



# Lääkehoidon nykytilanteen kuvaus Lohjan vanhusten palvelukeskuksessa



Koivisto, Anu  
Laine, Nina  
Maula, Petra

Laurea ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja

## Lääkehoidon nykytilanteen kuvaus Lohjan vanhusten palvelukeskuksessa

Anu Koivisto  
Nina Laine  
Petra Maula  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Marraskuu 2009

Anu Koivisto, Nina Laine & Petra Maula

Lääkehoidon nykytilanteen kuvaus Lohjan vanhusten palvelukeskuksessa

Vuosi 2009 Sivumäärä 68

---

Tämä opinnäytetyö on Turvallinen lääkehoito 2 -hankkeessa tehdyn kehittämistoiminnan loppuraportti. Turvallinen lääkehoito 2 -hankkeen yhteistyökumppanina toimi Lohjan kaupunki ja tavoitteena oli kehittää kotihoidon yksiköiden sekä vanhusten palvelukeskuksen lääkehoitoa turvallisemmaksi. Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata lääkehoidon nykytilanne Lohjan vanhusten palvelukeskuksen osastoilla Helmi ja Hermanni sekä Akseli ja Elina. Kehittämistoiminnan työryhmän muodosti kolme sairaanhoitajaopiskelijaa, työelämän puolelta kaksi sairaanhoitajaa, yksi perushoitaja sekä yksi lähihoitaja. Kehittämistoiminnan hanke perustuu Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallisen lääkehoidon oppaaseen (2006), jonka tarkoituksena on määrittää lääkehoidon toteutumisen vähimmäisvaatimukset, yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet sekä selkeyttää vastuunjako lääkehoidon prosessissa.

Kehittämistoiminta toteutettiin juurruttamisen menetelmällä laadullisena tutkimuksena. Juurruttamisen menetelmän mukaisesti edeten selvitettiin lääkehoidon nykytilanne haastatteluiden avulla. Haastatteluista saatu tieto muokattiin litteroinnin ja sisällönanalyysin kautta lääkehoidon nykytilannetta kuvaavaksi kalanruotomalliksi. Lääkehoidon nykytilanteen arvioimiseksi kerättiin tutkittua tietoa, noudattaen Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallisen lääkehoidon oppaan (2006) lääkehoidonprosessin osa-alueita. Vertaamalla nykytilanteen kuvausta teoreettiseen ja kokemukselliseen tietoon pystyttiin nostamaan esille lääkehoidon prosessin hyvät käytänteet ja kehittämiskohteet.

Kehittämistoiminnan arvioimiseksi työyhteisöille toimitettiin määrällinen arviointilomake, jonka tarkoituksena oli selvittää työyhteisöjen näkemyksiä kehittämistoiminnan merkityksestä yksiköiden lääkehoidon kehittämisen kannalta. Toimitetuista arviointilomakkeista palautui 68 prosenttia. Kehittämistoiminnan arvioinnin ja lääkehoidon kehittämisen kannalta työyhteisöjen aktiivisuudella on positiivinen merkitys.

Sosiaali- ja terveysministeriö suosittaa, että jokaisessa terveydenhuollon yksikössä tulisi olla lääkehoitosuunnitelma. Tässä kehittämishankkeessa tehdyn lääkehoidon nykytilanteenkuvauksen pohjalta lääkehoitosuunnitelman laatiminen helpottuu yksiköissä. Lisäksi yksiköiden lääkehoidon nykytilanteesta nousseiden hyvien käytänteiden ja kehittämiskohteiden kautta lääkehoidon prosessia pystytään jatkossa kehittämään. Turvallinen lääkehoito 3 -hankkeessa yksiköissä lähdetään kehittämään lääkehoidon lupakäytäntöjä.

Asiasanat: lääkehoito, juurruttaminen, vanhainkodit, kehittämisprojektit, kvalitatiivinen tutkimus

Anu Koivisto, Nina Laine & Petra Maula

Description of the current drug treatment situation at the service centre for elderly in Lohja city

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

---

This dissertation is the final project of development action made within a given framework of Safe Drug treatment 2 project. Safe Drug Treatment 2 project partner was city of Lohja and the target was to develop the drug treatment safer at the Home care units and at the service centre for elderly. The purpose of this development work was to describe the current drug treatment situation in the wards Helmi and Hermannni and Akseli and Elina at the service centre for elderly. The development action team was made up by three nurse students and from the working life two registered nurses, one practical nurse and one practical nurse in social and health. The development action project is based on the Ministry of Social Affairs and Health guide of Safe Drug Treatment whose purpose is to determine the minimum demands of the actualization of drug treatment, standardize the principles of drug treatment actualization and clarify the responsibility divisions in the drug treatment process.

The development was carried out by dissemination method in qualitative research. In the dissemination method, the current situation of the drug treatment was found out by interviews. The information gathered from the interviews was edited by transcriptions and content analysis to describe the current drug treatment in a fish bone model. The research information was gathered to evaluate and it was based on the Ministry of Social Affairs and Health guide of Safe Drug Treatment. By contrasting the description of the current situation with the theoretical and experience information, were able to reveal the good practices and the development targets of the drug treatment process.

In order to evaluate the development action, the work community was provided with a quality evaluation form the purpose of which was to find out the opinions of the work community about the development action's significance for the development of the drug treatment at the units. 68 per cent of the provided evaluation forms was returned. The activity of the work community has a positive meaning to the evaluation of the development action and the development of the drug treatment.

The Ministry of Social Affairs and Health recommends that every public health service unit should have a drug treatment plan. The preparation of the drug treatment plan is made easier by the description of the current drug treatment situation. Good practices and development targets have been stand revealed in the current drug treatment situation at the units and based on that the drug treatment process can be developed in the future. The drug treatment license procedures are the next target of development at the units in the Safe Drug Treatment 3 project.

Keywords: drug therapy, imprint, homes for the ages, development projects, qualitative research

## SISÄLLYS

1	Johdanto.....	7
2	Kehittämistoiminnan menetelmät lääkehoidon nykytilanteen kartoittamiseksi.....	9
2.1	Juurruttaminen.....	9
2.1.1	Juurruttamisen prosessi.....	9
2.1.2	Johtaminen juurruttamisen prosessissa.....	10
2.1.3	Ba.....	11
2.1.4	Juurruttaminen lääkehoidon kehittämishankkeessa.....	12
2.2	Haastattelu.....	13
2.3	Litterointi.....	14
2.4	Sisällönanalyysi.....	15
2.5	Kalanruotomalli.....	16
3	Vanhusten palvelukeskus kehittämistoiminnan ympäristönä.....	17
3.1	Kehittämistoiminnan fyysinen ympäristö.....	17
3.2	Vanhusten palvelukeskuksen henkilökunta.....	17
3.3	Vanhusten palvelukeskuksen arvot ja ohjeistus.....	18
3.4	Muutos.....	18
3.4.1	Muutosjohtaminen.....	19
3.4.2	Muutosvastarinta.....	20
4	Turvallisen lääkehoidon viitekehys.....	21
4.1	Terveydenhuollon henkilöstön ammattioikeudet.....	21
4.2	Potilaan asema ja oikeudet.....	22
4.3	Turvallinen lääkehoito.....	22
4.3.1	Läkehoidon sisältö ja toimintatavat.....	24
4.3.2	Läkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen.....	24
4.3.3	Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako.....	26
4.3.4	Läkehoidon lupakäytännöt.....	27
4.3.5	Lääkehuolto.....	28
4.3.6	Lääkkeiden jakaminen ja antaminen.....	30
4.3.7	Potilaiden informointi ja neuvonta.....	31
4.3.8	Läkehoidon vaikuttavuuden arviointi.....	33
4.3.9	Dokumentointi ja tiedonkulku.....	35
4.3.10	Seuranta- ja palautejärjestelmät.....	37
4.4	Hoitotyön eettisiä näkökohtia.....	38

---

5	Kehittämistoiminta vanhusten palvelukeskuksessa .....	40
5.1	Lääkehoidon nykytilanteen kuvaus vanhusten palvelukeskuksen osastoilla ...	40
5.1.1	Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat .....	41
5.1.2	Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen .....	41
5.1.3	Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako .....	41
5.1.4	Lääkehoidon lupakäytännöt.....	42
5.1.5	Lääkehuolto.....	42
5.1.6	Lääkkeiden jakaminen ja antaminen.....	43
5.1.7	Potilaiden informointi ja neuvonta .....	43
5.1.8	Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi .....	43
5.1.9	Dokumentointi ja tiedonkulku .....	44
5.1.10	Seuranta- ja palautejärjestelmät .....	44
6	Kehittämistoiminnan tuotos.....	45
6.1	Nykytilanteen vertailu tutkittuun tietoon .....	45
6.1.1	Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat .....	45
6.1.2	Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen .....	46
6.1.3	Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako .....	46
6.1.4	Lääkehoidon lupakäytännöt.....	46
6.1.5	Lääkehuolto.....	47
6.1.6	Lääkkeiden jakaminen ja antaminen.....	47
6.1.7	Potilaiden informointi ja neuvonta .....	48
6.1.8	Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi .....	48
6.1.9	Dokumentointi ja tiedonkulku .....	49
6.1.10	Seuranta- ja palautejärjestelmät .....	49
6.2	Johtopäätökset .....	50
7	Toteutetun kehittämistoiminnan arviointi.....	51
7.1	Kehittämistoiminnan arviointi työelämän näkökulmasta.....	51
7.2	Kehittämistoiminnan arviointi opiskelijajäsenten näkökulmasta .....	53
7.3	Arviointi juurruttamisen menetelmästä kehittämistoiminnassa .....	54
	Lähteet .....	55
	Kuvat .....	59
	Kuviot .....	59
	Liitteet.....	60

## 1 Johdanto

Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut suosituksen, jonka mukaan jokaisella lääkehoitoa toteuttavalla sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköllä tulee olla suunnitelma lääkeshoidosta. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut Turvallisen lääkehoidon oppaan, jonka tarkoituksena on yhtenäistää laadukkaan turvallisen lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon vastuunjakoa ja määrittää vähimmäisvaatimukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 11.) Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus laadultaan hyvään hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon (Finlex 2009b).

Tämä kehittämissuunnitelma on tehty osana Turvallinen lääkehoito 2 -hanketta. Turvallinen lääkehoito 2 -hanke on Laurea ammattikorkeakoulun ja Lohjan kaupungin välinen kehittämissuunnitelma, jonka tarkoituksena oli yhtenäistää ja kehittää lääkehoidon turvallisuutta Lohjan kaupungin kotihoidon yksiköissä, vanhusten palvelukeskuksessa sekä dementiakodeissa Lagus ja Alatupa. Tämän kehittämistyön aiheena on lääkehoidon nykytilanteen kuvaus Lohjan vanhusten palvelukeskuksen osastoilla Akseli ja Elina sekä Helmi ja Hermanni. Työryhmän alkuperäiseen kokoonpanoon kuului kolme sairaanhoitajaopiskelijaa, kaksi sairaanhoitajaa sekä yksi lähihoitaja ja yksi perushoitaja. Työryhmän tarkoituksena oli kuvata lääkehoidon nykytilanne työyksiköissä. Tavoitteena oli saada näkyväksi työyksiköiden hyvät käytänteet lääkehoitoprosessissa sekä rajata kehittämiskohde, mitä lähdetään kehittämään Turvallisen lääkehoidon kolmannessa hankkeessa. Nykytilanteen kuvauksen pohjalta oli tavoitteena luoda myös hyvä lähtökohta lääkehoitosuunnitelmaa varten. Tämän opinnäytetyöksi raportoidun kehittämishankkeen tavoitteena on osoittaa opiskelijoiden ammatillinen kasvu ja kehittyminen sairaanhoitajiksi yhdessä työelämän yhteistyökumppania hyödyttäen.

Läkehoidon nykytilannetta selvitettiin laadullisin tutkimusmenetelmin. Nykytilanne selvitettiin haastattelemalla työryhmän työelämäneustajia. Haastattelukysymykset laadittiin Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito - oppaan (2006) lääkehoidon prosessin rakenteen mukaisesti. Haastattelut auki kirjoitettiin, jonka jälkeen muodostettiin kalanruotomalli sisällönanalyysin menetelmin kuvaamaan lääkehoidon nykytilannetta yksiköissä. Adekvaatin kuvauksen aikaansaamiseksi, työyksiköiden henkilökunta tutustui nykytilanteen kuvaukseen, jolloin heillä oli mahdollisuus esittää muutosehdotuksia.

Kehittämistoiminnan perustana on juurruttamisen menetelmä. Juurruttamisen menetelmän mukaisesti selvitettiin työyksiköiden lääkehoidon nykytilanne sekä kerättiin tutkittua tietoa liittyen lääkehoidon prosessiin. Teoreettiset perustelut on muodostettu Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito - oppaassa (2006) esitetyn lääkehoitoprosessin mukaisesti. Lisäksi teoria

osuudessa on käsitelty terveydenhuollon ammattihenkilön käsitettä, potilaan asemaa ja oikeuksia sekä hoitotyön eettisiä näkökulmia. Teoreettinen viitekehys on muodostettu alan kirjallisuutta ja monipuolisia tutkimuksia hyväksikäyttäen.

Tutkitun tiedon keräämisen ja nykytilanteen kuvauksen jälkeen kehittämistoiminnan prosessin seuraavassa vaiheessa verrattiin saatua nykytilanteen kuvausta teoreettiseen viitekehykseen. Arvioimalla nykytilannetta tutkitun tiedon valossa, pystyttiin selvittämään yksiköiden lääkehoidon prosessin hyvät käytänteet sekä kehittämiskohteet. Teoriatiedon ja nykytilanteen kuvauksen vuoropuhelun kautta oli pyrkimyksenä löytää työyhteisössä muutokselle merkitys.

Kehittämistoiminnan arvioimiseksi työyksiköiden henkilökunnalle suunnattiin määrällinen arviointilomake. Lomakkeen tarkoituksena oli arvioida kehittämissuunnitelmissa toimineen työryhmän toimintaa sekä kehittämistoiminnan luomia puitteita muutoksen aikaansaamiseksi. Kyselyyn vastasi 68 prosenttia työyhteisön työntekijöistä. Lisäksi työryhmän opiskelijajäsenet arvioivat kehittämissuunnitelman kulkua ja käytettyä juurruttamisen menetelmää kehittämissuunnitelmissa.



## 2 Kehittämistoiminnan menetelmät lääkehoidon nykytilanteen kartoittamiseksi

### 2.1 Juurruttaminen

Yhteiskunta lakeineen säätelee tarkasti terveydenhuollon toimintaa. Myös ammattikunnan omat arvot ja eettiset säädökset vaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon käytäntöön. Alueelliset ja paikalliset palvelujärjestelmät sekä organisaatiot asettavat omat arvonsa ja rakenteet terveydenhuollon toiminnalle. Nämä kaikki arvot ja säädökset sekä ympäristö, jossa toimitaan vaikuttavat osaltaan muutokseen ja sen aikaansaamiseen. Muutoksen tavoittelu on hoitotyön tutkimus- ja kehittämistoiminnassa olennainen tavoite. Hoitotyön toimintaa voidaan tarkastella kaksiosaisena kokonaisuutena. Ensimmäisen osan muodostaa hoitajan ajattelu ja toinen osa koostuu hoitajan näkyvästä toiminnasta. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4.)

Tutkimus- ja kehittämistoimintaan osallistuvilla, niin yksilöllä kuin yhteisöllä, on hiljaiseen tietoon sekä näkyvään tietoon perustuvaa osaamista. Samassa yksikössä työskentelevillä on yhteistä tietoa ja osaamista, joka on osin samanlaista tietoa kuin toisessa yksikössä, mutta eroja yksiköiden välisissä tiedoissa ja osaamisissa löytyy. Kehittämistoiminnan olennainen perusta on osallistujien arvostus toisten osaamista kohtaan. (Ahonen ym. 2005, 5.)

Juuruttaminen perustuu kahden tiedonlajin hiljaisen tiedon ja teoreettisen, tutkitun tiedon väliseen tiedon käsittelyyn, jossa tuotetaan uutta tietoa. Hiljainen tieto käsitetään toimintaan ja henkilöön sidonnaisena, joka ei ole välttämättä muutettavissa näkyviksi sanoiksi. Hiljaisen tiedon jakamiseksi henkilöiden välillä, tulisi pyrkiä tiedon muuttamiseen sanoiksi ja numeroiksi. Toisena tiedon lajina nähdään sanoin ja numeroin kuvattava teoreettinen ja tutkittu tieto. Tämän kaltainen tieto on säilytettävissä ja siirrettävissä. Juurruttamisen perusideana on yksilön ja yhteisön oppiminen näiden kahden tiedonlajin vuoropuhelun kautta uutta tietoa tuottaen. (Ahonen ym. 2005, 4.)

#### 2.1.1 Juurruttamisen prosessi

Juuruttamisen perusajatuksena on kuvata kehitettävän työyhteisön nykytilanteen toiminta, arvioida sitä sekä tunnistaa kehittämiskohteet. Kehittämiskohteen tueksi haetaan tutkimustietoa, jonka jälkeen muodostetaan ehdotus uudeksi toimintamalliksi työyhteisön olemassa olevien käytäntöjen pohjalta. Uusi toimintamalli tulee muokata kyseiseen työyhteisöön käyttökelpoiseksi. Työyhteisön roolina onkin osallistua nykyisen toiminnan arviointiin, kehittämiskohteen valintaan

ja muokata uusi toimintamalli itselleen toimivaksi. Työryhmän, joka koostuu opiskelijoista ja työyhteisön edustajista, tarkoituksena on edistää itse kehittämisprosessia. Esimiehen rooli on toimia kehittämisen mahdollistajana. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007a.)

Juurruttamisen prosessissa osallistajat kuvaavat aluksi hoitotyön nykyistä toimintaa. Erityisesti huomiota tulee kiinnittää nykyisen toiminnan kuvaamisessa toteutuvaan toimintaan ja hiljainen tieto pyritään saamaan näkyväksi. Seuraavassa vaiheessa osallistujien tulisi jäsentää nykyistä käytännön toimintaa teoreettiselle tasolle. Jotta käytännön toimintaa voidaan tarkastella ja arvioida, toiminnan kuvaus muutetaan käsitteiksi ja pyrkimyksenä on tunnistaa kehittämiskohteet. Tähän vaiheeseen sisältyy käsitteikartan esittely työyhteisössä tarkoituksena mahdollistaa koko työyhteisön sitoutuminen muutokseen. Kolmannen vaiheen tarkoituksena on tarkastella teoreettiselle tasolle jäsennettyä toimintaa työyhteisössä ja vertailla sitä teoreettiseen ja tutkittuun tietoon. Tämän pohjalta tulisi muodostua ehdotus uudesta toimintatavasta. Tätä ennen on kuitenkin kootavaa tutkittua tietoa kehittämiskohteesta. Tutkitusta tiedosta tulee koostaa käsitteikartta, joka kuvaa kehittämiskohteen teoreettisia käsitteitä ja niiden välisiä suhteita. Käytännön toiminnasta muodostettuja käsitteitä verrataan tutkitun tiedon käsitteistöön ja pyritään muodostamaan uudet toimintaa kuvaavat käsitteet. Lopuksi tarkoituksena on muokata ehdotettu muutos käytäntöön, jossa muodostetut käsitteet muokataan toimintaa kuvaaviksi. Tiivistetysti juurruttaminen käsitteittää hiljaisen tiedon avaamisen sanoiksi, teoreettisen tiedon jäsentämisen, näiden integroimisen, uuden teoreettisen ehdotuksen tuottamisen ja sen muuntamisen takaisin hiljaiseksi tiedoksi. (Ahonen ym. 2005, 5–6; Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 18–19.)

Juurruttamisen menetelmästä aluksi pilotoitiin versio 1.0, jonka taustaoletuksena oli tutkitun tiedon ja käytännön toteutuksen suunnittelu. Versiosta 1.0 saatujen tietojen ja tutkimusaineistoista tehtyjen johtopäätösten pohjalta muodostettiin juurruttamisen toinen malli 1.5, jonka perusajatukseksi oli oppiminen kumppanuuden kautta. Lisäksi mallin perusajatukseen kuului muutoksen merkityksen löytäminen ja esimiehen keskeinen rooli. Tämän uuden mallin pilotoinnin sekä arvioinnin perustalta luotiin viimeisin malli 2.0. Tässä mallissa tutkitun tiedon merkitystä on entisestään korostettu ja koko työyhteisön osallistuminen ja sitoutuminen hankkeeseen muutoksen merkityksen löytämiseksi. Myös esimiehen roolin tärkeys on korostunut entisestään uusimmassa mallissa. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007b.)

### 2.1.2 Johtaminen juurruttamisen prosessissa

Esimiehen rooli juurruttamisessa on edistää vuorovaikutusta ja luoda turvallinen ja avoin ilmapiiri muutoksen edistämiseen. Esimiehen merkitys kehittämistoiminnassa ja sen onnistumisessa on

merkittävä. Johtaminen muutosprosessissa on mahdollisuuksien luomista kehittämistyöryhmän toiminnalle työyhteisössä. Johtamisella voidaan myös vaikuttaa työyhteisön sitoutumiseen prosessissa. Onnistumisen edellytyksinä tiedon käsittelykierroksilla ovat vuorovaikutus, autonomia, luova kaaos, runsas informaation välittäminen, turvallisuus ja luottamus. (Ahonen ym. 2005, 6; Ahonen ym. 2006, 19.)

Muutos ei synny ilman osaavaa johtajuutta. Ilman taitavaa johtamista muutosta ei oteta käyttöön eikä se näin juurru osaksi päivittäistä toimintaa. Uuden mallin juurruttaminen osaksi päivittäistä toimintaa ja sen sopeuttaminen toimintaympäristöön sopivaksi on pitkä prosessi. Muutoksen vaikutusta voidaan kenties arvioida vasta vuosien kuluttua, jonka vuoksi uusien työskentelymallien tulisi olla näyttöön perustuvia. (Ora-Hyytiäinen 2006, 17.)

### 2.1.3 Ba

Tieto on aineetonta, rajatonta sekä dynaamista, eikä sitä voida varastoida. Tieto täytyy hyödyntää, kun halutaan luoda arvoja. On tarpeen keskittyä tietoon tietyssä ajassa ja paikassa, kun halutaan tehokkaasti ja vaikuttavasti hyödyntää ja antaa arvoa tiedolle. Tätä paikkaa kutsutaan ba:ksi, joka karkeasti sanottuna tarkoittaa englanninkielen space-sanaa. (Nonaka & Nishiguchi 2001, 18–19.)

Ba käsitetään tiedon luomisen paikkana, joka perustuu japanilaisten filosofien Kitaro Nishidan ja Shimizun luomaan käsitteeseen. Tutkijat Konno, Nonaka ja Toyama ovat kehittäneet oman sovelluksensa liittäen ba:n tiedon tuottamiseen. He määrittelevät ba:n olevan jaettu paikka esiin tuleville suhteille. Ba on paikka, jossa tuotetaan uutta tietoa. Ba muodostuu ihmisistä, jotka ovat tässä ja nyt. Ba:ssa rajat ovat häilyviä ja se muuttuu nopeasti, kun sen osallistajat vaihtuvat, eikä se ole suljettu. Ba:n perusajatuksena on, että tiedon luominen tapahtuu yksilöiden välisessä vuorovaikutuksessa tai yksilöiden sekä heidän ympäristönsä välisessä vuorovaikutuksessa. Oppimista ei nähdä yksilöllisenä prosessina. (Nonaka & Nishiguchi 2001, 19.)

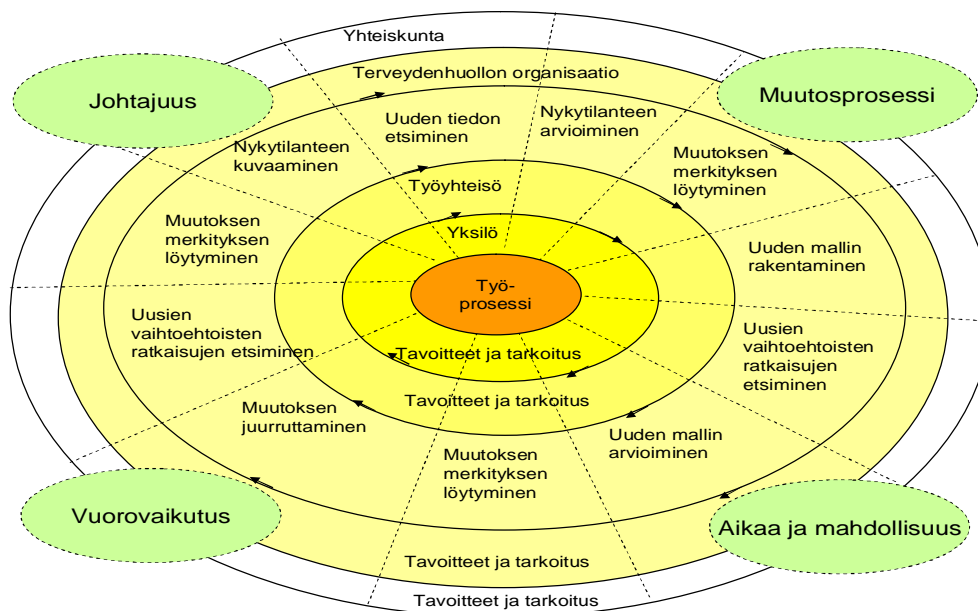
Ba käsitetään prosessin avaintekijäksi, koska se antaa energian, laadun ja paikan tiedon luomiselle. Ba mahdollistaa informaation tulkinnan niin, että siitä tulee tietoa. Sitä ei välttämättä ymmärretä fyysisenä tilana, vaan sillä tarkoitetaan myös aikaa ja paikkaa. Paikka voidaan jakaa fyysiseen, virtuaaliseen ja mentaaliseen tilaan tai mihin tahansa näiden yhdistelmään. (Nonaka & Nishiguchi 2001, 19.)

### 2.1.4 Juurruttaminen lääkehoidon kehittämishankkeessa

Tässä hankkeessa kehittämistoiminnan pohjana on juurruttamisen malli 2.0. Tässä kehittämishankkeessa tarkoituksena on kuvata lääkehoidon nykytilanne Lohjan vanhusten palvelukeskuksessa osastoilla Helmi ja Hermanni sekä Akseli ja Elina. Työryhmän opiskelijajäsenet haastattelivat työryhmän työelämän edustajia selvittääkseen käytännön lääkehoitoprosessin nykytilan ja tehdäksään hiljaisen tiedon näkyväksi sekä selvittääkseen näkyvän toiminnan yksiköissä. Voidakseen arvioida lääkehoidon nykytilannetta opiskelijajäsenet keräsivät tutkittua tietoa. Jotta nykytilannetta kyettäisiin kyseisissä yksiköissä arvioimaan, vertailu tutkittuun tietoon on välttämätöntä. Tutkitun sekä hiljaisen tiedon vuoropuhelun kautta pystytään löytämään merkitys muutokselle. (Ks. kuva 1.)

Turvallinen lääkehoito 3 -hanke jatkuu siitä mihin Turvallinen lääkehoito 2 -kehittämishanke päättyy. Turvallinen lääkehoito 2 -hankkeessa oli tarkoituksena löytää lääkehoidon kehittämiskohteita nykytilanteen kuvauksen pohjalta. Turvallinen lääkehoito 3 -hankkeessa luodaan valittuun kehittämiskohteeseen uusi toimintamalli, jonka toimivuutta käytännön työssä arvioidaan. Uusi toimintamalli juurrutetaan työyhteisön toimintaan ja samalla muutoksen merkityksen löytäminen ja uusien vaihtoehtoisten ratkaisujen etsiminen korostuu. (Ks. kuva 1.)

Ahosen ym. mukaan (2005, 4–5) muutokseen vaikutetaan monelta tasolta. Terveysthuollon toimintaan vaikuttaa yhteiskunta lakeineen ja kukin organisaatio omine ohjeineen. Työyhteisöllä on omat toimintatapansa, joihin yksilö yhtyy oman näkemysmaailmansa kautta. (Ks. kuva 1.)



Kuva 1. Juurruttamisen kaavio 2.0.(Ahonen ym. 2007a).

## 2.2 Haastattelu

Tutkimuksessa, joka toteutetaan laadullisella tutkimusmenetelmällä, tarkastellaan merkitysten maailmaa. Tavoitteena on selvittää ihmisen omat kuvaukset koetusta todellisuudesta. Tämän kuvauksen oletetaan sisältävän niitä asioita, joita ihminen pitää itselleen merkityksellisinä ja tärkeinä. Laadullisen tutkimusmenetelmän tavoitteena ei ole löytää absoluuttista totuutta tutkittavasta asiasta, vaan tavoitteena on saada jokin asia näkyväksi, joka on välittömän havainnoinnin tavoittamattomissa. Laadullisella menetelmällä pystytään saavuttamaan vihjeitä, joilla pystytään kuvaamaan välittömän havainnoinnin tavoittamattomissa olevia asioita. Tämän pohjalta pystytään luomaan malleja, ohjeita, toimintaperiaatteita ja kuvauksia tutkittavasta asiasta. (Vilka 2005, 97–98.)

Laadullisen tutkimusmenetelmän haastattelumuotoja ovat lomakehaastattelu, teemahaastattelu ja avoin haastattelu. Yleisimmin käytetty tutkimushaastattelun muoto lienee teemahaastattelu, jota kutsutaan myös puolistrukturoiduksi haastatteluksi. Tavanomaista on, että tutkimushaastattelut toteutetaan yksilöhaastatteluina, mutta tutkimuksen tavoitteista riippuen haastattelumuodot soveltuvat myös ryhmähaastattelutilanteisiin. Joustavuutensa vuoksi haastattelu sopii moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34; Vilka 2005, 101.)

Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. Tyypillistä on, että haastattelun aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka järjestys puuttuu. (Hirsjärvi, Remes & Sajaavaara 2006, 197.) Keskeistä on poimia tutkimusongelmasta ne aihealueet, joiden läpikäyminen on tutkimusongelmaan vastaamisen kannalta välttämättömiä. Tavoitteena on, että vastaaja voi antaa kaikkiin aihealueisiin oman kuvauksensa. (Vilka 2005, 101–102.) Koska haastattelussa ollaan tutkittavan kanssa suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa, se on ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä (Hirsjärvi ym. 2006, 193).

Haastattelussa halutaan korostaa, että ihminen on tutkimustilanteessa subjekti, jossa hänelle annetaan mahdollisuus ilmaista itseään ja tuoda asioita esille mahdollisimman vapaasti. Ihminen on tutkimuksessa aktiivinen osapuoli ja luo merkityksiä tutkimuksessa. Haastattelulla on mahdollista selventää ja syventää saatavia tietoja. Haastattelussa on mahdollista pyytää perusteluja esitettyihin mielipiteisiin ja lisäkysymyksiä voidaan esittää. Haastattelu vaatii haastattelijalta taitoa ja kokemusta, joka voi muodostua ongelmaksi. Haastattelu on myös aikaa vievä ja vaatii aina kustannuksia. Haastattelun katsotaan sisältävän monia virhelähteitä ja haastatteluaineiston analysointi, tulkinta ja raportointi katsotaan usein ongelmalliseksi. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 35.)

Teemahaastattelun kysymysten suhteen voidaan tehdä karkea kahtiajako. Kysymykset voidaan jakaa kahteen ryhmään sisällön mukaan, tosiasiakysymyksiin ja mielipidekysymyksiin. Tosiasiakysymykset ovat täsmällisiä ja niiden vastausvaihtoehdot on esitetty lomakkeessa. Mielipidekysymykset ovat joko avoimia tai esikoodattuja. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 106.)

Tutkimuksen onnistumista voidaan tehostaa panostamalla lomakkeen laadintaan ja kysymysten tarkkaan suunnitteluun. Haastattelun kysymysten on tärkeää olla selkeitä ja täsmällisiä. Pitkiä kysymyksiä tulisi myös välttää. Haastattelijan tulee muotoilla kysymykset siten, että ne eivät sisällä kaksoismerkityksiä. Sanojen valinnan ja käytön suhteen tulee olla tarkka, koska yksittäisillä sanavalinnoilla voi olla merkittävä vaikutus. Kysymykset saattavat helposti muotoutua johdatteleviksi. Kysymysten laadinnasta ei ole olemassa tarkkoja sääntöjä. (Hirsjärvi ym. 2006, 191–192.)

Tiedonantajan vapaaehtoisuus, henkilöllisyyden suojaaminen sekä luottamuksellisuus tutkimuksen osapuolten välillä ovat tärkeitä eettisiä periaatteita laadullista tutkimusta tehtäessä. Tärkeää on myös pohtia tutkimuksen osapuolten suhdetta toisiinsa. (Janhonen & Nikkonen 2001, 39.)

Tässä kehittämishankkeessa työryhmän sairaanhoitajaopiskelijajäsenet haastattelivat työryhmän työelämänedustajia. Haastattelun kysymykset laadittiin Sosiaali- ja terveystieteiden Turvallisen lääkehoidon oppaan (2006) lääkehoidon osa-alueisiin perustuen. Haastattelukysymyksiä oli yhteensä 68 kappaletta. Haastattelut toteutettiin syksyn 2008 aikana. Kehittämishankkeen työryhmään kuuluvat sairaanhoitajat haastateltiin erikseen ja perus- sekä lähihoitaja haastateltiin yhdessä. Haastattelut nauhoitettiin, jotta niistä saatu tieto säilyisi muuttumattomana analysointivaiheeseen. Ennen haastatteluja haastateltaville kerrottiin, että haastattelut ovat vapaaehtoisia, ne nauhoitetaan ja haastattelun voi keskeyttää halutessa, yksittäiset haastattelut eivät tule julki ja haastatteluaineisto tulee ainoastaan opiskelijajäsenten käyttöön.

### 2.3 Litterointi

Laadullisen aineiston puhtaaksi kirjoittamista sanasanaisesti kutsutaan litteroinniksi. Tavallisesti ajatellaan, että analysointi voidaan aloittaa kun aineisto on kerätty ja järjestetty. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa, jossa käytetään rinnakkain eri menetelmiä kuten haastattelu ja havainnointi aineisto analysoidaan pitkin matkaa. Aineiston kerääminen ja analysointi tapahtuvat osittain samanaikaisesti. Perusohjeeksi voidaan kuitenkin sanoa, että analysointi tulisi tapahtua mahdollisimman nopeasti keruu- tai kenttävaiheen jälkeen. (Hirsjärvi ym. 2006, 210–211.)

Välittömästi haastattelujen jälkeen kehittämishankkeen opiskelijajäsenet ryhtyivät purkamaan haastatteluja kirjalliseen muotoon. Haastattelut kirjoitettiin sanasanaisesti puhtaaksi. Auki kirjoitettua tekstiä tuli yhteensä 26 sivua.

## 2.4 Sisällönanalyysi

Laadullisen, aineistolähtöisen tutkimusmenetelmän perusprosessina voidaan pitää sisällönanalyysiä. Se on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista informaatiota. Lisäksi sisällönanalyysin avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkitystä, seurauksia ja yhteyksiä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21; Tuomi & Sarajärvi 2002, 93.) Yksi tärkeä tehtävä laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetulla tutkimuksella on lisätä tutkittavien ymmärrystä asiasta ja sen myötä myönteisesti vaikuttaa tutkittavien tutkittavaa asiaa koskeviin ajattelu- ja toimintatapoihin (Vilka 2005, 103).

Sisällönanalyysin vaiheet voidaan erottaa karkeasti seuraaviin osiin: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä lopuksi analyysin luotettavuuden arviointi. Samanaikaisesti voi esiintyä prosessin eri vaiheita ja analyysi voi olla vaiheiltaan laajempi. (Janhonen & Nikkonen 2001, 24.)

Ensimmäinen vaihe aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on aineiston pelkistäminen. Aineiston alkuperäisistä ilmauksista lähdetään pelkistämään "vastauksia" tutkimustehtävän mukaisiin kysymyksiin. Aineiston pelkistämisen jälkeen ryhmitellään pelkistettyjä ilmauksia niiden eroavaisuuksien ja yhtäläisyyksien mukaisesti. Samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaukset yhdistetään samaksi luokaksi, jolle annetaan sisältöä kuvaava nimi. Seuraavassa vaiheessa tehdään aineiston abstrahointi, jossa samansisältöisiä luokkia yhdistellään yläluokiksi. (Janhonen & Nikkonen 2001, 27–29.) Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimuksen ydinasia, johon tähdätään tutkimusta aloitettaessa. Analyysivaiheessa selviää, minkälaisia vastauksia ongelmiin saadaan. Analyysivaiheessa saattaa myös selvitä, miten tutkimusongelmat olisi pitänyt asettaa. Aineistoanalyysissä päätelmiä aineistosta päästään tekemään vasta useiden esitöiden jälkeen. (Hirsjärvi ym. 2006, 209.)

Laadullisen eli kvalitatiivisen aineiston analyysin tulosten tulkinta ja johtopäätökset ovat keskeinen osa työn kulkua. Analyysin tulosten pohtimisella ja omien johtopäätösten luomisella tarkoitetaan tulkintaa. Tuloksia tulee selittää ja tulkita, jotta lukija kykenee ymmärtämään tutkimuksen sisällön. Tutkimuksen tulkintaan vaikuttaa tutkija, tutkittava sekä tutkimuksen lukija. He kaikki

tulkitsevat tutkimusta omalla tavallaan. Näissä tulkinnoissa voi esiintyä suuriakin eroja. Myös faktojen suhteen voi olla tulkintaerimielisyyksiä. (Hirsjärvi ym. 2006, 209–214.)

Kaikissa tutkimuksissa pyritään saavuttamaan luotettava tutkimustulos ja välttämään virheitä, joten tutkimuksen luotettavuutta tulee tarkastella. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa tärkeiksi kysymyksiksi nousevat totuus ja objektiivisen tiedon tuottaminen. Tutkimusmenetelmien luotettavuutta voidaan kuvata validiteetin ja reliabiliteetin käsitteillä. Validiteetti tarkoittaa, että tutkimuksessa on tutkittu mitä on luvattu. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta eli miten saatua tutkimustulosta voidaan toistaa muissa yhteyksissä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 131–133.)

Haastattelujen aukikirjoituksen jälkeen opiskelijat tutustuivat aineistoon. Koska kysymykset oli laadittu Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallisen lääkehoidon oppaan (2006) osa-alueiden mukaisesti, aineistoa ryhdyttiin pelkistämään tämän luokituksen mukaisesti. Yläluokiksi muodostuivat lääkehoito-oppaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006) kymmenen lääkehoitoprosessin osaluuetta. Alaluokat muodostuivat haastatteluaineistoa pelkistämällä.

## 2.5 Kalanruotomalli

Kaoru Ishikawa kehitti kalanruotomallin 1960-luvulla. Se on laatujohtamisen ja prosessinkehittämisen graafinen työkalu, jota voidaan käyttää ryhmätyön apuvälineenä ja ongelmien syiden etsimisessä ja analysoinnissa. Kalanruotomalli on keino esittää visuaalisesti ryhmiteltyjä asioita, jossa jokainen ryhmä esitetään omana ruotonaan. Sen avulla voidaan tunnistaa ja organisoida ongelmaan vaikuttavat keskeiset syyt. (Ok-karjalainen 2009.)

Sisällönanalyysistä muodostuneiden ala- ja yläluokkien pohjalta opiskelijat muodostivat kalanruotomallin, mikä kuvaa yksiköiden lääkehoidon nykytilannetta. Kalan selkäruoto kuvastaa lääkehoidon prosessia. Selkäruodosta lähtevät kymmenen pääruotoa kuvaavat lääkehoidon prosessin osa-alueita. Pääruodoista erkanevat pienemmät ruodot kuvaavat yksiköiden toimintaa kyseisellä osa-alueella. Kalanruodon muodostamisen jälkeen kuvio esiteltiin työyksiköissä. Tässä vaiheessa työyksiköiden henkilökunnalla oli mahdollisuus tuoda julki muutosehdotuksia mahdollisimman kuvaavan kalanruodon aikaansaamiseksi (Ks. liite 2).



### 3 Vanhusten palvelukeskus kehittämistoiminnan ympäristönä

#### 3.1 Kehittämistoiminnan fyysinen ympäristö

Kehittämistoiminnan prosessi käynnistyi keväällä 2008, jolloin työryhmän kokoonpano myös muotoutui. Turvallinen lääkehoito 2 -hankkeen yhteistyökumppanina toimivat Lohjan kaupungin koti-hoidon yksiköt, dementiakodit Lagus ja Alatupa sekä vanhusten palvelukeskuksen osastot Helmi ja Hermanni sekä Akseli ja Elina.

Tässä kehittämishankkeessa Kehittämistoiminnan ympäristönä toimi Lohjan vanhusten palvelu-keskus käsittäen osastot Helmi ja Hermanni sekä Akseli ja Elina. Tämän kehittämishankkeen pa-rissa lähti työskentelemään kolme sairaanhoitajaopiskelijaa. Työelämän edustajista työryhmään valikoitui yksiköiden esimiehet sekä työyhteisöstä perushoitaja ja lähihoitaja.

Vanhusten palvelukeskus on kodinomainen asuinympäristö, jossa on huomioitu erikuntoisten van-husten tarpeet liikkumisen ja päivittäisten toimintojen suhteen. Asukkailla on mahdollisuus halu-tessaan kalustaa huoneensa omilla kalusteillaan. Jokaiselta osastolta löytyy ruokasali ja oleskelu-tiloja, joihin asukkaat voivat voinnin ja kunnon mukaan kokoontua seurustelemaan. Asukkaat maksavat itse asumisestaan ja käyttämistään palveluista sekä lääkkeistään ja päivittäisistä me-noistaan aivan kuin omassa kodissa asuessaan. (Lohja 2008.)

Helmi- ja Hermanni -osastoilla on asukkaita yhteensä 25. Helmi -osaston puolella paikkoja on 15 ja Hermanni -osaston puolella 10. Akseli- ja Elina -osastoilla on asukkaita myös 25. Akseli -osastolla paikkoja on 13 ja Elina -osastolla 12. Asukkaat tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa. Asukkaiden kunto vaihtelee lähes omatoimisista vuodepotilaisiin. Tämänhetkinen ikärakenne jakautuu 55-vuotiaasta 102-vuotiaaseen. (Nurmio & Lehtola 2008.)

#### 3.2 Vanhusten palvelukeskuksen henkilökunta

Helmi- ja Hermanni -osastoilla henkilökunta koostuu 13 työntekijästä. Koulutukseltaan työryhmä koostuu lähihoitajista ja perushoitajista. Lisäksi työryhmään kuuluu vanhustyöntekijöitä, joilla ei ole alan koulutusta. Esimiehenä toimii sairaanhoitaja. (Nurmio & Lehtola 2008.)

Akseli- ja Elina -osastoilla henkilökunta koostuu 13 työntekijästä. Työryhmän ammatillinen raken-ne on samanlainen kuin Helmi- ja Hermanni -osastoilla. Lisäksi työryhmään kuuluu mielenterveys-hoitaja. Esimiehenä toimii sairaanhoitaja. (Nurmio & Lehtola 2008.)

Yksiköissä henkilökunta työskentelee kolmessa vuorossa. Aamuvuoroissa on pääsääntöisesti neljä työntekijää, iltavuoroissa kolme ja yövuorossa yksi työntekijä osastoa kohden. Lääkäri käy osastoilla kerran viikossa.

### 3.3 Vanhusten palvelukeskuksen arvot ja ohjeistus

Vanhusten palvelukeskuksessa noudatetaan Lohjan kaupungin toiminta-ajatusta, jonka mukaan hoidon tulee olla oikeudenmukaista, tehokasta, asiakaslähtöistä ja inhimillistä. Jokainen ihminen on yksilö ja palvelujen tuottaminen lähtee yksilön tarpeista. Palveluiden tehokkuuden päämääränä on vastata sekä palveluiden tuottajan että palveluiden käyttäjän tarpeisiin. (Lohja 2008.)

Työyksiköiden omissa arvoissa ja toiminta-ajatuksessa tuodaan esille oikeudenmukaisuus, avoimuus, vastuullisuus, tehokkuus, asiakaslähtöisyys ja työyhteisön hyvinvointi. Palvelukeskuksessa asukkaiden henkilökohtaiset tarpeet huomioidaan, jonka mukaan asukkaille tarjotaan yksilöllisiä palveluita. Työyhteisön hyvinvointi on työn laadukkaan tekemisen kannalta merkittävä voimavara. (Nurmio 2006.)

### 3.4 Muutos

Muutos prosessina voidaan käsittää kolmivaiheisena: muutosvastarinta, surutyö eli vanhasta pois oppiminen ja uuden oppiminen, jolla käsitetään muutoksen varsinainen toteuttaminen (Arikoski & Sallinen 2007, 68-69). Muutosprosessin onnistunut toteutus perustuu kriittiseen reflektioon. Tämä tarkoittaa, että muutoksessa mukana olevien osapuolien tulee ymmärtää millaisesta muutoksesta on kysymys sekä missä muutoksen vaiheessa mennään. Lisäksi muutostoimijoiden on osattava kriittisesti kyseenalaistaa oma toimintansa. Muutoksen toteuttamisen edellytys on avoin kommunikaatio ja osapuolten välinen luottamus. Lisäksi riittävä tieto muutoksesta on avainasemassa. Tiedon avulla osallistujat saadaan aluksi tietoisiksi muutoksen tarpeellisuudesta. Muutosprosessin edetessä tieto edistää ymmärrystä muutoksen toteuttamisesta. (Stenvall & Virtanen 2007, 12-15.)

Muutos voidaan jakaa neljään tasoon, joiden kautta sen tarkastelu on helpompaa. Ensimmäisellä tasolla on yksilön muutos. Se voi olla joko omien taitojen tai toimintatapojen muuttamista tai muutoksen kohdistumista persoonaan, arvoihin tai luontaisiin reaktioihin. Toisen tason muutokset ovat työhön liittyviä muutoksia tai taktisia muutoksia, jotka eivät koske koko organisaatiota, vaan yksilöä ja hänen toimintaansa. Tulee muistaa, että tämäntyyppiset muutokset liittyvät yksilön muutokseen, yrityskulttuuriin sekä toisinaan jopa strategiaanmuutokseen. Suurin osa organisaatiois-

sa tapahtuvista muutoksista on toisen tason muutoksia. Kolmannella tasolla muutokset ovat strategisia. Niissä keskeistä on realismi ja liittäminen olemassa oleviin resursseihin, kompetensseihin ja kilpailukykyyn. Tämänäköisissä muutoksissa realismi on keskeistä. Kolmannen tason muutokset liittyvät usein neljännen tason muutoksiin, jotka muodostuvat kulttuurisista muutoshankkeista. Neljännen tason muutokset ovat luonteeltaan vaikeita ja hitaita. (Erämetsä 2003, 23–24.)

Lääkintävirheitä huomattavasti vähentääkseen tulee hallituksen, lääketeollisuuden ja kaikkien terveydenhuoltolalla työskentelevien olla halukkaita muutokseen. Muutoshalukkuus tulee aloittaa ylemmältä tasolta. Työnantajien tulee luoda kulttuuri missä henkilökunta tuntee riskien, virheiden ja läheltä-piti tilanteiden raportoimisen turvalliseksi. Hallinto henkilöstön tulee kartoittaa koko organisaatio, asettaakseen lähtökohdat parannuksille ja kyetäkseen arvioimaan tuloksia. (Nursingcenter 2007.)

#### 3.4.1 Muutosjohtaminen

Johtaminen muutosprosessissa on pitkäjänteistä, haastavaa ja innostavaa. Muutoksessa johtaminen kohdistuu erityisesti innovatiivisen ilmapiirin luomiseen sekä osaamisen kehittämiseen. Tärkeä osa johtajuutta on mahdollistaa ja tukea muutosprosessia. (Ora-Hyytiäinen 2006, 14.) Esimiehen tulee omalla toiminnallaan osoittaa, että muutokset eivät ole sattumanvaraisia, vaan ne ovat aina tavoitteellisia (Wiili-Peltola 2006, 8).

Johtaminen muutoksessa vaatii johtamiseen uudenlaista lähestymistapaa. Jotta koko työyhteisön kehittyminen mahdollistuu, tulee terveydenhuollossa vallitsevasta byrokraattisesta ja autoritaarisesta johtamistavasta luopua ja kehittää tilalle uudenlaisia tapoja johtaa. Työntekijöitä tulisi huomioida muutoksessa paremmin ja yhteistyötä organisaation eri tasojen kanssa tulisi lisätä. Lisäämällä työntekijöiden vaikuttamismahdollisuuksia, työtä ja valtaa delegoimalla saadaan henkilöstö paremmin sitoutumaan työhönsä ja näin työyhteisön kehittäminen paranee. Muutosprosessit, joissa työntekijöillä on mahdollisuus vaikuttaa ja he kokevat vaikuttavansa, onnistuvat parhaiten. Näin saavutetaan lisääntynyttä työtyytyväisyyttä ja työtehoa, työmotivaatio paranee ja muutoksen aiheuttama epävarmuus vähenee. (Väyrynen 2008, 36–37.)

Johtaminen muutoksessa tulisi olla kokonaisvaltaista ja ymmärtävää. Kaikkien osapuolten kuunteleminen ja mahdollisuus vaikuttaa, on merkittävässä roolissa. Terveydenhuollossa toimivalta muutosjohtajalta vaaditaan sekä perehtyneisyyttä terveydenhuoltoon että johtamiskoulutusta pystyäkseen toimimaan kokonaisvaltaisesti muutosprosessissa. Työryhmissä toimiminen ja kyky verkostoitua ovat muutosprosesseissa toimimisen perusedellytyksiä. (Väyrynen 2008, 37–38.)

Jotta muutoksen vaikutukset kyettäisiin havaitsemaan, tulee työyhteisölle antaa riittävästi aikaa sopeutua muutokseen. Uuteen tilanteeseen sopeutuminen vie työyhteisöltä useita vuosia. Muutossopeutumisen parantamiseksi ja tehostamiseksi, tulisi jälkeenkäin arvioida prosessin kulkua. Näin pystytään hyödyntämään edellisissä muutoksessa saavutettuja hyviä toimintatapoja sekä välttämään tehtyjä virheitä. (Väyrynen 2008, 42–43.)

#### 3.4.2 Muutosvastarinta

Muutosvastarinta on luonnollinen asia, jonka tehtävänä on muokata muutosprosessia paremmaksi. Kyseenalaistaminen ja terve kriittisyys muutosvastarinnan muodossa voivat oikein hyödynnettynä palvella prosessin etenemistä suuresti. Se voi kuitenkin myös olla negatiivinen asia, joka pahimmillaan voi hidastaa muutosprosessin etenemistä. Muutosvastarinnan olemassaolo on hyväksyttävä ja sitä on käsiteltävä järjellä perustellen sekä vastaperusteluja tarkasti kuunnellen. Muutosvastarintaa ei voida kieltää, mutta siihen voidaan vaikuttaa. Muutokseen liittyviä positiivisia tunteita tulisi vahvistaa ja negatiiviset tunteet tulisi purkaa auki. (Erämetsä 2003, 98–101.)

Muutosvastarinta on tärkeä ja tarpeellinen osa muutosta. Vastarinta kertoo, ettei työntekijä ole valmis muutokseen tai hän tarvitsee vielä aikaa. Taustalla voi olla myös huoli oman työn arvostuksesta, pelko palautteesta omaa työpanosta ja sen hyödyllisyyttä koskien. (Mattila 2008, 56.) Muutosvastarintaa sävyttävät pelon ja vihan tunteet, jotka kypsyvät näkyväksi kritiikiksi. Muutosvastarinta pitää sisällään runsaasti energiaa, joka saattaa kohdistua muutoksen edistämiseen tai vastustamiseen. Tämä vaatii työnjohdolta kykyä sietää kritiikkiä, jotta muutosvastarinnan aiheuttama energia pystytään kohdentamaan muutoksen edistämiseen. (Arikoski & Sallinen 2007, 68–69.)

## 4 Turvallisen lääkehoidon viitekehys

### 4.1 Terveydenhuollon henkilöstön ammattioikeudet

Eduskunnassa terveydenhuollon ammattihenkilöistä säädetyn lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palveluiden laatua. Lain tarkoituksena on varmistaa, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. Lain tarkoituksena on järjestää terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontaa terveyden- ja sairaanhoidossa. Lisäksi lailla pyritään helpottamaan ammatillisesti perusteltua terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä. (Finlex 2009c.)

Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto (Valvira) myöntää oikeuden harjoittaa ammattia laillistettuna ammattihenkilönä, ammatinharjoittamisluvan tai oikeuden käyttää terveydenhuollon ammattihenkilön nimikesuojattua ammattinimikettä. Oikeuden ammatinharjoittamisesta VALVIRA myöntää hakemuksesta. Laillistettuja ammattihenkilöitä ovat: lääkäri, hammaslääkäri, proviisori, psykologi, puheterapeutti, ravitsemusterapeutti, farmaseutti, sairaanhoitaja, kättilö, terveydenhoitaja, fysioterapeutti, laboratoriohoitaja, röntgenhoitaja, suuhygienisti, toimintaterapeutti, optikko ja hammasteknikko. (Finlex 2009d; Valvira 2008.)

Laillistuksen sijasta terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi myöntää ammatinharjoittamisluvan sellaisille ulkomaalaisille henkilöille, jotka ovat EU/ETA:n ulkopuolisen valtion kansalaisia ja ovat suorittaneet asianomaiseen ammattiin johtavan koulutuksen muussa kuin EU/ETA valtiossa. Lupa voidaan rajoittaa tiettyyn ammattitehtävään ja se on aina määräaikainen. (Finlex 2009d; Valvira 2008.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen mukaan nimikesuojatun ammattihenkilön ammattinimikkeitä ovat: apuvälineteknikko, jalkaterapeutti, koulutettu hieroja, kiropraktikko, naprapaatti, osteopaatti, lähihoitaja, psykoterapeutti, sairaalafyysikko, sairaalageneetikko, sairaalakemisti, sairaalamikrobiologi sekä sairaalaselubiologi. Edelleen terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain ja asetuksen tarkoittamaksi terveydenhuollon nimikesuojatuksi ammattihenkilöksi katsotaan apuhoitaja, hammashoitaja, jalkojenhoitaja, koulutettu kiropraktikko, koulutettu naprapaatti, koulutettu osteopaatti, kuntohoitaja, lastenhoitaja, lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja, mielenterveyshoitaja, mielisairaanhoitaja sekä perushoitaja. Edellä mainituissa ammateissa voivat toimia muutkin henkilöt, joilla on riittävä kokemus, koulutus ja ammattitaito. Nimikesuojattua ammattinimikettä heillä ei ole oikeutta käyttää. (Finlex 2009d; Valvira 2008.)

#### 4.2 Potilaan asema ja oikeudet

Potilas on oikeutettu saamaan hyvää ja tarkoituksenmukaista hoitoa terveydentilansa edellyttämällä tavalla terveyden- ja sairaanhoidon voimavarojen rajoissa. Potilasta on kohdeltava yksilönä loukkaamatta hänen ihmisarvoaan, tarpeitaan, vakaumustaan ja kulttuurin asettamia velvoitteita kuten äidinkieltä. (Finlex 2009b; Finlex 2009e.)

Tarvittaessa on laadittava suunnitelma potilaan hoidosta koskien tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutumista tai muuta vastaavaa. Potilaan, hänen omaistensa, läheistensä tai laillisen edustajansa kanssa yhteisymmärryksessä tehdystä suunnitelmasta tulee käydä ilmi potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. (Finlex 2009b.)

Potilaalla on oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, jolloin häntä on hoidettava täydessä yhteisymmärryksessä mahdollisuuksien mukaan muulla lääketieteellisesti hyväksytyllä tavalla. Jonkin vamman tai mielenterveydenhäiriön takia potilaan laillista edustajaa tulee kuulla potilaan hoidosta, jotta hoito olisi potilaan tahdon mukainen tai vastaisi parhaiten potilaan tahtoa. Potilasta hoidetaan hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisesti, jos laillinen edustaja ei pysty selvittämään potilaan tahtoa tai kieltää hoidon antamisen. Annettaessa tahdosta riippumatonta hoitoa, tulee hoitoon soveltaa mielenterveyslain, päihdetyölain, tartuntalain ja kehitysvammaisten erityishuollon määräyksiä. (Finlex 2009b.)

#### 4.3 Turvallinen lääkehoito

Lääkehoito tarkoittaa lääkkeen käyttöä potilaan terveyden säilyttämiseen tai sairauden hoitoon. Se on tärkeä lääketieteellinen hoitokeino ja sitä käytetään itsenäisenä hoitona sekä muiden hoitomuotojen tukena. Lääkehoito perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Tornainen 2006, 16.) Laissa lääke määritellään valmisteeksi, joka lievittää, ehkäisee tai parantaa sairautta ja sen oireita, ja jota käytetään sisäisesti tai ulkoisesti (Finlex 2009a).

Terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäiseminen on lääkehoidon ensisijainen tavoite. Lisäksi lääkehoidon tarkoituksena on sairauksien parantaminen sekä etenemisen hidastaminen että sairauden aiheuttamien komplikaatioiden ja oireiden lievittäminen. Lääkehoito on aina yksilöllistä ja lähtee potilaan tarpeesta. Lääkehoitoon liittyvät hyödyt ja haitat tulisi punnita aina lääkehoidon harkittaessa. (Veräjänkorva ym. 2006, 17.)

Potilaan hoidon keskeinen osuus on lääkehoidon toteuttaminen ja se on toteuttava määräysten mukaisesti. Edellytyksenä onnistuneelle lääkehoidolle on lääkeaineiden vaikutusmekanismien tunteminen, tieto lääkkeiden vaiheista elimistössä ja mahdolliset haittavaikutukset, joita lääkeaineet voivat aiheuttaa. Lääketurvallisuutta pyritään edistämään määrittelemällä menettelytapoja lääkehoidon suhteen. (Matti & Isola 2002, 3884.)

Lääkkeen käyttämistä lääketieteellisin perustein ja ohjeen mukaisesti kutsutaan lääkkeen oikeaksi käytöksi. Väärällä käytöllä tarkoitetaan esimerkiksi ali- tai liikkäyttöä sekä lääkkeen käyttämistä ilman lääketieteellisiä perusteita. Väärinkäytöllä tarkoitetaan lääkkeen käyttämistä, millä on haitallisia vaikutuksia terveyteen. (Stakes 2006, 9–10; Veräjänkorva ym. 2006, 16.)

Turvallinen lääkehoito jaetaan kahteen eri osa-alueeseen. Ensimmäinen osa-alue on lääketurvallisuus. Siihen liittyy farmakologiset ominaisuudet ja niiden tunteminen sekä laadukkaasti valmistetut lääkkeet. Toista osa-alueetta kutsutaan lääkitysturvallisuudeksi. Siihen liittyy lääkkeiden käyttö ja lääkehoidon toteuttaminen. (Airaksinen 2005, 31; Stakes 2006, 7; Veräjänkorva ym. 2006, 16.)

Vanhusten lääkehoidon tavoitteena on hyvinvoinnin edistäminen ja itsenäisyyden tukeminen. Vanhojen ihmisten lääkehoito on kokonaisuus, jossa jokaisen yksittäisen lääkkeen tarve on oltava perusteltu ja haittavaikutuksia on arvioitava erityisen tarkasti. Asianmukainen ja tarkkaan harkittu lääkehoito voi parantaa monipuolisesti vanhuksen elämänlaatua. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2005, 324.)

Vanhenemisen aiheuttamat keskeiset muutokset kehossa ovat hidastuminen, kuivuminen ja rasvoittuminen. Nämä muutokset muuttavat lääkeaineiden vaikutuksia ja kulkua elimistössä. Lääkeaineiden vaikutusten muuttumiseen elimistössä vaikuttavat myös ikääntyessä yleistyvät sairaudet sekä elintoimintojen heikkeneminen. Käytännössä tämä merkitsee lääkeaineiden vaikutusten tehostumista sekä pidempää vaikutusaikaa. Vanhenemismuutokset myös lisäävät haittavaikutusten vaaran kasvua. Muutokset elimistössä ovat kuitenkin yksilöllisiä ja lääkehoidon tarkoituksenmukaisuus tulee arvioida yksilöllisesti. (Kivelä 2005, 33.)

Potilasturvallisuus on keskeinen tavoite sosiaali- ja terveydenhuollossa ja se toimii laadun perustana. Turvallisella hoidolla tarkoitetaan oikein ja oikeaan aikaan toteutettua hoitoa, jossa hyödynnetään käytettävissä olevat voimavarat parhaalla mahdollisella tavalla. Turvallinen lääkehoito-oppaassa Sosiaali- ja terveysministeriö suosittaa, että lääkehoitoa toteuttavissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä lääkehoidon toteuttaminen perustuu yksikkökohtaisesti laadittuun

lääkehoitosuunnitelmaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 11.) Vaikka lääkehoito on terveydenhuollon yleisimmin käytetty hoitomuoto, on tärkeää muistaa, että potilaan kokonaisvaltainen hoito käsittää paljon muitakin hoitomuotoja lääkehoidon lisäksi (Airaksinen 2005, 17).

#### 4.3.1 Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat

Lääkehoidon sisällön toteuttamistapojen ja menetelmien määrittäminen on osa lääkehoitosuunnitelmaa. Perusedellytys työyksikön lääkehoidon hallinnalle ja kehittämiselle on oman toiminnan tunteminen sekä siihen liittyvien riski- ja ongelmakohtien määrittäminen. Lääkehoitosuunnitelman laajuus tulee määräytyä yksikön lääkehoidon vaativuustason mukaisesti. Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito-oppaan mukaan lääkehoitosuunnitelmassa lääkehoidon sisältöä ja toimintatapoja koskevat osa-alueet ovat yksikön lääkehoidon vaativuustason ja toimintatapojen määrittäminen, lääkehoidon riski- ja ongelmakohtien määrittäminen, lääkehoidon ydinalueiden tunnistaminen ja kehittäminen sekä lääkehoidon prosessin kuvaaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 45–46.)

Nykyaikana hoitajan lääkehoidon tietouden tulee olla kattavaa ja monipuolista. On tärkeää, että lääkehoitoa toteuttava henkilö ymmärtää myös moraalisen, eettisen ja laillisen puolen lääkehoidossa. Lääkehoidon turvallisuutta lisää hoitajan tuntemus lääkehoidon tietolähteisiin ja niiden käytön osaaminen. Jokainen hoitaja on vastuussa omista toimistaan ja tulisi olla valmis aina kysymään ja etsimään neuvoa, jos oma tietämys ei riitä. (Craven & Hirnle 2008, 495, 503.)

Työn hallinnan riskitekijöinä esille nousevat epävarmuuden tunne, vieras työympäristö ja uran alkuvaihe. Kokeneemmallekin työntekijälle uusi työympäristö aiheuttaa epävarmuutta toimintaan ja tätä tunnetta voi suurentaa kiire tai paine, jolloin lääkityspoikkeaman riski on todennäköisempi. Myös liian vähäinen perehdytys sekä kokeneemmalle että uransa aloittavalle hoitajalle on riski lääkityspoikkeaman tapahtumiselle. (Suikkanen 2008, 45–46.)

#### 4.3.2 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen

Lääkehoidon muuttuminen jatkuvasti tehokkaammaksi vaatii lääkehoitotaitojen kehittämistä säännöllisesti. Turvallinen lääkehoito on jokaisen perusoikeus, siksi sairaanhoitajalta vaaditaan ehdotonta tarkkuutta, huolellisuutta ja osaamista lääkehoidon suhteen. Hoitotyön päätöksentekoon vaikuttavat yleiset päätöksentekoteoriat, hoitotyön oma teoreettinen ja kokemuksellinen tietoperusta sekä käytännön toiminta. Terveysalan koulutuksen tulee antaa riittävät valmiudet opiskelijalle ammatissa toimimista varten. Toimiessaan ammatissaan sairaanhoitaja kehittyy yhä



taitavammaksi lääkehoidon osaajaksi. Kehittyminen edellyttää tietoista toimintaa, joka lähtee potilaan tarpeista ja on eettisesti hyväksyttävää. (Veräjänkorva 2001, 8–9.)

Lääkehoito on osa hoidon kokonaisuutta, mikä lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön tulee ymmärtää. Henkilöstön tulee ymmärtää lääkehoidon kaari, joka käsittää ymmärryksen siitä miksi lääkettä annetaan, mitä lääkettä annetaan, kuinka paljon, miten ja mitä antoreittiä käytetään aina lääkehoidon vaikuttavuuden arviointiin asti. Teknisen osaamisen lisäksi lääkehoitoa toteuttavan henkilön tulee hallita juridiseettinen, farmakologinen, fysiologinen, patofysiologinen ja lääkelaskennallinen tietoperusta. Lääkehoitoa toteuttavan henkilön tulee hallita lääkehoidolliset vaikutukset, lääkkeiden käsittelyn, toimittamisen, hankinnan, säilyttämisen ja hävittämisen osa-alueet. On välttämätöntä ymmärtää lääkemuotojen ja valmisteiden ominaisuudet, jotta eri lääkemuotoja käsitellään ja saatetaan käyttökuntoon oikealla tavalla. Lääkehoitosuunnitelman osaamista koskevat osa-alueet ovat tehtävän edellyttävän osaamisen määrittäminen, henkilöstön osaamisen kartoittaminen ja koulutustarpeen arviointi, toimintayksikön lääkehoitoon perehdyttäminen, osaamisen varmistaminen ja seuraaminen, osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen sekä sairaanhoito- tai terveydenhuoltopiiriin ylläpitämä täydennyskoulutusrekisteri. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 46–48.)

Sairaanhoitajan tehtäväalueisiin kuuluu lääkehoidon toteutus. Perusteet lääkehoidon osaamiselle ja sen toteutukselle saadaan ammatillisen peruskoulutuksen aikana. Koulutukseen tulisikin kuulua opetusta erilaisista lääkehoitoon liittyvistä tekniikoista, tietoa lääkkeistä sekä niiden vaikutuksista ja valmiuksia varautua erilaisiin odottamattomiin tilanteisiin. Jos peruskoulutuksen lääkehoidon osuus on vähäistä, tulisi työyksiköissä tällaisten terveydenhuollon ammattihenkilöiden kohdalla määritellä erityisen tarkasti lääkkeet, joiden kanssa he saavat olla tekemisissä. (Mattila & Isola 2002, 3884–3887.)

Pelkästään henkilökunnan osaamisen ja tietouden lisääntyminen ei sinällään aiheuta muutosta turvallisempaan lääkehoidon toteutukseen. Koulutus on looginen ja edullinen tapa lisätä lääkehoidon turvallisuutta, mutta ainoana keinona käyttäytymisen muuttamiseen ja turvallisen ilmapiirin luomiseen se on riittämätön. Esimiehen rooli kehityksen ja muutoksen aikaansaamiseksi on merkittävä. Henkilökunnan rohkaiseminen ja toiminnan jatkuva kehittäminen lisäävät turvallisen lääkehoidon toteutumista. (Dennison 2007.)

#### 4.3.3 Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako

Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön rakenne, tehtävät ja vastuualueet tulee määrittää lääkehoitosuunnitelmassa. Esimiehen on varmistuttava henkilöstön tarvittavasta osaamisesta sekä lääkeshoidon toteuttamisen sopivista olosuhteista. Esimiehen tehtävänä on myös ohjata ja valvoa lääkeshoidon toteuttamista ja laatua lääkehoitosuunnitelman mukaisesti sekä varmistaa, että jokaisen ammattiryhmän osaaminen hyödynnetään parhaalla mahdollisella tavalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 48.) Lääkkeen määräämisestä ja siten lääkeshoidon kokonaisuudesta vastaa lääkäri. Lääkeshoidon toteuttamisesta lääkärin määräysten mukaisesti vastaavat terveydenhuollon ammattihenkilöt. Lääkäri ja lääkeshoidon koulutuksen saanut terveydenhuollon ammattihenkilö vastaavat yhdessä hoidon tarpeen arvioinnista, lääkeshoidon ohjauksesta, neuvonnasta ja vaikuttavuuden arvioinnista. (Nurminen 2006, 29; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 48–49.) Kokonaisvastuun lääkeshoidon toteuttamisesta työyksikössä kantavat lääkeshoidon koulutuksen saaneet laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt. Kokonaisvastuu käsittää potilashoitoon liittyvän tehtävänjaosta päättämisen ja siihen liittyvän ohjauksen, neuvonnan ja valvonnan sekä työyksikön lääkeshuollon toimivuudesta huolehtimisen. Jokainen lääkehoitoa toteuttava henkilö kantaa vastuun omasta toiminnastaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 48–49.)

Lääkehoito on moniammatillista toimintaa, jonka muodostavat lääkäri, hoitaja ja farmaseutti yhdessä potilaan kanssa. Lääkeshoidon tarvetta ja vaikutuksia tulee tarkkailla säännöllisesti. Lääkeshoidon toteutus on yhteistyötä, jossa potilaalla, hoitajalla ja lääkärillä on jokaisella oma roolinsa ja vastuualueensa. Käytännössä lääkäri määrää lääkkeet, apteekki valmistaa ja toimittaa ja potilaalle jakamisesta vastaa koulutuksen omaava hoitaja, joka huolehtii myös lääkeshoidon kirjaamisesta. Lääkeshoidossa tarvitaan kaikkien osallisten yhteistyötä, jotta käytännössä toteutettava lääkehoito on turvallista, eli oikea potilas saa oikean lääkkeen oikean määrän ja valmisteen oikein annosteltuna ja oikeaan aikaan. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 508; Nurminen 2006, 29–30; Ritmala-Castrén 2004, 22; Veräjänkorva ym. 2006, 19–20.)

Lääkehoito kuuluu sairaanhoitajan päivittäiseen tehtäväkuvaan. Hyvä lääkehoito toteutetaan yhteistyössä lääkärin ja hoitajien välillä. Käytännössä sairaanhoitajan tulee kyetä toteuttamaan määrätty lääkehoito teknisiltä osin sekä seuraamaan vaikutuksia potilaassa ja kyetä välittömiin toimenpiteisiin potilaan tilan niin vaatiessa. Hoitohenkilöstöllä on hyvät mahdollisuudet seurata potilaan oireita ja vointia ja heillä on velvollisuus ilmoittaa huomioistaan lääkärille. (Kivelä 2004, 95; Veräjänkorva 2001, 8.) Jotta hoitaja voisi toteuttaa tarkoituksenmukaista lääkehoitoa tulee hänen ymmärtää eri lääkeaineiden vaikutukset sekä muut lääkkeen käyttöön liittyvät seikat (Craven & Hirnle 2008, 495).

Kiinnittämällä tarkemmin huomiota opiskelijan toimintaan ja valvomalla hänen toimintaansa systemaattisesti lääkehoidon toteutuksessa pystytään ennalta ehkäisemään lääkehoidossa tapahtuvia virheitä. Vastuu opiskelijan toiminnasta on hänen ohjaajallaan. (Suikkanen 2008, 48.)

#### 4.3.4 Lääkehoidon lupakäytännöt

Lääkehoidon eritasoiseen toteuttamiseen oikeuttavat lupakäytännöt määritellään lääkehoitosuunnitelmassa. Lääkehoitoa toteuttavien toimintayksiköiden tulee ottaa käyttöön lupakäytännöt sekä osaamisen varmistamiskäytännöt. Lääkehoidossa on tilanteita, joissa edellytetään terveysalan peruskoulutuksessa saatavien lääkehoidon valmiuksien ja niiden arvioinnin lisäksi lääkehoidon toteuttamiseen oikeuttava lupa. Nämä tilanteet ja osallistumisen tasot määritellään lääkehoitosuunnitelmassa. Myös ne lääkkeet, joita erilliset luvat koskevat, määritellään suunnitelmassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 54.)

Lääkehoitoon oikeuttava lupa on määritelty toimintayksikkökohtaiseksi. Tämän lisäksi lupa voi olla työyksikkö-, lääke- tai potilaskohtainen. Luvan laajuus on otettava huomioon lääkehoitosuunnitelmassa. Myös lääkkeiden tilaamiseen oikeuttavat luvat on huomioitava suunnitelmassa. Lääkehoidon sujuvuuden takaamiseksi sekä tiedonkulun varmistamiseksi lääkehoitoon liittyvät luvat säilytetään työyksikössä kaikkien nähtävillä. Lisäksi lääkehoitoa toteuttavalla henkilökunnalla tulee itsellään olla kopio voimassaolevista luvista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 54.)

Lääkehoitoa toteuttavan henkilökunnan lääkehoidon osaaminen on säännöllisesti varmistettava. Kirjallisella kokeella osoitetaan teoreettinen osaaminen ja käytännön osaaminen todennetaan näytöllä. Lisäksi vaaditaan toimintayksikön vastaavan lääkärin myöntämä kirjallinen lupa. Lisäkoulutusta edellytetään silloin, kun on kyse suonenensisäisestä neste- ja lääkehoidosta, muusta vaativasta lääkehoidosta tai verensiirroista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 54.)

Lihakseen ja ihon alle annettavat sekä ihonsisäiset injektiot kuten myös rokotteiden antaminen edellyttävät lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön osaamisen varmentamista ja toimiyksikössä myönnettyä kirjallista lupaa. Tarvittaessa henkilöstölle on järjestettävä täydennyskoulutusta. Lääkehoitosuunnitelmassa korostuu myös sosiaalihuollossa ja lääkehoitoa toteuttavilla epätyypillisillä alueilla toteutettavan luonnollista tietä annettavan lääkehoidon lupakäytäntöjen määrittäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 54.)

Lääkehoidossa on olemassa erityistilanteita, joissa lääkkeiden annon voi hoitaa vain terveydenhuollon ammattihenkilö, joka on tehtävää varten koulutettu ja omaa riittävän kokemuksen. Tä-

mäntyyppisiä tilanteita ovat infuusio- ja injektioneiteiden antaminen potilaalle. Kun lääkäri määrää nesteensiirron aloituksen potilaalle, injektioneitettä ihon alle, lihakseen, suoneen tai epiduraalikanavaan, on hänen vastuullaan varmistua, että lääkkeen antaja on terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on koulutus tehtävään ja riittävä kokemus. (Mattila & Isola 2002, 3884–3885.)

Tietynlaista joustavuutta lupakäytäntöjen suhteen on harkittava, jotta lupa-asiat saadaan toimiksi myös tilapäistyöntekijöiden kohdalla. Yhtenä ratkaisumallina voidaan pitää väliaikaisia lupia. Opiskelijoiden toimiessa lääkehoitoprosessissa ja osallistuessa lääkehoidon toteutukseen tulee ottaa huomioon opiskelijan mahdollisuus päästä asettamiinsa opiskelutavoitteisiin. (Mattila & Isola 2002, 3887.) Eräs tapa varmistua opiskelijan osaamisesta on ottaa käyttöön lääkehoidon passi. Passia täydennetään opiskelujen edetessä ja se toimii valmistumisen jälkeen näyttönä siitä, että opiskelijalla on riittävä koulutus ja osaaminen lääkehoidon suorittamiseen. (Veräjänkorva ym. 2006, 44.)

#### 4.3.5 Lääkehuolto

Lääkevalikoima, lääkkeiden tilaaminen, säilyttäminen, käyttökuntoon saattaminen, palauttaminen, hävittäminen sekä ohjaaminen, neuvonta ja lääkeinformaation antaminen kuuluvat oleellisesti lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkevalikoiman ja lääkekaapin tarkastukseen toimintayksiköissä käytetään farmaseuttisen henkilökunnan ammattitaitoa. Tarkoituksenmukaista olisi, jos turvallisen ja kustannustehokkaan lääkehoidon takaamiseksi toimintayksikössä olisi hoitosuositukset ja erikoisalajat tunteva asiantuntijajelin, joka yhteistyössä lääkekeskuksen ja sairaala-apteekin kanssa päättää peruslääkevalikoiman, minkä avulla voidaan lääkkeiden hankinta ja käyttö yhtenäistää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 55.)

Sairaala-apteekin, lääkekeskuksen tai avohuollon apteekit toimittavat lääkkeet sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköihin. Sairaala-apteekki tai lääkekeskus toimittaa tilatut lääkkeet kirjallisen tilauksen perusteella, jos tilaus tehdään suullisesti, on siitä annettava kirjallinen vahvistus. Ennen tilauksen toimittamista, on farmaseuttisen henkilökunnan selvitettävä mahdolliset epäselvyydet ja varmistuttava tilausten ja toimitusten oikeellisuudesta. Peruslääkevalikoiman lääkkeiden tilaamiseen valtuutetut terveydenhuollon ammattihenkilöt tulisi määrittää lääkehoitosuunnitelmassa. Lääkärin vahvistus tarvitaan, jos tilataan peruslääkevalikoiman ulkopuolelta kuluihin luovutettavia, huumaavia lääkkeitä tai alkoholia. Ellei toimitettavien lääkkeiden jakamiseen ole syytä, lääkkeet toimitetaan alkuperäispakkauksissa ja jakamattomina. (Aaltonen & Saarinen 2004, 102–103; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 56.)

Huumausaineiksi luokitellaan esimerkiksi morfiini, metadoni ja fentanyl. Huumausaineita tilataan muiden lääkkeiden kanssa lääketilauksella. Huumausaineiksi luokiteltujen valmisteiden pakkauksissa tulisi olla mukana valmistekohtainen kulutuskortti, josta ilmenee valmisteen nimi, määrä, toimituspäivä sekä osaston tai toimintayksikön nimi. Jokaisella huumausainelääkkeellä tulee olla lääkekohtainen kulutuskortti, johon lääketta käytettäessä kirjataan potilaan nimi, otettu määrä, lääkärin nimi ja lääkkeen antajan nimikirjoitus ja päiväys. Osaston tai toimintayksikön vastaavan tai hänen valtuuttamansa lääkärin allekirjoittamisen jälkeen tyhjä pakkaus kulutuskortteineen pitää palauttaa apteekkiin, sairaala-apteekkiin tai lääkekeskukseen. (Finlex 2009f; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 65.)

Lääkkeen käyttökuntoon saattamisesta huolehtivat sairaala-apteekki, lääkekeskus tai osaston henkilökunta. Muualla kuin apteekissa tai lääkekeskuksessa käyttökuntoon saatettavissa lääkkeissä, tulee noudattaa avohuollon apteekin, sairaala-apteekin tai lääkekeskuksen kirjallisesti antamia ohjeita. Lääkkeiden käyttökuntoon saattamisen toteuttamiseen pitää olla asianmukaiset, olosuhteisiin sopivat ja toimivat tilat. Oikeat työtavat, lääkkeen käyttökuntoon saattamiseen annetut ohjeet, yhteensopivuudet muiden lääkeaineiden kanssa ja lääkkeen biologinen ja kemiallinen säilyvyys sekä asianmukainen säilytys, käyttöaika ja merkinnät on otettava tarkoin huomioon lääkkeiden käyttökuntoon saattamisessa. Työturvallisuuteen liittyvä lainsäädäntö ja normisto otetaan huomioon, jos lääkevalmiste voi aiheuttaa vaaraa työntekijälle tai potilaalle. (Aaltonen & Saarinen 2004, 102–103; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 56.)

Vanhentuneet ja muuten käyttökelvottomat lääkkeet pitäisi poistaa viipymättä varastosta. Lääkejäte luokitellaan ongelmajätteeksi ja se tulisi käsitellä ja hävittää kunnan ohjeiden mukaisesti. Sairaala-apteekkiin tai lääkekeskukseen palautetaan osastoilta tai muista toimintayksiköistä käyttämättömät, vanhentuneet, käyttökelvottomat tai käyttökieltoon asetetut lääkkeet. Avohuollon apteekin kautta hankitut lääkkeet, jotka ovat vanhentuneita, käyttökelvottomia tai tarpeettomia, erityisesti huumausaineiksi luokitellut valmisteet, palautetaan takaisin avohuollon apteekkiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 56.)

Lääkkeitä tulee säilyttää erillään muista tuotteista ja säilytysolosuhteet tulee olla oikeat, johon toimintayksikön henkilökunnan tulee kiinnittää erityisesti huomiota. Tarkoituksenmukaiset, riittävät ja lukittavat tilat ovat lääkkeiden säilytyksessä perustekijöitä. Pääsy lääkehuoneeseen tai kaappiin tulee järjestää niin, ettei asiattomilla ole mahdollisuutta päästä käsiksi lääkeaineisiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 57; Suomen Farmasialiitto & Tehy Ry 2003, 9.) Potilasturvallisuutta lisää ja erehtymisen riskiä pienentää helposti sekaantuvien lääkkeiden säilytys erillään. Lääkkeet tulee tarkastaa säännöllisin väliajoin ja kiinnittää huomiota vanhentuneisiin tai muuten

käyttöön sopimattomiin lääkkeisiin. Kaikkiin väärinkäytön vaaran omaaviin lääkkeisiin tulee kiinnittää huomiota ja kaikista väärinkäyttöistä tulee ottaa yhteyttä sairaala-apteekkiin, lääkekeskukseen, toimipaikan johtoon ja turvallisuudesta vastaavaan tahoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 57.)

Lääkkeet, joita käytetään ensihoitoa vaativissa tapauksissa, voidaan säilyttää helposti saatavissa paikoissa lääkekaapin tai -huoneen ulkopuolella. Kotisairaanhoidossa tämänkaltaiset lääkkeet voidaan säilyttää asiakkaan kodin sijasta toimintayksikön hallussa. Lääkkeet pitää tarkastaa säännöllisesti, jotta ne ovat käyttökelpoisia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 57.)

Hoitoyksikössä tulee olla lääkkeiden säilytystä varten erillinen lukittava kaapisto tai vaihtoehtoisesti lääkehuone. Lääkkeiden säilyttämiseen varatun tilan tulee olla luonteeltaan rauhallinen, hyvin valaistu ja riittävän tilava lääkkeiden käsittelyä varten. Lääkkeiden vaatimat säilytysolosuhteet kuten kylmä- ja pimeäsäilytys tulee ottaa huomioon. Kylmässä säilytettävillä sekä huumausainelääkkeillä tulee olla erilliset lukitut säilytystilat. Dosettiin tai tarjottimelle valmiiksi jaetut lääkkeet tulee säilyttää lääkekaapissa. Lääkkeet tulee säilyttää alkuperäisissä pakkauksissa, jotta valmistuserät ja vanhenemisajankohta voidaan selvittää. Liuosmuotoisiin lääkkeisiin tulee merkitä avaamispäivämäärä. (Iivanainen ym. 2001, 507–508; Suomen Farmasialiitto & Tehy Ry 2003, 10.)

#### 4.3.6 Lääkkeiden jakaminen ja antaminen

Lääkkeet tulisi pääsääntöisesti jakaa alkuperäisen kirjallisen lääkemääräyksen mukaisesti. Potilaskohtainen lääkkeenjako tulee suorittaa asianmukaisissa toimintaan sopivissa tiloissa ja olosuhteissa. Rauhallinen työympäristö luo osaltaan edellytykset lääkehoidon virheettömyyteen ja parantaa näin potilasturvallisuutta. Jaetut lääkkeet tulee säilyttää lukituissa tiloissa ja merkitä niin ettei potilaalle lääkettä antaessa sekaantumisen vaaraa ole. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 58.) Kaksoistarkistus on suotavaa jaettaessa lääkkeitä tarjottimelle. Kaksoistarkistus tulisi aina tehdä vaikka se on aikaa vievää. Tällä tavoin voidaan estää väärin jaetun tai mitatun lääkkeen anto potilaalle. (Cohen 2007.)

Hoitoympäristö tulee varustaa niin, että lääkehoito voidaan suorittaa helposti ja turvallisesti. Fyysisen ympäristön tulee sisältää asianmukaiset lääkekaapit ja säilytystilat. Oleellista on huolehdittava lääkkeiden jatkuvasta saatavuudesta. Ympäristön tulee olla turvallinen kaikille, jotka käsittelevät lääkkeitä ja saattavat ne käyttökuntoon sekä antavat potilaalle. (Veräjänkorva ym. 2006, 19.) Lääkehoidon toteutuksesta vastaavan henkilön pitää teknisen osaamisen lisäksi tuntea riittävästi ihmisen anatomiaa sekä lääkeaineita ja niiden vaikutuksia. Lisäksi hänellä on oltava

valmiudet toimia ennalta odottamattomissa tilanteissa. (Mattila & Isola 2002, 3885; Straight 2008.)

Lääkeannostuksessa tapahtuvat poikkeamat johtuvat yleensä huolimattomuudesta, jolloin potilaalle jaetaan eri vahvuista lääkettä kuin lääkekornttiin on merkitty, johtuen esimerkiksi tulkintavirheestä. Tulkinnanvaraiset, esimerkiksi hoitoyksikön omat lyhenteet ja merkinnät ovat riski lääkepoikkeamalle. Merkityksellistä poikkeamien ehkäisyssä on kiinnittää huomiota potilaan tunnistamiseen ennen lääkkeen antoa. Potilaiden nimien samankaltaisuus ja potilaspaikkojen vaihtaminen lisäävät riskejä lääkityksessä. (Suikkanen 2008, 29–38.) Virheitä yleensä sattuu eniten silloin kuin hoitaja on väsynyt, ympäristön häiritsemä tai stressaantunut. On kuitenkin selvää, että virheitä sattuu myös hoitajan huolimattomuuden, taitamattomuuden ja välinpitämättömyyden seurauksena. (Alberti 2001, 501–502.)

#### 4.3.7 Potilaiden informointi ja neuvonta

Potilaalla on oikeus saada tietoja terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehdoista, niiden merkityksestä ja vaikutuksista sekä kaikesta mikä liittyy potilaan hoitamiseen. Tietoja potilaan tilasta ei anneta vastoin potilaan tahtoa tai jos, tiedot aiheuttaisivat vaaran potilaalle. Tiedot tulee antaa potilaalle hänen omalla äidinkielellään tai muulla tavalla niin, että hän ymmärtää sisällön. Tarvittaessa ammattihenkilön tulee hankkia tulkki. (Finlex 2009b.)

Lääkehoitosuunnitelmassa tulee käydä ilmi potilaan tai hänen edustajansa informointia ja neuvontaa koskevat asiat, kuten lääkehoitoa koskevat suulliset ja kirjalliset ohjeet sekä seurantaohjeet. Lääkärin, lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön sekä farmaseuttisen henkilöstön tulee antaa potilaalle hänen lääkehoitoaan koskevia tietoja. Heidän tulee myös ohjata ja neuvoa potilasta lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä lääkehoitoprosessin eri vaiheissa. Näin potilas saavuttaa edellytykset osallistua oman lääkehoitonsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Huomiota tulee kiinnittää siihen, että potilas ymmärtää annetun ohjauksen. Tiedon jakamisella ja neuvonnalla voidaan tukea potilasta sitoutumaan lääkehoitonsa noudattamiseen. Potilasta tulee aina informoida lääkeshoidossa tapahtuvista merkittävistä poikkeamista ja mahdollisesti aiheutuneista/aiheutuvista haittavaikutuksista. (Sosiaali- ja terveystministeriö 2006, 59.)

Hoitotyön keskeinen auttamismenetelmä on potilaan opettaminen ja ohjaaminen. Tavoitteena opettamisessa ja ohjauksessa on lisätä hoitoon sitoutumista, selviytymistä sekä kasvattaa elämänhallinnan tunnetta hoitoon osallistumisen avulla. Tavoitteena on myös saada potilas oppimisen kautta osallistumaan omaan hoitoonsa. Opettaminen ja ohjaaminen tulee tapahtua yhteis-

työssä sekä ymmärryksessä potilaan kanssa. Hoitajan tehtävänä on arvioida potilaan valmiudet oppimiseen. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 36–37.)

Neuromalla ja opastamalla potilasta hoitaja auttaa potilasta ymmärtämään lääkehoidon tarkoituksen, selvittää epäselvyyksiä ja kannustaa potilasta olemaan itse tiedonhaluinen koskien potilaan omaa lääkehoitoa. Potilaan motivaatio vaikuttaa hoitajan työhön, koska on potilaita, jotka eivät halua olla osallisina omaan lääkehoitoonsa. (Craven & Hirnle 2008, 495.) Lääkehoidon onnistumisen kannalta hoitajien tulisi tukea potilasta ottamaan oman hoitonsa suhteen aktiivinen rooli. Potilas tulisi saada itse pohtimaan omaa hoitoaan ja tilannettaan ja etsimään itselleen parhaita ratkaisuja. Myös ikääntyneen potilaan lääkehoidossa ja hoitoon sitoutumisen tukemisessa tämällytyypisen toimintamallin tulisi olla lähtökohtana. Jos potilas ei esimerkiksi dementian takia pysty päättämään itse asioistaan, tulisi hoitohenkilökunnan keskustella potilaan omaisten kanssa avoimesti lääkehoidon järjestelyistä. (Pitkälä, Hosia-Randell, Raivio, Savikko & Strandberg 2006, 1511.)

Ottamalla potilas mukaan hoitoonsa pystytään lisäämään potilasturvallisuutta. Potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, kuuntelemalla häntä ja ottamalla hänet osalliseksi hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. (Sosiaali- ja terveystministeriö 2009, 15.) Potilaan johdonmukainen informointi ja tietoisuus omista lääkkeistään ja annoksistaan voi ehkäistä lääkintävirheiden tapahtumista (Cohen 2007). Suullisessa ohjauksessa tulee huomioida potilaan kyky ottaa tietoa vastaan. Kielen tulisi olla selkeästi ymmärrettävää ja eikä liian yksityiskohtaista. Suullisen ohjauksen lisäksi tulisi ohjausta täydentää kirjallisella ohjeella, joka mahdollistaa lääkehoidon toteuttamisen lääkärin määräämällä tavalla. Kirjallisesta ohjeesta potilas voi itse kerrata lääkehoitoaan koskevia asioita, jota on täydennetty potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. (Iivainen & Syväoja 2008, 272.)

Shelperin, Groganin ja Paterin (2006) mukaan vanhuksille tulisi kertoa miten lääkkeitä otetaan turvallisesti ja miten raportoida hoitajille, jos huomaa lääkkeissään virheitä. Opetukseen tulisi sisältyä tietoa eri lääkeaineiden yhteisvaikutuksista etenkin reseptivapaiden lääkkeiden osalta, sekä tietoa päällekkäisyyksien välttämisestä ja lääkkeiden annostuksesta. Potilaan tietoisuus omista lääkkeistään voi vähentää merkittävästi lääkevirheitä.

Käytettävien lääkkeiden määrä on viime vuosina lisääntynyt iäkkäiden keskuudessa. Monilääkityksen seurauksena myös lääkkeitä aiheutuvat haittavaikutukset lisääntyvät ja yhteisvaikutukset mahdollistuvat. Iäkkään on vaikea tunnistaa lääkkeitä johtuvia haittoja, koska haitat saatetaan kokea iän mukanaan tuomiksi ongelmiksi. Näin ollen lääkitystä muutettaessa tulisi hoitavan tahon



aktiivisesti tiedustella potilaalta haittavaikutuksista. Kohdennetuilla kysymyksillä voidaan saada paremmin tietoa lääkehoidon vaikutuksista, kuin avoimilla kysymyksillä. (Lampela, Hartikainen, Sulkava & Huupponen 2007, 2664–2665.)

Lääkehoidossa esiintyviin ongelmiin ovat selkeästi yhteydessä potilaiden ja hoitohenkilöstön välinen kommunikaation puute. Potilaan ja henkilöstön välinen suhde tulisi perustua vuorovaikutukseen, joka olisi kumppanuutta hoidon toteuttamiseksi. Tällaisessa hoitosuhteessa potilas otetaan mukaan hoitonsa toteuttamiseen ja pohtimaan erilaisia vaihtoehtoja. Näin mahdollistetaan hoidosta oppiminen ja sitoutuminen omaan hoitoon paranee. (Airaksinen 2005, 21.)

#### 4.3.8 Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi

Se, miten lääkehoidon tarkoituksenmukaisuutta ja vaikuttavuutta arvioidaan työyksikössä, määritellään lääkehoitosuunnitelmassa. Vaikuttavuuden arvioinnin tulee kattaa positiivisten vaikutusten, mahdollisten sivu- ja haittavaikutusten sekä lääkkeiden mahdollisten yhteisvaikutusten arvioinnin ja seurannan. Erityistä huomiota tulee kiinnittää vaikutusten kirjaamiseen ja raportointiin. Lääkehoitosuunnitelmassa tulee määrittää ne lääkehoidon tilanteet, joissa lääkäriä tulee informoida ja konsultoida. Lääkärin tulee arvioida lääkehoidon tarvetta säännöllisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 60.)

Haittavaikutukset voidaan luokitella kolmeen ryhmään: annoksesta riippuvaisiin, idiosynkraattisiin ja epidemiologisiin haittoihin. Annoksesta johtuvat haitat ovat yleisimpiä. Nämä ovat yleensä ehkäistävissä potilaiden valinnalla ja annosta säätämällä. Annosta lisättäessä haitat lisääntyvät kaikilla lääkettä käyttävillä. Yksilöllistä yliherkkyyttä lääkkeelle ja sen aiheuttamille haitoille kutsutaan idiosynkraattisiksi haittavaikutuksiksi. Ne ovat harvinaisia ja ennustamattomia, joten niiden ehkäisy on vaikeaa. Idiosynkraattiset haittavaikutukset vaikuttavat yleisimmin lääkkeen käytöstä poistamiseen. Epidemiologisten tutkimusten avulla pystytään parhaiten määrittämään ketkä hyötyvät tietystä lääkkeestä ja kenellä haittavaikutusriski on suurin. Tämän tiedon avulla pystytään suuntaamaan lääkehoitoa eniten hyötyville ja rajoittamaan lääkkeen käyttöä riskiryhmissä. (Rit-mala-Castrén 2004, 21.)

Mahdolliset yhteisvaikutukset eri lääkeaineiden välillä ovat yleisiä, mutta vakavia yhteisvaikutuksia esiintyy vähän. Useiden lääkkeiden samanaikainen käyttö on yleistä ja toisinaan jopa välttämätöntä, eivätkä lääkkeet yleensä vaikuta toisiinsa. Toisinaan eri lääkkeitä käytetään yhdessä, jotta saavutettaisiin suurempi hyöty, jonka yhteisvaikutukset mahdollistavat. Haitallisten yhteisvaikutusten riskitekijät jaetaan lääkkeestä ja potilaasta johtuviin. Riskit lisääntyvät, jos potilasta

hoitaa useampi lääkäri. Huomiota olisi kiinnitettävä erityisesti lääkeaineisiin, joiden terapeuttinen leveys on kapea. Aina kannattaa tarkastaa mahdollinen yhteensopimattomuus, koska edes kaikkia tärkeitä yhteisvaikutuksia ei voi muistaa ulkoa. Lääkkeen ja annoksen oikeellisuus sekä lääkkeen vaikutuksen seuranta ja arviointi on hoitajan velvollisuus. (Ritmala-Castrén 2004, 22.)

Lääkkeistä aiheutuvat haitta- ja yhteisvaikutusten vaarat lisääntyvät suhteessa käytössä olevaan lääkkeiden määrään. Haittoja erehdytään usein luulemaan uuden taudin tai vaivan oireiksi, joka usein johtaa uuden lääkkeen määräämiseen. Lääkitystä ei koskaan voi tarkastella yhden taudin hoidon kannalta, vaan keskeistä on tutkia ihminen kokonaisuutena ja arvioida tämän pohjalta lääkehoidon tarve. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 249–250.)

Vanhusten lääkehoidossa on otettava huomioon iän ja sairauksien aiheuttamat muutokset lääkkeiden vaikutusmekanismeihin. Ongelmia ovat monien lääkkeiden yhtäaikainen käyttö, joka aikaansaa yhteisvaikutuksia ja voimistaa haittavaikutuksia. Ongelmana on myös lääkkeiden haittavaikutuksille herkistyminen ja sekaannukset lääkkeiden käytössä. Lääkkeiden vaiheet ja vaikutukset elimistössä voivat muuttua monella eri tavalla ikääntymisen myötä. Lääkevaikutukset vaihtelevat vanhuksilla tuntuvammin yksilön kuin iän mukaan. Pääsääntöisesti lääkkeet imeytyvät iäkkäillä yhtä tehokkaasti kuin nuoremmillakin. Sairailta kuitenkin lääkkeiden imeytyminen on usein hidastunut ja näin ollen lääkkeiden vaikutukset ilmaantuvat odotettua myöhemmin. (Pitkälä ym. 2006, 1503–1505; Vallejo Medina ym. 2005, 323–324.)

Tärkeää lääkehoidon hyvän toteutuksen kannalta on järjestää toistuvasti määräväleihin lääkkeiden tarkistus- ja vähentämiskiertoja. Jokaiselle hoidon piirissä olevalle vanhukselle tulisi järjestää kerran vuodessa lääkityksen tarkistus kliinisine tutkimuksineen. Tarkistuksen tavoitteena on poistaa tarpeettomat ja haitalliset lääkkeet, muuttaa lääkeannokset tarpeenmukaisiksi sekä mahdollisesti lisätä lääkitystä. Tarkoituksena on järjestää vanhuksen lääkehoito asianmukaiseksi. (Kivelä 2004, 96.) Säännölliset lääkitysten arviointikierrot ovat laitoshoidossa oleville vanhuksille hyödyllisiä, jotta monilääkitysten aiheuttamia haittavaikutuksia pystytään minimoimaan. Erityisesti psyykenlääkkeiden tarpeen tarkistaminen säännöllisesti laitoshoidon aikana on suositeltavaa, sillä niitä on vanhuksilla käytössä paljon ja lääkehoidon tarve on esimerkiksi dementian käytösoireiden osalta usein lyhytaikainen. (Pitkälä ym. 2006, 1505.)

Ylilääkitseminen, riittämätön lääkitys tai lääkkeiden yhteisvaikutukset voivat aiheuttaa vanhuksille vakavia haittavaikutuksia. Tarkistamalla lääkitys tarkoituksenmukaiseksi voidaan vähentää potilaille aiheutuvia kärsimyksiä sekä pienentää terveydenhuollon kustannuksia. (Rocchiccioli, Sandford & Caplinger 2007.)

#### 4.3.9 Dokumentointi ja tiedonkulku

Keskeinen osa lääkehoitosuunnitelmaa on kirjaamisprosessin suunnittelu ja kirjaamisen toteutuminen lääkehoidon osalta. Kirjaamista työyksikössä tulee toteuttaa erikseen laadittujen lakien ja asetusten mukaan. Lääkehoitosuunnitelmaa luotaessa tärkeää on kiinnittää huomiota työyksikön kirjaamiskäytäntöihin ja niiden luomiseen. Tavanomaisten lääkehoitoa koskevien merkintöjen lisäksi tärkeää on tarkoin merkitä lääkäriä konsultoituessa lääkehoitoa koskevat asiat ja ajankohdat. Vaikutusten arvioiminen ja niiden merkitseminen asiapapereihin on oleellista lääkehoitoa tehtäessä. Asianmukaisella kirjaamisella taataan lääkehoidon jatkuvuus ja joustava tiedonkulku. Lääkehoitosuunnitelmassa tulee huomioida turvalliset toimintatavat, joilla pyritään saamaan aikaan ajantasainen lääkelista, poistamaan lääkitysten päällekkäisyys sekä minimoimaan haitalliset yhteisvaikutukset. Potilaan kotiutuessa lääkelista tulee tarkastaa oikeelliseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 60–61.)

Luxembourgien potilasturvallisuusjulistuksessa suositetaan, että kansallisten säätelyjärjestelmien tulisi suojata potilastietojen yksityisyyttä ja luottamuksellisuutta, mutta myös samalla varmistaa terveydenhuollon ammattilaisille potilastietojen helppo saatavuus. Potilaat, joita on informoitu hoidostaan ymmärtävät paremmin hoitonsa sisältöä ja pystyvät näin ollen paremmin valvomaan omaa terveyttään. (European Commission 2005, 2.)

Potilaan tietoja saa antaa suullisen tai muuten ilmenevän suostumuksen mukaisesti toiselle terveydenhuollon ammattilaiselle tai toimintayksikölle. Välttämättömiä tietoja saadaan antaa, jos potilaalla ei ole edellytyksiä tehdä itse päätöstä, eikä hänellä ole laillista edustajaa tai hän on tajuton. Jos ei ole syytä olettaa muutoin, voidaan tajuttoman tai muun siihen verrattavan syyn vuoksi hoidettavan potilaan tietoja antaa hänen läheiselleen. Kun tiedot ovat välttämättömiä tärkeiden etujen tai oikeuksien selvittämiseksi tai toteuttamiseksi voidaan kuolleen henkilön tietoja luovuttaa. (Finlex 2009b.)

Seurannan turvaamiseksi tulee potilasasiakirjoihin merkitä potilaan hoitoon oleellisesti liittyvät asiat kuten hoidon järjestäminen, toteuttaminen ja suunnittelu. Mahdollisten korvausvaatimusten ja tieteellisten tutkimusten takia potilasasiakirjoja, biologisia materiaaleja sisältäviä näytteitä ja elinmalleja tulee säilyttää määrätty aika, jotka tämän ajan täytyttyä tulee välittömästi hävittää. Jos kuitenkin potilaan hoito edellyttää, voidaan näytteitä ja asiakirjoja säilyttää pitempäänkin. Tätä tarvetta tulee arvioida viiden vuoden välein. (Finlex 2009b.)

Potilaan yksilöllinen hoitaminen edellyttää tietojen turvallista ja toimivaa käyttöä. Potilasasiakirjoihin tulee kirjata potilaan kokonaishoidon turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Tämä tulee ilmi laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (Finlex 2009b). Kirjaamisesta tulee lääkeshoidon osalta käydä ilmi lääkkeen nimi, määrä ja muoto, annos ja antotapa sekä antajan nimimerkit ja lääkkeen määränneen lääkärin nimi. Kirjaamisvirheen sattuessa on lääkemääräyksen kirjaajalla vastuu mahdollisesta annosteluvirheestä. (Ritmala-Castrén 2004, 22.) Hoitohenkilökunnalla tulisi olla helppo pääsy potilaspapereihin saadakseen tarkkaa tietoa potilaan lääkityksestä. Papereista tulisi käydä ilmi lääkkeen matka lääkärin määräyksestä aina lääkkeen antoon asti. (Cohen 2007.)

Potilaalla on oikeus tarkistaa hänestä potilasasiakirjoihin tallennetut tiedot ja oikaista ne (European Commission 2005, 2; Finlex 2009b). Joissakin harvoissa tapauksissa potilaan oikeutta voidaan rajoittaa tietojen ja potilasasiakirjojen saannissa, jos tietojen katsotaan vaarantavan vakavasti hänen terveyttään tai henkeään. Lähiomaisella tai laillisella edustajalla on oikeus saada tarpeelliset tiedot potilaan terveydentilasta kuulemista ja suostumuksen antamista varten. (Finlex 2009b.)

Dokumentoinnilla on suuri merkitys lääkepoikkeamien synnyssä. Virheellisesti merkityt tiedot eri dokumentteihin aiheuttavat mahdollisesti lääkepoikkeaman, jolloin potilas saa liian ison annoksen, potilaalle menee päällekkäisiä lääkkeitä tai joissakin tapauksissa potilas ei saa lääkettä ollenkaan. Moneen paikkaan kirjatut lääkemääräykset sisältävät lääkepoikkeamariskin, koska välttämättä kaikkia tiedostoja ei päivitetä. (Suikkanen 2008, 35–36, 39–40.)

Lääkkeen määräämisessä tapahtuneet poikkeamat liittyvät lääkemääräyksen sisältöön tai lääkemääräyksen antotapaan eli epäselviin tai puutteellisiin merkintöihin lääkemääräysdokumenteissa. Tässä tapauksessa viesti on voinut muuttua antajan ja vastaanottajan välillä. Edellä mainittuihin virheisiin syynä useimmiten on huolimattomuus tai tarkkaavaisuusvirhe kuin osaamattomuus. (Suikkanen 2008, 27.) Virheiden minimoimiseksi lääkemääräyksen tulisi aina olla kirjallinen, eikä suullisia määräyksiä tulisi käyttää kuin välttämättömissä tilanteissa (Craven & Hirnle 2008, 503).

Suomi on kirjaamiskäytännöiltään edelleen kansainvälisten kärkimaiden tilannetta jäljessä. Hoidon haittavaikutusten ehkäisyyn suuntaavan käytännön omaksuminen ja hyvien käytäntöjen käyttöönotto on erittäin vaativa tehtävä. Kansainvälisen yhteistoiminnan kautta saadut kokemukset osoittavat kuinka tehokas toiminta organisoidaan ja toteutetaan kansallisella tasolla. (Ojala, Saario, Virtanen, Nylander, Vasenius, Luhtala, Mikkola, Niemi, Pelanteri, Rintanen & Välimäki 2007, 20.)

Hoidon haittavaikutusten kirjaamiskäytännön kehittämisen lähtökohtana on ongelmatilanteista oppiminen. Kirjaamiskäytännön muutoksia voidaan toteuttaa kaikilla erikoissairaanhoidon erikoisaloilla sekä perusterveydenhuollossa. Ammattikohtainen jatkokyöstäminen ja työpaikkojen toimesta järjestettävä koulutus on edellytys kirjaamiseen liittyville käytännön muutoksille. Kun edeltävät toimet toteutetaan huolellisesti, kirjausmenettely on helppo toteuttaa laajasti koko terveyssektoria koskevana käytäntönä. (Ojala ym. 2007, 21.)

#### 4.3.10 Seuranta- ja palautejärjestelmät

Lääkehoitosuunnitelman mukaan työyksikön lääkehoidon toteuttamista seurataan säännöllisesti. Seuranta- ja palautejärjestelmien kautta saadun tiedon tarkoituksena on kehittää työyksikön toimintatapoja. Toimintayksiköiden tulee ottaa käyttöön lomake, jolla lääkehoidossa ilmenevät poikkeamat ilmoitetaan. Lääkehoidossa tapahtuvien poikkeamien ilmoittaminen, seuranta, käsittely ja virheistä oppiminen on olennainen osa lääkehoitosuunnitelmassa. Tulevaisuuden visiona on kansallinen rekisteri, joihin poikkeamista voidaan ilmoittaa sähköisesti oppimista tehostamaan. Seurantajärjestelmistä oppiminen vaatii työyksiköltä rakentavaa ja avointa ilmapiiriä. Tärkeintä on keskittyä poikkeamaan johtaneisiin syihin, ei yksittäisiin tekijöihin. Lisäksi lääkehoitosuunnitelmassa tuodaan esille potilaan tiedonsaantioikeus. Potilaalle tulisi kertoa lääkehoidossa tapahtuneesta poikkeamasta ainakin silloin, jos se aiheuttaa tai voi aiheuttaa potilaalle seuraamuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 61–62.)

Suomessa haittavaikutusten seuraaminen on osa terveydenhuollon laatutyötä niin valtakunnallisella tasolla kuin sairaalakohtaisesti. Hoidon haittavaikutuksista kerättyä tietoa ei kuitenkaan ole järjestelmällisesti hyödynnetty kansallisen tason strategioina. Tietoa hoidon haittavaikutuksista voidaan kerätä potilasasiakirjoista, lakiin perustuvista tilastorekisterikäytännöistä ja ilmoituksiin perustuvista muista rekistereistä. Maailmalla potilasturvallisuuden esille nostaminen on melko uusi ilmiö. Suurimmaksi ongelmaksi koetaan puutteelliset ja epäyhtenäiset raportointikäytännöt. Tahattomista kuolemantapauksista vaikeista ja lievistä haittavaikutuksista sekä läheltä-piti-tilanteista ei ole riittävästi tietoa analysointi- ja kehittämistoimenpiteitä varten. (Ojala ym. 2007, 11–12.)

Lääkityspoikkeamat ovat estettävissä ja lääkehoitoon osallistuvat henkilöt voivat vaikuttaa niihin. Lääkkeen epätarkoituksenmukainen käyttö ja jopa potilaan vahingoittuminen käsitetään lääkityspoikkeamaksi. Kaikki lääkehoitoon osallistuvat tahot vaikuttavat lääkityspoikkeamien syntyyn ja ehkäisyyn. Lääketurvallisuus voidaan säilyttää, jos lääkityspoikkeaman tapahtuminen voidaan estää. Tällaista kutsutaan läheltä-piti-tilanteeksi. (Veräjänkorva ym. 2006, 17.)

Lääkintäprosessia tarkasti seuraamalla voidaan vähentää lääkevirheitä ja puuttua niihin. Oman yksikön lääketurvallisuutta voidaan kehittää tutustumalla muiden yksiköiden lääkevirheraportteihin, joista voidaan ottaa viitteitä turvalliseen lääkehoitoon. (Cohen 2007.) Monet virheet lääkityksessä voitaisiin välttää parantamalla lääkärin ja hoitohenkilökunnan välistä kommunikaatiota. Myös hoitohenkilökunnan tietoisuutta eri lääkkeiden vaikutuksista tulisi parantaa. (Fda 2006.)

Työrauhan puute, suuri kuormitus, kiire työtehtävien hoidossa ovat myötävaikuttavia tekijöitä lääkityspoikkeaman tapahtumiselle. Rutiinit eli ulkoa muistettavat toimintaohjeet ovat myös riski lääkityspoikkeamalle, koska vaihtelevissa tilanteissa työntekijä työskentelee alitajuisesti rutiininomaisesti, eikä näin ollen kiinnitä huomiota muutoksiin. (Suikkanen 2008, 47–49.)

Lääkehoidossa tapahtuneista virheistä tulisi puhua avoimesti, koska tämä on keskeinen osa hoitoyksikön laadun arviointia ja kehittämistä. Jokainen virhe kertoo järjestelmän häiriöstä, joten tärkeää on kirjata erehdykset ja läheltä piti - tilanteet ja käydä nämä läpi. Yleensä virheet eivät jakaudu sattumanvaraisesti vaan toistuvat saman kaavan mukaan, joten kaikki virheet tulisi analysoida loppuun saakka selvittääkseen tapahtuman mekanismit ja mahdollisesti välttääkseen seuraavan virheen tapahtumisen. (Alberti 2001, 501–502.) Tapahtuneet lääkintävirheet pidetään usein salassa ja asia on työyhteisöissä arkaluontoinen asia. Asian arkaluontoisuuden vuoksi tulisi työyhteisöön luoda avoin keskustelukulttuuri. Muutos tulisi tehdä yhteistuumin ja sivistyneellä tavalla, jottei yksikössä syntyisi kapinaa. Parhaimmillaan tämä uusi kulttuuri loisi vapauttavan ilmapiirin ja turvallisen ympäristön työskennellä. (Alberti 2001, 502; European Commission 2005, 1–2.)

Potilaalla on oikeus tehdä muistutus terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle, jos hän on tyytymätön hoitoonsa tai kohteluunsa. Muistutuksesta annettava ratkaisu on toimitettava kohtuullisessa ajassa. Potilas voi myös kannella hoitoonsa liittyvistä asioista terveyden- ja sairaanhoitoa valvoville viranomaisille. Kun muistutusta käsitellään ja jos siitä ilmenee, että potilasta on kohdeltu tai hoidettu väärin tulee potilasta neuvoa miten hänen tulee edetä asian kanssa. (Finlex 2009b.)

#### 4.4 Hoitotyön eettisiä näkökohtia

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden tarkoituksena on tukea terveydenhuollon ammattihenkilön eettistä päätöksen tekoa. Ohjeet kertovat niin ammattihenkilöille kuin muulle väestölle sairaanhoitajan ammatin periaatteet ja perustehtävän. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet ovat Sairaanhoitajaliiton hyväksymiä eettisiä suuntaviivoja antavia ohjeita. (Sairaanhoitajaliitto 2008.)

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet jaetaan kuuteen osa-alueeseen. Ohjeissa käydään läpi sairaanhoitajan tehtävät, hänen ja potilaan välinen suhde, sairaanhoitajan omaa ammattitaitoa ja työtä koskevat velvollisuudet, sairaanhoitajan suhde kollegoihin ja muihin sidosryhmiin, sairaanhoitajan tehtävien ulottuminen kansalliselle ja kansainväliselle tasolle sekä sairaanhoitajien velvollisuudet omaa ammattikuntaa kohtaan. Eettisten ohjeiden ydinsanomana voisi kiteyttää sairaanhoitajan velvollisuutena tarjota kaikille tarvitseville yhdenmukaista ja tasa-arvoista hoitoa. Sairaanhoitajan tulee aina toimia potilaan parhaaksi ja samanaikaisesti toimia kollegiaalisesti ja lojaalisti muita hoitoon osallistuvia tahoja kohtaan. Hänen tulee kehittää omaa työtään ja hän on yhteiskunnallisella tasolla vaikuttamassa terveyden edistämiseen. Sairaanhoitajan tulee huolehtia ammattikuntansa hyvinvoinnista ja hän on osaltaan vastuussa sen asiantuntijuuden kehityksestä. (Sairaanhoitajaliitto 2008.)

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet ovat sairaanhoitajan eettisiä koodeja, joissa kiteytetään ammattihenkilön oikeudet ja velvollisuudet, joita hänen työnsä edellyttää. Sairaanhoitaja eettiset ohjeet korostavat potilaan hyvinvointia, hänen parhaaksi toimimista, autonomiaa ja itsemääräämisoikeutta. Eettiset ohjeet on luotu täydentämään lakeja sekä antamaan sairaanhoitajalle tukea eettisessä päätöksenteossa käytännön työssä. (Sundman 2000, 363.)

Hoitotyössä joudutaan kohtaamaan erilaisia eettisiä ongelmia. Oikean ja väärän erottaminen ja niiden välillä tasapainoilu sekä valintatilanne ovat keskeisiä käsitteitä eettisessä ongelmanratkaisussa. Huomioitavia asioita on useita, ennen kuin ratkaisu eettisen ongelman suhteen voidaan tehdä. Tuskin koskaan on olemassa vain yhtä oikeaa ratkaisua, vaan useista vaihtoehdoista olisi kyettävä löytämään sellainen, minkä seuraukset edistäisivät kaikkien osapuolien hyvinvointia. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 58.)

Ei ole helppoa määritellä arvoja. Varsinkin hoitotyössä arvot ovat näkyvä osa toiminnassa ja jokaisella hoitajalla ne ovat osana ajatusmaailmaa. On tärkeää, että hoitotyöntekijä osaa välttää liian rajua luokittelua hyvään ja pahaan, kun kyse on inhimillisestä toiminnasta. Arvoilla on myös erilaisia ilmentymiä ja niiden tunnistaminen on keskeistä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 59–60.)

## 5 Kehittämistoiminta vanhusten palvelukeskuksessa

### 5.1 Lääkehoidon nykytilanteen kuvaus vanhusten palvelukeskuksen osastoilla

Turvallisen lääkehoidon projekti käynnistyi keväällä 2008. Kevään kuluessa opiskelijat kävivät tutustumassa työyksiköihin, jotka toimivat tämän kehittämishankkeen yhteistyökumppaneina. Kevään ja kesän aikana opiskelijat keräsivät tietoa toimintaympäristöstä, kehitettävän toiminnan menetelmistä sekä turvalliseen lääkehoitoon liittyviä teoreettisia perusteluja. Projektin edetessä pidettiin säännöllisesti yhteisiä lähipäiviä, joihin osallistuivat opiskelijoiden lisäksi työryhmään kuuluvat työelämän edustajat. Syksyllä 2008 projektin sopimukset allekirjoitettiin Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulun ja Lohjan vanhusten palvelukeskuksen kanssa.

Syksyn 2008 aikana opiskelijat laativat kysymykset teemahaastattelua varten, minkä jälkeen opiskelijat haastattelivat työelämän yhteistyökumppania selvittääkseen lääkehoidon nykytilanteen. Haastattelut nauhoitettiin ja niitä tehtiin kolme kappaletta, kaksi sairaanhoitajaa haastateltiin erikseen ja lähi- sekä perushoitaja haastateltiin yhdessä. Haastatteluiden pohjalta saatu tieto muokattiin litteroinnin ja sisällönanalyysin kautta kalanruotomalliksi, joka kuvastaa yksiköiden lääkehoidon nykytilannetta. Vertaamalla nykytilanteen kuvausta teoreettiseen viitekehukseen, voidaan tarkastella yksiköiden lääkehoidon hyviä käytänteitä sekä tunnistaa kehittämiskohteita. Näin voidaan luoda pohja muutokselle yksiköiden lääkehoidon prosessissa.

Kalanruotomallin muodostamisen jälkeen valmis tuotos toimitettiin työyksiköiden koko henkilökunnan tarkasteltavaksi. Ensimmäinen osastotunti pidettiin Helmi ja Hermanni osastoilla alkuvuodesta 2009. Akseli- ja Elina-kotien henkilökunnan kanssa ei järjestetty osastotuntia osastojen samankaltaisen toimintamallin ja esimiestilanteen vuoksi. Osastotunnille osallistui esimiehen lisäksi työvuorossa olleet hoitajat ja työryhmän kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa. Osastotunnilla käytiin läpi haastattelujen pohjalta tehty kalanruotomalli, jota osallistujat saivat muokata mahdollisimman kattavan ja relevantin kuvauksen aikaansaamiseksi. Muutosehdotuksia kalanruotomalliin ei ilmennyt.

Työyksiköiden jäsenet tutustuivat kalanruotomalliin sekä auki kirjoitettuun nykytilanteen kuvaukseen ja valitsivat lääkehoitoprosessista kehittämiskohteen. Osastoilla Helmi ja Hermanni tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi henkilökunnan keskuudessa nousi lupakäytäntöjen selkiyttäminen ja kehittäminen. Akseli- ja Elina-osastoilla kehittämiskohteista tärkeimmäksi nähtiin lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin kehittäminen. Viimeisessä yhteisessä lähipäivässä sovittiin alustavasti, että Lohjan vanhusten palvelukeskuksen osastoilla Helmi ja Hermanni sekä Akseli ja Elina ryhdy-



tään kehittämään lääkehoidon lupakäytänteitä Turvallisen lääkehoidon kolmannessa kehittämissankkeessa.

#### 5.1.1 Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat

Molemmilla yksiköillä on 25 asukaspaikkaa. Asukkaat ovat pitkäaikaispaikoilla olevia vanhuspotilaita, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista perustasoista hoitoa ja huolenpitoa. Lääkehoitoa toteutetaan kaikkien muiden antoreittien kautta paitsi suonensisäisesti eli lääkkeenanto tapahtuu per oraalisesti, intra muskulaarisesti, subcutaanisesti, inhalaatioin, rektaalisesti sekä ihon kautta.

Henkilökunta kokee lääkkeiden antamisen asukkaalle toimivan hyvin. Ongelmakohtiksi nähtiin asukkaiden lääkityksen säännöllisen tarkastamisen ja lääkehoitosuunnitelman puuttuminen. Kehittämistä lääkehoidon suhteen tapahtuu työyksiköissä tämän kehittämishankkeen lisäksi apteekin kehittämishankkeen myötä.

#### 5.1.2 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen

Yksiköissä lääkehoitoa toteuttavat sairaanhoitajat, lähi-, perus- ja mielenterveyshoitajat sekä vanhustyöntekijät. Lääkehoidon osaamisen varmistamiseksi yksiköissä on käytössä osaamiskartta, jonka avulla esimies pystyy uuden työntekijän kanssa kartoittamaan vahvuudet ja kehittämiskohdeet. Osaamiskartta ei kuitenkaan ole yksiköissä rutiininomaisessa käytössä. Toisinaan luotetaan tutkinnon antamaan valmiuteen toimia lääkehoidossa ilman erillistä kartoitusta.

Uusi työntekijä perehdytetään henkilökohtaisesti yksikkökohtaisiin toimintatapoihin. Sairaanhoitaja varmistaa aina uuden työntekijän intra muskulaaristen pistosten hallitsemisen ja tarvittaessa ohjaa uutta työntekijää oikean pistotekniikan saavuttamiseksi. Yksiköiden henkilökunnalle järjestetään lääkehoitoon liittyvää täydennyskoulutusta, josta on olemassa työnantajan pitämä rekisteri. Rekisteriin merkitään työntekijän suorittamat täydennyskoulutukset. Kaikki yksiköiden työntekijät eivät kuitenkaan ole tietoisia rekisterin olemassaolosta. Koulutustarpeen arviointia ei yksiköissä kuitenkaan toteuteta.

#### 5.1.3 Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako

Lääkärillä on kokonaisvastuu lääkehoidosta. Lääkärin tehtävään sisältyy lääkehoidon tarpeellisuuden arvioiminen ja lääkemääräysten laatiminen arviointiin pohjautuen. Henkilöstö vastaa työvuoro-

ronsa aikana koko osaston lääkehoidon toteutuksesta ja jokainen työntekijä on vastuussa omasta työstään.

Yksiköissä sairaanhoitaja huolehtii lääkehuollosta, osallistuu lääkärinkiertoihin, toteuttaa lääkärin määräämät lääke muutokset ja huolehtii, että asukkaiden reseptit tulevat ajallaan lääkärin uusittaviksi. Sairaanhoitaja tilaa asukkaiden lääkkeet apteekista ja purkaa apteekista tilatut lääkkeet lääkekaappeihin. Sairaanhoitaja pääsääntöisesti myös jakaa lääkkeet dosetteihin. Toisinaan lääkkeiden jakaminen dosetteihin kuitenkin kuuluu yöhoitajien tehtäviin. Muiden yksiköissä työskentelevien hoitajien tehtäviin kuuluu lääkkeiden antaminen potilaalle ja lääkkeiden vaikutusten seuranta.

#### 5.1.4 Lääkehoidon lupakäytännöt

Yksiköissä intra muskulaari-injektiot sekä huumaavat lääkkeet ovat luvanvaraisia. Sairaanhoitajalla on lupa toteuttaa yksiköissä kaikkea muuta lääkehoitoa lukuun ottamatta intra venoosia lääkkeenantoa. Lähi-, perus- ja mielenterveyshoitajalla sekä vanhustyöntekijällä on oikeus antaa asukkaalle tarvittavia ja listalääkkeitä. Sijaisilla on lupa jakaa lääkkeitä dosetista, antaa insuliinipistoksia, rektioleja ja inhalaatioita. Lähihoitaja- sekä sairaanhoitajaopiskelijoilla on lupa jakaa lääkkeitä dosetista ja antaa injektioita valvotusti.

Henkilöstön lääkehoitoa koskevat luvat eivät ole kirjallisia. Lääkehoidon luvista ei ole työnantajan pitämää rekisteriä eikä niitä näin ollen päivitetä. Saadakseen oikeuden pistää intra muskulaarisesti lähi-, perus- ja mielenterveyshoitajan tulee näyttää osaamisensa sairaanhoitajalle.

#### 5.1.5 Lääkehuolto

Yksiköissä sairaanhoitaja huolehtii lääkkeiden tilaamisesta. Lääkkeet tilataan apteekista ja sairaala-apteekista. Talonmies toimittaa sairaanhoitajan valmistelemat reseptit sekä lääketilaukset apteekkeihin ja noutaa valmiit lääketilaukset yksiköihin. Lääketilaukset toimitetaan kaksi kertaa viikossa, tiistaisin ja torstaisin.

Lääkkeet säilytetään lukollisissa kaapeissa ja pakkausohjeiden mukaisesti. Hoitajat saattavat lääkkeet käyttökuntoon pakkausohjeiden mukaisesti. Lääkkeiden asianmukaista käyttökuntoon saattamista ei varmisteta. Käyttökelvottomille lääkkeille on varattu riskijäteastia, jonka talonmies toimittaa apteekkiin tarvittaessa. Henkilöstön lääkehuollon osaamisen pohjana on tutkinto ja työpaikkaperehdyttäminen. Sairaanhoitaja hyödyntää tarvittaessa farmaseutin osaamista.

#### 5.1.6 Lääkkeiden jakaminen ja antaminen

Lääkkeiden jakamiseen on varattu erillinen osastojen yhteinen lääkkeenjako huone, joka on sijainniltaan hyvä ja rauhallinen. Huone koetaan myös hyvin valaistuksi. Lääkkeet jaetaan dosetteihin viikoksi kerrallaan. Jakaminen tapahtuu päivällä sairaanhoitajan toimesta ja toisinaan lähi- ja perushoitajien toimesta. Yksiköissä ei ole käytössä kaksoistarkistusta. Lääkkeet jaetaan Pegasoksen lääkelistan ja lääkkeenjako kortin mukaan. Sairaanhoitaja huolehtii lääkelistan ja -kortin ajantasaisuudesta. Kaikki osastoilla olevat lääkkeet säilytetään lukituissa kaapeissa. Käytössä olevat dosetit säilytetään osastoilla tarkoitukseen varatuissa lukollisissa kaapeissa ja täydet dosetit säilytetään lääkkeenjako huoneessa.

Lääkkeet jaetaan asukkaille neljä kertaa vuorokaudessa. Doseteissa olevat lääkkeet siirretään lääkelaseihin, joista ne annetaan asukkaille. Vuorossa olevat hoitajat antavat lääkkeet asukkaille. Asukkaat ovat pitkäaikaisia, joten vakituinen henkilökunta tuntee asukkaat. Lisäksi tunnistus tapahtuu asukkaiden huoneiden ovissa ja ruokasalin ruokapöydissä olevien nimikylttien avulla.

#### 5.1.7 Potilaiden informointi ja neuvonta

Asukkaita informoidaan lääkkeistä ja mahdollisista lääkemuutoksista useimmiten lääkkeenjaon yhteydessä. Lisäksi sairaanhoitaja ohjaa ja informoi asukasta tarpeen ja orientaation mukaan esimerkiksi lääkkeiden odotetuista vaikutuksista. Tarvittaessa sairaanhoitaja konsultoi farmaseuttia lääkeinformaatioon liittyvissä asioissa ja hän vie tiedon eteenpäin asukkaille.

Asukkaat ovat pääasiallisesti muistisairauksista kärsiviä vanhuksia. Ohjauksen ymmärtäminen riippuu asukkaan orientaatiosta. Dementoituneen asukkaan ohjaaminen on haasteellista. Orientaation mukaan asukas otetaan mukaan oman lääkehoidonsa toteutukseen ja hänen toiveensa lääkeshoidossa huomioidaan.

#### 5.1.8 Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi

Yksiköiden henkilökunta seuraa asukkaiden vointia ja arvioi näin lääkeshoidon tarkoituksenmukaisuutta, vaikuttavuutta, sivu- ja haittavaikutuksia, yhteisvaikutuksia ja päällekkäisyyksiä. Arviointia helpottaa apuna käytettävien mittausten ja verikokeiden antamat tulokset.

Mikäli lääkehoidolla ei ole toivottua vaikutusta, sairaanhoitaja ottaa yhteyttä lääkäriin ja asukkaan lääkitystä arvioidaan uudelleen mahdollisimman hyvään lopputulokseen pääsemiseksi. Lääkäri tekee myös kokonaisarviointeja yhdessä sairaanhoitajan kanssa asukkaan lääkehoidosta.

#### 5.1.9 Dokumentointi ja tiedonkulku

Yksiköissä on käytössä sähköinen potilastietojärjestelmä, Pegasos. Kirjaukset lääkehoidon osalta tehdään Pegasoksen lääkelistaan, johon merkitään asukkaan kokonaislääkitys. Lääkäri kirjaa Pegasokseen lääkemääräykset. Kertomukseen hoitajat kirjaavat annetut tarvittavat lääkkeet sekä huomiot asukkaan voinnista. Lisäksi yksiköissä on käytössä käsinkirjoitetut lääkekortit, joiden perusteella lääkkeet jaetaan dosetteihin. Tiedot lääkekorttiin kopioidaan Pegasoksen lääkelistasta.

Tehtaässä asukkaisiin ja heidän lääkehoitoonsa liittyviä kirjauksia, tulee varmistua, että merkinnät ovat oikein. Kirjausten toteuttaja on aina itse vastuussa tekemistään merkinnöistä. Sairaanhoitaja huolehtii, että lääkelistat ovat ajantasaisia. Ajantasaisten lääkelistojen avulla voidaan varmistua, että relevantti tieto kulkee niin yksiköissä kuin niiden välillä.

#### 5.1.10 Seuranta- ja palautejärjestelmät

Yksiköissä ei harjoiteta lääkehoidon kokonaistoteutuksen seurantaan. Lääkehoidon poikkeamia seurataan poikkeamalomakkeella. Poikkeaman tapahtuessa tehdään ilmoitus lääkärille, joka antaa jatko-ohjeet. Poikkeama kirjataan Pegasokseen kyseisen asukkaan päivittäiseen kertomukseen. Poikkeamatilanteessa täytetään lääkehoidon poikkeamalomake poikkeaman huomanneen hoitajan toimesta. Sairaanhoitaja informoi asukasta tapahtuneesta poikkeamasta.

Poikkeamailmoitusten sisältö käydään läpi lomakkeen täyttövaiheessa ja päämääränä on poikkeamien ehkäisy. Poikkeamia ei kuitenkaan käsitellä yksiköissä yhteisesti. Kaikki henkilökunnan jäsenet eivät kuitenkaan ole tietoisia poikkeamalomakkeen käytöstä, joten poikkeamien seuranta ei ole yksiköissä vakiintunut käytäntö.

## 6 Kehittämistoiminnan tuotos

### 6.1 Nykytilanteen vertailu tutkittuun tietoon

Nykytilanteen kuvaamisen ja teoreettisen viitekehyksen muodostamisen jälkeen kehittämistoiminnan seuraavassa vaiheessa tarkastellaan lääkehoidon nykyistä toteutuvaa toimintaa teorian tiedon valossa. Vertaamalla saatua nykytilanteen kuvausta tutkittuun tietoon, pystytään selvittämään yksiköissä käytössä olevat hyvät käytänteet lääkehoidon prosessissa sekä nostamaan esille kehittämiskohteet.

Teoreettinen viitekehys on muodostettu Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallisen lääkehoidon oppaan (2006) esittämän lääkehoidon osa-alueiden mukaisesti. Kehittämistoiminnan tuotoksessa lääkehoidon toteutuvaa toimintaa tarkastellaan teoreettisen tiedon valossa samaisen jaottelun mukaisesti. Tämän vertailun kautta saadaan näkyväksi kehittämistoiminnassa mukana olleiden työyksiköiden lääkehoidossa olemassa olevat hyvät käytänteet ja kehittämiskohteet.

#### 6.1.1 Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat

Yksiköissä toteutetaan lääkkeenantoa useiden eri antoreittien kautta. Henkilökunta kokee lääkkeenantamisen asukkaille toimivan hyvin. Nykyaikana hoitajan lääkehoidon tietouden tulee olla kattavaa ja monipuolista. Hoitajan lääkehoidon tietolähteiden tunteminen ja niiden käytön osaaminen lisäävät lääkehoidon turvallisuutta (vrt. Craven & Hirnle 2008).

Yksiköistä puuttuu lääkehoitosuunnitelma, joka Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen (2006) mukaan tulisi toimia lääkehoidon turvallisen toteuttamisen perustana. Yksiköissä nähtiin kehittämisen tarvetta asukkaiden lääkitysten kokonaisarviointien osalta. Turvallisen lääkehoidon toteutumisen kannalta on oleellista arvioida säännöllisesti asukkaiden lääkehoidon tilaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).

Yksiköiden lääkehoitoa kehitetään tämän kehittämishankkeen ja apteekin kehittämishankkeen myötä. Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallisen lääkehoidon oppaassa yksi lääkehoidon sisältöä ja toimintatapoja koskeva osa-alue on lääkehoidon kehittäminen (vrt. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Työyksiköiden henkilökunnan on mahdollista osallistua kursseille, jotka valmentavat lääkehoidon suhteen. Lääkehoitosuunnitelman yksi osaamista koskeva osa-alue on osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen ja koulutus on edullinen tapa lisätä lääkehoidon turvallisuutta (vrt. Dennison 2007; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).

### 6.1.2 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen

Henkilöstön osaamisen kartoittamiseksi yksiköissä on käytössä osaamiskartta, joka ei kuitenkaan ole rutiininomaisessa käytössä. Lääkehoitosuunnitelman yksi osaamista koskeva osa-alue on henkilöstön osaamisen kartoittaminen (vrt. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).

Yksiköissä ei toteuteta koulutustarpeen arviointia, joka kuitenkin on yksi osaamiseen liittyvä osa-alue (vrt. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Yksiköissä on työnantajan ylläpitämä täydennyskoulutusrekisteri, joka Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen (2006) mukaan tulisivin olla käytössä. Lääkehoidon jatkuvan kehittymisen vuoksi lisäkoulutuksen järjestäminen on tärkeää (vrt. Dennison 2007; Veräjänkorva ym. 2001).

### 6.1.3 Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako

Yksiköissä lääkehoitoa toteutetaan moniammatillisesti lääkärin, sairaanhoitajien, lähi- ja perushoitajien sekä vanhustyöntekijöiden yhteistyönä. Lääkehoito on moniammatillista toimintaa, jossa jokaisella osapuolella on omat vastuunsa ja velvollisuutensa (vrt. Iivanainen ym. 2001; Nurminen 2006; Ritmala-Castrén 2004; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Veräjänkorva ym. 2006;). Lääkehoidon kokonaisvastuu on yksiköissä lääkärillä ja jokaisella työntekijällä on vastuu omasta työstään, kuten suositusten mukaan kuuluu (vrt. Nurminen 2006; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).

Työyksiköissä sairaanhoitajalla on suuri rooli lääkehoidon toteuttamisessa. Sairaanhoitajan tulee kyetä työskentelemään kokonaisvaltaisesti lääkehoidon eri osa-alueilla (vrt. Kivelä 2004; Veräjänkorva 2001). Lääkkeiden jakaminen dosetteihin kuuluu toisinaan yöhoitajan tehtäviin. Lääkkeiden jakamisen ajankohtaa tulisi miettiä tarkoin, koska eniten virheitä lääkkeen jaossa tapahtuu hoitajan ollessa väsynyt (vrt. Alberti 2001).

### 6.1.4 Lääkehoidon lupakäytännöt

Yksiköissä henkilökunta tarvitsee luvan huumaavien lääkkeiden käsittelyyn sekä i.m. injektioiden antamiseen. Yksiköissä luvat ovat suullisia, eikä niiden sisältöä ole tarkemmin määritelty. Lääkehoidon lupien tulisi olla kirjallisia, henkilökunnan osaaminen tulisi varmistaa sekä teoria-että käytännönkokeen avulla. Lisäksi luvat tulisi säännöllisesti päivittää ja niiden sisältö tulisi tarkoin määritellä. Myös opiskelijoiden osallistuminen lääkehoidon toteutukseen tulisi työyksiköis-

sä määritellä (vrt. Mattila & Isola 2002; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Veräjänkorva ym. 2006).

Lääkehoidon osaamisen varmistamiseksi henkilöstölle tulee järjestää lisäkoulutusta (vrt. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Työyksiköissä järjestetään työnantajan toimesta lisäkoulutusta, josta työnantaja pitää myös rekisteriä. Koulutustarvetta ei työyksikössä säännöllisesti kartoiteta. Henkilökunnan lääkehoidon osaamisen säännöllinen varmistaminen lisää lääkehoidon turvallisuutta (vrt. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).

#### 6.1.5 Lääkehuolto

Yksiköissä sairaanhoitaja huolehtii lääkkeiden tilaamisesta ja hän hyödyntää tarvittaessa farmaseutin osaamista. Peruslääkevalikoimaan kuuluvia lääkkeitä voi tilata valtuutettu terveydenhuollon ammattihenkilö, joka tulisi määrittää lääkehoitosuunnitelmassa. Farmaseuttisen henkilökunnan ammattitaitoa käytetään toimintayksiköissä lääkevalikoiman ja lääkekaapin tarkastukseen (vrt. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).

Yksiköissä lääkkeet säilytetään lukollisissa kaapeissa ja pakkausohjeiden mukaisesti. Suositusten mukaan lääkkeitä tulee säilyttää tarkoituksenmukaisissa lukittavissa tiloissa ja lääkkeiden vaativat säilytysolosuhteet on otettava huomioon (vrt. Iivanainen ym. 2001; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Suomen farmasialiitto & Tehy Ry 2003). Hoitajat saattavat yksiköissä lääkkeet käyttökuntoon pakkausohjeiden mukaisesti. Tätä ei kuitenkaan varmenneta. Lääkkeiden käyttökuntoon saattamisessa on otettava huomioon oikeat työtavat ja lääkkeen käyttökuntoon saattamiseen annetut ohjeet (vrt. Aaltonen & Saarinen 2004; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).

Käyttökelvottomille lääkkeille on yksiköissä varattu riskijäteastia, jonka talonmies toimittaa apteekkiin tarvittaessa. Lääkejäte luokitellaan ongelmajätteeksi ja se tulisi käsitellä ja hävittää kunnan ohjeiden mukaisesti (vrt. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen (2006) mukaan avohuollon apteekin kautta hankitut vanhentuneet, käyttökelvottomat tai tarpeettomat lääkkeet palautetaan takaisin avohuollon apteekkiin.

#### 6.1.6 Lääkkeiden jakaminen ja antaminen

Yksiköissä on lääkkeenjako huone, joka on fyysiseltä ympäristöltään sekä lääkkeiden säilytysolosuhteiden kannalta suositusten mukainen (vrt. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Veräjänkorva ym. 2006). Lääkkeet jaetaan Pegasoksen lääkelistan sekä käsinkirjoitetun lääkekortin mukaisesti.

Suosittelun mukaan lääkkeenjaon tulisi tapahtua alkuperäisen kirjallisen dokumentin mukaisesti (vrt. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Yksiköissä ei ole käytössä kaksoistarkistusta, joka kuitenkin on suositeltavaa (vrt. Cohen 2007).

Potilaiden identifiointi yksiköissä tapahtuu nimikylttien avulla sekä pitkässä hoitosuhteessa vakiintunut henkilökunta oppii tuntemaan potilaat ulkonäöltä. Identifiointiin tulisi kiinnittää erityistä huomiota lääkepoikkeamien välttämiseksi (vrt. Suikkanen 2008). Lääkkeitä jaetaan yksiköissä sekä päivällä että yöllä. Virheitä lääkkeiden jaossa tapahtuu erityisesti hoitajan ollessa väsynyt, kuormittunut tai työrauhan ollessa puutteellinen (vrt. Alberti 2001; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Suikkanen 2008).

#### 6.1.7 Potilaiden informointi ja neuvonta

Yksiköissä asukkaan ohjaus ja neuvonta tapahtuu tarpeen ja asukkaan orientaation mukaan. Haasteelliseksi ohjauksen ja informoinnin yksiköissä tekee asukkaan mahdollinen muistisairaus. Suositusten mukaan potilaan ohjaus ja neuvonta on tärkeä elementti lääkehoidon toteutuksen kannalta (vrt. Craven & Hirnle 2008; Holmia ym. 2004; Pitkälä ym. 2006; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Ohjauksen tulisi olla sekä suullista, että kirjallista mahdollisimman hyvän lopputuloksen saamiseksi (vrt. Iivanainen & Syväoja 2008; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Ratkaisuksi muistisairaana kanssa työskentelyyn ehdotetaan omaisten aktiivista mukaan ottamista lääkehoidon osalta (vrt. Pitkälä ym. 2006).

Yksiköissä huomioidaan asukkaan toiveet ja hänet otetaan mukaan lääkehoitonsa toteutukseen, joka tutkimusten mukaan lisää potilasturvallisuutta, motivaatiota ja ymmärrystä sekä vähentää poikkeamia lääkehoidossa (vrt. Craven & Hirnle 2008; Iivanainen & Syväoja 2008; Pitkälä ym. 2006; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Merkittävä seikka lääkehoidon turvallisuuden ja tarkoituksen mukaisuuden lisäämiseksi on henkilökunnan ja potilaan välisen kommunikaation lisääminen (vrt. Airaksinen 2005).

#### 6.1.8 Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi

Yksiköissä henkilökunnan tehtävänä on seurata asukkaiden vointia ja näin lääkehoidon tarkoituksenmukaisuutta ja haittoja arvioidaan. Vanhusten lääkehoidossa on huomioitavaa, että lääkkeiden vaikutukset ja imeytyminen on saattanut muuttua iän myötä. Lisäksi ikääntyneillä on lääkkeiden monikäyttö yleisempää, joten lääkkeiden vaikutusten seuraaminen on oleellista (vrt. Pitkälä ym. 2006; Vallejo Medina ym. 2005). Suositusten mukaan toistuvat, mielellään vuoden välein



tehtävät lääkkeiden tarkistukset lisäävät lääkehoidon turvallisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta (vrt. Kivelä 2004; Pitkälä 2006). Yksiköissä onkin käytäntönä lääkehoidon kokonaisarviointien tekeminen lääkärin ja sairaanhoitajan yhteistyönä.

Työyksiköissä arvioidaan lääkehoidon tarkoituksenmukaisuutta seuraamalla lääkkeen vaikuttavuutta, sivu-, haitta-, ja yhteisvaikutuksia ja päällekkäisyyksiä. Kun lääkehoitoa seurataan tarkasti, voidaan ajoissa puuttua mahdollisiin lääkepoikkeamiin ja tällä tavoin ehkäistä lääkepoikkeama tai läheltä piti-tilanne (vrt. Cohen 2007; Veräjänkorva ym. 2006). Vaikka työyksiköissä lääkäri tekee yhdessä sairaanhoitajan kanssa lääkehoidon kokonaisarvioiteja, tulisi hoitohenkilökunnan ja lääkärin välistä kommunikaatiota parantaa lääkevirheiden vähentämiseksi (vrt. Fda 2006).

#### 6.1.9 Dokumentointi ja tiedonkulku

Työyksiköissä on tapana kirjata lääkehoitoon liittyvät asiat lääkekorttiin, Pegasoksen lääkelistaan sekä kertomukseen, johon myös kirjataan huomiot asukkaan voinnista sekä annetut tarvittavat lääkkeet. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista määritetään, että potilaan hoitoon oleellisesti liittävät asiat tulee kirjata mahdollisimman tarkasti (vrt. Finlex 2009b). Dokumentoinnilla on suuri vaikutus lääkepoikkeamien synnyn estämiseksi, joten on tärkeää että kaikissa dokumenteissa on samat tiedot ja ne ovat ajan tasalla (vrt. Suikkanen 2008). Dokumenteista tulisi käydä ilmi lääkkeen kulku määräämisestä aina antoon asti (vrt. Cohen 2007).

Työyksiköiden kirjaamiskäytäntöihin tulisi kiinnittää huomiota, jotta dokumentit pysyisivät ajan tasalla sekä sillä taattaisiin lääkehoidon jatkuvuus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Työyksiköissä kirjausten tekijä on vastuussa siitä, että merkinnät ovat oikein. Jos kirjaamisessa on virhe, voi tästä aiheutua annosteluvirhe, josta vastuu on lääkemääräyksen kirjaajalla (vrt. Ritmala-Castrén 2004). Työyksiköissä sairaanhoitaja huolehtii relevantin tiedon antamisesta yksiköissä ja yksiköiden välillä. Laki määrittää kenelle ja mitä tietoja saa potilaista antaa sukulaisille tai toiselle terveydenhuollon yksikölle. Tietojen siirrossa tulee ottaa huomioon luottamuksellisuus ja yksityisyys (vrt. European Commission 2005; Finlex 2009b).

#### 6.1.10 Seuranta- ja palautejärjestelmät

Yksiköissä on käytössä poikkeamalomake, jolla seurataan lääkehoidon poikkeamia, jota myös Sosiaali- ja terveysministeriö (2006) suosittelee. Työyksiköissä ei kuitenkaan säännöllisesti seurata poikkeamia vaan ne käsitellään vain lomakkeen täytön yhteydessä. Raportoidun poikkeaman ja

täytetyn poikkeamalomakkeen avulla pystytään seuraamaan tapahtuneita poikkeamia ja niitä säännöllisesti analysoimalla voidaan oppia virheistä (vrt. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).

Työyksiköissä kaikki henkilökunnan jäsenet eivät kuitenkaan ole tietoisia poikkeamalomakkeen olemassaolosta. Poikkeamista ilmoittaminen on tärkeää, jotta voidaan luoda työyksikköön myönteinen poikkeama raportointiin kannustava ilmapiiri, mikä mahdollistaa todenmukaisen poikkeamien seurannan (vrt. Alberti 2001; European Commission 2005).

## 6.2 Johtopäätökset

Haastattelujen pohjalta avatun nykytilanteenkuvauksen kautta yksiköiden lääkehoitoprosessissa nousi esille useita hyviä käytänteitä. Lääkkeiden antaminen asukkaille koetaan toimivaksi yksiköissä. Lisäksi lääkkeiden säilytys tapahtuu asianmukaisesti ja lääkkeenjako-tilat ovat toimivat. Lääkehoidon nykytilanteenkuvauksen perusteella myös lääkkeiden tilaaminen, jakaminen doseiteihin sekä lääkemuutosten toteuttaminen koetaan selkeiksi.

Lääkehoidon nykytilanteenkuvauksen pohjalta lääkehoitoprosessissa havaittiin myös kehittämiskohteita. Yksiköistä puuttuu lääkehoitosuunnitelma, joka on selkeä kehittämiskohte. Lisäksi kuvauksen perusteella nähtiin asukkaiden lääkityksissä kokonaisarviointien sekä lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin tarvetta. Yksiköiden henkilökunta koki, että koulutustarpeen arviointi ja lupakäytännöt olivat puutteellisia. Kaksoistarkistusta lääkkeenjaon yhteydessä ei yksiköissä toteutettu lainkaan.

Nykytilanteenkuvauksen myötä yksiköiden lääkehoidon prosessista nostettiin esille tärkeimpiä kehittämiskohteita, joita lähdetään kehittämään Turvallisen lääkehoidon kolmannessa kehittämishankkeessa. Osastoilla Helmi ja Hermannin tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi lääkehoidon prosessissa valittiin lupakäytäntöjen selkiyttäminen ja kehittäminen. Akseli- ja Elina-osastoilla kehittämiskohteista tärkeimmäksi nähtiin lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin kehittäminen. Turvallisen lääkehoidon kolmannen hankkeen kehittämistoiminnan kohteeksi valikoituivat lupakäytännöt.

## 7 Toteutetun kehittämistoiminnan arviointi

### 7.1 Kehittämistoiminnan arviointi työelämän näkökulmasta

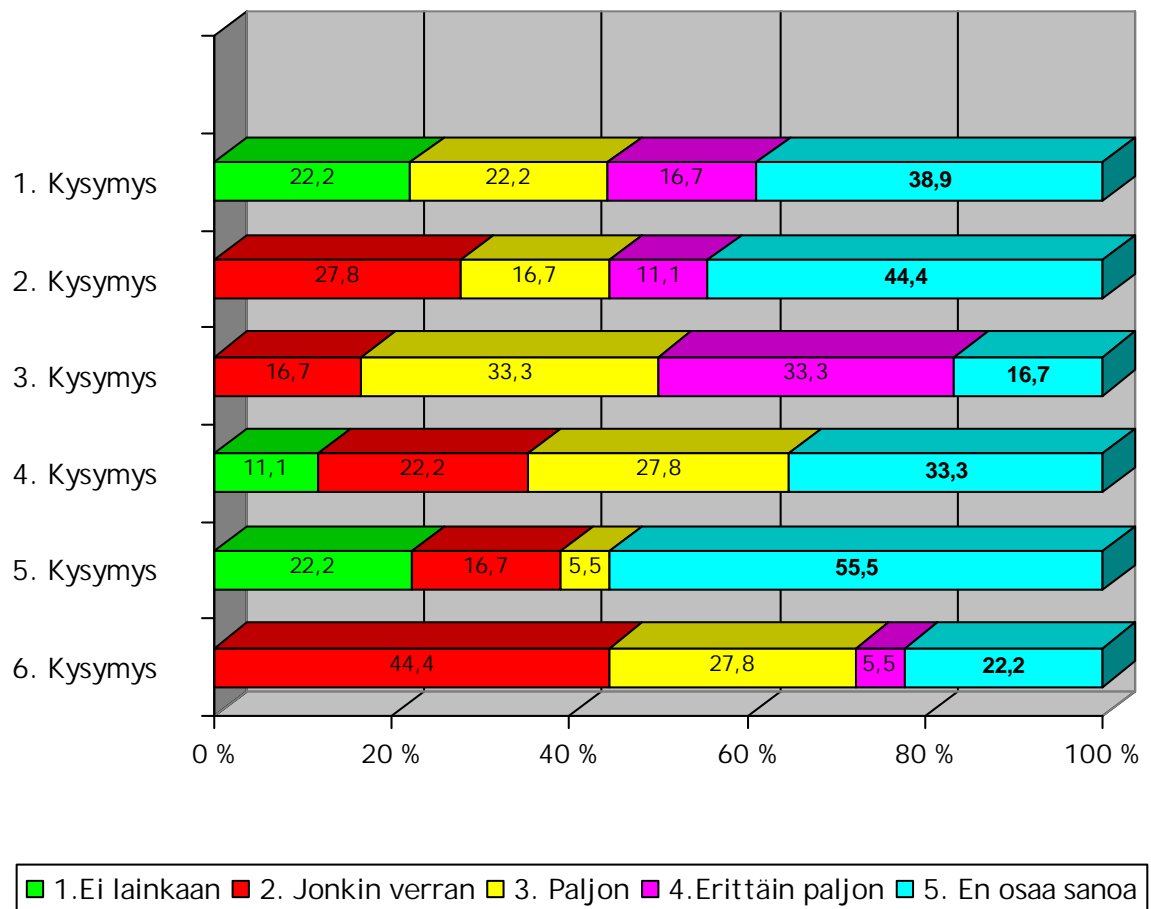
Jotta tutkimuksen arvo voidaan osoittaa, on välttämätöntä arvioida tutkimuksen osa-alueita. Tutkimustyön edistämiseksi on arvioinnissa syytä esittää tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 160.) Koska oppiminen lähtee liikkeelle yksilön oman pohdinnan kautta, on itsearviointi hyödyllinen elementti muutosprosessissa. Jotta itsearviointi olisi mahdollista, sen tekijöiden tulee sisäistää oppivan organisaation idea. Tämä tarkoittaa oman toiminnan kriittistä tarkastelua, sekä omien puutteiden esille nostamista. (Virtanen 2007, 180, 197.)

Työryhmän opiskelijajäsenet toimittivat kevään 2009 aikana Lohjan vanhusten palvelukeskuksen osastoille Helmi ja Hermanni sekä Akseli ja Elina määrällisen arviointilomakkeen (ks. liite 3). Arviointilomakkeet olivat suunnattu osastojen koko henkilökunnan täytettäväksi. Lomakkeen tarkoituksena oli arvioida kehittämisprojektissa toimineen työryhmän toimintaa sekä kehittämistoiminnan luomia puitteita muutoksen aikaansaamiseksi. Lomakkeita toimitettiin yksiköihin 28 kappaletta, joista palautui 19. Kyselyn vastausprosentti oli näin ollen 68.

Arviointilomake sisälsi kuusi strukturoitua kysymystä (ks. jäljempänä). Lomakkeessa kysymyksiin annetut vastausvaihtoehdot olivat 1. ei lainkaan, 2. jonkin verran, 3. paljon, 4. erittäin paljon ja 5. en osaa sanoa. Lisäksi lomakkeessa oli varattu tilaa vastausten perustelua varten sekä muuta palautteen antoa varten. Lomakkeessa pyydettiin myös kertomaan mitä työyksikössä on suunniteltu tehtäväksi lääkehoidon kehittämiseksi.

Arviointilomakkeen kysymykset:

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



Kuvio 1: Arvioinnin tulokset

Ensimmäisessä kysymyksessä selvitettiin, kuinka paljon työryhmä on edistänyt lääkehoidon kehittymistä yksikön valitsemalla lääkehoidon osa-alueella. Suurin osa vastasi "en osaa sanoa". Kysymys vaikuttaa tähän kehittämisprojektiin ennaikaiselta, joten se voi olla syynä vastausten jakautumiseen. Toisessa kysymyksessä selvitettiin vastaajan mielipidettä työyhteisön osallistumisesta työryhmän tuottaman lääkehoidon nykytilanteen kuvaamiseen. Suurin osa vastaajista koki työyhteisön osallistuneen lääkehoidon nykytilanteen kuvaamiseen. Huomioitavaa kuitenkin on, että yli 44 prosenttia vastaajista ei osannut sanoa mikä työyhteisön rooli nykytilanteen kuvaamisessa oli. Yli 60 prosenttia vastanneista koki, että muodostettua lääkehoidon nykytilanteen kuvasta voidaan hyödyntää ja käyttää yksikössä paljon tai erittäin paljon. Yli 11 prosenttia vastanneista koki, että työryhmä ei ole tuottanut yhtään uusia ajatuksia tai ideoita lääkehoidon kehittämiseksi. Sinänsä yllättävää, että näinkin monen mielestä mitään uusia ajatuksia ei työryhmän

toiminta ole tuottanut. Lisäksi moni vastaajista ei osannut sanoa onko työryhmän toiminta herättänyt uusia ajatuksia tai ideoita lääkehoidon kehittämiseksi. Ilahduttavaa kuitenkin, että 50 prosenttia koki työryhmän toiminnan uusia ajatuksia herättäväksi. Viidennessä kysymyksessä yli puolet vastanneista vastasi, ettei tiedä miten lääkehoidon sujuvuus ja tehokkuus on parantunut kehittämistoiminnan myötä. Kehittämistoiminnan jatkuminen Turvallinen lääkehoito 3 -hankkeessa varmasti tuo näkyviä muutoksia yksikön lääkehoidon prosessiin. Suurin osa vastanneista kuitenkin uskoi jossain määrin muutoksen aikaansaamiseksi työyhteisössä. Muutoksen aikaansaamiseksi usko muutokseen on tärkeä elementti. Kuviossa 1 on esitelty kyselyn tulokset kokonaisuudessaan.

## 7.2 Kehittämistoiminnan arviointi opiskelijajäsenten näkökulmasta

Tämä raportti kuvaa kehittämisprosessia, joka toteutettiin yhteistyössä Lohjan Laurean ja Lohjan vanhusten palvelukeskuksen kanssa. Kehittämisprosessi alkoi kevättalvella 2008, jolloin sairaanhoitajaopiskelijat hakivat mukaan Turvallinen lääkehoito 2 -hankkeeseen. Prosessi on jatkunut kevääseen 2009 saakka. Prosessi on vaatinut sekä työelämän yhteistyökumppanilta että opiskelijajäseniltä pitkäjänteisyyttä ja sitoutumista prosessin loppuunsaattamiseksi.

Kehittämishankkeen tavoitteena oli kuvata yksiköiden lääkehoitoprosessin nykytilanne ja työryhmän työskentely oli määrätietoista tavoitteeseen pyrkivää toimintaa. Työryhmän opiskelijajäsenillä oli suunniteltu aikataulu välitavoitteineen, jonka tarkoituksena oli viedä prosessia eteenpäin. Työryhmälle järjestettiin lähipäiviä, joiden puitteissa pystyttiin yhteisesti tarkastelemaan prosessin sen hetkistä vaihetta ja suunnittelemaan etenemistä.

Työryhmän opiskelijajäsenten osalta työskentely oli säännöllistä ja jatkuvaa. Prosessi on kuluksen vuoden aikana elänyt jatkuvasti, eikä työskentely ole keskeytynyt missään vaiheessa. Prosessin edetessä vastoinkäymisiltä ei kuitenkaan välttytty. Kävi ilmi, että työryhmän opiskelijajäsenten tavoitteet eivät kaikilta osin kohdanneet. Tämä heijastui haitallisesti opiskelijoiden työskentelyyn ja raportin kirjoittamiseen.

Opiskelijajäsenet kokivat, että työelämän yhteistyökumppanin panostus kehittämisprojektiin jäi vähäiseksi. Tiedonkulku oli työryhmän jäsenten välillä puutteellista ja yhteisten aikataulujen sopiminen työyhteisön kanssa vaati ponnisteluja. Lisäksi työryhmän opiskelijajäsenet kokivat haasteellisena osastojen Akseli ja Elina esimiehen vaihtumisen useaan otteeseen. Tiedon saanti esimiehen vaihtumisesta ja vaihtumisen merkityksestä työryhmän toimintaan oli puutteellista, joten kokemukseksi jäi, että Akseli ja Elina osastot jäivät jossain määrin aktiivisen kehittämistoiminnan

ulkopuolelle. Luultavaa myös on, että tiedon saanti kehittämissuorituksen vaiheista jäi vaillinaiseksi näissä yksiköissä työskentelevien henkilöiden kohdalta. Tällä saattoi olla merkitystä kehitystoimintaan sitoutumisen kannalta ja merkityksen löytäminen muutokselle on saattanut kärsiä. Arviointilomakkeesta saatujen tulosten perusteella työyhteisö koki kuitenkin hyötynensä kehittämissuorituksesta.

### 7.3 Arviointi juurruttamisen menetelmästä kehittämissuorituksessa

Tässä kehittämissuorituksessa käytettiin juurruttamisen menetelmää. Juurruttamisen menetelmän ajatuksena on kehittää työyhteisön toimintaa työelämän ja oppilaitoksen yhteistyön kautta. Kehittämissuorituksen edetessä opiskelijat ja työelämän osapuolet tapasivat säännöllisesti suoritukseen puitteissa. Säännölliset tapaamiset edesauttoivat suorituksen eri vaiheiden eteenpäin viemistä sekä molemmat osapuolet olivat tietoisia suorituksen vaiheista. Juurruttamisen menetelmän eduksi voidaan lukea kehittämissuorituksessa työryhmän eri osapuolten muodostama kumppanuus, jolla pyrittiin samaan päämäärään.

Juuruttamisen menetelmä loi selkeät puitteet suorituksen etenemiselle. Suoritus eteni asetetun aikataulun mukaisesti ja juurruttamisen menetelmän mukaisesti oli selkeää siirtymä vaiheesta vaiheeseen. Työryhmän osapuolet olivat tietoisia suorituksen vaiheista ja etenemisestä.

Menetelmänä juurruttaminen on selkeä ja toimiva. Olisi kuitenkin ollut toivottavaa, että menetelmää olisi projektin alussa avattu enemmän. Jos juurruttamisen menetelmä olisi ollut tutumpi heti kehittämissuorituksen alussa, työskentely olisi lähtenyt sujuvammin käyntiin ja ollut tehokkaampaa. Ymmärrys juurruttamisen menetelmästä lisääntyi projektin edetessä. Nyt tämän kehittämissuorituksen päätyttyä olisi helppo lähteä käyttämään juurruttamisen menetelmää muissa kehittämissuorituksissa.

## Lähteet

- Aaltonen, S. & Saarinen, A. 2004. Lääkkeet ja terveys/Medicines and health. Helsinki: Lääketietokeskus Oy.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Partamies, S. 2007a. Juurruttaminen kehittämismenetelmänä. Kever, Ammattikorkeakoulujen kehittämisverkosto. Tampere.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Partamies, S. 2007b. Juurruttaminen kehittämismenetelmänä. Ammatillisen- ja ammattikorkeakoulututkimuksen päivät.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2005. Juurruttamalla hoitotyön kehittämiseen. Pro terveys 6, 4–7.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2006. Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. Pro terveys 2, 16–19.
- Airaksinen, M. (toim.) 2005. Hoitona lääke. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Arikoski, J. & Sallinen, M. 2007. Vastarinnasta vastarannalle - johda muutos taitavasti. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Craven, R. F. & Hirnle, C. J. 2008. Fundamentals of nursing: human health and function. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Erämetsä, T. 2003. Myönteinen muutos. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) 2008. Geriatria -arviointista kuntoutukseen. Helsinki: Edita.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WS Boowell Oy.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen taito. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Kivelä, S.-L. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Porvoo, Helsinki: WSOY.
- Kivelä, S.-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Lampela, P., Hartikainen, S., Sulkava, R. & Huupponen, R. 2007. Iäkäs potilas tunnistaa lääkkeitensä haittavaikutukset huonosti. Suomen lääkärilehti 27–31(62), 2664–2666.

- Mattila, P. 2008. Otollinen tilaisuus, miten tarttua muutokseen. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Mattila, M. & Isola, A. 2002. Sairaanhoidaja lääkehoidon ja verensiirron toteuttajana - lupakäytäntö. Suomen lääkärilehti 39(57), 3884–3887.
- Nonaka, I. & Nishiguchi, T. (toim.) 2001. Knowledge Emergence. Social, technical and evolutionary dimensions of knowledge creation. New York: Oxford University Press Inc.
- Nurminen, M.-L. 2006. Lääkehoidon ABC. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Nurmio, L. 2006. Osastonhoitajan haastattelu 28.11.2006. Lohjan vanhusten palvelukeskus, Lohja.
- Nurmio, L. & Lehtola, P. 2008. Osastonhoitajien haastattelu 16.5.2008. Lohjan vanhusten palvelukeskus, Lohja.
- Ojala, M., Saario, I., Virtanen, M., Nylander, O., Vasenius, J., Luhtala, R., Mikkola, P., Niemi, M., Pelanteri, S., Rintanen, H. & Välimäki, M. 2007. Lääketieteellisen hoidon haittavaikutusten kirjaamiskäytännön ja tilastoinnin kehittämisen asiantuntijaryhmän raportti. Työpapereita 6/2007. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Ora-Hyytiäinen, E. 2006. Pitkäjänteisen muutosprosessin johtaminen. Pro Terveys 5/2006, 14–17.
- Pitkälä, K., Hosia-Randell, H., Raivio, M., Savikko, N. & Strandberg, T. 2006. Vanhuksen lääkehoidon karikoita. Duodecim 122, 1503–1512.
- Ritmala-Castrén, M. 2004. Vaara vaanii lääkehoidossa. Sairaanhoidajalehti 77(5), 21–22.
- Rocchiccioli, J., Sandford, J. & Caplinger, B. 2007. Polymedicine and Aging: Enhancing Older Adult Care Through Advanced Practitioners: GNP's and elder care pharmacists can help provide optimal pharmaceutical care. Journal of Gerontological Nursing 33(7);19-24.
- Shepler, S., Grogan, T. & Pater, K. 2006. Keep your older patients out of medication trouble. Nursing 36(9), 44–47.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuus strategia 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009:3. Helsinki: Yliopistopaino.
- Straight, M. 2008. One Strategy to Reduce Medication Errors: The Effect of an Online Continuing Education Module on Nurses' Use of the Lexi-Comp Feature of the Pyxis MedStation 2000. Computers Informatics Nursing 26(1);23-30.
- Suikkanen, A. 2008. Keskussairaalan lääkityspoikkeamat ja niihin yhteydessä olevat tekijät. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma.
- Sundman, E. (toim.) 2000. Potilaan asema ja oikeudet. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Suomen Farmasialiitto Ry & Tehy Ry. 2003. Tehokkuutta ja turvallisuutta lääkehoitoon. Osastofarmasia työryhmän raportti 2003. Forssa: Forssan kirjapaino Oy.



- Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Helsinki: Valopaino Oy.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U.-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S.-L. 2005. Vanhusten hoito. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H.-S. & Torniainen, K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Veräjänkorva, O. & Lahtonen, P. 2001. Lääkehoidon hyvä hallinta on potilasturvallisuutta. Sairaanhoidajalehti 74(9), 8–11.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Väyrynen, H. 2008. Muutosjohtajuus terveydenhuollossa 2000-luvulla. Muutosjohtamisen osaamisvaatimukset. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Wiili-Peltola, E. 2006. Osastonhoitajana muutoksessa. Pro Terveys 2, 8–9.

#### Internet-lähteet

- Alberti, KGMM. 2001. Medical errors: a common problem. It is time to get serious about them. *BMJ*, 322 (7285), 501–502. Viitattu 2.4.2009.  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1119719>
- Cohen, H. 2007. Reduce the risks of high-alert drugs. *Nursing* 37(9), 49–55. Viitattu 7.2.2009.  
[http://www.nursingcenter.com/prodev/ce\\_article.asp?tid=738069](http://www.nursingcenter.com/prodev/ce_article.asp?tid=738069)
- Dennison, R. D. 2007. A Medication Safety Education Program to Reduce the Risk of Harm Caused by Medication Errors. Viitattu 6.5.2009.  
[http://ovidsp.uk.ovid.com/spa/ovidweb.cgi?&S=MHHPPDKGIDHFOPPLFNFLHIDJMAA00&Link+Set=S.sh.15%7c1%7csl\\_10](http://ovidsp.uk.ovid.com/spa/ovidweb.cgi?&S=MHHPPDKGIDHFOPPLFNFLHIDJMAA00&Link+Set=S.sh.15%7c1%7csl_10)
- European Commission. DG Health and Consumer Protection. Luxembourg Declaration on Patient Safety. Luxembourg 5.4.2005. Viitattu 24.9.2009.  
[http://www.patientsikkerhed.dk/fileadmin/user\\_upload/documents/Publikationer/Udenlandske/LuxembourgDeclaration.pdf](http://www.patientsikkerhed.dk/fileadmin/user_upload/documents/Publikationer/Udenlandske/LuxembourgDeclaration.pdf)
- Finlex. 2009a. Lääkelaki 1987. Viitattu 18.7.2009.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>

Finlex. 2009b. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. Viitattu 5.1.2009.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Finlex. 2009c. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994. Viitattu 18.7.2009.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Finlex. 2009d. Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994. Viitattu 18.7.2009.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940564>

Finlex. 2009e. Kielilaki 2003. Viitattu 15.1.2009.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030423>

Finlex. 2009f. Huumausainelaki 2008. Viitattu 9.6.2009  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080373>

Karjalainen, T. 2009. Yhdistä ideointityökaluilla luovan ajattelun eri ulottuvuudet – Aivoriihi, ryhmittelykaavio sekä kalanruotokaavio. Viitattu 5.3.2009. <http://www.qk-karjalainen.fi/?sivu=Artikkelit&id=89>

Lohja. 2008. Viitattu 19.5.2008. <http://www.lohja.fi/default.asp?sivu=1&alasivu=252&kieli=246>

Meadows, M. 2006. Medication use an older adults. Viitattu 18.3.2009.  
[http://www.fda.gov/fdac/features/2006/406\\_olderadults.html](http://www.fda.gov/fdac/features/2006/406_olderadults.html)

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Sairaanhoitajaliiton kokouspäätös 28.9.1996. Viitattu 11.12.2008.  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyön/sairaanhoitajan\\_tyo/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/)

Valvira. 2008. Viitattu 26.3.2009. <http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet>

## Kuvat

Kuva 1. Juurruttamisen kaavio 2.0.(Ahonen ym. 2007a).....	<u>12</u>
---	-----------

## Kuviot

Kuvio 1: Arvioinnin tulokset.....	<u>52</u>
-----------------------------------	-----------

## Liitteet

Liite 1. Haastattelukysymykset .....	61
Liite 2. Kalanruotomalli .....	64
Liite 3. Arviointilomake .....	67

Lääkehoidon hanke  
Haastattelukysymykset

1. Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat
  - a. Onko työyksikössä olemassa lääkehoitosuunnitelma?
  - b. Minkälaista lääkehoitoa yksikössä toteutetaan?
  - c. Mikä yksikkönne lääkehoidossa sujuu erityisen hyvin?
  - d. Mitkä ovat yksikkönne lääkehoidossa kehittämiskohteita?
  - e. Miten lääkehoidon sisältöä ja toimintatapoja kehitetään?
  
2. Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen
  - a. Minkälainen koulutus lääkehoitoa toteuttavalla henkilöstöllä on?
  - b. Onko henkilöstön osaaminen kartoitettu? Miten?
  - c. Onko kartoituksen pohjalta tehty koulutustarpeen arviointia?
  - d. Millä tavoin henkilöstön osaaminen lääkehoidossa varmistetaan ja miten sitä seurataan?
  - e. Millä tavoin henkilöstön osaamista lääkehoidon suhteen ylläpidetään ja kehitetään?
  - f. Onko Lohjan kaupungilla täydennyskoulutusta? Onko täydennyskoulutuksista rekisteriä?
  - g. Miten uusi työntekijä perehdytetään yksikön lääkehoitoon?
  
3. Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako
  - a. Minkälainen on lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön ammatillinen rakenne?
  - b. Mikä on esimiehen rooli lääkehoidossa?
  - c. Mitkä ovat lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön vastualueet?
  - d. Mitkä ovat lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön tehtävät?
  - e. Kenellä on kokonaisvastuu lääkehoidon toteuttamisesta?
  - f. Mihin lähihoitajan tutkinto antaa lääkehoidossa valmiudet?
  - g. Mihin sairaanhoitajan tutkinto antaa lääkehoidossa valmiudet? (kysymys vain sairaanhoitajille)
  
4. Lupakäytännöt
  - a. Onko yksikössä luvanvaraista lääkehoitoa? Mitä?
  - b. Millä perusteella lääkehoitoon oikeuttava lupa myönnetään?
  - c. Onko lääkehoitoon oikeuttava lupa kirjallinen?

- d. Pidetäänkö luvista rekisteriä? (yksikkökohtainen, valtakunnallinen)
  - e. Pitääkö lupia päivittää?
  - f. Millaista lääkehoitoa sairaanhoitajalla on yksikössänne lupa toteuttaa?
  - g. Millaista lääkehoitoa perus/lähihoitajalla on yksikössänne lupa toteuttaa?
  - h. Millaista lääkehoitoa sijaisilla on lupa toteuttaa?
  - i. Millaista lääkehoitoa opiskelijoilla on lupa toteuttaa?
5. Lääkehuolto: lääkkeiden tilaaminen, säilytys, valmistaminen, käyttökuntoon saattaminen, palauttaminen, lääkeinformaatio, ohjaus ja neuvonta
- a. Kuinka lääkkeiden saatavuus varmistetaan?
  - b. Mistä lääkkeet tilataan?
  - c. Kuka tekee lääketilaukset?
  - d. Minkälaiset säilytystilat lääkkeille on varattu?
  - e. Miten eri lääkkeiden vaatimat säilytysolosuhteet on huomioitu?
  - f. Miten lääkkeiden palauttaminen tapahtuu?
  - g. Miten lääkkeiden hävittäminen tapahtuu?
  - h. Miten varmistetaan, että lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen tapahtuu asianmukaisesti?
  - i. Miten työyksikössä huolehditaan henkilökunnan ohjauksesta ja neuvonnasta koskien lääkkeitä?
  - j. Hyödynnetäänkö farmaseutin osaamista lääkehoidon suhteen?
6. Lääkkeiden jakaminen ja antaminen
- a. Minkä dokumentin mukaisesti lääkkeet jaetaan?
  - b. Miten näiden dokumenttien ajantasaisuus varmistetaan?
  - c. Millaisessa tilassa lääkkeet jaetaan? (fyysiset puitteet, sijainti, rauhallisuus)
  - d. Milloin ja kuinka pitkäksi aikaa lääkkeet jaetaan?
  - e. Mihin lääkkeet jaetaan?
  - f. Missä jaettuja lääkkeitä säilytetään?
  - g. Onko työyksikössä käytössä kaksoistarkistus?
  - h. Miten kaksoistarkistus toteutetaan?
  - i. Kuka antaa lääkkeet asukkaille?
  - j. Miten asukkaiden identifiointi tapahtuu?
7. Potilaiden informointi ja neuvonta
- a. Miten asukkaita informoidaan ja ohjataan heitä koskevasta lääkehoidosta?

- b. Miten asukas otetaan mukaan oman lääkehoitonsa toteuttamiseen?
- c. Miten varmistetaan että asukas ymmärtää saamansa lääkehoitoon liittyvän ohjauksen?
- d. Miten asukkaita informoidaan tapahtuneista lääkepoikkeamista?
- e. Miten lääkepoikkeama tilanteissa toimitaan?

8. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi

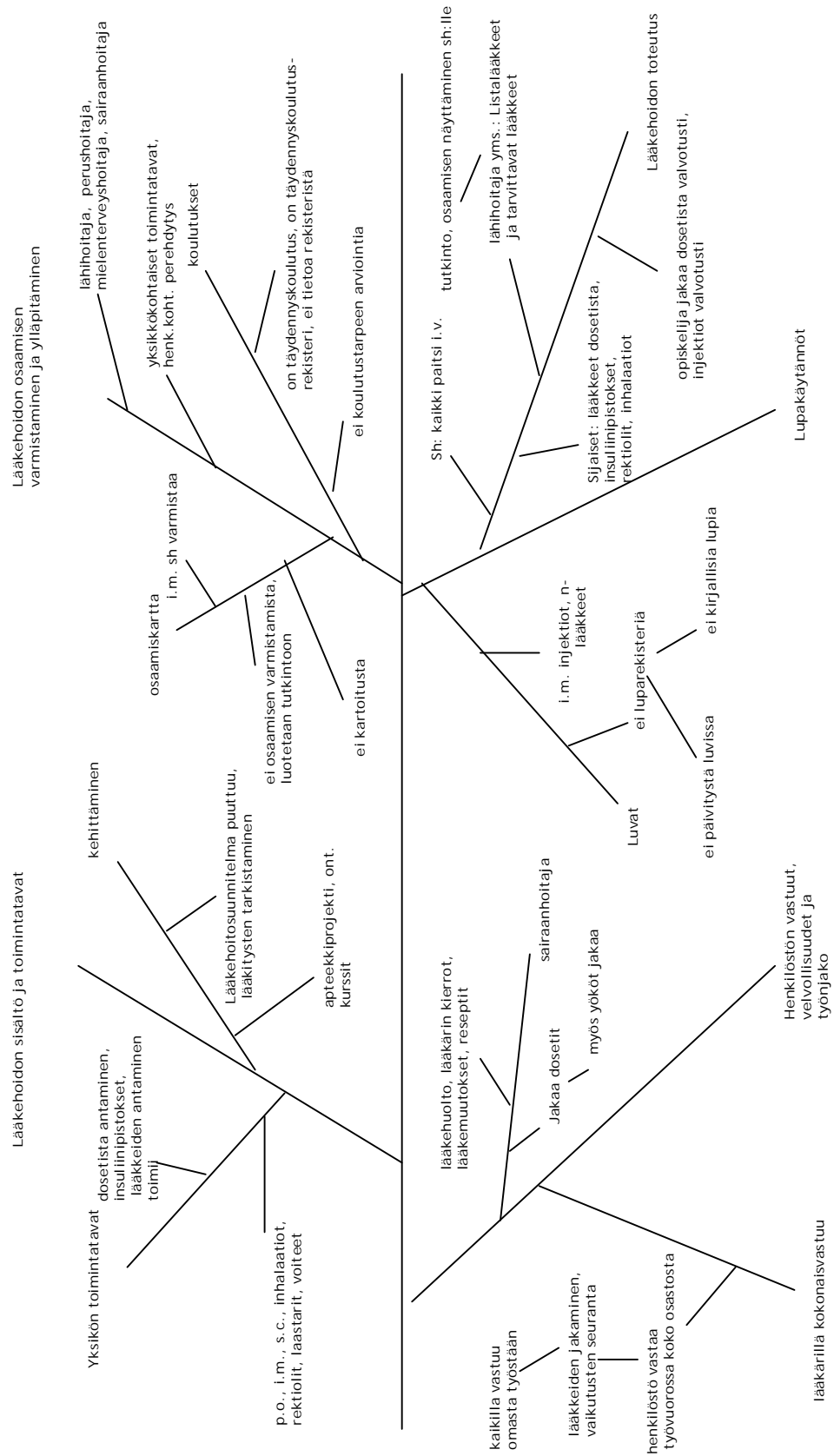
- a. Miten lääkehoidon tarkoituksenmukaisuus varmistetaan?
- b. Miten lääkehoidon vaikuttavuutta arvioidaan?
- c. Miten vanhusten lääkehoidon tarkkailu toteutuu? (sivu- ja haittavaikutukset, yhteisvaikutukset, päällekkäisyydet)
- d. Tehdäänkö yksikössä säännöllisiä kokonaisarviointeja asukkaiden lääkityksistä?

9. Dokumentointi ja tiedonkulku

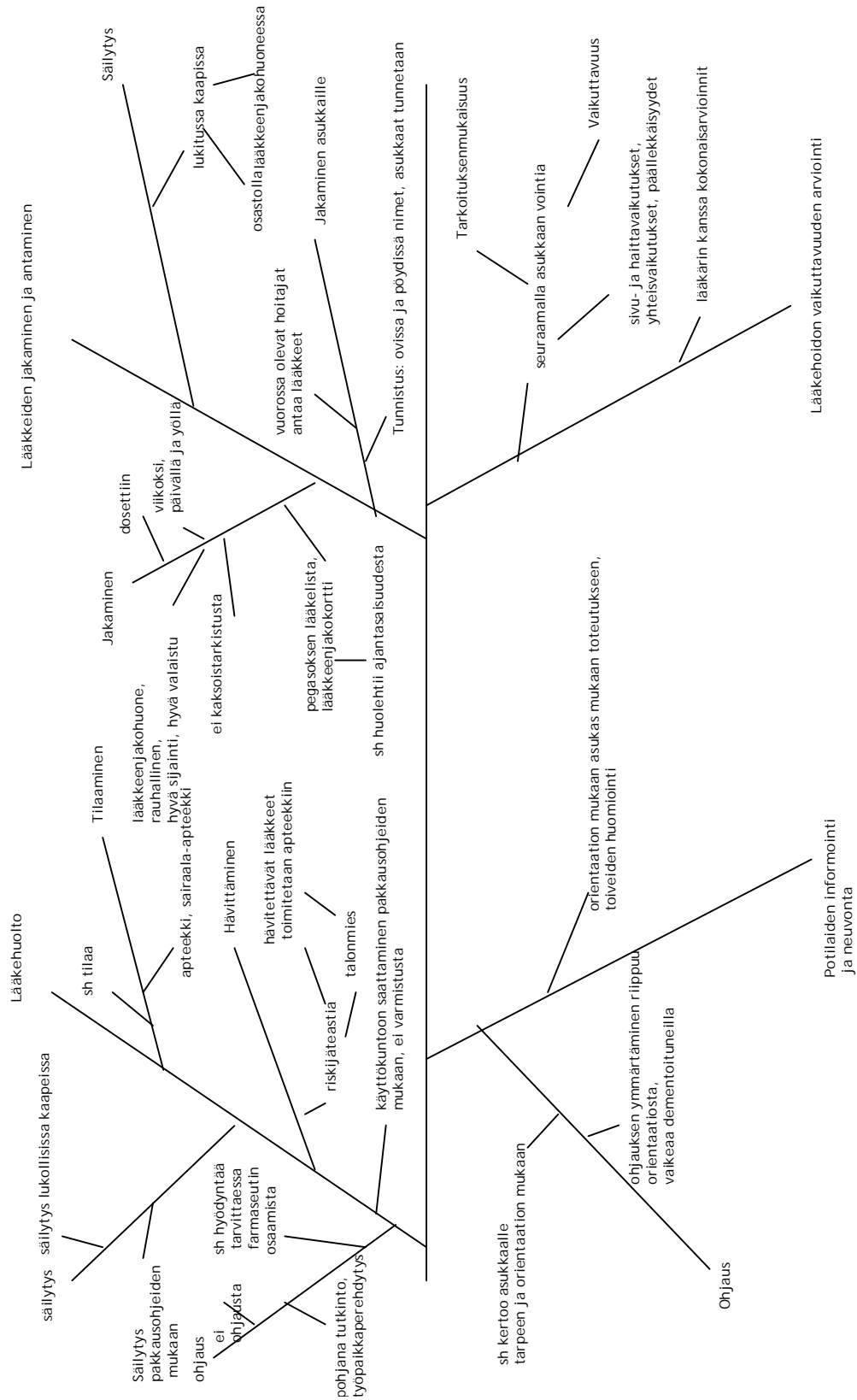
- a. Mitä lääkehoitoon liittyviä kirjauksia tehdään?
- b. Mihin eri paikkoihin lääkehoidon kirjaukset tehdään?
- c. Miten lääkehoidon arviointi huomioidaan kirjaamisessa?
- d. Miten tiedonkulku yksiköiden välillä varmistetaan?
- e. Miten lääkelistan oikeellisuus ja ajantasaisuus varmistetaan?

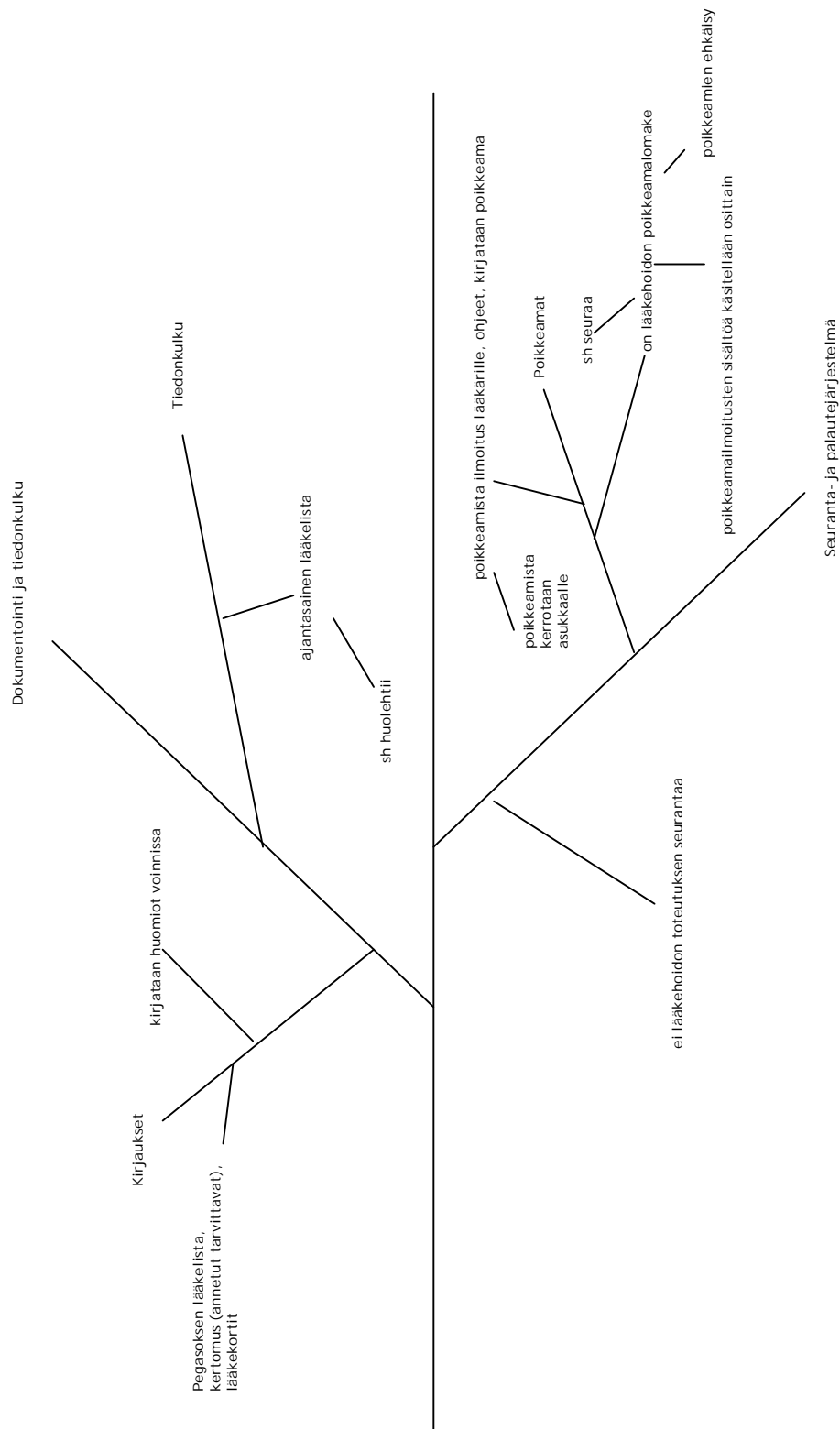
10. Seuranta ja palautejärjestelmä

- a. Seurataan työyksikön lääkehoidon toteutusta säännöllisesti? Miten?
- b. Käytetäänkö työyksikössä lääkehoidon poikkeamien seurantalomaketta?
- c. Seurataan lääkehoidon poikkeamia säännöllisesti?
- d. Käsitelläänkö lääkehoitopoikkeamailmoitusten sisältöä?
- e. Miten lääkehoitopoikkeamaseurannasta saatua tietoa hyödynnetään?
- f. Meneekö poikkeamista tieto eteenpäin? Minne?









TURVALLINEN LÄÄKEHOITO (LÄKE 2)

ARVIOINTILOMAKE 1(2)

Laurea-ammattikorkeakoulu

Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointi

Hyvä vastaaja

Pyydämme sinua arvioimaan oman käsityksesi perusteella Turvallisen lääkehoidon kehittämisprojektissa 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 kehittämis ehdotuksia työryhmälle.

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

1 Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt lääkehoidon kehittymistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella?

1 2 3 4 5

2 Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottaman lääkehoidon nykytilanteen kuvaamiseen?

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

5 Kuinka paljon kehittämistoiminta on mielestäsi parantanut lääkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta?

1 2 3 4 5

6 Kuinka paljon uskot muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?

1 2 3 4 5

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

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!