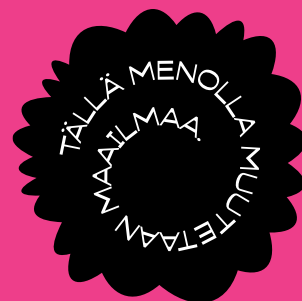


SAVONIA



OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI- JA TERVEYSALA

LÄÄKEHOITOSUUNNITELMA KOTIHOITON

TEKIJÄ Laura Manninen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Tutkinto-ohjelma Kliinisen asiantuntijan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä Laura Manninen	
Työn nimi Lääkehoitosuunnitelma kotihoitoon	
Päiväys	4.5.2025
	40
Yhteistyötaho Keski-Suomen hyvinvointialue, Hankasalmen kotihoidon yksikkö	
<p>Lääkehoitoa toteutetaan kotihoidossa päivittäin. Toteutettavan lääkehoidon tavoitteena on turvallinen lääkehoito. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut vuonna 2021 Turvallinen lääkehoito -oppaan, joka toimii suosituksena lääkehoitosuunnitelman laadinnassa. Kotihoidon kuuluessa sosiaalihuoltoon on lääkehoitosuunnitelma lakisääteisesti osa omavalvontasuunnitelmaa. Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli laatia ajantasainen lääkehoitosuunnitelma Hankasalmen kotihoidon yksikköön. Laaditun lääkehoitosuunnitelman tavoitteena oli kehittää turvallisen lääkehoidon toteuttamista ja yhtenäistä lääkehoidon käytännöt.</p> <p>Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä. Mallina käytettiin FinYHKÄ-toimintamallia, jonka tavoitteena on näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittäminen ja käyttöönotto eri tasoilla kuten toimintayksiköiden tasolla. Laadittu lääkehoitosuunnitelma kotioidon yksikköön pohjautuu Turvallinen lääkehoito -oppaaseen ja se tehtiin Keski-Suomen hyvinvointialueen lääkehoitosuunnitelman mallipohjan ohjeiden mukaisesti. Työyhteisö osallistui lääkehoitosuunnitelman laatimiseen moniammatillisen työpajatyöskentelyn menetelmin. Tärkeää oli, että lääkehoitosuunnitelman tekemisessä oli mukana useita lääkehoitoa toteuttavia ammattiryhmiä. Lääkehoitosuunnitelman laadinnassa hyödynnettiin näyttöön perustuvaa tutkimustietoa. Lääkehoitosuunnitelma sisältää kotihoidon yksikön toimintaympäristön kuvauksen, lääkehoidon riskien tunnistamisen ja toimintatavat riskien ehkäisemiseksi. Sisältöön kuuluu lääkehoidon vastuut ja velvollisuudet sekä lääkehoitoluoppaan liittyvät asiat. Lisäksi suunnitelmassa tuodaan esille kotihoidon lääkehoidon prosessi.</p> <p>Kehittämistyön tuotoksena syntynyt lääkehoitosuunnitelma toimii kotihoidon yksikössä turvallisen lääkehoidon toteuttamisen oppaana. Sitä hyödynnetään uusien työntekijöiden ja harjoitteluissa olevien sosiaali- ja terveydenhuollon opiskelijoiden perehdytyksessä. Lääkehoitosuunnitelma on asiakirja, jota tarpeen mukaan päivitetään. Kotihoidon yksikköön laadittua lääkehoitosuunnitelmaa ei julkaistu tässä opinnäytetyössä, koska se on tarkoitettu vain työyksikön käyttöön.</p>	
Avainsanat kotihoito, lääkehoitosuunnitelma, turvallinen lääkehoito	

Field of Study Social Services, Health and Sports	
Degree Programme Master's Degree Programme in Advanced Practice Nursing	
Author Laura Manninen	
Title of Thesis Pharmacotherapy plan for home care	
Date	4.5.2025
	40
Client Organisation /Partners Wellbeing Services County of Central Finland, Hankasalmi Home Care Unit	
<p>Abstract</p> <p>In home care, medication treatment is carried out daily. The aim of the medication treatment is safe medication therapy. In 2021, the Ministry of Social Affairs and Health published a guide on safe medication therapy, which serves as a recommendation for the preparation of a pharmacotherapy plan. Since home care falls under social welfare, the pharmacotherapy plan is legally a part of the self-monitoring plan. The purpose of this development work was to create an up-to-date medication plan for the Hankasalmi home care unit. The goal of the created pharmacotherapy plan was to improve the implementation of safe medication therapy and to standardize medication practices.</p> <p>This thesis was conducted as a development project. The FinYHKÄ operational model was used as a model for the development project, which aims to develop and implement evidence-based uniform practices at various levels, such as that of operational units. The pharmacotherapy plan designed for the home care unit is based on the Safe Pharmacotherapy Guide and was created in accordance with the instructions from the pharmacotherapy plan template of the Central Finland wellbeing services region. The work community participated in creating the pharmacotherapy plan utilizing multi-professional workshop collaboration. It was important that different professional groups involved in pharmacotherapy were included in the development of the pharmacotherapy plan. The pharmacotherapy plan utilized evidence-based research data. The pharmacotherapy plan includes a description of the operating environment of the home care unit, the identification of the risks associated with pharmacotherapy, and the measures for preventing these risks. The content includes the responsibilities and obligations of medication therapy and matters related to the medication permit. Additionally, the plan presents the medication therapy process in home care.</p> <p>The pharmacotherapy plan created because of the development work serves as a guide for the implementation of safe pharmacotherapy in the home care unit. It can be utilized in the orientation of new employees and social and health care students undergoing internships. A medication plan is a document that is updated as necessary. In this thesis, the pharmacotherapy plan prepared for the home care unit was not published, because it is only intended for use by the work unit.</p>	
<p>Keywords home care, pharmacotherapy plan, safe medication</p>	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	5
2	LÄÄKITYSTURVALLISUUS KOTIHOIDOSSA.....	6
2.1	Ikääntyneen lääkehoidon erityispiirteet kotihoidossa	6
2.2	Lääkitysturvallisuuteen liittyvät riskit ja vaaratapahtumat kotihoidossa	8
2.3	Toimet lääkitysturvallisuuden parantamiseksi kotihoidossa.....	10
3	LÄÄKEHOITOSUUNNITELMAN SISÄLTÖ.....	11
3.1	Lääkehoitosuunnitelman laadinta.....	11
3.2	Lääkehoidon toteuttaminen ja vaatavuustaso	12
3.3	Lääkehoitoon liittyvät riskit ja seuranta- ja palautejärjestelmät	12
3.4	Henkilöstön lääkehoidon vastuut, velvollisuudet ja työnjako	14
3.5	Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja lupakäytännöt	16
3.6	Lääkehoidon prosessi kotihoidossa	17
3.6.1	Lääkehoidon tarpeen arviointi ja lääkkeen määrääminen	18
3.6.2	Lääkkeen hankkiminen, säilyttäminen ja hävittäminen.....	19
3.6.3	Lääkkeiden jakaminen, käyttökuntoon saattaminen, tarkistaminen ja antaminen.....	20
3.6.4	Lääkehoidon dokumentointi ja lääkkeiden vaikutusten seuranta	21
3.6.5	Yhteistyö muiden yksiköiden kanssa ja asiakkaan ohjaus	22
4	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	24
5	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS	25
5.1	Kehittämistyön toimeksiantaja.....	25
5.2	Kehittämistyön lähestymistapa.....	25
5.3	Kehittämistarpeen tunnistaminen	26
5.4	Suunnittelu	27
5.5	Toteutus.....	28
5.6	Arviointi.....	30
6	POHDINTA.....	32
6.1	Kehittämistyön toteutuksen ja tuotoksen pohdinta.....	32
6.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	33
6.3	Ammatillinen kehittyminen.....	33
6.4	Kehittämistyön hyödynnettävyys ja kehittämisideat	35
	LÄHTEET	36

1 JOHDANTO

Suomessa oli vuonna 2023 kotihoidon asiakkaita yhteensä 185 000. Tästä määrästä säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli 113 000. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2024a.) Kansalliseksi tavoitteeksi on asetettu, että iäkkäällä henkilöllä on oikeus asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Tänä päivänä kotona hoidetaan entistä vanhempia ja erilaista apua tarvitsevia ikääntyneitä ihmisiä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2024b.) Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkään sosiaali- ja terveystalvveluista (980/212 1 luku 3 §) määrittää ”iäkkään henkilön tarkoittavan henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta.”

Kun kotihoidon asiakkaat ovat useimmiten monisairaita ja monilääkittyjä ikääntyviä, tarvitsevat he tukea suunnitellun lääkehoidon toteutumisessa. Hoitosuosituksen muuttuessa ikääntyneiden siirtämisestä päivystykseen on tarkoitus välttää. Näin ollen kotihoidossa lääkehoidon toteuttaminen vaatii hyvää ammattitaitoa ja osaamista, kun entistä vaativampaa lääkehoitoa toteutetaan kotona. (Seppänen & Sainio 2023.) Erityisesti monilääkitys lisää lääkkeiden jakamiseen ja lääkkeiden yhteisvaikutuksiin kytkeytyviä riskejä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022, 39.) Yksi merkittävä lääkitysturvallisuuden liittyvä riski on hoidon siirtymät, kuten asiakkaan siirtyessä sairaalasta kotiin (World Health Organization 2017, 4; Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 10). Tämän vuoksi yhteistyö eri tahojen välillä on erityisen tärkeää, jotta turvallista lääkehoitoa voidaan kotihoidossa toteuttaa erityisesti ikääntyneiden keskuudessa (Rosengren & Szemberg 2025, 37).

Lääkehoito on yksi yleisimmistä keinoista potilaan hyvinvointia ja sairautta hoidettaessa. Suurin osa hoidon ilmoitetuista poikkeamista ovat lääkehoitoon liittyviä. Turvallinen ja asianmukainen lääkehoito tarvitsee tarkkaa sääntelyä. Lääkehoitoprosessissa on useita vaiheita ja lääkitysturvallisuus vaatii siihen osallistuvien ammattilaisten hyvää yhteistyötä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022, 38.) Jokaisessa toiminta- ja työyksikössä, jossa toteutetaan lääkehoitoa, on käytettävä sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemaa Turvallinen lääkehoito-opasta lääkehoitosuunnitelman laatimisessa (Ahonen & Hartikainen 2013, 240; Sosiaali- ja terveysministeriö 2022, 38). Väestön ikääntymisen vuoksi on kiinnitettävä entistä enemmän huomiota kotiin annettaviin palveluihin. Ikääntyneiden kanssa työskentelevien ammattilaisten lääkehoito-osaamista tulisi vahvistaa. Työn tukemiseen tarvittaisiin myös kliinisen farmasian osaamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022, 38–39.)

Tämän kehittämistyön toimeksiantajana on Keski-Suomen hyvinvointialueen Hankasalmen kotihoidon yksikkö. Kotihoidon yksikköön on tarve päivittää lääkehoitosuunnitelma samaan linjaan Keski-Suomen hyvinvointialueen lääkehoitosuunnitelman sekä sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman Turvallinen lääkehoito -oppaan kanssa. Työn tarkoituksena on laatia työyksikköön ajantasainen lääkehoitosuunnitelma. Tavoitteena on kehittää turvallisen lääkehoidon toteuttamista ja yhtenäistää lääkehoidon käytännöt lääkehoitosuunnitelman avulla. Lääkehoitosuunnitelma toimii apuna lääkehoidon perehdyttämisessä kotihoidon yksikössä. Tässä opinnäytetyöraportissa käytetään termiä asiakas. Asiakkaalla tarkoitetaan henkilöä, joka käyttää sosiaalihuoltoa kuten kotihoidon palveluja (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 1 luku 3 §, 3 luku 19 a §).

2 LÄÄKITYSTURVALLISUUS KOTIHOIDOSSA

Lääkitysturvallisuus on lääkkeiden käsittelyyn kuuluvaa turvallisuutta, joka sisältää terveydenhuollossa osallistuvien yksilöiden ja organisaation toimintaperiaatteet. Sen tavoitteena on huolehtia lääkkehoidon turvallisuudesta ja suojata potilasta vahingoittumasta. Lääkitysturvallisuus pitää sisällään toimenpiteet lääkkeiden käytön haittatapahtumien estämiseksi, niiden välttämiseksi ja korjaamiseksi. (Stakes ja lääkkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006, 8; World Health Organization 2016, 9.)

Kotihoito on palvelua, jonka tavoitteena on huolehtia siitä, että henkilö kykenee selviytymään päivittäisistä toiminnoista omassa kodissaan ja elinympäristössään. Kotihoito pitää sisällään asiakkaan henkilökohtaisen ja välttämättömän hoidon ja huolenpidon sekä toimintakykyä ylläpitävän toiminnan ja terveydenhuoltolaissa olevan 25 §:n kotisairaanhoidon. Kotihoidon järjestämistä koskevat perustelut ovat toimintakyvyn heikentyminen korkean iän vuoksi, sairaus tai jokin muu vamma. Kotihoito on järjestettävä ympäri vuorokauden yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 3 luku 19 a §.) Järjestämisvastuu kotihoidon palveluista kuuluu hyvinvointialueille (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 3 luku 14 §). Kotihoito voi olla säännöllistä tai tilapäistä kotihoitoa. Säännöllinen kotihoito tarkoittaa palvelua sellaiselle henkilölle, joka tarvitsee heikentyneen toimintakyvyn vuoksi säännöllistä tukea kotona asumiseen. Tilapäinen kotihoito puolestaan on tilapäistä apua asiakkaan palvelutarpeeseen. Kestoltaan tilapäinen kotihoito on korkeintaan kaksi viikkoa. (Keski-Suomen hyvinvointialue n.d. a.)

Kotihoidossa vastuu lääkkehoidon toteuttamisesta ja lääkitysturvallisuudesta on merkittävästi lisääntynyt. Lääkehoitoa toteuttavan hoitotyön ammattilaisen tulee hallita lääkkehoidon perustehtävien lisäksi yhä enemmän erilaisten sovellusten ja laitteiden käyttöä. Kotihoidon asiakkaiden ollessa monilääkittyjä ikääntyneitä, on heillä suuri riski lääkkeiden aiheuttamille haittavaikutuksille. Hoitotyön ammattilaisten tulee tuntee lääkkeiden tavallisimmat haittavaikutukset ja seurata lääkkehoidon vastetta. (Seppänen & Sainio 2023.) Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi ohjaa kiinnittämään erityistä huomiota ikääntyneiden turvalliseen lääkehoitoon (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020). Tässä luvussa kuvataan ikääntyneen lääkkehoidon erityispiirteet kotihoidossa ja kotihoidon lääkitysturvallisuuteen liittyvät riskit sekä toimet riskien parantamiseksi.

2.1 Ikääntyneen lääkkehoidon erityispiirteet kotihoidossa

Vuonna 2023 Suomessa säännöllisen kotihoidon suurin asiakasryhmä koostui 75-vuotta täyttäneistä henkilöistä. Suurimmat ikäryhmät olivat 85–94-vuotiaat (38 %) ja 75–84-vuotiaat (34 %). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2024c.) Näin ollen säännöllisen kotihoidon asiakkaat ovat hyvin iäkkäitä. Heillä on useita sairauksia ja fyysiseen sekä kognitiiviseen toimintakykyyn liittyviä rajoitteita. (Auvinen 2021, 9.)

Ikääntyessä tapahtuu useita fysiologisia muutoksia. Ikääntyneellä solukko vähenee kudoksista, ja kun kudokset pienenevät, aiheutuu painon laskua. Myös lihaskudos vähenee, mutta rasvakudos silti säilyy. Luukudoksessa tapahtuu heikentymistä. Ikääntyessä munuaisten vajaatoiminta yleistyy. Maksan koko pienenee ja veren virtaus vähenee, joten maksa ei kykene hajottamaan lääkeaineita enää kunnolla. Verisuonet jäykistyvät sekä aisti- ja kognitiiviset toiminnot heikkenevät. (Niskanen 2013, 6–8; Tilvis 2016, 20–54.) Kotihoidon asiakkailta yleisimpiä diagnosoituja sairauksia ovat sydämen vajaatoiminta, verenpaine- ja sepelvaltimotauti, muistisairaudet, diabetes ja osteoporoosi (Luoma & Kattainen 2007, 19).

Lääkeannokset tulee ikääntyneille määrittää yksilöllisesti fysiologisten muutosten vuoksi. Merkittävien farmakokinetiikan eli lääkeainepitoisuuksien muutos tapahtuu munuaisissa, jolloin munuaisen toiminta heikkenee keskimäärin prosenttien verran jokaista ikävuotta kohden 30 ikävuoden jälkeen. Tämän seurauksena munuaisten kautta poistuvat lääkeannokset on annosteltava munuaisten toimintakyvyn mukaisesti. Rasvan osuuden kasvu ja veden väheneminen kehossa aiheuttavat ikääntyneelle rasvaliukoisten lääkkeiden jakaantumistilavuuden suurentumista ja puolestaan pienentävät vesiliukoisten lääkkeiden jakaantumistilavuutta. Näiden muutosten takia rasvaliukoiset lääkkeet poistuvat hitaammin ja kasautuvat elimistöön. Vesiliukoisten lääkkeiden vaste puolestaan suurentuu. Keskuhermostoon vaikuttavien lääkkeiden annostus on yleisemmin ikääntyneillä pienempi kuin nuoremmilla. (Raivio & Hartikainen 2020.) Tämä johtuu osittain siitä, että ikääntyneillä veri-aivoesteen toiminta heikkenee. Tällöin aivoihin saapuneiden lääkkeiden teho ja haitat mahdollisesti lisääntyvät. (Erickson & Banks 2019, 1.)

Ikääntyneiden monilääkitys on viime vuosina yleistynyt (Niskanen 2013, 9; Härkänen, Franklin, Murrelis, Rafferty & Vehviläinen-Julkunen 2020a, 3574; Auvinen 2021, 9). Monilääkityksellä on monia määritelmiä. Yleensä monilääkitys tarkoittaa viittä tai useampaa säännöllisesti käytettävää lääkettä. (Masnoon, Shakib, Kalisch-Ellett & Caughey 2017.) WHO (World Health Organization) on puolestaan linjannut, että monilääkitys tarkoittaa yli neljää säännöllisesti käytettävää lääkettä (World Health Organization 2017, 4). Yhdysvalloissa 2000-luvun alussa tehdyn suuren tutkimuksen mukaan kotisairaanhoidon asiakkailta 19 %:lla oli säännöllisessä käytössä lääkkeitä yhteensä yhdeksän tai enemmän. (Meredith ym. 2001, 719). Suomessa Turun kaupungin kotihoidossa tehdyssä tutkimuksessa ilmeni, että tutkimukseen osallistuneilla kotihoidon asiakkailta reilulla puolella oli käytössä yli kymmenen säännöllisessä tai tarvittaessa käytössä olevaa lääkettä (Järvinen 2018, 76). Myös lääkkeiden haittavaikutukset ovat ikääntyneillä tavallisempia kuin nuoremmilla (Auvinen 2021, 9). Haittavaikutukset voivat olla hyvin erilaisia verrattuna nuorempiin ihmisiin. Tyypillisiä lääkkeiden haittavaikutuksia ikääntyneillä ovat kaatuilu, yleisvoimien heikkeneminen, muistin heikkeneminen, sekavuus ja käytösoireet. (Kivelä 2004, 56.) Lääkkeisiin liitettyihin ongelmiin kuuluu lisäksi ikääntyneillä sairaalahoittoon joutuminen ja kuolema (Auvinen 2021, 9).

Ikääntyneen lääkehoidon tavoitteena on turvallinen lääkehoito. Lääkehoidossa tulee huomioida ikääntyneen kokonaisvaltainen tilanne. Lääkehoitoa tulee seurata ja arvioida säännöllisesti. (Niskanen 2013, 11; Viikari & Lauroma 2023a, 308–309.) Arviointiin kuuluu käytössä olevien lääkkeiden selvittäminen ja niiden käytön toteutuminen. Sairaudet sekä niiden vaikeusasteet ja oireet tulee selvittää. Lääkkeiden käyttötarkoitus on myös määritettävä. Lääkärin vastuulla on arvioida ikääntyneen lääkehoito vähintään kerran vuodessa (Raivio & Hartikainen 2020, 1590; Viikari & Lauroma 2023a, 308). Lisäksi on suositeltavaa, että lääkitys arvioidaan aina voimien muuttuessa ja sairaalajakson yhteydessä. (Viikari & Lauroma 2023a, 308–309.) Erityisesti muistisairaiden kohdalla lääkehoidon arviointi on tehtävä useammin (Raivio & Hartikainen 2020, 1590). Lääkehoidon saumaton arviointi on yksi merkittävä osa säännöllisiä palveluja saavan ikääntyneen hoitotyötä. (Viikari & Lauroma 2023a, 308–309.)

Suomessa tehdyssä tutkimuksessa nousi esille, kuinka moniammatillisella lääkityksen arvioinnilla voi olla merkittävä vaikutus kotihoidon asiakkaiden lääkityksen laatuun. Auvisen ym. (2021, 74–81) tekemän tutkimuksen nimi oli FIMA (Finnish Interprofessional Medication Assessment). Tutkimus oli satunnaistettu ja kontrolloitu tutkimus, jossa verrattiin lääkärijohtoista moniammatillista lääkityksen

arviointia tavalliseen hoitoon. Tutkimukseen osallistuneet olivat yli 65-vuotiaita kotihoidon asiakkaita, joilla oli joko yli 6 säännöllisesti käytössä olevaa lääkettä päivässä, huimausta, ortostaattista hypotensiota eli pystyasentoon liittyvää verenpaineen laskua tai vastikään tapahtunut kaatuminen. Tärkeimmät tulosmittarit 6 kuukauden seurantajaksolla olivat SFINX-, RENBASE-, PHARAO-, ja Meds75+ -tietokannoilla tutkittujen lääkkeiden määrä, lääkkeiden yhteisvaikutukset, lääkkeisiin liittyvät riskikuormat ja mahdollisesti sopimattomien lääkkeiden käyttö. Tutkimustulosten mukaan FIMA:n interventio auttoi parantamaan kotihoidon asiakkaiden lääkityksen laatua verrattuna tavanomaiseen hoitoon. Tutkimuksen tuloksena ilmeni, että munuaisten vajaatoiminnan, antikolienergisten vaikutusten, verenvuodon, ummetuksen ja sopimattomien lääkkeiden käytön riskit pienenevät huomattavasti.

Kotona asuvan ikääntyneen turvallisen lääkehoidon toteutuminen tarvitseeikin jatkuvaa kokonaistilanteen arviointia. Lääkehoidon toteutumisen vastuu tulisi olla vain yhdellä taholla, kuten kotihoidolla. Jos vastuu on useammalla toimijalla, voivat tiedonkulun ongelmat tuoda riskin lääkehoidon poikkeamalle. Lääkelistan on oltava aina ajantasainen. Lääkkeiden hankkiminen ja säilyttäminen tulee sopia asiakkaan ja lääkehoitoa toteuttavan tahon kanssa yhdessä. (Viikari & Lauroma 2023b, 311.) Kotona asuvan ikääntyneen lääkehoidossa kotihoidon tehtävänä on vastata siitä, että lääkehoito toteutuu suunnitelman mukaisesti. Vähintään se edellyttää lääkehoidon seuranta. Tärkeää on olla suunniteltuna ja järjestettynä asiakkaan tarvitsemat tukitoimet, jotta lääkkeen ottaminen onnistuu. (Seppänen & Sainio 2023.)

Jotta toteutettava lääkehoito on onnistunutta ja turvallista, vaatii se lääkehoitoon osallistuvilta ammattihenkilöiltä tarpeeksi tietoa ja ikääntyneitä kohtaan arvostavaa asennetta. Ikääntyneiden lääkehoito kotihoidossa on kokonaisvaltaista, ja tämä edellyttää erityisesti sairaanhoitajilta useiden eri alojen asiantuntijuutta ja vastuuta. Sairaanhoitajilta vaaditaan vankkaa tietämystä ikääntymisen vaikutuksesta lääkehoitoon, farmakologiasta ja toteutettavasta lääkehoidosta kotona sekä vaikutuksen arvioinnista. Erityisesti kotihoidossa vaaditaan valmiutta tunnistaa ajoissa ikääntyneiden voimien muutokset. Kun voitiin reagoida varhaisessa vaiheessa, se voi ehkäistä sairaalahoitoon joutumisen. (Palmu 2013, 134–135.) Toteutettavaa lääkehoitoa ohjaa aina ajantasainen lääkehoitosuunnitelma. Sen avulla varmistetaan turvallinen ja laadukas lääkehoito. (Palmu 2013, 135; Mäkimartti & Pikkarainen 2023b, 313.)

2.2 Lääkitysturvallisuuteen liittyvät riskit ja vaaratapahtumat kotihoidossa

Lääkityspoikkeamat ovat yksi suurimmista potilasturvallisuutta vaarantavista tekijöistä terveydenhuollossa (World Health Organization 2017, 4). Lääkityspoikkeamalla tarkoitetaan lääkehoidon tapahtumaa, jonka seurauksena voi syntyä vaaratapahtuma kuten potilasvahinko (World Health Organization 2016, 4). Maailman terveysjärjestö WHO:n vuonna 2017 tiedottama potilasturvallisuushaaste painottui lääkitysturvallisuuteen. Haasteen tärkeimpänä tavoitteena on ollut saada maailmanlaajuisesti vähennettyä vältettävissä olevia lääkehaittatapahtumia 50 % seuraavien viiden vuoden aikana. (World Health Organization 2017, 4–5.)

Lääkehoidon merkittävimmiksi riskeiksi on tunnistettu suuren riskin lääkkeet, monilääkitys ja potilassiirrot. Suuren riskin tilanteisiin sisältyy mm. suuren riskin potilaat kuten iäkkäät. Lisäksi tilanteisiin liittyy suuren riskin lääkkeet, jotka väärin käytettynä voivat aiheuttaa merkittäviä haittoja. Monilääkitys on tärkeä tunnistettavissa oleva riski, koska se on yleistynyt viime vuosina eliniän odotteen pidentymisen vuoksi. Se lisää myös haastetta lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutusten tunnistamisessa.

Potilassiirroissa lääkehoitoon liittyvät riskit koskevat tiedonkulkuun ja kommunikaatioon liittyviä haasteita, jotka voivat johtaa haitallisiin lääkityspoikkeamiin. (World Health Organization 2017, 4–5, 10.) Monilääkitys ja sopimattomat lääkkeet ikääntyneille aiheuttavat vakavien haittatapahtumien riskin, esimerkiksi kaatumisien ja toimintakyvyn alentumisen muodossa. (Auvinen 2021, 9.) On osoitettu, että myös kuolleisuus voi lisääntyä (Härkänen ym. 2020a, 3574; Auvinen 2021, 9). Laatikaisen (2020, 75) tekemän tutkimuksen mukaan ikääntyneiden päivystyskäynneistä viidesosa johtuu lääkeshaitoista. Näistä lääkehaitoista kolmasosa olisi mahdollista estää.

Tutkimukset ovat osoittaneet, että kotihoidossa lääkehoitoon liittyvät riskit ovat yleisiä (Strube-Lahmann, Müller-Werdan, Klingelhöfer-Noe, Suhr & Lahmann 2022, 1). Lääkehoitoon liittyviin riskeihin on tunnistettu asiakkaiden ikääntyminen, krooniset sairaudet ja monilääkitys (Ahonen & Hartikainen 2013, 248; Elliott, Yin Lee, Beanland, Vakil & Geoman 2016, 14; Dionisi ym. 2022, 893).

Merkittävä riskitekijä lääkehoitoon liittyviin vaaratapahtumiin on kuitenkin siirtyminen sairaalasta kotiin (Härkänen ym. 2020a, 3574; Dionisi ym. 2022, 893; Seppänen & Sainio 2023). Halen ym. (2015, 493) mukaan 94 %:lla kotihoidon asiakkaista on ainakin yksi lääkityspoikkeama sairaalasta kotiutuksessa. Syy vaaratapahtumalle johtuu siitä, että tiimityö ja kommunikointi eri ammattilaisten välillä on puutteellista käsiteltäessä potilaan lääkehoitoon liittyviä asioita. Siirtymävaiheessa sairaanhoitajat joutuvat usein selvittämään lääkityksen ajantasaisuuden yksin ilman lääkärin läsnäoloa. Ajantasaisen lääkityksen puutteellisuus on riski lääkityspoikkeamalle (Järvinen 2018, 77).

Järvisen (2018, 90) tekemästä tutkimuksesta ilmeni, että ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden potilastietojärjestelmässä olevista lääkityslistoista löytyi eroavaisuuksia verrattuna todellisuudessa käytettyihin lääkkeisiin. Tämä vaatisi kehittämistoimenpiteitä niin paikallisesti kuin kansallisesti. Härkäsen ym. (2020b, 121–122) mukaan muita myötävaikuttavia asioita kotihoidon lääkitysturvallisuuteen liittyviin vaaratapahtumiin voi olla esimerkiksi terveydenhuollon ammattipätevyyden puuttuminen. Myös sijaisten puutteellinen perehdyttäminen työpaikkaan ja työhön vaadittavan lääkehoitoluvan puuttuminen ovat riski lääkitysvirheisiin. Lisäksi liiallinen työmäärä, kiire ja pätevien hoitajien puuttuminen nähtiin keskeisinä riskeinä lääkitysvirheille.

Vellonen, Kaunonen & Suominen (2019, 195,198) tuovat tutkimuksessaan esille millaisia lääkehoitoon liittyviä vaaratapahtumia kotihoidossa on ilmennyt. Näitä vaaratapahtumia ovat olleet lääkkeenjakovirheet, antovirheet, kirjaamisvirheet ja lääkkeen ottamisen virheet. Lääkkeiden jakovirheet tulivat esille terveydenhuollon ammattilaisten tekemänä. Antovirheet puolestaan tapahtuivat omaisten tai terveydenhuollon ammattilaisten tekeminä, esimerkiksi annettiin väärä lääke, tai lääke jäi kokonaan antamatta. Lääkkeisiin liittyvät kirjaamisvirheet tulivat esille siten, että lääkelistalla oli virheellisiä lääketietoja. Lääkkeiden ottamisen virheet ilmenivät asiakkaan omaan toimintaan liittyen, kun esimerkiksi lääke on jäänyt ottamatta.

Syitä näillä edellä kuvatuille vaaratapahtumille ovat olleet yhteisten käytäntöjen puute, jolloin esimerkiksi terveydenhuollon ammattilainen ei ole lääkejakotilanteessa tarkistanut asiakkaan ajantasaista lääkelistaa. Muut syyt vaaratapahtumille on tiedonhallintaan liittyvät ongelmat ja asiakkaisiin liittyvät erityistekijät, esimerkiksi asiakkaan suuri lääkemäärä. Terveydenhuollon ammattilaisen kuvaamana syitä lääkehoidon vaaratapahtumille on mm. epäyhtenäiset käytännöt, puutteet osaamisessa ja tiedonhallinnan ongelmat. (Vellonen, Kaunonen & Suominen 2019, 198.)

2.3 Toimet lääkitysturvallisuuden parantamiseksi kotihoidossa

Tieteellisistä tutkimuksista nousi esille toimia, joilla kotihoidon lääkitysturvallisuutta on mahdollista parantaa. Hoitosuositus iäkkään turvallisesta kotiutumisen sairaalasta on nostanut esiin, että turvalliseen lääkehoitoon tulee kiinnittää erityisesti huomiota iäkkään kotiutuessa sairaalasta (Hotus-hoitosuositus® 2020). Kotiutumistilanteissa tiedonsiirron parantamiseksi koordinoiva sairaanhoitaja voisi olla tukena ensimmäisillä kotikäynneillä. (Dionisi ym. 2022, 893.) Kotihoidossa ikääntyneiden monilääkitys on myös asia, johon tulisi kiinnittää huomiota (Hotus-hoitosuositus® 2020). Kotihoidon työntekijöiden ja farmaseuttien välistä yhteistyötä tulisi lisätä. On osoitettu, että kotihoidossa tapahtuvia lääkehoitopoikkeamia voitaisiin vähentää hyödyntämällä farmaseuttien kokemusta lääkehoitoprosessissa. (Touchette ym. 2014; Toivo 2020, 5; Dionisi ym. 2022, 893; Vellonen, Härkänen & Välimäki 2022, 11.) Etenkin muistilääkitystä käyttävän ikääntyneen lääkehoidossa olisi kotiutumistilanteissa hyödynnettävä farmasian palveluita (Hotus-hoitosuositus® 2020).

Hyvin tärkeää kotihoidon asiakkaan lääkehoidon kannalta on se, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset seuraavat systemaattisesti asiakkaan vointia (Järvinen 2018, 90; Seppänen & Sainio 2023). Jos herää epäily lääkkeen aiheuttamasta haittavaikutuksesta, tulee olla tarpeen mukaan yhteydessä lääkäriin (Seppänen & Sainio 2023). Ikääntynyt tarvitsee myös ohjausta lääkehoidossa, sillä hänellä ei välttämättä ole tarpeeksi tietoa ja valmiutta kertoa lääkehoitoonsa liittyvistä asioista (Hotus-hoitosuositus® 2020). Annettaessa lääkehoidon ohjausta ikääntyneelle tulee se tehdä yksilöllisesti ja asiakasta sekä hänen omaisiaan kuunnelleen, sillä ikääntyneet ovat ominaisuuksiltaan hyvin erilaisia fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn vaihtelun vuoksi (Järvinen 2018, 90).

Iso-osa lääkehoidon vaaratapahtumista olisi ehkäistävissä toiminnan riittävällä suunnittelulla, henkilökunnan koulutuksella, riskien havaitsemisella ja turvallisen lääkehoidon merkityksen esiin tuomisella (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto n.d). Työnantajien vastuulla on järjestää riittävä koulutus ja riittävät henkilöstöressurit, sillä nämä toimet osaltaan parantavat turvallisen lääkehoidon toteutumista (Härkänen, Saano & Vehviläinen-Julkunen 2019, 249; Strube-Lahmann ym. 2022, 6).

Strube-Lahmann ym. (2022,6) mukaan hoitohenkilöstön tulisi osallistua lääkehoitokoulutukseen vähintään kahden vuoden välein, jolloin lääkehoitoon liittyvät tiedot pysyisivät ajan tasalla. Myös kaksoistarkistus lääkehoidon prosessissa tulisi nähdä tärkeänä lääkitysturvallisuutta parantavana tekijänä. Järvisen (2018, 76, 90) tutkimuksessa nousi esille, että erityisesti kotihoidossa riittävät resurssit ja koulutus tulisi suunnata lääkehoidon vaikutusten seurantaan, koska kotihoidon asiakkaat ovat kokeneet puutteelliseksi lääkkeiden vaikutuksen seurannan. Omaiset ovat puolestaan kokeneet, että he kaipaisivat lisää kanssakäymistä kotihoidon kanssa. Lisäksi he ovat toivoneet kotihoidon ottavan paremmin vastuuta asiakkaan terveydentilasta. Säännölliset tapaamiset omaisten ja kotihoidon välillä mahdollistaisi asiakasta koskevan tietojenvaihdon terveydellisistä asioista.

Sosiaali- ja terveysministeriön (2024, 57) julkaisema Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027 painottaa kotihoidossa käytettävää koneellista annosjakelua. Annosjakelun hyödyntäminen vähentää lääkitysvirheitä, kun jaettavat lääkkeet ovat valmiiksi annosteltuna (Cuosein ym. 2014, 678–684; Sosiaali- ja terveysministeriö 2024, 57). Koneellisen annosjakelun on tutkittu parantavan lääkitysturvallisuutta (Cuosein ym. 2014).

3 LÄÄKEHOITOSUUNNITELMAN SISÄLTÖ

Lääkehoitosuunnitelmalla tarkoitetaan yksikkökohtaista suunnitelmaa, jonka avulla lääkehoitoa toteutetaan. Jokaisessa lääkehoitoa toteuttavassa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä on oltava lääkehoitosuunnitelma. Suunnitelma auttaa huolehtimaan siitä, että lääkehoito on laadukasta ja ennen kaikkea turvallista. Lääkehoitosuunnitelman perustana on toimintayksikön asiakkaiden lääkehoito. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto n.d.)

Lääkehoitosuunnitelma on sosiaalihuollossa osa omavalvontasuunnitelmaa. ”Terveydenhuollossa suunnitelma on puolestaan osa lakisääteistä suunnitelmaa laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta.” Suunnitelma on laadunhallinta-asiakirja ja lääkehoidon prosessissa käytettävä ohjeistus. Se on tärkeä työkalu yksikön lääkehoidon perehtymiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 15.) Tässä luvussa kuvataan lääkehoitosuunnitelman laadinta ja lääkehoitosuunnitelman sisällön osa-alueet.

3.1 Lääkehoitosuunnitelman laadinta

Lääkehoitosuunnitelman laadinnan tueksi on Sosiaali- ja terveysministeriö julkaissut päivitetyn version Turvallinen lääkehoito -oppaasta vuonna 2021. Opas toimii suosituksena ja ohjaa lääkehoidon käytäntöjä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021.) Lääkehoitosuunnitelma toimii lääkehoitoa toteuttavan yksikön työvälinauna, jonka avulla määritetään turvallisen lääkehoidon osa-alueet. Lääkehoitosuunnitelma auttaa yksikön oman riskienhallinnan ymmärtämisessä ja tukee lääkitysturvallisuutta. Työyksikössä toteutettavan lääkehoidon tulee perustua ajantasaiseen yksikkökohtaiseen lääkehoitosuunnitelmaan, joka tarpeen mukaan päivitetään vähintään vuoden välein. (Kinnunen 2013, 101–102; Ahonen & Hartikainen 2013, 240; Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 15.)

Lääkehoitosuunnitelman käynnistämisestä, koordinoinnista ja loppuun viemisestä vastuu on organisaation johdolla. Lääkehoitosuunnitelma on laadittava organisaation, toimintayksikön ja työyksikön tasolla. Työyksikötason lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja sen päivittämisestä vastuu on esihenkilöllä. Laatimiseen ja päivittämiseen on kuitenkin hyvä osallistua kaikkien niiden ammattiryhmien, jotka lääkehoitoa toteuttavat. Viimeisenä lääkehoitosuunnitelman hyväksyy työyksikön lääkheidosta vastaava lääkäri. Esihenkilön on pidettävä huoli siitä, että henkilökunta on saanut riittävän perehdytyksen lääkehoitosuunnitelmaan. Jokainen työntekijä on puolestaan velvollinen noudattamaan suunnitelman mukaista lääkehoitoa. (Laukkanen & Hevosmaa 2021; Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 15–17.)

Työyksikötason lääkehoitosuunnitelman työstämiseen on kiinnitettävä riittävästi huomiota. Kun suunnitelma on tarpeeksi yksityiskohtainen, se tukee lääkitysturvallisuutta ja ohjaa lääkehoidon toteuttamista. (Ahonen & Hartikainen 2013, 241; Laukkanen & Hevosmaa 2021; Sosiaali- ja terveysministeriö 2021.) Olennainen osa lääkehoitosuunnitelman sisältöä on yksikön riskien tunnistaminen ja toimet, joilla riskit on mahdollista välttää. Suunnitelmassa tulee kuvata työyksikön lääkehoitoprosessi. Tämän avulla on mahdollisuus kiinnittää huomiota lääkitysturvallisuuden parantamiseen. Lääkehoidon osaamisen tarve tulee määrittää suunnitelmassa. Määritelmässä kuvataan ketkä lääkehoitoa saavat toteuttaa ja mitkä ovat edellytykset lääkehoidon toteuttamiselle. Suunnitelmassa on tuotava esille keinot lääkehoidon osaamisen varmistamiseen. Lisäksi lääkehoitosuunnitelmassa kuvataan lääkehoidon tehtävät, joihin henkilökunnalla on koulutukseensa pohjautuen asianmukainen osaaminen. (Laukkanen & Hevosmaa 2021; Sosiaali- ja terveysministeriö 2021.)

3.2 Lääkehoidon toteuttaminen ja vaativuustaso

Lääkehoitosuunnitelman laadinta alkaa työyksikön toiminnan tunnistamisella (Ahonen & Hartikainen 2013, 241). Lääkehoitosuunnitelmassa tulee olla kuvattuna työyksikön toiminta lääkehoidon toteuttamisen ja vaativuustason osalta. Suunnitelmassa on tuotava esille, mitä palveluja yksikössä tuotetaan ja milloin palvelua tuotetaan. On kerrottava, kenelle palvelut on suunnattu ja kuinka paljon asiakkaita yksikössä on. Kuvauksessa on tultava ilmi asiakkaiden erityispiirteet, toimintakyky, ikärakenne ja hoitoisuus. Lisäksi yksikön henkilöstön rakenne ja säännöllisen lääkehoidon tarpeen määrittelmä on oltava suunnitelmassa. Suunnitelman sisältöön kuuluu myös kuvaus yksikön lääkevalikoiman laajuudesta, annostelutavoista ja annostelureiteistä. Lääkehoidon osaamisen taso on tultava ilmi. Myös lääkehoitoon osallistuvat ammattiryhmät, henkilöstömäärä ja rakenne työvuoroissa on kirjattava suunnitelmaan. Henkilöstömitoitus ja lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön riittävyys tulee suunnitelmassa huomioida. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 100.)

Lääkehoidon toteuttamisen kuvaukseen tulee kirjata yksikön lääkäripalvelut. Tämä tarkoittaa sitä, että suunnitelmassa on kerrottuna lääkäreiden määrä ja erikoisalut. Lisäksi tulee olla kirjaus siitä, kenellä on lääketieteellinen vastuu ja kenelle se osoitetaan siinä tapauksessa, jos yksikössä ei ole vakituista lääkäriä. Suunnitelmassa kuvataan myös yksikön lääkärin ja päivystävän lääkärin tavoitettavuus. Lopuksi tuodaan esille, miten asiakkaan on mahdollisuus päästä lääkärin vastaanotolle ja, miten usein asiakkaan lääkehoidon kokonaisarvio tehdään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 101.)

3.3 Lääkehoitoon liittyvät riskit ja seuranta- ja palautejärjestelmät

Jokaisen yksikön lääkehoitoon liittyy riskejä, kuten esimerkiksi henkilöstöön, asiakkaaseen tai lääkehoidon vastuisiin liittyviä riskejä. Yksikössä olevien lääkehoidon riskien tunnistaminen ja niiden esiintuominen on yksikön ennakoivan riskienhallinnan ja lääkitysturvallisen toiminnan edellytys. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 18.) Erityisesti lääkitysturvallisuuteen vaikuttava riskitekijä on riskialttiit lääkkeet (World Health Organization 2017, 4). Riskialttiiden lääkkeiden käsittelyyn, annosteluun ja säilytykseen voi sisältyä turvallisuusriskejä mahdollisen virheellisen toiminnan muodossa. Tämän vuoksi yksikössä on oltava tarkkana käsiteltäessä riskialttiita lääkkeitä. Riskialttiita lääkkeitä voivat olla farmakologisen ominaisuuden vuoksi olevat lääkkeet, mutta myös harvoin käytetyt lääkkeet, uudet lääkkeet ja vanhaksi menneet lääkkeet voivat olla riskialttiita lääkkeitä. Riskialttiiksi lääkkeiksi katsotaan myös sellaiset lääkkeet, joiden pakkaukset ja nimet ovat lähellä toisiaan. Tällaisia lääkkeitä kutsutaan LASA-lääkkeiksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 18–20.)

Suuren riskin lääkkeitä ovat puolestaan lääkkeet, jotka virheellisesti käytettynä voivat aiheuttaa muita lääkkeitä todennäköisemmin vakavia seurauksia (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus n.d. a; World Health Organization 2017, 4–5). Jokaisen yksikön tulee tunnistaa käytössä olevat suuren riskin lääkkeet. Lääkkeet, jotka luokitelleen työyksikössä suuren riskin lääkkeiksi riippuu toimintayksikön asiakaskunnasta ja heidän palvelutarpeestaan sekä toimintayksikön lääkehoitokäytännöistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 20.) Yksikön tunnistetuista riskilääkkeistä tulee tehdä lääkehoitosuunnitelmaan taulukko, jossa on nimettyä lääkkeitä ja riskejä sekä toimenpiteet riskien välttämiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 103.)

Lääkehoitosuunnitelmaan tulee lisäksi kuvata yksikön lääkehoidon toteutukseen liittyvät keskeiset riskitekijät ja keinot niiden välttämiseksi (Kinnunen 2013, 103; Sosiaali- ja terveysministeriö 2021,

103). Näitä riskejä voivat olla esimerkiksi lääkkeen anto- ja jakotilanteisiin liittyvät riskit, asiakkaiden ennakoimattomat lääkitystarpeet, lääkkeiden väärinkäyttötilanteisiin varautuminen, monilääkitystä tarvitsevat asiakkaat ja potilassiirrot (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 103). Kuten tässä raportissa on tullut aiemmin ilmi, kotihoidossa tärkeimmiksi lääkahoitoon liittyviin riskeihin on tunnistettu hoidon siirtymät (Härkänen ym. 2020a, 3574; Dionisi ym. 2022, 893; Seppänen & Sainio 2023). Lisäksi merkittäviä riskitekijöitä ovat kotihoidon asiakkaiden ikääntyminen, krooniset sairaudet ja monilääkitys (Ahonen & Hartikainen 2013, 248; Elliott ym. 2016, 14; Dionisi ym. 2022, 893).

Vakavien haittavaikutusten ja tahallisen väärinkäytön riski kasvaa käsiteltäessä pääasiassa keskuhermostoon vaikuttavia lääkkeitä (pkv-lääkkeitä) ja huumausainelääkkeitä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 22). Huumausainelääkkeet tulee säilyttää aina lukitussa paikassa ja erillään muista lääkkeistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 22; Mäkimartti & Pikkarainen 2023b, 314). Myös pkv-lääkkeiden kohdalla on kiinnitettävä erityistä huomiota niiden säilytykseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin lääketilauksella toimitettujen huumausainelääkkeiden kulutusta on seurattava pakkauskohtaisilla kulutuskorteilla. Huumausainelääkkeitä ei saa jakaa valmiiksi dosetteihin tai lääkelaseihin, vaan ne tulee annostella terveydenhuollon ammattihenkilön antamana juuri ennen asiakkaalle antamista. Huumausaineita voidaan kuitenkin toimittaa annosjakeluna, jolloin huumausaineläkeläisten kulutuksesta huolehtii annosjakeluyksikkö. Työyksikössä on oltava työntekijöitä koskeva ohjeistus, joka ohjaa lääkkeiden väärinkäytön ehkäisemiseen ja mahdollisten väärinkäyttöepäilyjen selvittämiseen. Tämä ohjeistus tulee olla lääkehoitosuunnitelmassa kuvattuna. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 22–23.)

Yksikössä on tunnistettava tilanteet, joissa voi olla mahdollisuus lääkehoidon vaaratapahtumille. Lääkehoidon vaaratapahtumat jaetaan haittatapahtumiin, poikkeamiin ja läheltä piti -tapahtumiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 26.) Lääkehaittatapahtumalla tarkoitetaan vaaratapahtumaa, joka tuottaa asiakkaalle haittaa (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006, 9). Lääkityspoikkeama on kuvattu raportissa jo aiemmin. Lääkityspoikkeama voi tapahtua lääkehoidollista toimintaa tehtäessä tai tekemättä jättämisestä sekä suojauksen pettäessä (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006, 8). Läheltä piti -tapahtuma puolestaan tarkoittaa vaaratapahtumaa, joka olisi voinut toteutuessaan tuottaa asiakkaalle haittaa (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006, 6).

Kotihoidossa on tunnistettu lääkehoidon vaaratapahtumiksi lääkkeenjakovirheet, antovirheet, kirjaimisvirheet ja lääkkeen ottamisen virheet. (Vellonen, Kaunonen & Suominen (2019, 195,198). Kun mahdolliset vaaratapahtumat on tunnistettu, niiden perusteella on tehtävä selkeät toimintamallit tilanteissa toimimiseen ja niiden ehkäisyyn. Lääkehoitosuunnitelmaan tulee siis kuvata mahdolliset lääkehoidon vaaratapahtumat ja niihin liittyvät toimenpiteet (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 25; Mäkimartti & Pikkarainen 2023b, 314.) Jokainen työntekijä tulee perehdyttää toimintamalleihin, koska näin voidaan ehkäistä vastaava vaaratilanne. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 22–26.)

Lääkehoidossa tapahtuvien poikkeamien ilmoittaminen, seuranta ja käsittely sekä poikkeamista oppiminen ovatkin erityisen tärkeä osa lääkehoitosuunnitelmaa. Poikkeamista ilmoittamisen tavoitteena on potilasturvallisuuden parantuminen. Tähän on mahdollista päästä oppimalla haittatapahtumista ja läheltä piti -tilanteista. Raportoinnin tarkoituksena ei ole syyttää ketään vahingon tekemisestä, vaan sen on tarkoitus löytää järjestelmävirheet. (Kinnunen 2013, 109.) Haittatapahtumien ja läheltä piti -

tilanteiden syiden ymmärtäminen edistää riskien ennakoinnissa ja estää vahinkoja syntymästä (Aaltonen & Rosenberg 2013, 20).

Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä tulee olla käytössä järjestelmä, jonka avulla on mahdollista ilmoittaa ja käydä läpi lääkityspoikkeamia (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010 4 luku 25 §). Haitta- ja vaaratapahtumien seurantajärjestelmä on hyödyllinen, koska sen tavoitteena on mahdollisista virheistä oppiminen. Tarkoituksena ei kuitenkaan ole syyllisten etsiminen. Lääkehoitosuunnitelmassa on kuvattava vaaratapahtumajärjestelmä, vaaratapahtumien ilmoittaminen, käsittely ja seuranta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 77.) Kotihoidossa tulee tehdä vaaratapahtumien seuranta. Ilmoitusta tehtäessä on pohdittava tapahtuman pääasiallisia syitä. Ilmoitus mahdollisesta vaaratapahtumasta tehdään yksikön toimintamallin mukaisesti vaaratapahtumajärjestelmään. Esihenkilön tulee pohtia työyksikön henkilöstön kanssa, miten riskitekijöihin olisi mahdollista vaikuttaa. Tämä osaltaan edistää turvallista lääkehoitoa. (Seppänen & Sainio 2023.)

Lääkehoitosuunnitelmassa on seuranta- ja palautejärjestelmien osalta lisäksi kuvattava, miten lääkkeiden ja rokotteiden haittavaikutuksista ilmoitetaan. Suomessa valtakunnallista lääkkeiden haittavaikutusrekisteriä ylläpitää Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Terveydenhuollon ammattihenkilö voi tehdä suoraan sähköisesti Fimealle mahdollisen haittavaikutusilmoituksen. Lääkkeiden haittavaikutuksia voivat olla esimerkiksi vakavat haittavaikutukset kuten kuolemaan johtanut tai henkeä uhannut haittavaikutus. Lääkkeiden tuotevirheistä ja lääkeväärennöksistä tehtävät ilmoitukset on puolestaan osoitettava lääkkeen toimittaneeseen apteekkiin. Tästä tulee olla myös kuvaus lääkehoitosuunnitelmassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 77–82.)

Lisäksi lääkehoitosuunnitelmaan on kuvattava lääkinnällisiin laitteisiin liittyvät ilmoituskäytännöt. Suomessa lääkinnällisiin laitteisiin yhdistettävät vaaratapahtumat ilmoitetaan Fimealle. Lopuksi lääkehoitosuunnitelmassa tulee olla määritelmä siitä, miten asiakkaat voivat antaa palautetta mahdollisista vaaratapahtumista. Tämä on tärkeää sen vuoksi, että turvallisuutta ja laatua voidaan kehittää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 77–82.)

3.4 Henkilöstön lääkehoidon vastuut, velvollisuudet ja työnjako

Jokaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon työyksikössä jokapäiväistä lääkehoitoa toteuttavat aina lääkehoidon koulutuksen suorittaneet sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt yksikössä laaditun lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Työnantajalla on velvollisuus huolehtia siitä, että jokaisessa työvuorossa on lääkehoidosta vastaava ammattihenkilö. Jokaisessa yksikössä lääkehoidon turvallisuudesta toteutuksesta päävastuun kantaa johto. Yksiköissä tulee olla myös nimettyä sairaanhoitaja, jonka tehtävänä on vastata lääkehoidon toteuttamisen kokonaisuudesta. Tämän sairaanhoitajan on työskenneltävä kyseisessä yksikössä, jotta hän voi puuttua mahdollisiin epäkohtiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 27.)

Kotihoidossa lääkehoitoa toteuttavat terveydenhuollon ammattihenkilöt, joilla on asianmukainen koulutus, osaaminen ja lupa. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä ovat sairaanhoitajat, lähihoitajat, terveydenhoitajat, ensihoitajat ja kättilöt sekä vanhalla tutkintonimikkeellä työskentelevät apu- ja perushoitajat. Sosionomit voivat toteuttaa lääkehoitoa, mikäli heidän koulutuksessaan on ollut lääkehoidon opintoja samansisältöisesti kuin lähihoitajan tutkinnossa. (Seppänen & Sainio 2023.) Lääkehoitosuunnitelmassa tulee kuvata lääkehoitoon osallistuvat ammattiryhmät ja ammattiryhmien lääkehoitoon liittyvät tehtävät ja vastuut, osaamisen varmistaminen ja lupakäytännöt vaativan lääkehoidon

osalta. Lääkehoitosuunnitelmaan tulee tehdä kuvauksesta taulukko ja tähän taulukkoon kirjata vain ne ammattiryhmät, jotka lääkehoitoa työyksikössä toteuttavat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 105.)

Lääkärillä on vastuu asiakkaan lääkehoidon kokonaisuudesta (Ahonen & Hartikainen 2013, 242; (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 32). Työnantajan on varmistettava, että lääkärillä on riittävä lääkehoito-osaaminen. Lääkehoidossa lääkärin tehtävänä on lääkityksen aloittaminen ja lopettaminen. Lääkärin tulee myös tarkistaa asiakkaan kokonaislääkitys. Lisäksi hänen tulee varmistaa, että lääkityksessä ei ole haitallisia yhteis- tai haittavaikutuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 32.) Lääkärin tehtäviin kuuluu myös hoidon tarpeen arviointi ja lääkitykseen liittyvä ohjaus ja neuvonta. Hänen tulee lisäksi huolehtia lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnista. (Ahonen & Hartikainen 2013, 242.) Lääkäri kantaa vastuun työyksikössä järjestettävän rokotustoiminnan suunnittelusta ja sen toteuttamisesta (149/2017).

Sairaanhoitajat ja sairaanhoitajana laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt kuten terveydenhoitaja ja ensihoitaja saavat koulutuksensa perusteella toteuttaa lääkehoitoa monipuolisesti. Lääkehoidon tehtäviä ovat esimerkiksi lääkkeiden tilaaminen, jakaminen ja lääkkeiden antaminen sekä luonnollista tietä että injektiona. Työyksiköissä lääkehoidon osaaminen tarkistetaan aina yksikön lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Sairaanhoitajakoulutuksen suorittaneet työntekijät vastaavat erityisesti yksikön lääkehoidon turvallisuudesta asiakkaille. Sairaanhoitajille kuuluu lääkehoidon kokonaisuudesta vastaaminen. Tämä sisältää esimerkiksi lääkehoitoon liittyvät tehtävänjaot, lääkehoidon osaaminen ja lääkehoidon toteuttamisen valvonta. Työyksikössä on nimettävä yksikön lääkehoidon toteuttamisesta vastaava sairaanhoitaja. On myös muistettava, että jokaisella lääkehoitoa toteuttavalla ammattihenkilöllä on vastuu omasta työskentelystään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 32.)

Sairaanhoitajat voivat toteuttaa vaativaa lääkehoitoa. Vaativan lääkehoidon toteuttamista varten on saatava lisäkoulutus. Lisäksi osaaminen tulee varmistaa ja yksikön lääkehoidosta vastaava lääkäri on allekirjoitettava lupa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 32). Vaativan lääkehoidon osa-alueita ovat ääreislaskimon kanylointi, laskimon sisäiset lääke- ja nestehoidot sekä lääkehoito erityisanteittejä pitkin kuten epiduraalitiilaan (Ahonen & Hartikainen 2013, 243; Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 32–33). Myös ihonalaisen lääkeannostelijan kuten esimerkiksi kipupumpun käyttö kuuluu vaativaan lääkehoitoon. Sairaanhoitajatutkinto antaa yleensä valmiudet rokottamiseen ja verensiirtoon, mutta työnantajan on varmistettava osaaminen ja annettava kirjallinen lupa näiden toteuttamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 32–33.)

Lähihoitajien opinnot sisältävät lääkehoidon kurseja. Näihin opintoihin pohjatuena heillä on mahdollisuus toteuttaa lääkehoitoa siinä laajuudessa, kuin näihin opintoihin on sisältynyt. Lähihoitajalla ei ole oikeutta vastata lääkehoidon toteuttamisen kokonaisuudesta työyksikössä. Työnantajan vastuulla on tarkistaa lähihoitajan saama lääkehoidon koulutus. Tämän pohjalta arvioidaan se, kuinka laajasti lähihoitaja voi osallistua lääkehoidon toteuttamiseen. Lähihoitajan tehtäviin lääkehoidossa voi esimerkiksi kuulua lääkkeiden jakaminen asiakaskohtaisiin annoksiin, lääkkeiden antaminen luonnollista tietä kuten tabletteina, laastareina, silmä- ja korvatippoina ja voiteina. Vaativamman lääkehoidon toteuttamista varten lähihoitajilla tulee olla riittävä lisäkoulutus ja erillinen lupa. Lähihoitajilla vaativan lääkehoidon toteuttamisen osa-alueisiin kuuluvat pkv-lääkkeet, luonnollista tietä annettavat huumausainelääkkeet ja injektion antaminen ihon alle sekä lihakseen. Luvan näihin myöntää aina

yksikön lääkäri. Lähihoitaja saa antaa huumausaineinjektioita vain poikkeustilanteissa kuten esimerkiksi saattohoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 35.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon opiskelijat ovat harjoittelujaksoilla heille nimetyn ohjaajan vastuulla. Opiskelijat toteuttavat lääkehoitoa aina heille nimetyn ohjaajan valvomana. Opiskelijoilla on mahdollisuus toimia työpaikoilla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön sijaisena. Tällöin työnantaja määrittää sen, millaista lääkehoitoa sijaisena yksikössä voi toteuttaa huomioiden opiskelijan omat valmiudet ja työyksikön lääkehoidon laajuuden. Sijaisena toimivalla opiskelijalle tulee nimetä kirjallisesti ohjaaja, joka työskentelee samassa työyksikössä opiskelijan kanssa. Opiskelija, joka opiskelee laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön tutkintoa, voi työskennellä tilapäisesti laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön sijaisena. Sijaisena työskentelevä opiskelija toimii aina ohjauksen ja valvonnan alaisena. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 40–41.)

Sairaanhoitajaksi opiskeleva henkilö voi työskennellä sairaanhoitajan sijaisena silloin, kun hänellä on opintoja 140 opintopistettä suoritettuna. Työnantajan vastuulla on lopulta arvioida, voiko sairaanhoitajan tehtävää sijaistava opiskelija toimia sijaisena. Sairaanhoitajaopiskelija voi tilapäisesti toteuttaa lääkehoitoa lääkehoitosuunnitelmassa määritellyllä tavalla, kunnes on saanut riittävät perehdytyksen lääkehoitoon, osaaminen on varmistettu ja lääkehoidon toteuttamiseen on kirjallinen lupa. Jos sijaisena toimii lähihoitajaopiskelija, on työnantajan vastuulla arvioida, onko sijaisella riittävä osaaminen lääkehoidon tehtäviin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 40–43.)

3.5 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja lupakäytännöt

Lääkehoidon osaamisen arviointi on osa työnantajan rekrytointiprosessia. Työntekijällä tulee olla kuhunkin tehtävään sopiva koulutus, kokemus ja ammattitaito. Lääkehoidon osaaminen varmistetaan lääkehoitosuunnitelmaan kirjatulla toimilla ennen kuin lääkehoitoa voi alkaa toteuttamaan itsenäisesti. Osaaminen tulee varmistaa työntekijän ammattitutkinnon, työtehtävien ja työyksikön ohjeiden mukaisesti. Osaamisen varmistamiseen kuuluu perehdytys, täydennyskoulutus ja teoreettisen sekä käytännön osaamisen varmistaminen. Lääkehoidon toteuttamiseen tarvitaan aina voimassa oleva lupa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 44.)

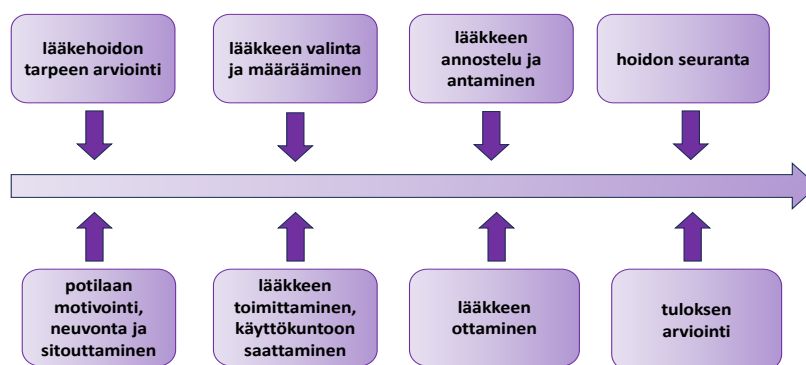
Teoriaosaaminen on mahdollista varmistaa joko kirjallisesti tai suullisesti. Lääkehoitosuunnitelmassa nämä tulee määrittää ammattiryhmittäin sen mukaan, millaista lääkehoidon osaamista työyksikössä vaaditaan. Suunnitelmassa on tultava ilmi teoriaosaamisen varmistamiseen tarvittavat käytännöt. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 43–44.) Teoriaosaamisen varmistamisen yksi käytetyin järjestelmä on LOVE, Lääkehoidon osaaminen verkossa. (Lääkeinformaatioverkosto 2024.)

Käytännön osaaminen puolestaan varmistetaan lääkehoidon näytöillä. Näyttötilanteita ovat esimerkiksi lääkkeiden jakaminen ja injektion antaminen. Näytön vastaanottajana toimii kokenut terveydenhuollon ammattihenkilö, esimerkiksi sairaanhoitaja. Lääkehoitosuunnitelmassa tulee olla kuvattuna näyttöjen sisältö, osaamisvaatimukset ja näytön vastaanottajat. Lääkehoidon näyttöjä tulee antaa useampi, esimerkiksi 3–5, jolloin osaaminen tulee kunnolla varmistettua. Näyttöjen tarvittava lukumäärä kirjataan lääkehoitosuunnitelmaan. Työnantajalla on velvollisuus varmistaa työntekijän lääkehoidon osaaminen koska tahansa uudelleen. Työnantajalla on myös velvollisuus huolehtia työntekijöiden riittävästä täydennyskoulutuksesta, koska lääkehoito muuttuu jatkuvasti. Lääkehoitosuunnitelmassa tulee olla kuvaus siitä, miten työyksikössä työntekijöiden lääkehoidon osaaminen varmistetaan muuttuvassa toimintaympäristössä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 45.)

Vaativan lääkehoidon toteuttamiseen tarvitaan aina lisäkoulutus ja lääkärin myöntämä kirjallinen lupa. Vaativaksi lääkehoidoksi katsotaan esimerkiksi suonensisäinen lääkitys (Ahonen & Hartikainen 2013, 243; Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 46). Työnantajan on varmistettava teoreettinen ja käytännön osaaminen ennen kuin lupa voidaan myöntää. Vaativan lääkehoidon osalta teoreettinen osaaminen varmistetaan kirjallisella tai suullisella tentillä ja käytännön osaaminen näyttöjen avulla. Jokaisen yksikön tulee määrittää lääkehoitosuunnitelmaan ne tehtävät, joita varten tarvitaan lisäkoulutus. Vaativan lääkehoidon toteuttamisen lupa on aina kirjallinen ja määräaikainen. Luvan kesto on kolmesta viiteen vuotta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 46–47.)

3.6 Lääkehoidon prosessi kotihoidossa

Lääkehoidon prosessilla tarkoitetaan toimintaketjua. Prosessi alkaa lääkehoidon tarpeen arvioinnilla. Sen jälkeen vuorossa ovat lääkkeen valinta ja toimittaminen sekä lääkkeen annostelu ja antaminen. Prosessiin kuuluu asiakkaan motivointi, neuvonta ja lääkehoitoon velvoittaminen. Hoidon seuranta tulee järjestää ja tulokset arvioida. Tiedonkulun jatkuminen asiakkaalle sekä hoitoon osallistuville organisaatioille ja muille yksilöille on osa prosessia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 44; Ahonen & Hartikainen 2013, 237.)



Kuva 1. Lääkehoidon prosessi (Tietosisältö Ahonen & Hartikainen 2013, 239).

Lääkitysturvallisuuden johtaminen on tärkeä osa lääkehoidon prosessia. Ylemmällä johdolla on vastuu määritellä olennaiset resurssit, tavat ja vastuunjako. Näiden avulla lääkehoitosuunnitelman toteutumista valvotaan ja ohjataan. Strategian tuominen jokapäiväiseen työskentelyyn on keski johdon ja lähiesihenkilöiden tehtäviä. Yksikkö ja sen toimintatavat on tunnettava perusteellisesti, koska se on tärkeässä asemassa lääkehoidon prosessin johtamisessa. Johdon on sitouduttava potilas- ja lääkitysturvallisuuden kehittämiseen organisaatio- ja yksikkötasolla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 55.)

Työyksikön esihenkilöllä on vastuu siitä, että yksikköön laadittu lääkehoitosuunnitelma jalkautetaan työyksikön käyttöön ja jokainen työntekijä sitoutuu suunnitelmaa toteuttamaan. Esihenkilön tehtäviin kuuluu seurata ja arvioida turvallisen lääkehoidon toteutumista. Tässä tukena on mahdollista käyttää lääkehoidon turvallisuutta avustavia laatumittareita. Laatumittareiden tavoitteena on valvoa, että lää-

kehoitus suunnitelmat laaditaan moniammatillisesti, huomioiden yksikön tarpeet ja käytännöt sekä tärkeimpänä lääkehoitoprosessin toteutuminen lääkehoitosuunnitelman kaltaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 56–57.)

3.6.1 Lääkehoidon tarpeen arviointi ja lääkkeen määrääminen

Lääkehoidon tarpeen arviointi pitää sisällään ajantasaisen lääkityksen selvittämisen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 59). Turvallisen lääkehoidon varmistamiseksi asiakkaan hoitoa toteuttavilla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla tulee olla tieto asiakkaan käytössä olevista lääkkeistä (Monisairas potilas: Käypä hoito -suositus 2021; Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 59). Lääkityslistalla tarkoitetaan ajantasaista listaa, jossa on asiakkaan käyttämät lääkevalmisteet kuten osastohoito- ja reseptilääkkeet, itsehoitolääkkeet ja ravintolisät (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus n.d. b). Ajantasaisten lääkitystietojen tarkistaminen on erittäin tärkeää asiakkaan siirtyessä uuteen hoitoyksikköön tai hoitopaikan vaihtuessa toiseen paikkaan. Usein vain asiakas itse tietää, mitä lääkkeitä hän käyttää. Silloin korostuu asiakkaan haastattelu lääkitystietojen ajantasaisuudesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 59.)

Ajantasaisen lääkityslistan selvittäminen on perusta lääkehoidon arvioinnille, johon vedoten lääke muutokset voidaan tehdä (Raivio & Hartikainen 2020). Kotihoidossa ajantasaisen lääkityksen selvittämiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota, sillä ajantasaisen lääkityksen puutteellisuus on tunnistettu yhdeksi riskiksi lääkityspoikkeaman syntymiselle (Järvinen 2018, 77). Ajantasaisen lääkityksen voi tarkistaa sairaanhoitaja, mutta lääkärin vastuulla on päättää lääkkeiden jatkuvuus, tauottaminen ja lopettaminen (Schepel & Kuitunen 2020). Ikääntyneiden lääkehoidon arviointi tulisikin suorittaa lääkärin toimesta vähintään vuoden välein (Raivio ja Hartikainen 2020). Toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmaan tulee kirjata sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten roolit ja vastuut asiakkaan lääkitystietojen päivittämisessä. Suunnitelmassa tulee olla määriteltynä missä tilanteissa ja kuka asiakkaan lääkityksen selvittää. Lääkityslistan asianmukaisuuden tarkistamisen ja tallentamisen käytännöt potilastietojärjestelmään on tuotava lääkehoitosuunnitelmassa esille. Lisäksi suunnitelmaan on kirjattava käytännöt siitä, kuinka lääkäri merkitsee vahvistuksen asiakkaan ajantasaisesta lääkityksestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 59–60.)

Suomessa lääkkeen määräämistä ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä (1088/2010). ”Lääkäri voi tehdä lääkemääräyksen henkilölle, jonka lääkityksen tarpeesta hän on varmistunut omalla tutkimuksellaan tai muulla luotettavalla tavalla.” Lääkkeen määräämisessä lääkärin on otettava huomioon lääkehoidon turvallinen toteutuminen siinä yksikössä, jossa hän työskentelee. Tämä vaatii lääkäriltä tuntemusta lääkitysturvallisuutta vaarantavista lääke-, yksikkö-, prosessi- ja asiakas tai potilaskohtaisista tekijöistä. Näin ollen lääkärin on hyvä perehtyä yksikön lääkehoitosuunnitelmaan, vaikka työskentelisi yksikössä vain satunnaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 60–61.)

Lääkkeen määräämisessä lääkärin tehtäviin kuuluu tarkistaa asiakkaan lääkehoidon kokonaisuus ja hoitosuunnitelma. Lääkärin tulee tarpeen mukaan muokata asiakkaan lääkityslista ajantasaiseksi, kumota turhat reseptit ja huomioida lääkehoidon elementit kuten kustannukset ja asiakkaan lääkeallergiat. Lääkehoitosuunnitelmassa tulee olla kirjattuna lääkkeen määräämiseen liittyvät käytännöt ja lääkemääräyksiä tekevien terveydenhuollon ammattihenkilöiden vastuut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 60–61.)

3.6.2 Lääkkeen hankkiminen, säilyttäminen ja hävittäminen

Lääkkeen määräämisen jälkeen tapahtuu lääkkeen hankkiminen. Sosiaalihuollon yksiköihin kuten kotihoitoon asiakkaiden lääkkeet hankitaan lääkemääräyksellä apteekista. Lääkkeet voidaan hankkia myös lääketilauksella sairaala-apteekista tai lääkekeskuksesta. Sairaala-apteekki ja lääkekeskus toimittavat lääkkeitä julkisiin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköihin. Lääkehoitosuunnitelmaan kirjataan miten ja mistä lääkkeet yksikköön hankitaan sekä se, miten hankitaan sellaiset lääkkeet, joille on tarve apteekin ollessa kiinni. Suunnitelmaan kirjataan myös, kuka tekee lääketilauksen yksikössä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 62.)

Kotihoidossa vastuu asiakkaan lääkehoidosta on kotihoidolla, jolloin lääkkeet tilataan apteekista sähköisen tilausjärjestelmän kuten Easymed -järjestelmän kautta. Lääkkeiden tilaamisesta tulee tehdä asiakkaan kanssa kirjallinen valtuutus. Kotihoidossa lääkkeiden tilaamisesta on otettava huomioon asiakkaan lääkkeiden todellinen tarve. Sopiva pakkauskoko tulee valita, jotta ylimääräisiä ja tarpeettomia lääkkeitä ei säilytetä kotona. (Seppänen & Sainio 2023.) Lääkkeiden hankkimisen, tilaamisen ja kuljettamisen eri vaiheisiin tulee kiinnittää huomiota, jotta asiattomilla henkilöillä ole pääsyä lääkkeiden käsittelyyn, asiakkaiden tietosuoja toteutuu ja lääkkeet kuljetetaan asianmukaisesti, esimerkiksi mahdollinen kylmäsäilytys huomioiden (Mäkimartti & Pikkarainen 2023, 314).

Lääkkeiden säilyttäminen ja hävittäminen on osa lääkehoidon prosessia. Yksikön lääkkeet tulee säilyttää erillisessä ja vain lääkkeitä tarkoitetussa lääkehuoneessa. Lääkkeet säilytetään alkuperäispakkauksissa lääkehuoneessa, johon on pääsy vain niillä henkilöillä, jotka saavat lääkkeitä käsitellä. Kotihoidossa käsiteltäessä asiakkaan omia lääkkeitä asiakkaan kotona voidaan lääkkeet säilyttää esimerkiksi lukitussa säilytyslaatikossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 63.) Asiakkaalla on kuitenkin oikeus päättää lopulta itse, missä lääkkeet kotona säilytetään. (Seppänen & Sainio 2023.)

Lääkkeiden säilytysolosuhteita on seurattava säännöllisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 63). Kotihoidossa tämä tarkoittaa sitä, että toimistolla säilytettävien asiakkaiden lääkkeiden säilytysolosuhteita seurataan lämpömittareiden avulla. Lääkkeitä kuljettaessa asiakkaalle kotiin on otettava huomioon sääolosuhteet, jotta lääkkeiden säilytyslämpötilat ovat oikeat myös kuljetuksen ajan. Seppänen & Sainio (2023) tuovat esille tärkeän ohjeistuksen siitä, mitä pitää ottaa huomioon asiakkaiden lääkkeiden säilytyksestä kotona. Lääkkeitä ei saa säilyttää tulisijan lähellä eikä kylmissä eteisissä. Lääkkeensäilytyslaatikkoa ei myöskään saa säilyttää kosteissa tiloissa kuten kylpyhuoneessa tai wc:ssä, koska ilmankosteus ja lämpötila ovat kyseisissä tiloissa normaalia korkeampia. Lääkkeiden käyttökelpoisuus ja päiväykset on tarkistettava säännöllisesti. Useiden lääkevalmisteiden kuten silmätippojen ja astmainhalaattoreiden säilyvyyteen vaikuttaa avauspäivämäärä. Avauspäivämäärät tulee merkitä ja huolehtia lääkkeiden säilyvyys.

Lääkejätteillä tarkoitetaan tarpeettomia ja vanhentuneita lääkkeitä, vajaita injektio- ja lääke-laastareita. Lääkejätteet tulee säilyttää erillisessä lukittavassa säilytystilassa, jotta ei ole vaaraa lääkejätteen sekaantumisesta käytössä oleviin lääkkeisiin. Lääkejätteen käsittelyssä ja hävittämisessä on noudatettava sairaala-apteekin, lääkekeskuksen tai apteekin antamia ohjeita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 64.) Kotihoidossa hävitettävät lääkkeet toimitetaan pääasiassa apteekkiin (Seppänen & Sainio 2023). Edellä mainituista lääkkeiden säilyvyyteen ja hävittämiseen liittyvistä asioista tulee lääkehoitosuunnitelmassa olla selkeät toimintaohjeet (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 64).

3.6.3 Lääkkeiden jakaminen, käyttökuntoon saattaminen, tarkistaminen ja antaminen

Yksi tärkeä osa lääkehoidon prosessia on lääkkeiden jakaminen, käyttökuntoon saattaminen, tarkistaminen ja antaminen. Lääkkeiden jakaminen kuuluu aina sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön tehtäviin. Lääkkeiden jakamiseen ja käyttökuntoon saattamiseen on oltava työyksikössä asianmukaiset, rauhalliset ja hyvin valaistut tilat. Lääkkeiden jakaminen olisi tärkeää saada tehdä keskeytyksettä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 65.) Lääkkeitä käsiteltäessä tulee huomioida lääkkeiden säilyvyys ja aseptiikka kuten käsihygieniat, käytettävät välineet ja työtasojen puhtaus (Mäkimartti & Pikkarainen 2023a, 314). Lääkkeen jakamiseen liittyvät käytännöt tulee kuvata lääkehoitosuunnitelmassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 65).

Kotihoidossa on laajasti käytössä asiakaskohtainen annosjakelu. Annosjakelulla tarkoitetaan palvelua, jossa apteekki toimittaa asiakkaan säännöllisesti käytössä olevat lääkkeet jaettuna annoskohtaisiin pusseihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 66). Annosjakelulääkkeet toimitetaan yleensä kahden viikon erissä. Annosjakelu on sopiva sellaisille asiakkaille, joiden lääkitys pysyy vakaana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 66; Seppänen & Sainio 2023.) Annosjakelun käyttäminen kotihoidossa on tunnistettu yhdeksi lääkitysturvallisuutta parantavaksi tekijäksi (Cuosein ym. 2014).

Lääkkeenoton apuvälineenä käytetään kotihoidossa yhä useammin lääkeautomaatteja ja lääkerobotteja (Melto-Ojalainen 2022). Vuonna 2023 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän raportin mukaan tutkimukseen osallistuneista kotihoidon yksiköistä kaksi kolmasosaa käytti lääkeautomaattia (Saukkonen, Josefsson, Honkanen, Alastalo & Heponiemi 2024, 83). Lääkeautomaatit sopivat asiakkaille, joilla on käytössä paljon lääkkeitä ja tarvitsevat muistutusta lääkkeenotosta. Lääkeautomaattiin saa jakaa lääkkeitä työntekijä, joka on saanut laitteen käyttöön koulutuksen. Lääkeautomaattiin voidaan jakaa säännöllisesti otettavia, määräaikaista ja tarvittaessa otettavia lääkkeitä. Lääkkeet annostellaan automaattiin joko annosjakelupusseista tai suoraan lääkepakkauksesta. Lääkeautomaattiin ohjelmoidaan lääkeannokset ja oikeat antoajat. Kun on aika ottaa lääke, ilmoittaa automaatti siitä puheella ja tarjoaa lääkkeen lääkelasissa esille. (Melto-Ojalainen 2022.)

Jaetut lääkkeet tulee aina kaksoistarkastaa. Tämä tarkoittaa sitä, että kaksi sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaista tarkistavat, että lääkkeet on jaettu oikein asiakaskohtaisiin annoksiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 68.) Kotihoidossa kaksoistarkastamisen soveltaminen voi olla haasteellista, mutta se tulisi silti nähdä tärkeänä osana lääkehoidon prosessia. Ratkaisuna voisi olla etäyhteydellä tehtävä kaksoistarkastaminen sairaanhoitajan kanssa. (Strube-Lahmann ym. 2022, 6.) Koneellisen annosjakelun kautta tulevat lääkkeet on kaksoistarkastettu annosjakelun yhteydessä. Kaksoistarkastuksen käytännöt tulee kuvata lääkehoitosuunnitelmaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 68.)

Ennen lääkkeen antamista asiakas on tunnistettava. Asiakkaan tunnistaminen on tärkeä lääkitysturvallisuutta parantava tekijä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 68.) Maailman terveysjärjestö WHO on tehnyt suosituksen, jonka mukaan asiakkaan tunnistamiseen tarvitaan vähintään kaksi tunnistuslähdettä. Nämä kaksi tärkeää tunnistuslähdettä ovat nimi ja syntymäaika. (World Health Organization 2007.) Asiakkaan tunnistamiseen liittyvät käytännöt on tultava ilmi lääkehoitosuunnitelmassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 68). Lääkkeiden antamisessa on varmistettava lääkehoidon turvallisuus. Tällöin on huomioitava, että oikea lääke annetaan oikealle asiakkaalle, oikealla annoksella ja oikealla antotavalla oikeaan antoaikaan. Lääkkeiden antamisessa on muistettava, että vastuu on

aina lääkkeen antajalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 68–69; Seppänen & Sainio 2023.) Lääkehoitosuunnitelmaan on määriteltävä lääkkeiden antamisen käytännöt (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 69).

3.6.4 Lääkehoidon dokumentointi ja lääkkeiden vaikutusten seuranta

Lääkehoidon dokumentoinnilla tarkoitetaan potilasasiakirjoihin tehtyjä merkintöjä lääkehoidosta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 70). Potilasasiakirjoihin merkitään tiedot lääkityksen tarpeesta, lääketieteellisistä perusteista, lääkemääräyksestä ja ohjeista. Lisäksi aina tulee merkitä lääkkeen nimi, vahvuus, määrä, kerta- ja vuorokausiannos, antotapa, antopäivä ja antoaika sekä kuka lääkkeen on antanut. (Ahonen & Hartikainen 2013, 249.) Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä käytetään pääasiallisesti sähköistä lääkityslistaa. Joskus voi kuitenkin olla tarve tulostaa lääkityslista paperiversiona. Tällöin on huolehdittava siitä, että käytössä on aina viimeksi päivitetty lista. Paperiseen lääkityslistaan ei saa tehdä merkintöjä käsin ja käytössä on oltava aina vain yksi lääkelista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 70.)

Kotihoidossa lääkehoidon kirjaaminen tapahtuu yleensä mobiililaitteilla asiakkaan kotona. Tällöin toimitaan työnantajan antamien ohjeiden mukaisesti lääkehoidon kirjaamisen osalta. (Seppänen & Sainio 2023.) Lääkehoitosuunnitelmaan kuvataan lääkehoidon dokumentointiin liittyvät asiat kuten yksikön käytössä oleva potilastietojärjestelmä. Suunnitelmassa on tultava ilmi, miten ja mitkä lääkkeet merkataan potilasasiakirjoihin. Myös tulostettavien lääkelistojen säilytys ja ajantasaisuus on kuvattava. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 70,110.)

Lääkehoidon prosessin seuraava vaihe on lääkkeiden vaikutusten seuranta. Lääkehoidosta vastuu on aina lääkärillä. Lääkkeiden vaikutusten seuranta kuuluu kuitenkin kaikille asiakkaan hoitoon osallistuville. Lääkkeiden vaikutusten seuranta tapahtuu havainnoimalla asiakkaan vointia, tekemällä erilaisia mittauksia ja laboratoriotestejä sekä seuraamalla käytössä olevien lääkkeiden määrää. Lääkkeiden vaikutuksen seurannasta on tehtävä kirjaus potilasasiakirjoihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 72.) Lääkehoidon vaikutusten seurantaan kuuluu lääkityksen positiivisten vaikutusten lisäksi sivu- ja haittavaikutusten seuranta. Lääkkeen määräävän lääkärin tulee varmistua siitä, että lääkehoitoa toteuttava henkilö omaa tiedot lääkkeen vaikutuksista ja haittavaikutuksista. Tämä korostuu niissä sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä, joissa ei ole lääkäri koko ajan paikalla kuten kotihoidossa. Tällöin hoitohenkilöstö arvioi lääkehoidon vaikutusten seuranta. (Ahonen & Hartikainen 2013, 247–248.) Kotihoidossa on tutkitusti tunnistettu, että lääkkeiden vaikutusten ja haittavaikutusten seuranta olisi saatava järjestelmällisemmäksi. Kotihoidon työntekijöiden tulisikin saada riittävä koulutus lääkehoidon vaikutusten seurannasta. (Järvinen 2018, 90.) Lääkehoitosuunnitelmassa on tärkeää olla kuvaus siitä, miten lääkkeiden vaikutusten seuranta toteutetaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 72.)

Mikäli jokin lääke todetaan tarpeettomaksi, tulee se lopettaa. Lääkityksen lopettamisesta päättävät lääkäri ja asiakas yhdessä keskustellen. Jos asiakas ei pysty huolehtimaan enää itse lääkityksestä, on silloin tiedonkulku lääkitykseen tehdyistä muutoksista oltava saumatonta. Lääkehoidon lopettamisesta on tehtävä merkinnät perusteluineen potilasasiakirjoihin. Käytännöt lääkityksen lopettamisesta tulee olla kirjattuna lääkehoitosuunnitelmassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 72–111.)

3.6.5 Yhteistyö muiden yksiköiden kanssa ja asiakkaan ohjaus

Lääkehoidon prosessiin kuuluu yhteistyö muiden yksiköiden kanssa. Ajantasaisen lääkitystiedon siirtyminen asiakkaan mukana on todettu yhdeksi merkittävämmäksi ongelmaksi lääkehoidossa (World Health Organization 2017, 4; Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 74; Seppänen & Sainio 2023). Sen vuoksi lääkityslistan tarkistaminen on erityisen tärkeää. Kun asiakas siirtyy yksiköstä toiseen, on silloin lähettävällä yksiköllä vastuu lääkitystietojen ilmoittamisesta toiseen yksikköön. Vastaanottavassa yksikössä lääkitystiedot tarkistaa lääkäri, sairaanhoitaja tai farmasian ammattilainen. Jos lääkityksessä havaitaan jokin epäselvyys, on se selvitettävä ennen lääkkeiden antamista asiakkaalle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 74, 111.) Kotihoidossa lääkitystietojen tiedonkulun haasteet tulevat tutkitusti ilmi asiakkaan kotiutuessa sairaalasta (Härkänen ym. 2020a, 3574; Dionisi ym. 2022, 893; Seppänen & Sainio 2023). Lääkehoitosuunnitelmassa olisikin hyvä olla kirjattuna selkeä riskienhallintaan pohjautuva toimintamalli siirtymätilanteisiin. (Ahonen & Hartikainen 2013, 249; Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 74, 111; Seppänen & Sainio 2023).

Yksi toimintamalli kotihoidossa asiakkaiden siirtymätilanteisiin voisi olla ISBAR-raportointimenetelmän käyttö. ISBAR tulee sanoista Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation. Menetelmä on Maailman terveysjärjestö WHO:n tukema ja sen käytön on katsottu auttavan tiedonsiirrossa asiakkaiden siirtymätilanteissa. Jotta raportointimenetelmästä on mahdollista saada paras hyöty, on sen käyttäminen koulutettava kaikille osapuolille. Hoidonsiirtymät ovat tunnistettu yhdeksi kriittisimmistä vaiheista asiakassiiroissa. Silloin on tärkeää, että käytössä on kaikille koulutettu menetelmä tiedonsiirtoon. (Burgess, van Diggele, Roberts & Mellis 2020, 1.) Hoitotyön tutkimussäätiö Hotus on tutkinut SBAR-raportointimenetelmän käyttöä, johon ISBAR pohjautuu. Raportointimenetelmän käytöstä on saatu myönteisiä tuloksia, mutta vahva näyttö sen käytöstä vielä puuttuu. SBAR-menetelmän käyttö parantaa tiedon kulkua ja edistää potilasturvallisuutta. Menetelmän käyttöä ehdotetaan suullisen tiedonkulun yhdenmukaistamiseksi. Sen avulla tärkein tieto asiakkaan voinnista ja tilanteesta on mahdollista viestittää järjestelmällisessä ja ymmärrettävässä muodossa. (Näyttövinkki © 2019.)

Lääkehoidon prosessissa on tärkeää huomioida asiakkaan tai hänen läheisensä ohjaus koskien asiakkaan lääkitystietoja, sillä lääkityksen käytöstä on tunnettava keskeisimmät sisällöt (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 74). Lakisääteisesti lääkärillä ja apteekissa työskentelevällä farmaseutilla ja proviisorilla on tehtävänä huolehtia lääkehoidon ohjauksesta ja neuvonnasta (Läkelaki 395/1987). Ohjausta ja neuvontaa lääkehoitoon liittyviin kysymyksiin antavat lääkärit, sairaanhoitajat ja farmasian ammattihenkilöt (Heikkinen 2013, 111; Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 75). Hyvä ohjaus vaatii hoitohenkilökunnan laajaa osaamista. Lääkehoidon onnistunut ohjaus pohjautuu sairaanhoitajan vuorovaikutukseen, ohjaustaitoihin ja farmakologiseen tietoon. Ohjaustilanteessa on osattava hyödyntää näyttöön perustuvaa tietoa ja sopivaa ohjausmenetelmää. (Sulosaari, Suhonen & Leino-Kilpi 2011, 476.)

Kotihoidossa voi usein tulla eteen tilanne, jossa asiakas ei tapaa lääkäriä uutta lääkettä hänelle määrättäessä. Näissä tilanteissa on kiinnitettävä erityistä huomiota lääkehoidon ohjaukseen ja neuvontaan. Apteekista toimitettavan lääkkeen lääkeneuvonta annetaan edellä mainitussa tilanteessa hoitoyksikön henkilöstölle. Näin ollen hoitoyksikössä työskentelevän terveydenhuollon ammattihenkilön tulee hallita riittävä lääkehoidon ohjaus. (Hämeen-Anttila 2021.) Lisäksi lääkehoidon ohjauksessa ja neuvonnassa on otettava huomioon kotihoidon asiakkaiden kyky ottaa ohjausta vastaan.

Annettaessa lääkehoidon ohjausta tulee ohjaus suunnitella yksilöllisesti. (Järvinen 2018, 90.) Lääkehoitosuunnitelmassa tulee olla kuvaus siitä, miten asiakkaan lääkehoidon ohjaus järjestetään, sekä siitä, kuka antaa ohjausta ja neuvontaa asiakkaalle ja missä tilanteissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 75,111.)

Yhtenä asiakasohjauksen menetelmänä voisi kotihoidossa hyödyntää Hoitotyön säätiön julkaisemaa Teach-back -menetelmää. Asiakasohjauksen keskiössä ohjauksen tulee pohjautua asiakkaan yksilölliseen tilanteeseen. Ohjauksen antavan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen tulee varmistaa, että annettava ohjaus on ymmärrettävää ja asiakkaan esittämiin tärkeisiin kysymyksiin saadaan vastaus. Teach-back -menetelmä on asiakasohjauksessa hyödynnettävä menetelmä, jossa tarkoituksena on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen ohjeistaa asiakasta ohjauskeskustelussa toistaa omin sanoin ohjauksen tärkeimmät asiat. Teach-back menetelmä on tunnistettu sopivaksi lähes kaikille terveydenhuollon asiakasryhmille. Erityisesti sen on katsottu soveltuvan esimerkiksi sellaiselle asiakkaalle, jolla on ikään liittyvää muistamattomuutta. Sopiviksi ohjaustilanteiksi on tunnistettu esimerkiksi kotiutumistilanteissa annettava ohjaus ja pitkäaikaissairaalan omahoidon ohjaus. Teach-back-menetelmää käyttäen on mahdollista lisätä asiakkaan tietoa omasta terveydellisistä asioista ja lisätä toimijuuden vahvistamista. Asiakas voi esimerkiksi oppia käyttämään inhalaattoria paremmin ohjauksen avulla. (Näyttövinkki ® 2024.)

4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämistyön tarkoituksena oli laatia kotihoidon työyksikköön ajantasainen lääkehoitosuunnitelma. Työn tavoitteena oli kehittää turvallisen lääkehoidon toteuttamista ja yhtenäistää lääkehoidon käytännöt lääkehoitosuunnitelman avulla.

5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä. Kotihoidon työyksikköön oli tarve päivittää ajantasainen lääkehoitosuunnitelma. Kehittämistyön mallina käytettiin Hoitotyön tutkimussäätiön (Hotus) tekemää FinYHKÄ -toimintamallia. FinYHKÄ -toimintamalli on päivitetty versio aiemmin vuonna 2010 julkaisusta YHKÄ-toimintamallista. YHKÄ-malli tarkoitti näyttöön perustuvien hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämisen mallia. FinYHKÄ -malli on julkaistu vuonna 2024. Päivitystyössä keskityttiin teoreettisiin lähtökohtiin, näyttöön perustuvien toiminnan rakenteisiin ja tuotiin paremmin esille toimintamallin neljä eri vaihetta. Päivittämisen myötä toimintamallin nimi muuttui ”Näyttöön perustuvien yhtenäisten hoitotyön käytäntöjen kehittämisen ja käyttöönoton toimintamalliksi (FinYHKÄ -toimintamalli)”. Uuden käytännön vakiinnuttaminen työyksikköön tukee hoitotyöntekijöiden työtä, kun kaikilla on sama tietämys uuden käytännön toteuttamisesta. Tämän perusteella asiakas saa laadukasta ja turvallista hoitoa riippumatta siitä, kenet terveydenhuollon työntekijän asiakas kohtaa. (Hotus 2024, 4, 43.) Tässä luvussa kuvataan kehittämistyön toimeksiantaja ja kehittämistyön vaiheet.

5.1 Kehittämistyön toimeksiantaja

Kehittämistyön toimeksiantajana oli Keski-Suomen hyvinvointialueen Hankasalmen kotihoidon yksikkö. Keski-Suomen hyvinvointialue huolehtii noin 273 000 keskisuomalaisen sosiaali-, terveys- ja pelastustoimen palveluista. Alueeseen kuuluu yhteensä 22 kuntaa. Yksi hyvinvointialueen kunnista on Hankasalmen kunta. (Keski-Suomen hyvinvointialue n.d. b.)

Hankasalmen kotihoidon yksikössä tuotetaan kotihoidon palveluita. Palveluihin kuuluu säännöllinen kotihoito ja tilapäinen kotihoito. (Keski-Suomen hyvinvointialue n.d. a.) Keski-Suomen hyvinvointialueella säännöllisen kotihoidon asiakkaita on yhteensä 6 200 henkilöä ja heistä 1 300:llä on vähintään kolme kotihoidon käyntiä päivässä. (Keski-Suomen hyvinvointialue n.d. b.) Keski-Suomen hyvinvointialueen tavoitteena on, että asukkaiden kokemus omasta hyvinvoinnista, terveydestä ja turvallisuudesta vahvistuu. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen sekä palveluiden yhdenvertaisuus nähdään myös tärkeinä tavoitteina. (Keski-Suomen hyvinvointialue n.d. c.)

5.2 Kehittämistyön lähestymistapa

Kehittämistyön mallina käytetty FinYHKÄ-toimintamalli koostuu neljästä eri vaiheesta. Ensimmäisessä vaiheessa tunnistetaan nykykäytännön kehittämistarpeet. kehittämistarpeelle voi olla laeista ja asetuksista tuleva tarve. Mutta se voi myös pohjautua johonkin toiseen tunnistettuun tarpeeseen, esimerkiksi tarve kehittää toimintaa arvioinnin perusteella. Tässä vaiheessa tulee arvioida, miksi ja mitä toimintaa on tarve kehittää. Lisäksi tulee kuvata ja arvioida nykykäytäntöä koskeva lähtötilanne. Ensimmäinen vaihe auttaa tunnistamaan kehittämistarpeen ja arvioimaan sen laajuutta. Kehittämistarpeen tunnistamisessa on otettava mukaan työyksikön henkilöstö. Kun henkilöstö on alusta asti mukana prosessissa, muodostuu henkilöstölle ymmärrys uuden toimintatavan tuomista hyödyistä ja tunne siitä, että uusi muutos toteutetaan yhdessä. Tässä vaiheessa on pohdittava muutoksen kokonaisuutta ja keitä käytäntöjen edistäminen koskee. Lisäksi on tunnistettava ketkä hyötyvät nykykäytäntöjen kehittämisestä. Lopuksi tärkeää on päättää ne tekijät, jotka edistävät tai estävät nykykäytännön kehittämistä. (Hotus 2024, 23–26.)

Toisessa vaiheessa tulee tehdä suunnitelma näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittämistä ja sen aloittamisesta. Ensimmäisessä vaiheessa koottua tietoa kehittämistarpeesta ja sen laajuudesta ja lähtökohdista on käytettävä suunnittelun perustana. Suunnitelman tekeminen on tärkeä vaihe kehittämisprosessissa. Sen avulla toimijoiden tehtävät, vastuut ja resurssitarpeet tulevat tunnistetuksi. Suunnitelma auttaa valmistautumaan päivitetyn yhtenäisen käytännön käyttöönottoon ja sen vakiinnuttamiseen. Suunnitteluvaihe koostuu kolmesta päävaiheesta, joita ovat ennakkoehtojen tunnistaminen, näyttöön pohjautuvan yhtenäisen käytännön kehittämisen ja aloittamisen suunnittelu sekä arvioinnin pohtiminen. (Hotus 2024, 28.)

Kolmas vaihe pitää sisällään yhtenäisen käytännön kehittämisen ja sen käyttöönoton. Tässä vaiheessa toteutetaan suunnitelma ja vakiinnutetaan käytäntöön näyttöön perustuva päätöksenteko ja näyttöön perustuva uusi yhtenäinen käytäntö. Henkilöstön on hyvä olla mukana suunnitelman toteutuksessa. Näin heillä on mahdollisuus olla vaikuttamassa uuteen käytäntöön. Tässä vaiheessa tulee varmistua siitä, että uusi yhteinen käytäntö on koko henkilöstön tiedossa ja heillä on riittävä osaaminen sen toteuttamiseen. Näyttöön perustuva päätöksenteko tuodaan näkyväksi siten, että uutta näyttöön perustuvaa käytäntöä arvioidaan käyttöönoton yhteydessä. Yhteisen käytännön vakiinnuttaminen osaksi työyksikön normaalia toimintaa vaatii pitkäjänteisyyttä. Tähän tarvitaan riittävä tuki johtoportaalta lähtien. (Hotus 2024, 37–39.)

Neljäs ja viimeinen vaihe on yhtenäisen käytännön arviointi. Tässä vaiheessa kiinnitetään huomiota rakenteiden, prosessien ja lopputulosten arviointiin. Arviointia tulee tehdä koko prosessin ajan. Sen vuoksi on tärkeää tarkastella kehittämis- ja käyttöönottoprosessin aikaisia onnistumisia ja mahdollisia epäonnistumisia. Arviointi voi kohdistua esimerkiksi nykykäytäntöön, jolloin on pohdittava vastaako nykykäytäntö näyttöä ja millaisia tuloksia on saatu aikaan. Arvioinnin voi myös kohdistaa näyttöön pohjautuvan yhtenäisen käytännön kehittämis- ja käyttöönottoprosessiin eli miten luonteva oli kehittämisprosessi ja päästiinkö tavoitteisiin. (Hotus 2024, 39–41.)

5.3 Kehittämistarpeen tunnistaminen

Toteutettavan kehittämistyön yksi tärkeä kehittämistarve lääkehoitosuunnitelman päivittämisestä Hankasalmen kotihoidon yksikköön nousi lainsäädännöstä. Sosiaalihuollossa lääkehoitosuunnitelma toimii laadunhallinta-asiakirjana, joka on osa omavalvontasuunnitelmaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021). Toinen selkeä tarve oli se, että kotihoidon yksikön lääkehoitosuunnitelma on oltava samassa linjassa Keski-Suomen hyvinvointialueen lääkehoitosuunnitelman kanssa. Kotihoidon yksikössä nähtiin tarve kehittää lääkehoidon osa-alueetta lääkehoitosuunnitelman avulla, jotta lääkehoito toteutuu yhdenmukaisesti.

Kotihoidon työyksikössä oli vanhentunut lääkehoitosuunnitelma ja tästä seurasi tarve päivitetylle lääkehoitosuunnitelmalle. Lääkehoitosuunnitelman päivittäminen koski koko työyhteisöä, koska lääkehoito on merkittävä osa hoitotyötä. Prosessissa oli kyse vanhentuneen lääkehoitosuunnitelman päivittämisestä ja sen käytön jalkauttamisesta työyhteisön käyttöön. Päivittämistyöstä katsottiin olevan hyötyä koko työyhteisölle lääkehoidon turvallisessa toteuttamisessa. Työyhteisö tuli ottaa mukaan päivitustyöhön. Tämä onnistui parhaiten suunniteltuna työpajatyöskentelynä. Lääkehoitosuunnitelman päivittämisen edistäviä tekijöitä oli se, että opinnäytetyön laatijalla oli aikaa perehtyä tarkoin suunnitelman päivitustyöhön. Toiseksi edistäväksi tekijäksi katsottiin se, että päivittämisen myötä toteuttavaa lääkehoitoa ohjaa ajantasainen lääkehoitosuunnitelma. Suunnitelman avulla lääkehoidon

käytännöt yhtenäistyvät. Yhtenäiset käytännöt edistävät osaltaan turvallisen lääkehoidon toteuttamista.

5.4 Suunnittelu

Tässä kehittämistyössä suunnitelma yhteisen käytännön kehittämisestä ja käyttöönotosta aloitettiin ennakkoehtojen tunnistamisella. Ennakkoehtojen tunnistamiseen kuuluu projektin vetäjän ja muiden kehittämisprosessiin osallistuvien tunnistaminen (Hotus 2024 29). Toteutettavassa kehittämistyössä kehittämissuunnitelman projektin vetäjäksi valittiin opinnäytetyön laatija, joka otti päävastuun lääkehoitosuunnitelman laatimisesta. Lisäksi lääkehoitosuunnitelman päivittämiseen tuli osallistaa työyhteisö. Tämä onnistui siten, että lääkehoitosuunnitelman päivittämisprosessiin otettiin mukaan lääkehoitoa toteuttavista ammattiryhmistä eli sairaanhoitajista ja lähihoitajista valikoidut työntekijät. Näin moniammatillisuus huomioitiin lääkehoitosuunnitelman päivitystyössä.

Ennakkoehtojen tunnistamiseen kuuluu lisäksi ajantasaisen näytön hyödyntäminen ja projektin aikataulutus (Hotus 2024, 29). Suunnitteluvaiheessa lääkehoitosuunnitelman päivittämistä varten tuli perehtyä Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemaan Turvallinen lääkehoito -oppaaseen sekä Keski-Suomen hyvinvointialueen laatimaan lääkehoitosuunnitelman mallipohjaan. Erityisen tärkeää oli tutustua tieteellisiin artikkeleihin koskien lääkehoidon toteuttamista ja lääkitysturvallisuutta kotihoidossa. Tieteellisellä tutkimustiedolla tarkoitetaan tutkimuksen avulla ja tieteellisin kriteerein saavutettua näyttöä (Heikkilä, Jokinen & Nurminen 2008, 104). Tutkimuksiin perehtyminen auttoi pohtimaan tarkemmin lääkehoitosuunnitelman sisältöön liittyviä lääkehoidon osa-alueita. Ajantasaiseen näyttöön perehtyminen tapahtui kehittämistyön projektin vetäjän toimesta. Näyttöön perustuvien yhteisten käytäntöjen taustalla on oltava paras mahdollinen näyttö, esimerkiksi hoitosuositus (Hotus 2024, 32).

Aikataulu kehittämistyön etenemiselle suunniteltiin seuraavasti. Lääkehoitosuunnitelman päivittämisprosessi aloitettiin opinnäytetyön laatijan eli projektin vetäjän toimesta tammi- ja helmikuun 2025 aikana, jolloin tehtävänä oli perehtyä tieteellisiin artikkeleihin, näyttöön perustuvaan kirjallisuuteen, Keski-Suomen hyvinvointialueen lääkehoitosuunnitelman mallipohjaan sekä Turvallinen lääkehoito -oppaaseen. Tämän jälkeen aloitettiin maaliskuussa 2025 varsinainen kotihoidon yksikön lääkehoitosuunnitelman päivittäminen. Päivitettävä lääkehoitosuunnitelma oli kirjallinen tuotos, joka tulisi valmistettua julkaisemaan Keski-Suomen hyvinvointialueen Intraan Sampo-ohjepankkiin kevään 2025 aikana.

Ennakkoehtojen tunnistamisen jälkeen tulee tehdä toimintasuunnitelma näyttöön pohjautuvan yhteisen käytännön kehittämisestä ja sen käyttöönoton hyödyntämisestä. Tässä vaiheessa henkilöstön tukeminen projektin osallistumiseen on tärkeää. (Hotus 2024, 32.) Lääkehoitosuunnitelman päivitystyötä varten sovittiin järjestettäväksi työpajoja. Tavoitteena oli, että työpajoihin osallistuisi moniammatillinen tiimi. Työpajoissa keskityttiin käymään läpi lääkehoitosuunnitelman sisältöjä Keski-Suomen hyvinvointialueen laatiman mallipohjan mukaisesti.

Lääkehoitosuunnitelman sisältö koostui tässä raportissa kuvatusta lääkehoitosuunnitelman sisällöstä kuten lääkehoidon toteuttaminen ja vaatavuustaso, lääkitysturvallisuus, henkilöstön lääkehoidon vastuut ja velvollisuudet, lääkelupa sekä lääkehoidon prosessi. Suunnitteluvaiheessa hyödynnettiin projektin vetäjän etsimää tieteellistä tutkimusnäyttöä. Lisäksi jokaiselle työpajaan osallistuvalla työnteki-

jälle annettiin mahdollisuus tuoda esiin kuhunkin lääkehoitosuunnitelman aiheeseen liittyviä kysymyksiä ja ajatuksia. Kehittämistyön projektin vetäjä kiinnitti huomiota moniammatillisen tiimin osallistumiseen lääkehoitosuunnitelman päivittämiseen. Tärkeänä nähtiin, että työpajoihin osallistui lääkehoitoa toteuttavia työntekijöitä kaikista ammattiryhmistä. Näin eri ammattiryhmien näkökulmat tulivat esille.

Kehitettävän käytännön ja käyttöönoton arviointia tulee tarkastella suunnitteluvaiheessa (Hotus 2024, 35). Ennalta sovittiin, että jokaisen työntekijän tulee perehtyä lääkehoitosuunnitelmaan sen valmistuttua. Tavoitteeksi asetettiin, että lääkehoitosuunnitelma tultaisiin esittelemään työyksikön viikoittaisissa tiimeissä. Lääkehoitosuunnitelma oli sisällöltään laaja ja sen omaksumiseen tulisi menemään aikaa. Tämän vuoksi lääkehoitosuunnitelman sisältöjä olisi hyödyllistä esitellä tiimeissä. Tässä suunnitteluvaiheessa kehittämistyön prosessin arviointia tehtiin reflektoiden.

5.5 Toteutus

Kehittämistyön toteuttaminen aloitettiin toisessa vaiheessa laaditun suunnitelman mukaisesti. Kehittämistyön projektin vetäjä otti lääkehoitosuunnitelman päivittämisestä päävastuun. Lääkehoitosuunnitelman päivittämistä varten kehittämistyön projektin vetäjä perehtyi tammi- ja helmikuun 2025 aikana etsimiinsä tieteellisiin tutkimusartikkeleihin, näyttöön perustuvaan kirjallisuuteen ja Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemaan Turvallinen lääkehoito oppaaseen sekä Keski-Suomen hyvinvointialueen lääkehoitosuunnitelman mallipohjaan. Näihin perehtyminen auttoi hahmottamaan lääkehoitosuunnitelman laajuutta. Perehtyminen kotihoidon lääkitysturvallisuuden teemoihin tutkimusartikkelien ja näyttöön perustuvan kirjallisuuden avulla lisäsi tietoa siitä, mihin asioihin tulee erityisesti kiinnittää huomiota lääkehoitosuunnitelman päivittämisessä. Ennen suunniteltuja työpajoja kehittämistyön projektin vetäjä aloitti lääkehoitosuunnitelman päivittämisprosessin tekemällä alustavia muistiinpanoja päivitettävistä lääkehoitosuunnitelman sisällöistä ja aloitti sen jälkeen päivitystyön.

Suunnitelman toteutus- ja yhtenäisen käytännön käyttöönoton vaiheessa tulee varmistaa, että ne henkilöt, joita uusi käytäntö tulee koskemaan, on mahdollisuus osallistua suunnitelman toteutukseen. Näin heillä on mahdollisuus vaikuttaa tulevaan käytäntöön. (Hotus 2024, 37.) Aikataulullisista syistä työpajoja oli haasteellista järjestää niin, että kaikki moniammatillisen tiimin viisi jäsentä olisivat olleet yhtä aikaa paikalla. Tämän vuoksi työpajat järjestettiin siten, että jokainen tiimin jäsen pääsi osallistumaan edes yhteen järjestettävään tapaamiseen. Työpajoja järjestettiin yhteensä neljä maaliskuun ja huhtikuun 2025 aikana ja ne pidettiin kotihoidon toimistolla.

Kehittämistyön ensimmäiseen työpajaan osallistui kehittämistyön projektin vetäjän lisäksi yksi moniammatillisen tiimin henkilö. Tapaamisen kesto oli kaksi tuntia. Tapaamisessa käytiin läpi nykyinen lääkehoitosuunnitelma ja tarkastettiin päivitettävät kohdat, joihin tuli kiinnittää erityistä huomiota. Tapaamisessa todettiin, että vanhentuneessa lääkehoitosuunnitelmassa oli vanhaa tietoa yksikön lääkehoitoon liittyvistä toiminnoista. Aluksi keskityttiin pohtimaan kotihoidon toimintaympäristön kuvausta ja lääkehoidon vaatimuksia sekä toteuttamistapoja. Myös lääkäripalvelut päivitettiin suunnitelmaan.

Ensimmäisessä tapaamisessa käytiin lisäksi läpi lääkitysturvallisuuden kokonaisuutta. Lääkehoitosuunnitelmaa varten tui pohtia mm. kotihoidon lääkehoitoon liittyviä riskejä ja ennaltaehkäiseviä toimia. Lääkitysturvallisuus oli laaja osa-alue ja lääkehoitoon liittyvien riskien lisäksi suunnitelmaan tuli

mieltä lääkehoidon haitta- ja vaaratapahtumatilanteet ja niissä toimiminen. Kotihoidon yksikön lääkitysturvallisuuden osa-alueita pohtiessa nähtiin hyödyllisenä se, että projektin vetäjä oli etsinyt tieteellistä näyttöä kyseisestä aiheesta. Tämä auttoi ymmärtämään paremmin lääkitysturvallisuuden kokonaisuutta. Tapaamisessa käsiteltiin lisäksi henkilöstön lääkehoidon vastuut, velvollisuudet ja työnjako sekä lääkehoitoon liittyvä perehdytys. Lääkelupaan liittyvät asiat ja lääkehuolto olivat viimeiset käsiteltävät kokonaisuudet tapaamisen aikana. Tapaamisen jälkeen kehittämistyön tekijä jatkoi lääkehoitosuunnitelman työstämistä.

Toiseen työpajaan osallistui kehittämistyön lisäksi kaksi muuta moniammatillisen tiimin henkilöä. Työpajan kesto oli noin kaksi tuntia. Tapaamisessa käytiin läpi ensimmäisellä kerralla käsiteltyjä lääkehoidon kokonaisuuksia ja tehtiin niihin pieniä muutoksia. Lisäksi keskityttiin pohtimaan kotihoidon lääkehoidon prosessia tarkemmin, johon kuului lääkityksen ajantasaisuuden selvittäminen, lääkkeen määrääminen, lääkkeen jakaminen, kaksoistarkastamisen käytännöt, lääkkeiden antaminen ja antokirjaaminen sekä lääkehoidon vaikutusten seuranta.

Erityisesti tuli pohtia kaksoistarkastamisen käytäntöjä kotihoidossa. Tutkitusti kaksoistarkastaminen tukee turvallisen lääkehoidon toteutumista (Strube-Lahmann ym. 2022, 6). Kaksoistarkastamista ei kotihoidossa pystytä aina tekemään kahden henkilön toimesta, jolloin täytyy kaksoistarkastaminen tehdä yksin kahdella eri tavalla. Tilanteissa, joissa lääkkeiden kaksoistarkastaminen tehdään yksin, noudatetaan Keski-Suomen hyvinvointialueen tekemää ohjeistusta kaksoistarkastamisesta.

Lääkkeiden antokirjaaminen on nykyisin kotihoidossa helpottunut, sillä käytössä on kotihoidon mobiililisovellus. Tällöin annetut lääkkeet saadaan merkattua kotikäynnillä annetuksi heti lääkkeen annon jälkeen. Näin annetut lääkkeet ovat reaaliajassa näkyvillä potilastietojärjestelmässä. Lääkkeiden antokirjaamisen käytäntöjen kohdalla oli tärkeää kirjata lääkehoitosuunnitelmaan tarkat toimintaohjeet siltä osin, mitkä lääkkeet antokirjataan ja kuinka tämä tulee tehdä. Myös lääkehoidon vaikutuksen seuranta tuli nähdä tärkeässä osassa lääkehoidon toteuttamista. Ikääntyneillä lääkkeiden mahdolliset haittavaikutukset voivat olla erilaisia kuin nuoremmilla (Kivelä 2004, 56). Lääkehoidon vaikutusten seuranta kuuluu kaikille lääkehoitoa toteuttaville ammattiryhmille kotihoidossa. Asiakkaan voinnin havainnointi kotihoidon käynneillä on tärkeää. Lisäksi erilaiset mittaukset kuten verenpaineen, painon ja verensokerin mittaaminen kuuluvat lääkehoidon vaikutusten seurantaan.

Lopuksi tapaamisessa pohdittiin kotihoidon yksikön lääkehoidon käytäntöjä dokumentoinnin ja tiedonkulun varmistamisen sekä asiakkaan ja läheisen ohjauksen ja neuvonnan osalta. Kuten tässä opinnäytetyöraportissa on aiemmin tullut esille, kotihoidossa lääkehoidon lääkitysturvallisuuteen liittyvä yksi tärkeä riskitekijä on hoidon siirtymät. Tähän pohjautuen tuli tapaamisessa pohtia, miten kotihoidon yksikössä on mahdollista ehkäistä syntymästä lääkehoidon virheitä hoidon siirtymätilanteissa. Tapaamisessa sovittiin, että asiakkaan lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistaminen on yksi tärkeä toimintatapa, jolla voidaan ehkäistä mahdollisten lääkitysvirheiden syntyminen hoidon siirtymätilanteissa. Kotihoidossa asiakkaan ja läheisen neuvonta tulee nähdä tärkeänä osana lääkehoidon toteuttamista. Erityisen tärkeää tämä on, jos kotihoidon asiakkaalla aloitetaan uusi lääke ilman, että asiakas tapaa lääkärin. Tällöin lääkehoidon ohjaus tapahtuu kotihoidon toimesta. Lääkehoidon ohjaaminen vaatii sairaanhoitajalta riittävät tiedot ja taidot. Ohjaustilanteessa tulee päättää sopiva ohjausmenetelmä huomioiden asiakkaan yksilöllisyys. Tämän osalta lääkehoitosuunnitelmaan pohdittiin sopivat toimintatavat neuvontaan ja ohjaukseen liittyen. Toisen tapaamisen jälkeen projektin

vetäjä työsti eteenpäin lääkehoitosuunnitelmaa ja kirjasi tapaamisessa sovittuja käytäntöjä suunnitelmaan.

Kolmanteen työpajaan osallistui kehittämistyön tekijän lisäksi yksi moniammatillisen tiimin henkilö. Tapaamisessa käytiin läpi lääkehoitosuunnitelman osa-alueet ja tarkasteltiin tähän mennessä päivitettyjä lääkehoidon kokonaisuuksia. Tapaamisessa nousi esiin muutama tärkeä huomioitava asia, jotka lisättiin lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoitosuunnitelmaan keskityttiin tekemään tarkennuksia lääkehuollon osa-alueisiin, johon kuului lääkkeiden tilaamisen, hankkimisen ja säilytyksen käytännöt.

Neljänteen työpajaan osallistui projektin vetäjän lisäksi yksi moniammatillisen tiimin henkilö. Tapaamisessa keskityttiin mm. pohtimaan tarkemmin kotihoidon haitta- ja vaaratapahtumailmoitusten tekemistä ja niiden käsittelyä kuten kuka vastaa ilmoitusten käsittelystä. Kotihoidossa on tutkitustikin tunnistettu lääkehoidossa tapahtuvan lääkityspoikkeamia. Sen vuoksi oli tärkeää pohtia, miten kotihoidon yksikössä haitta- ja vaaratapahtumailmoitukset tulee käsitellä. Aiemmin tässä raportissa on tullut ilmi, että haitta- ja vaaratapahtumien käsittelyn tarkoituksena on tunnistaa mahdollisten tapahtumien juurisyyt ja miettiä ennaltaehkäiseviä toimia, jotta haittatapahtumia ei syntyisi uudelleen. Tapaamisessa käytiin läpi myös kotihoidon lääkelupiin liittyvät kokonaisuudet ammattiryhmittäin.

Neljännenten työpajan jälkeen projektin vetäjä keskittyi viimeistelemään lääkehoitosuunnitelmaa. Kaikki kohdat tarkistettiin vielä kertaalleen läpi projektin vetäjän ja esihenkilön toimesta. Lääkehoitosuunnitelma päivitettiin kirjallisesti Keski-Suomen hyvinvointialueen ohjeiden mukaisesti. Lopuksi lääkehoitosuunnitelma lähetettiin hyväksyttäväksi kotihoidon lääkehoidosta vastaavalle lääkärille. Tämän jälkeen suunnitelma julkaistiin päivitettyinä Keski-Suomen hyvinvointialueen intran Sampo-ohjepankissa 23.4.2025.

Kun näyttöön perustuva yhteinen käytäntö on saatu päivitettyä, tulee sen jälkeen varmistaa, että kaikki asianosaiset ovat tietoisia uudesta käytännöstä (Hotus 2024, 38). Kun lääkehoitosuunnitelma valmistui, oli sen käyttöönotto tuotava näkyväksi jokapäiväiseen lääkehoidon toteuttamiseen. Jokaisen työntekijän tuli perehtyä suunnitelmaan. Kehittämistyön suunnitteluvaiheessa sovitun käytännön mukaisesti valmistunut lääkehoitosuunnitelma tulisi esittää kehittämistyön projektin vetäjän toimesta työyksikön tiimeissä niin, että kaikilla työntekijöillä on tieto lääkehoitosuunnitelman valmistumisesta ja sen sisällöstä. Kun työntekijät ovat perehtyneet lääkehoitosuunnitelmaan, tämän jälkeen suunnitelman mukaista lääkehoitoa pystytään työpaikalla toteuttamaan yhtenäisillä käytännöillä. Näin päivitetty lääkehoidon käytännöt tulevat vakiintumaan lääkehoitoa toteuttaessa.

5.6 Arviointi

Kehittämis- ja käyttöönottoprosessin kokonaisarviointivaiheessa huomiota kiinnitetään kehittämistyön lopputuloksiin. Arvioinnissa tulee pohtia, mitkä asiat ovat tukeneet yhtenäisten käytäntöjen kehittämistä, sen käyttöön ottoa ja vakiinnuttamista. Lisäksi siinä on huomioitava mahdolliset tekijät, joiden vuoksi kehittämisprosessin aikana on ilmennyt haasteita. Kun kehittämistyön aikaiset onnistumiset ja mahdolliset haasteet ovat tunnistettu, auttavat ne onnistumaan seuraavissa kehittämissä. (Hotus 2024, 40–42.)

Kehittämistyön prosessin arvioinnissa keskityttiin siihen, miten kehittämisprosessi eteni ja saavutettiin tavoitteet. Kehittämistyö eteni pääosin sille asetetussa aikataulussa. Projektin vetäjän toimesta päivitysprosessi saatiin aloitettua hyvissä ajoin. Työpajojen järjestämisessä oli haasteena saada

kaikki tiimin jäsenet yhtä aikaa osallistumaan tapaamisiin. Kuitenkin jokainen tiimin jäsen pääsi osallistumaan vähintään yhteen tapaamiseen. Työpajoissa jokainen osallistuja sai tuoda esille lääkehoitosuunnitelman sisältöihin kuuluvia asioita esille ja näin saatiin kotihoidon yksikön yhteisiä lääkehoidon käytäntöjä pohdittua yhdessä. Työpajojen avulla lääkehoitoa toteuttavat ammattiryhmät tulivat huomioiduiksi lääkehoitosuunnitelman päivistytyössä. Työpajatyöskentely edisti lääkehoitosuunnitelman päivistytyötä. Toteutusvaiheessa kehittämistyön arviointia tehtiin moniammatillisesti reflektoiden. Kehittämistyön projektin vetäjän toimesta lääkehoitosuunnitelman päivitys saatiin tehtyä loppuun yhteistyössä moniammatillisen tiimin jäsenten kanssa. Lääkehoitosuunnitelma päivitettiin samaan linjaan Keski-Suomen hyvinvointialueen lääkehoitosuunnitelman kanssa. Lääkehoitosuunnitelman mallipohjana käytettiin hyvinvointialueen laatimaa mallipohjaa. Kehittämistyön viimeisenä vaiheena lääkehoitosuunnitelman oikeellisuuden hyväksyi lääkähoidosta vastaava lääkäri.

Kehittämistyön tavoitteena oli kehittää turvallisen lääkehoidon toteuttamista ja yhtenäistä lääkehoidon käytäntöjä. Tässä tavoitteessa onnistuttiin, sillä kotihoidon yksikköön saatiin päivitettyä ajantasainen lääkehoitosuunnitelma. Päivitetyn lääkehoitosuunnitelman avulla mahdollistui turvallisen lääkehoidon toteuttamisen kehittäminen. Näin lääkehoitoa voidaan toteuttaa kotihoidon yksikössä yhdenmukaisilla ohjeistuksilla. Lääkehoitosuunnitelman avulla tuotujen lääkehoidon käytäntöjen vakiintumisen arviointi oli aikataulullisista syistä haasteellista järjestää tämän kehittämistyön aikana. Näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön käyttöönotto vaatiikin riittävästi aikaa ja resursseja (Hotus 2024, 42). Arviointi vakiintumisen osalta tulee jatkumaan vielä tästä eteenpäin.

6 POHDINTA

Tässä luvussa pohditaan tarkemmin kehittämistyön toteutusta ja sen tuotoksena syntyneen lääketoimintasuunnitelman merkitystä. Pohdinnassa tuodaan esille, kuinka hyvin kehittämistyölle asetetut tavoitteet saavutettiin. Lisäksi pohditaan eettisyyteen ja luotettavuuteen liittyviä seikkoja. Lopuksi kuvataan ammatillista kehittämistä ja kehittämistyön hyödynnettävyyttä.

6.1 Kehittämistyön toteutuksen ja tuotoksen pohdinta

Toteutettua kehittämistyötä voidaan luonnehtia tutkimukselliseksi kehittämiseksi. Kehittämistyön tarkoituksena oli laatia kotihoidon yksikköön ajantasainen lääkehoitosuunnitelma. Tavoitteena puolestaan oli kehittää turvallisen lääkehoidon toteuttamista ja yhtenäistä lääkehoidon käytännöt. Kehittämistyötä varten teoretietoä etsittiin eri tietokannoista ja suunnitelman päivittämisessä noudatettiin Keski-Suomen hyvinvointialueen ohjeistuksia. Lääkehoitosuunnitelmaa päivittäessä oltiin vuorovai-
kutuksessa eri toimijoiden kuten esihenkilön ja työyksikön moniammatillisen tiimin kesken. Ojasalon, Moilasen & Ritalahden (202014, 18) mukaan tutkimuksellisella kehittämisellä on pyrkimys saada uudistettua käytäntöjä ja tuottaa uutta tietoa työelämän käytännöistä. Kehittämisen tueksi haetaan järjestelmällisesti tietoa ja arvioidaan sitä kriittisesti. Tässä korostuu aktiivinen yhteydenpito eri tahojen kesken. Kirjoittaminen ja esittäminen työn eri vaiheissa tukevat kehittämistyön etenemistä.

Näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen tavoitteena tulee olla yhtenäiset käytännöt, joiden avulla potilaalle taataan paras mahdollinen hoito. Perusteita yhtenäisten käytäntöjen kehittämiselle ovat uusi tutkimustieto, hoitomenetelmä sekä esiin tullut tarve kehittää käytössä olevia käytäntöjä tai päivittää niitä vastaamaan paremmin potilaan tarpeisiin. Käytäntöjen yhtenäistämiseksi etsitään ajantasaista ja luotettavaa tutkimusnäyttöä. Toiminnan kehittämisessä tärkeintä ovat järjestelmälliset katsaukset ja näyttöön perustuvat suositukset, joita sovelletaan potilaan hoitoon ja työyksikön toimintaan. Näytön tuominen käytäntöön vaatii uuden tiedon jalkauttamista ja osaamisen varmistamista toiminnan vakiinnuttamiseksi osaksi yksikön toimintaa ja hoitotyön ammattilaisten työtä. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 79.)

Kehittämistyölle asetettu tavoite turvallisen lääkehoidon toteuttamisesta ja lääkehoidon käytäntöjen yhdenmukaistamisesta lääkehoitosuunnitelman avulla saavutettiin päivittämällä lääkehoitosuunnitelma ajan tasalle. Lääkehoitosuunnitelma on apuväline, joka ohjeistaa turvallisen lääkehoidon toteuttamista. On tärkeää, että kotihoidon yksikön suunnitelmasta löytyy ajantasaiset tiedot ja ohjeet lääkehoitoon liittyen. Kehittämistyön mallina hyödynnetty FinYHKÄ -toimintamalli on tuore hoitotyön tutkimussäätiön julkaisema toimintamalli, jota oli mielenkiintoista käyttää tämän kehittämistyön toteuttamisessa. Se auttoi hahmottamaan työn etenemisen vaiheet suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Suunnittelussa korostui kolme tärkeää vaihetta, joita olivat ennakkoehtojen tunnistaminen, näyttöön perustuvan yhtenäisen käytännön kehittäminen ja käyttöönoton suunnittelu sekä viimeisenä vaiheena arvioinnin suunnittelu. Kun suunnitteluvaiheeseen käytti tarpeeksi aikaa, oli toteutus vaihe helpompi tehdä.

Toteutusvaiheessa korostui näytön hyödyntäminen lääkehoitosuunnitelman päivittämisessä. Kehittämistyön projektin vetäjän antama työpanos tieteellisten tutkimusten etsintään auttoi oivaltamaan paremmin kotihoidon lääkehoitoon liittyviä kokonaisuuksia. Tieteellisistä tutkimuksista nousi esille mm. yleisimmät lääkitysturvallisuuteen liittyvät riskitekijät kotihoidossa. Näiden tunnistaminen auttoi ymmärtämään paremmin oman yksikön lääkitysturvallisuuden riskitekijöitä ja ennen kaikkea sitä, miten

niitä on mahdollista omassa työyksikössä ehkäistä. Toteutusvaiheessa nähtiin tärkeänä henkilöstön osallistuminen lääkehoitosuunnitelman laadintaan. Toteutusvaihe onnistui pääosin suunnitelman mukaisesti.

Kehittämistyön lopuksi arvioinnissa keskityttiin lääkehoitosuunnitelman päivitysprosessiin. Lääkehoitosuunnitelman päivitys saatiin tehtyä lopulta melko nopealla aikataululla. Kehittämistyölle asetetut tavoitteet saavutettiin. Lääkehoitosuunnitelman käytön jalkauttaminen aloitettiin heti suunnitelman valmistuttua. Jalkauttamisen arviointi tulee kuitenkin jatkumaan vielä tämän kehittämistyön jälkeen. Kehittämistyön tarkoituksena oli saada päivitetty lääkehoitosuunnitelma valmiiksi ja siinä onnistuttiin.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Kotihoidon yksikköön päivitetty lääkehoitosuunnitelma toteutettiin kehittämistyönä. Kehittämistyölle haettiin Keski-Suomen hyvinvointialueelta tutkimuslupa, koska kehittämistyössä oli lääkehoitosuunnitelman päivitysprosessissa mukana kotihoidon yksikön työntekijöitä. Työntekijöiden osallistuminen kehittämistyöhön tapahtui työpajatyöskentelynä. Työpajoihin osallistuville henkilöille esiteltiin saatekirje ja heiltä kerättiin kirjallinen suostumus työpajatyöskentelystä. Tapaamisiin osallistuminen oli vapaaehtoista. Työpajoissa käsitellyt asiat koskivat pelkästään lääkehoitosuunnitelman sisältöjä. Työssä ei käsitelty yksilön henkilö- tai potilastietoja, jolloin tietosuojailmoitusta ei tarvittu. Kehittämistyön tuotoksena syntyneitä lääkehoitosuunnitelmaa kotihoidon yksikköön ei julkaistu tässä opinnäytetyössä, koska se on tarkoitettu vain työyksikön käyttöön.

Oikeaan tieteelliseen tapaan kuuluu tieteellisten käytäntöjen toteuttaminen, joita ovat vastuullisuus, rehellisyys ja arvostus. Vastuullisuus tulee esille siten, että pidetään huoli tieteellisen toiminnan laadusta sen jokaisessa vaiheessa. Rehellisyys tarkoittaa puolestaan tieteellisen toiminnan suunnittelun, toteuttamisen ja arvioinnin sekä raportoinnin ja viestinnän avoimuutta oikeudenmukaisesti. Arvostuksen tulee näkyä tieteelliseen toimintaan osallistuville, kollegoille ja yhteiskunnalle ympäristöä unohtamatta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023, 12.)

Kehittämistyön aiheeseen etsittiin luotettavia lähteitä, kuten tutkittuun näyttöön perustuvia ja vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita. Näyttöön perustuvia tutkimusartikkeleita etsittiin terveystietokannoista kuten Cinahl Ultimate ja PudMed -tietokannoista. Käytettyjä hakutermejä olivat mm. home care, medication safety, medication errors. Lähteiden valinnassa otettiin huomioon lähdekriittisyys. Työhön valitut lähteet koostuivat tieteellisistä näyttöön perustuvista tutkimustuloksista, hoitosuosituksista ja kansallisista laatusuosituksista. Kehittämistyön tuotoksena päivitetty yksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma kotihoitoon tehtiin samaan linjaan Keski-Suomen hyvinvointialueen lääkehoitosuunnitelman ja Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemaan Turvallinen lääkehoito -oppaan kanssa. Opinnäytetyön raportti tarkistettiin plagioinnin osalta plagiaatintunnistusjärjestelmän avulla. Kokonaisuudessaan opinnäytetyön laatimisessa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä.

6.3 Ammatillinen kehittyminen

Kliinisen asiantuntijan (YAMK) koulutuksen ydinkompetensseihin kuuluu tutkimus ja palveluiden kehittäminen. Kompetenssi pitää sisällään aktiivisen toiminnan ja yhteistyön sekä koordinoinnin hyödyntämisen terveydenhuollon tutkimuksessa ja kehittämisessä. Samalla tulee näyttää sitoutuminen ja osaaminen näyttöön pohjatuva toiminnassa. On oltava kykyä arvioida, luoda ja soveltaa tutki-

mustietoa haastavassa kliinisessä työssä. Lopuksi on edistettävä näyttöön perustuvan tiedon jalkauttamista ja sen hyödyntämistä. (Sulosaari ym. 2020.) Tutkimus ja palveluiden kehittämisen ydin-kompetenssiin perustuen kehittämistyön toteuttaminen antoi mahdollisuuden vahvistaa kliinisen hoitotyön asiantuntijuutta. Kehittämistyölle löytyi hoitotyön kehittämisen näkökulmasta hyödyllinen toimintamalli (FinYHKÄ -toimintamalli). Kehittämistyö opetti uuden näyttöön perustuvan toimintamallin käyttämistä ja siinä korostui kehittämistarpeen tunnistaminen, suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi.

Kotihoidon työyksikön lääkehoitosuunnitelman päivittäminen vaati kehittämistyön tekijältä syvällistä perehtymistä kotihoidon lääkitysturvallisuuden erityispiirteisiin. Tietoa etsittiin tieteellisistä tutkimusartikkeleista ja tutustuttiin kansallisiin suosituksiin lääkehoitosuunnitelman laatimiseen liittyen. Kansallisiin ja kansainvälisiin tutkimusartikkeleihin perehtyminen antoi tarkan kuvan siitä, mihin lääkitysturvallisuuteen liittyviin seikkoihin kotihoidon ympäristössä tulee kiinnittää huomiota. Näitä käytettiin hyödyksi lääkehoitosuunnitelman päivitystyössä. Tutkimusartikkeleihin tutustuminen auttoi kehittämään näyttöön perustuvan tiedon hankintaa ja kehitti kielitaitoa. Tiedon etsinnän lisäksi lääkehoitosuunnitelman päivittämisessä korostui työyhteisön moniammatillisuus järjestettävissä työpaikoissa. Työpajojen avulla lääkehoitoa toteuttavien ammattiryhmien tiedot ja näkemykset tulivat esille. Tämä osaltaan kehitti yhteistyötaitoja ja tieteellisen tiedon jalkauttamista hoitotyöhön.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta vaaditaan hoitotyön kehittämisessä ja päätöksenteossa tieteellisen tiedon ymmärtämistä. Hoitotyössä tieteellisen tiedon hyödyntämistä vahvistetaan tuemalla henkilöstöä osallistumaan tutkimus- ja kehittämistoimintaan. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 34.) Kokoukset, työpajat ja seminaarit ovat yleinen tapa jakaa tietoa esimerkiksi jonkin esityksen pohjalta ja näissä esiin nousseiden yhteisten asioiden työstämisen muodossa. Työpajoissa yhteisten ratkaisuehdotusten ja uusien näkemysten jakaminen voi antaa mahdollisuuden pohtia asioita uusista näkökulmista. (Ojala 2018, 222.) Kun työntekijät suhtautuvat myönteisesti tutkimustiedon käyttöön, on se yksi tärkeä avaintekijä terveydenhuollon käytännön muuttamisesta näyttöön perustuvaksi. Lisäksi se vaikuttaa positiivisesti kehittämistyön onnistumiseen. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 105.)

Kokonaisuudessaan opinnäytetyön prosessi sujui pääosin suunnitelman mukaisesti. Opinnäytetyön tekeminen lähti liikkeelle aihe-ehdotuksen laatimisella. Tässä vaiheessa oli tarpeen pohtia, millaisesta opinnäytetyöstä on kyse. Kun tarkoituksena oli päivittää kotihoidon yksikköön ajantasainen lääkehoitosuunnitelma, oli selvää, että työ tulitaisiin tekemään kehittämistyönä. Kehittämistyön tekeminen oli opinnäytetyön laatijalle uusi toimintatapa, joka mahdollisti kehittämistyön prosessin oppimisen. Kehittämistyön malliksi löytyi ajankohtainen hoitotyön toimintamalli, jota hyödyntäen kehittämistyön toteuttaminen oli mahdollista.

Aihe-ehdotuksen jälkeen työsuunnitelman laatimiseen oli helppo tarttua ja suunnitelma valmistui sille asetetussa aikataulussa. Tämän jälkeen opinnäytetyötä varten tarvittaviin lupa-asioihin oli perehdyttävä tarkoin ja siihen tuli varata riittävästi aikaa. Lähteiden etsintä oli tärkeässä osassa opinnäytetyöprosessia. Opinnäytetyön aiheeseen liittyviä lähteitä oli monipuolisesti saatavilla. Oli iloa huomata, että kansallisia ja kansainvälisiä tutkimusartikkeleita löytyi hyvin ja ne olivat suhteellisen tuoreita. Itse opinnäytetyön loppuraportin kirjoittaminen oli mielenkiintoista ja opettavaista. Opinnäytetyölle laadittua aikataulua pystyttiin noudattamaan ilman suurempia haasteita.

6.4 Kehittämistyön hyödynnettävyys ja kehittämisideat

Kehittämistyönä tuotettua lääkehoitosuunnitelmaa hyödynnetään kotihoidon yksikössä turvallisen lääkehoidon toteuttamisen oppaana. Kuten raportissa on tullut aiemmin ilmi, lääkehoitosuunnitelma on sosiaalihuollossa osa omavalvontasuunnitelmaa. Lisäksi se toimii laadunhallinta-asiakirjana ja on tärkeä työkalu yksikön lääkehoitoon perehtyessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 15.) Tähän perustuen lääkehoitosuunnitelma tulee nähdä tärkeänä ja hyödyllisenä asiakirjana. Lääkehoitosuunnitelman mukaista lääkehoitoa toteuttamalla pystytään vaikuttamaan turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen. Lääkehoitosuunnitelman avulla lääkehoidon käytännöt ovat yhtenäiset. Tämä puolestaan mahdollistaa sen, ettei lääkehoidon virheitä pääsisi syntymään.

Lääkehoitosuunnitelma on asiakirja, jota päivitetään tarpeen mukaan tai vähintään vuoden välein. Lääkehoidon toteuttamisessa kotihoidon kentällä on tapahtunut viime vuosien varrella muutoksia, ja niitä voidaan odottaa tulevaisuuteen jatkossakin. Esimerkiksi teknologian ja digitalisaation käyttö on kotihoidossa lisääntynyt lääkeautomaattien ja erilaisten mobiilisovellusten myötä. Tähän pohjautuen lääkehoitosuunnitelman päivittäminen ajantasaiseksi on tärkeää. Tässä kehittämistyössä lääkehoitosuunnitelman päivitys tehtiin yksikkötasolla. Keski-Suomen hyvinvointialue päivittää vuosittain lääkehoitosuunnitelman mallipohjan, johon perustuen palvelualueet ja sen jälkeen työyksiköt tekevät lääkehoitosuunnitelman päivityksen. Seuraava päivityksen ajankohta tulee olemaan siinä vaiheessa, kun hyvinvointialueen palvelualue julkaisee uuden mallipohjan tai kotihoidon yksikön lääkehoidon toteutukseen tulee merkittäviä muutoksia. Kunnes seuraava lääkehoitosuunnitelman päivitys on ajankohtainen kotihoidon yksikköön, voidaan päivitystyössä käyttää uudelleen hyödyksi kehittämissä käytettyä FinYHKÄ -toimintamallia. FinYHKÄ -toimintamalli osoittautui hyödylliseksi hoitotyön kehittämisen malliksi.

Lääkehoitosuunnitelma on laaja kokonaisuus. Sen vuoksi lääkehoitosuunnitelman jalkauttamiseen on kiinnitettävä riittävästi huomiota. Jokaisella lääkehoitoa toteuttavalla työntekijällä on oltava tieto lääkehoitosuunnitelmasta ja se tulee dokumentoidusti lukea. Yksi kehittämisidea lääkehoitosuunnitelman jalkauttamiseen voisi jatkossa olla se, että lääkehoitosuunnitelman sisällöstä tehtäisiin lyhyt koulutusmateriaali, josta pidettäisiin koulutus työyksikössä. Koulutuksen järjestäminen tukisi sitä, että suunnitelmaan perehtyminen ei jäisi pelkästään yksittäisen työntekijän vastuulle. Koulutuksen avulla lääkehoitosuunnitelman sisällöt tulisivat paremmin esille. Tämä osaltaan edistäisi lääkehoitosuunnitelman mukaisen lääkehoidon toteutumista.

LÄHTEET

- Aaltonen, L-M. & Rosenberg P. 2013. Primum est non nocere. Teoksessa Aaltonen, M-L. & Rosenberg P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. 1. painos. Helsinki: Oy Duodecim, 8–20.
- Ahonen, R. & Hartikainen S. 2013. Lisää turvaa lääkehoitoon ja lääkehuoltoon. Teoksessa Aaltonen, M-L. & Rosenberg P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. 1. painos. Helsinki: Oy Duodecim, 236–256.
- Auvinen, K. J., Räisänen, J., Voutilainen, A., Jyrkkä, J., Mäntyselkä, P. & Lönnroos, E. 2021. Inter-professional Medication Assessment has Effects on the Quality of Medication Among Home Care Patients: Randomized Controlled Intervention Study. *Journal of the American Medical Directors Association* 22 (1), 74-81. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.07.007>. Viitattu 26.12.2024.
- Auvinen, K. 2022. Interprofessional medication assessment in older people: findings from Finnish home care. Väitöskirja. Terveystieteiden tiedekunta, Lääketieteen laitos, Kansanterveystiede ja kliininen ravitsemustiede. Itä-Suomen yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-4658-4>. Viitattu 21.11.2024.
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C. & Mellis, C. 2020. Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education* 20 (2), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>.
- Cousein, E., Mareville, J., Lerooy, A., Caillau, A., Labreuche, J., Dambre, D., Odou, P., Bonte, J-P., Puisieux, F., Decaudin, B. & Coupé, P. 2014. Effect of automated drug distribution systems on medication error rates in a short-stay geriatric unit. *Journal of Evaluation in Clinic Practice* 20 (5), 678-684. <https://doi.org/10.1111/jep.12202>. Viitattu 6.3.2025.
- Dionisi, S., Simone, E., Liquori G., De Leo, A., Di Muzio M. & Giannetta N. 2022. Medication errors' causes analysis in home care setting: A systematic review. *Public Health Nursing* 39 (4), 876–897. <https://doi.org/10.1111/phn.13037>. Viitattu 23.11.2024.
- Elliot, R., Yin Lee, C., Beanland, C., Vakil, K. & Geoman D. 2016. Medicines Management, Medication Errors and Adverse Medication Events in Older People Referred to a Community Nursing Service: A Retrospective Observational Study. *Drugs – Real World Outcomes* 3, 13-24. <http://dx.doi.org/10.1007/s40801-016-0065-6>. Viitattu 25.11.2024.
- Erickson, M.A & Banks, W.A. 2019. Age-Associated Changes in the Immune System and Blood–Brain Barrier Functions. *International Journal of Molecular Sciences* 20 (7), 1-28. <https://doi.org/10.3390/ijms20071632>. Viitattu 9.1.2025.
- Hale, J., Neal, E., Myers, A., Wright, K., Triplett, J., Brown, L., Kripalani, S. & Mixon, A. 2015. Medication Discrepancies and Associated Risk Factors Identified in Home Health patients. *Home Healthcare Now* 33 (9), 493–499. <https://doi.org/10.1097/nhh.0000000000000290>. Viitattu 25.11.2024.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen: Avaimia tutkimus- ja kehittämissankkeisiin terveysalalla. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Heikkinen, K 2013. Lääkehoidon ohjaus. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2013 Sairaanhoidaja & lääkehoito. Sairaanhoidaja-liitto. Helsinki: Fioca Oy, 111–121.
- Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.
- Hotus-hoitosuositus 2020. Iäkkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä: Palonen M, Kariniemi K, Peltola P, Pesonen H-M, Rantanen A & Siira H. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. (Viitattu 11.1.2025). Saatavilla: <https://www.hotus.fi/hoitosuosituks-et/>.
- Hotus 2024. Näyttöön perustuvien yhtenäisten hoitotyön käytäntöjen kehittäminen ja käyttöönotto. Käsikirja FinYHKÄ-toimintamallin käyttöön. Hotus-käsikirja 2/2024. Hoitotyön tutkimussäätiö.

Hämeen-Anttila, K. 2021. Turvallinen lääkehoito: Potilaan ja läheisen ohjaus ja neuvonta. Sic!. Verkkojulkaisu. <https://sic.fimea.fi/-/turvallinen-laakehoito-potilaan-ja-laheisen-ohjaus-ja-neuvonta>. Viitattu 3.2.2025.

Härkänen, M., Saano, S. & Vehviläinen-Julkunen 2019. Lääkehoidon vaaratapahtumat ja niihin vaikuttavat tekijät – katsaus lääkehoidon turvallisuutta arvioineen projektin tuloksiin. Suomen farmasioliitto ry. Verkkojulkaisu. https://dosis.fi/wp-content/uploads/2019/09/Dosis_3-2019_Harkanen.pdf. Viitattu 26.11.2024.

Härkänen, M., Franklin, B.D., Murrells, T., Rafferty, A.M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2020a. Factors contributing to reported medication administration incidents in patients' homes – A text mining analysis. *Journal of Advanced Nursing* 76 (12), 3573–3583. <https://doi.org/10.1111/jan.14532>. Viitattu 25.11.2024.

Härkänen, M., Vehviläinen-Julkunen, K., Murrells, T., Paananen, J., Franklin, B.D. & Rafferty, A.M. 2020b. The Contribution of Staffing to Medication Administration Errors: A Text Mining Analysis of Incident Report Data. *Journal of Nursing Scholarship* 52 (1), 113–123. <https://doi.org/10.1111/jnu.12531>. Viitattu 25.11.2024.

Järvinen, T. 2018. Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutus. Lääkehoidon toteutuminen ja palvelut asiakkaan ja omaisen kokemana sekä lääkelistan vastaavuus. Lisensiaatintutkimus. Kliinisen farmasian ryhmä. Farmakologian ja lääkehoidon osasto. Farmasian tiedekunta. Helsingin yliopisto. <http://hdl.handle.net/10138/279443>. Viitattu 12.12.2024.

Keski-Suomen hyvinvointialue n.d. a. Säännöllinen kotihoito. Verkkojulkaisu. <https://www.hyvaks.fi/palvelumme/saannollinen-kotihoito>. Viitattu 22.11.2024.

Keski-Suomen hyvinvointialue n.d. b. Meidän Keski-Suomi. Verkkojulkaisu. <https://www.hyvaks.fi/hyvinvointialue/meidan-keski-suomi>. Viitattu 11.12.2024.

Keski-Suomen hyvinvointialue n.d. c. Strategia – kohti ihmislähtöistä Keski-Suomea. Verkkojulkaisu. <https://www.hyvaks.fi/hyvinvointialue/tietoa-hyvinvointialueesta/strategia>. Viitattu 11.12.2024.

Kinnunen, M. 2013. Turvallinen lääkehoito. Teoksessa Ranta, I. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2013 Sairaanhoidtaja & lääkehoito*. Sairaanhoidtajaliitto. Helsinki: Fioca Oy, 99–110.

Kivelä, S-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Helsinki: Tammi.

Laatikainen, O. 2020. Medication-related adverse events in health care. Väitöskirja. Oulun yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:9789526225135>. Viitattu 11.12.2024.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>. Viitattu 23.11.2024.

Laukkanen, E. & Hevosmaa, P. 2021. Turvallinen lääkehoito perustuu yksikössä laadittuun lääkehoitosuunnitelmaan. Sic! Verkkojulkaisu. <https://sic.fimea.fi/-/turvallinen-laakehoito-perustuu-yksikossa-laadittuun-laakehoitosuunnitelmaan>. Viitattu 27.11.2024.

Luoma, M-L. & Kattainen, E. 2007. Asiakasrakenne. Teoksessa Heinola R. (toim.) *Asiakaslähtöinen kotihoito*. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus, 18–19.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus n.d. a. Kansallinen riskilääkeluokitus. Verkkojulkaisu. https://fimea.fi/laakehaut_ ja_luettelot/kansallinen-riskilaakeluokitus. Viitattu 18.12.2024.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus n.d. b. Lääkityslista. Verkkojulkaisu. https://fimea.fi/kansalaisen_laaketieto/laakityslista. Viitattu 5.4.2025.

Lääkeinformaatioverkosto 2024. Lääkehoidon teoriaosaamisen varmistaminen, Kansallinen suositus. Verkkojulkaisu. <https://fimea.fi/-/kuinka-varmistetaan-laakehoidon-teoriaosaaminen->. Viitattu 4.1.2025.

Lääkelaki 395/1987. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>. Viitattu 8.1.2025.

Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellet, L. & Caughey, G.E. 2017. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatric* 17 (230). <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>. Viitattu 5.4.2025.

Melto-Ojalainen, K. 2022. Lääkeannostelija, lääkeautomaatti, annostelurobotti: apuvälineet valmiiksi annostellun lääkkeen ottamiseen. *Terveysportti. Hoitotyön tietokanta. Duodecim. Verkkojulkaisu*. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/lht00008>. Viitattu 6.2.2025.

Meredith, S., Feldman, P. H., Frey, D., Hall, K., Arnold, K., Brown, N. J. & Ray W. A. 2001. Possible medication errors in home healthcare patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 49 (6), 719–24. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49147.x>. Viitattu 12.12.2024.

Monisairas potilas. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021 (Viitattu 5.4.2025). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Mäkimartti, P. & Pikkarainen, L. 2023a. Lääkkeiden käsittely ja antaminen vanhukselle. Teoksessa Haavisto, M., Kakko, K., Mäkimartti, P. & Pikkarainen, L. (toim.) *Vanhuksen hoidon hyvät käytännöt*. Helsinki: Duodecim, 314–315.

Mäkimartti, P. & Pikkarainen, L. 2023b. Vanhuksen turvallisen lääkehoidon käytännön toteuttaminen toimintayksikössä. Teoksessa Haavisto, M., Kakko, K., Mäkimartti, P. & Pikkarainen, L. (toim.) *Vanhuksen hoidon hyvät käytännöt*. Helsinki: Duodecim, 313–314.

Niskanen, L. 2013. Ikäihmisten lääkehoito on taitolaji. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Verkkojulkaisu. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014120350520>. Viitattu 23.11.2024.

Näyttövinkki 2019. Edistääkö SBAR-raportointimenetelmän käyttö potilasturvallisuutta? Kirjoittajat: Suvanto A, Tuomikoski A, Juntunen J & Heikkilä K. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. (viitattu 10.4.2025.) Saatavilla: <https://www.hotus.fi/hoitosuosituksset/>.

Näyttövinkki 2024. Millaiseen ohjaukseen teach-back-menetelmä soveltuu terveydenhuollossa ja mitä toteutuksessa on tärkeää huomioida? Kirjoittajat: Virtanen H, Palonen M & Eskolin S-E. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. (viitattu 5.4.2025). Saatavilla: <https://www.hotus.fi/hoitosuosituksset/>.

Otala, L. 2018. Ketterä oppiminen: Keino menestyä jatkuvassa muutoksessa. Helsinki: Kauppamari Oy.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät: Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Palmu, T. 2013. Lääkehoito kotihoidossa. Teoksessa Ranta, I. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2013 Sairaanhoidaja & lääkehoito*. Sairaanhoidaja-liitto. Helsinki: Fioca Oy, 129–136.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta: Avain hoitotyön kehittämiseen. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Saukkonen, P., Josefsson, K., Honkanen, S., Alastalo, H. & Heponiemi, T. 2024. Teknologia iäkkäiden palveluissa: yleistyminen, asenteet ja osaaminen. Kehittyvät iäkkäiden palvelut Suomessa. Vanhuspalvelujen tila -seurannan tuloksia 2023. Kehusmaa, S., Honkanen, S. & Saukkonen, P. (toim.). *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 5/2024. Verkkojulkaisu*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-324-9>. Viitattu 6.2.2025.

Schepel, L. & Kuitunen, S. 2020. Lääkitysturvallisuus sairaalassa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 136 (2), 212–22.

Seppänen, M. & Sainio, T. 2023. Lääkehoito kotihoidossa. *Terveysportti. Hoitotyön tietokanta. Duodecim. Verkkojulkaisu*. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/lht00033?toc=1116246>. Viitattu 13.11.2024.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto n.d. Lääkehoidon toteuttaminen. Verkkojulkaisu. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/laakehoidon-toteuttaminen>. Viitattu 19.11.2024.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101088>. Viitattu 8.1.2025.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus rokotuksista 149/2017. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170149>. Viitattu 20.1.2025.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Lääkepolitiikka 2020. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:2. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3101-5>. Viitattu 4.1.2025.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5457-1>. Viitattu 26.2.2025.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2021. Turvallinen lääkehoito: Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:6. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8682-4>. Viitattu 14.11.2024.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2022. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:2. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8464-6>. Viitattu 13.11.2024.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2024. Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2024:4. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5436-6>. Viitattu 6.3.2025.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>. Viitattu 13.11.2024.

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Verkkojulkaisu. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193972>. Viitattu 20.11.2024.

Strube-Lahmann, S., Müller-Werdan, U., Klingelhöfer-Noe, J., Suhr, R. & Lahmann, N. A. 2022. Patient safety in home care: A multicenter cross-sectional study about medication errors and medication management of nurses. *Pharmacology Research & Perspectives* 10 (3), 1–7. <https://doi.org/10.1002/prp2.953>. Viitattu 17.2.2025.

Sulosaari, V., Elomaa-Krapu, M., Hopia, H., Koivunen, K., Leinonen, R., Liikanen, E., Penttinen, U., Törmänen, O., Walta, L. & Heikkilä L. 2020. Ydinkompetenssit kliinisen asiantuntijan (ylempi YAMK) koulutuksessa. Verkkojulkaisu. https://www.researchgate.net/publication/343385771_Ydinkompetenssit_kliinisen_asiantuntijan_ylempi_AMK_koulutuksessa. Viitattu 4.12.2024.

Sulosaari, V., Suhonen, R. & Leino-Kilpi H. 2011. An integrative review of the literature on registered nurses' medication competence. *Journal of Clinical Nursing* 20, 464–478. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03228.x>. Viitattu 14.4.2025.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2024a. Kotihoito 2023. Verkkojulkaisu. Päivitetty 27.9.2024. <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/kotihoito>. Viitattu 13.11.2024.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2024b. Kotihoito. Verkkojulkaisu. Päivitetty 22.2.2024. <https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito>. Viitattu 13.11.2024.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2024c. Kotihoito 2023. Julkisesti järjestetty kotihoito saa entistä harvempi ikääntynyt. Tilastoraportti 44/2024. Verkkojulkaisu. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2024092574837>. Viitattu 21.11.2024.

Tilvis, R. 2016. Vanhenemisen muutokset. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) *Geriatia*. Helsinki: Duodecim, 20–54.

Toivo, T. 2020. Prospective medication risk management in primary care: Enhancing coordination of care and community pharmacists' participation. Doctoral dissertation. University of Helsinki. Faculty of Pharmacy. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-6464-3>. Viitattu 21.11.2024.

Touchette, D., Doloresco, F., Suda, Katie., Perez, A., Turner, S., Jalundhwala, Y., Tangonan, Maria C. & Hoffman, James M. 2014. Economic Evaluations of Clinical Pharmacy Services: 2006-2010. *Pharmacotherapy* 34 (8), 771–793. <https://doi.org/10.1002/phar.1414>. Viitattu 20.11.2024.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. Verkojulkaisu. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf. Viitattu 4.12.2024.

Raivio, M. & Hartikainen, S. 2020. Ikääntyneen optimoitu lääkehoito perusterveydenhuollossa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 136 (13), 1590–7.

Rosengren, K. & Szemberg, C. 2025. Safe Medication Assessment Toward Patient Safety in Home Health Care: A Qualitative Study. *Home Health Care Management & Practice* 37 (1), 37-44. <https://doi.org/10.1177/10848223241247293>. Viitattu 8.2.2025.

Vellonen, M., Härkänen, M. & Välimäki T. 2022. Flow of information contributing to medication incidents in home care—An analysis considering incident reporters' perspectives. *Journal of Clinical Nursing Wiley*. 33 (2), 664-677. <https://doi.org/10.1111/jocn.16896>. Viitattu 19.11.2024.

Vellonen, M., Suominen, T. & Kaunonen M. 2019. Kotihoidon lääkehoidon vaaratapahtumat – Integriivinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede*, 31 (3), 191–204.

Viikari, P. & Lauroma, S. 2023a. Vanhuksen lääkehoidon erityispiirteet. Teoksessa Haavisto, M., Kakko, K., Mäkimartti, P. & Pikkarainen, L. (toim.) *Vanhuksen hoidon hyvät käytännöt*. Helsinki: Duodecim, 308–309.

Viikari, P. & Lauroma, S. 2023b. Vanhuksen lääkehoidon toteuttaminen kotona. Teoksessa Haavisto, M., Kakko, K., Mäkimartti, P. & Pikkarainen, L. (toim.) *Vanhuksen hoidon hyvät käytännöt*. Helsinki: Duodecim, 311–312.

World Health Organization 2007. Patient Identification. *Patient Safety Solutions*, 1 (2). Verkojulkaisu. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution2-patient-identification.pdf?sfvrsn=ff81d7f9_6. Viitattu 6.2.2025.

World Health Organization 2016. Medication Errors: Technical Series on Safer Primary Care. Verkojulkaisu. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/252274/9789241511643-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 20.11.2024.

World Health Organization 2017. Medication Without Harm. WHO Global Safety Challenge. Verkojulkaisu. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-%202017.6-eng.pdf?sequence=1>. Viitattu 20.11.2024.