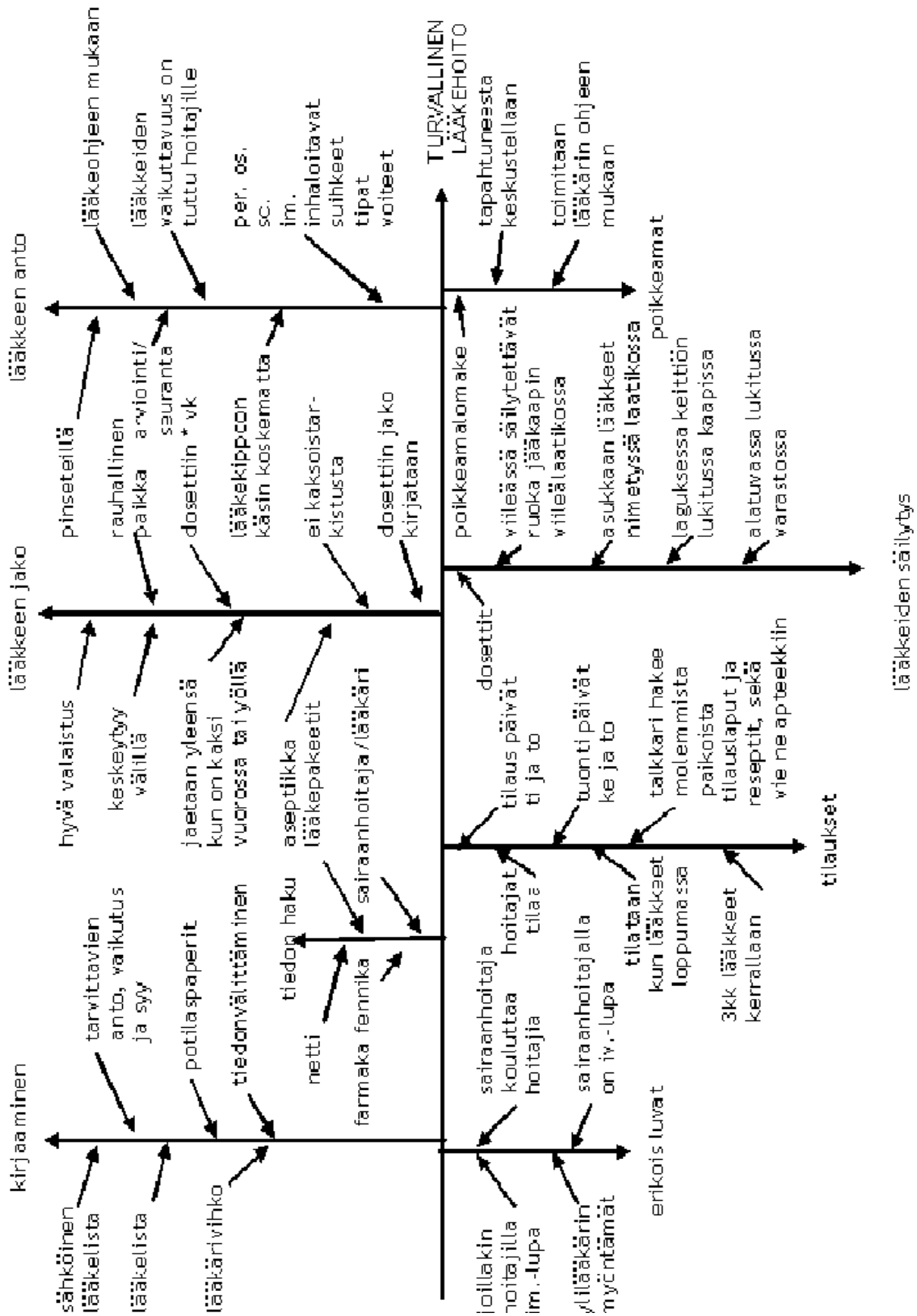
10. Seuranta- ja palautejärjestelmät

1. mitä te näette riskitekijänä tai ongelmakohtana toimipaikassanne?
2. keräättekö palautetta asiakkailta/ omaisilta?
3. Miten ilmoitatte lääkepoikkeamista?
4. Kuinka hyvin työyksikössänne hyödynnetään palaute?
5. onko henkilöstö pystynyt oppimaan virheistään ja muuttamaan mahdollisesti toimintatapoja?

Liite 2. Kalanruotomalli – Nykytilanteen kuvaus lääkehoidon toiminnoista



Liite 3. Kalanruotomalli – Nykytilanteen kuvaus lääkehoidon toiminnoista



LIITE 4. Työyhteisölle esitetty arviointi lomake

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 vastauksiasi ja esittää kehittämisehdotuksia työryhmälle.

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

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