



LAUREA

Lääkehoidon nykytilan kuvaus ja kehittämis- kohteen valinta Lohjan keskustan kotihoidossa



Kuisma, Laura
Vilppunen, Suvi

Laurea ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Lääkehoidon nykytilan kuvaus ja kehittämiskohteen valinta Lohjan
keskustan kotihoidossa

Laura Kuisma
Suvi Vilppunen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Syyskuu, 2009

Laura Kuisma ja Suvi Vilppunen

Lääkehoidon nykytilan kuvaus ja kehittämiskohteen valinta Lohjan keskustan kotihoi- dossa

Vuosi 2009 Sivumäärä 57

Tämän kehittämistoiminnan tavoitteena oli kehittää Lohjan keskustan kotihoitoa turvallisemmaksi kartoittamalla lääkehoidon nykytila ja vertailemalla sitä Sosiaali- ja Terveysministeriön laatimaan Turvallinen lääkehoito -oppaaseen sekä aikaisempiin lääkehoidon kehittämistä koskeviin tutkimuksiin. Raportti on osa Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan yksikön Turvallinen lääkehoito -kehittämishanketta. Kehittämiprojektin tarkoituksena oli kuvata työyhteisön lääkehoitoprosessi kalanruotomallina ja tuoda esiin lääkehoidon hyviä käytänteitä sekä valita lääkehoidon kehittämiskohde. Työskentely hankkeessa alkoi tammikuussa 2008 yhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun ja Lohjan keskustan kotihoitoon työelämäneustajien kanssa.

Kehittämistoiminnan raportin teoreettisessa osuudessa käsiteltiin seuraavia asioita: ikääntyneiden lääkehoito, kotihoitoasiakkaiden lääkehoito, lääkehoidon turvallisuus, lääkelaki ja lupakäytännöt, lääkehuolto, haittavaikutusten seuranta sekä dokumentointi ja tiedonkulku. Keskustan kotihoitoon lääkehoidon nykytila kartoitettiin haastattelemalla sairaanhoitajaa ja lähihoitajaa, jotka toimivat työryhmän työelämäneustajina. Haastattelut nauhoitettiin, litemoitiin ja ryhmiteltiin sisällönanalyysiä apuna käyttäen kahdeksi kalanruotomalliksi. Kehittämistoiminnan menetelmänä käytettiin juurruttamista ja sen tiedon käsittelyn kierroksia.

Kehittäminen toteutettiin juurruttamisen kierrosten mukaisesti tarkoituksena kuvata lääkehoidon nykytila mahdollisimman totuudenmukaisesti. Nykytilan kuvausta ja teoreettista sekä tutkittua tietoa vertailemalla löydettiin hyviä käytänteitä lääkehoidon toteuttamisessa. Hyvät käytänteet motivoivat työyhteisöä parantamaan päivittäisen työn laatua ja turvallisuutta. Juurruttamisen periaatteiden mukaisesti lääkehoidon hiljainen tieto muutettiin näkyväksi tiedoksi, jolloin työryhmä pystyi nostamaan esiin kehittämistä vaativat työtavat ja -toiminnot. Turvallinen lääkehoito -hankkeen loppuseminaarissa huhtikuussa 2009 työryhmä valitsi keskustan kotihoitoon kehittämiskohteeksi lääkehoidon dokumentoinnin ja tiedonkulun.

Kehittämistoimintaa ja työryhmän yhteistyötä työyhteisön jäsenet arvioivat Turvallinen lääkehoitohankkeelle yhteisellä kyselylomakkeella. Työyhteisö ei vielä uskonut työryhmän edistäneen lääkehoidon kehittämistä juuri ollenkaan, mutta koki nykytilan kuvausta voitavan hyödyntää paljon tulevaisuuden kehittämistoiminnassa. Kyselyn perusteella työyhteisön jäsenillä oli myös uskoa muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä lääkehoitoa koskien. Tulevaisuudessa kehittämistoimintaa voidaan jatkaa luomalla Lohjan keskustan kotihoitoon uusi yhdenmukainen toimintamalli lääkehoidon dokumentointiin ja tiedonkulkuun.

Asiasanat: potilasturvallisuus, lääkelaki, juurruttaminen, hoitotyön kirjaaminen, ikääntyneet ja kotisairaanhoito.

Laura Kuisma and Suvi Vilppunen

Description of the current state and selection of the target for development in pharmacotherapy at Lohja keskusta home care services

Year	2009	Pages	57
------	------	-------	----

The aim of this development project was to improve drug therapy safety in Lohja keskusta home care services by defining the current state of the medicine care and comparing it with the Safe Medicine Care guide compiled by The Ministry of Social Affairs and Health and previous studies conducted. This thesis is a part of the Development Project on Safe Pharmacotherapy at the Laurea University of Applied Sciences in Lohja. The purpose of this development project was to describe the process of the medicine care and represent it as two fishbone diagrams and highlight the good practices in medicine care. The work within the project began in January 2008 in co-ordination with Laurea and the working life partners at Lohja keskusta home care services.

The theoretical part on this developing project report consisted of the following matters: pharmacotherapy of the elderly, pharmacotherapy of the clients using home care services, pharmacotherapeutic safety, medical law and authorizations, drug therapy, follow-up of side effects, documentation and flow of information. The current state of pharmacotherapy at Lohja keskusta home care services was defined by interviewing one registered nurse and one practical nurse who both worked as the working life partners in the project's working group. The interview was recorded, transcribed and grouped by using content analysis. Dissemination was used as a method in this development project.

The development was executed by using the circles of dissemination with a view to describe the current state of the pharmacotherapy as truthfully as possible. Good practices in medicine care were revealed by comparing theoretical and analyzed information with the description of the current state of the medicine care. These good practices motivated the work community to improve the quality of daily work and safety. According to the principles of dissemination, implicit information was transfigured to explicit information in which case the working group could highlight methods and functions that required further development. At the final seminar of the Development Project on Safe Pharmacotherapy in April 2009, the working group selected documentation and flow of information in pharmacotherapy as targets of development in Lohja keskusta home care services.

The work community evaluated the development and the co-operation of the working party by filling out a joint questionnaire for the whole Development Project on Safe Pharmacotherapy. The work community thought that the working group had not enhanced the development of pharmacotherapy much but felt that the description of the current state of pharmacotherapy could be used in the development work in the future. The work community also had faith in achieving the change regarding the medicine care. In the future the development could be continued by creating a new consistent operations model of documentation and flow of information in pharmacotherapy for the purpose of Lohja keskusta home care services.

Keywords: patient safety, medical law, dissemination, nursing documentation, elderly and home care services.

SISÄLLYS

1	Johdanto.....	7
2	Kehittämistoiminnassa käytetyt menetelmät.....	8
2.1	BA.....	8
2.2	Juuruttaminen oppimisprosessina.....	8
2.2.1	Muuttuneet roolit kehittämistoiminnassa.....	9
2.2.2	Tiedon käsittelyn kierrokset.....	9
2.3	Haastattelu kehittämistoiminnan menetelmänä.....	11
2.4	Sisällönanalyysi ja kalanruotomalli.....	13
3	Lohjan keskustan kotihoito ympäristönä.....	15
3.1	Ympäristö ja tilat.....	15
3.2	Henkilökunta ja sen kouluttaminen.....	15
3.3	Keskustan kotihoidon asiakkaat.....	16
3.4	Arvoperusta.....	16
3.5	Kehittämistoiminnan aiheuttama muutos organisaatiossa.....	17
3.6	Muutosvastarinta.....	18
4	Teoreettiset perustelut kotihoidon lääkehoidon kehittämiseksi.....	20
4.1	Keskeiset käsitteet.....	20
4.2	Ikääntyneiden lääkehoito: haasteet ja riskitekijät.....	20
4.3	Kotihoito ja asiakkaiden lääkehoito.....	22
4.4	Lääkehoito ja turvallisuus.....	24
4.5	Läkelaki ja lupakäytännöt lääkehoidossa.....	26
4.6	Lääkehuolto.....	27
4.7	Haittavaikutusten ja poikkeamien seuranta.....	28
4.8	Dokumentointi ja tiedonkulku.....	30
5	Läkehoidon kehittämistoiminnan toteutus.....	31
5.1	Projektin aikataulu.....	31
5.2	Nykytilan kuvaus.....	32
5.3	Riskitekijät ja ongelmakohdat lääkehoitoprosessissa.....	34
5.4	Teoreettisen tiedon suhde hiljaiseen tietoon.....	36
6	Kehittämistoiminnan tuotos.....	36
6.1	Hyvät käytänteet Keskustan kotihoidossa.....	37
6.2	Kehittämiskohde.....	38
7	Arviointi.....	39
7.1	Kotihoidon henkilökunnan arvio kehittämistoiminnasta ja työryhmän työskentelystä.....	40
7.2	Yhteenveto kehittämistoiminnan arvioinneista.....	44
7.3	Opiskelijoiden arvio opinnäytetyöprosessista ja kehittämissyhteistyöstä.....	46

Lähteet	48
Kuviot.	51
Liitteet.....	52

1 Johdanto

Vuosina 2008-2011 tullaan toteuttamaan kunta- ja palvelurakennemuutos, jossa on tavoitteena väestön sosiaali- ja terveyspalveluiden turvaaminen myös tulevaisuudessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE) edellyttää uusien työmenetelmien ja tietopohjan kehittämistä sekä hyvää johtamista. Uudistuksessa tulee toimia niin, että henkilöstörakenne ja henkilöstön jaksaminen muutoksessa on varmistettu. Kuntien on tulevaisuudessa tehtävä uudistukset suuntaamalla olemassa olevat voimavarat uudelleen ja kehittämällä vaikuttavampia toimintatapoja. Kehittämisohjelmassa kiinnitetään erityistä huomiota potilasturvallisuuteen lääkehoidossa. Lääkehoitosuunnitelma on oltava olemassa ja sitä on tarkistettava vuosittain. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

Tämä kehittämistoiminnan raportti pohjautuu Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) julkaisemaan Turvallinen lääkehoito -oppaaseen, jonka tarkoituksena on selkeyttää lääkehoidon toteuttamisen perusteita. Kehittämissyhteistyön tavoitteena on hoitotyön kehittäminen, sen arvostaminen, sitoutuminen yhteiseen toimintaan ja uuden tiedon tuottaminen oppimisprosessin ja juurruttamisen kautta (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4–7). Hoitotyön kehittämisen merkitys muodostetaan osallistamalla kehittämiseen kiinnostuksen, keskustelun ja teoreettiseen tietoon perehtymisen kautta (Ahonen, Karhu, Kinnunen, Ora-Hyytiäinen & Soikkeli 2007, 27–30).

Kehittämistoiminnan menetelmänä käytettävä juurruttaminen on terveydenhuollon käyttöön kehitetty lähestymistapa, jossa on kysymys innovaation ja sen ympäristön molemminpuolisesta, kaksisuuntaisesta vaikutussuhteesta. Siinä kehittäminen ja uuden toimintatavan käyttöön-otto ovat selkeästi toisiinsa kietoutuneita prosessin osia. Olennaista juurruttamisessa on kyky hyödyntää prosessin aikana syntyvää tietoa ja ymmärrystä kehittämisen kohteesta ja arvioida uudelleen tältä pohjalta prosessin tavoitteita. (Kivisaari 2001.)

Opinnäytetyön taustalla on Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan yksikön Turvallinen lääkehoito -kehittämisprojekti, jonka toinen vaihe on toteutettu yhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan yksikön opiskelijoiden sekä ohjaavien opettajien ja Lohjan Keskustan kotihoidon työntekijöiden kanssa. Kehittämistoiminnan tarkoituksena on kuvata Lohjan keskustan kotihoidon lääkehoidon nykytila ja tehdä siitä näkyvää tietoa. Tavoitteena on yhdistää kotihoidon työntekijöiden hiljainen tieto teoreettiseen ja tutkittuun tietoon juurruttamisen kierrosten kautta ja löytää lääkehoidon kehittämiskohde, jota voidaan myöhemmin hyödyntää osana Lohjan kotihoidon lääkehoidon kehittämistä ja kotihoidon yksikköjen yhteistä lääkehoitosuunnitelmaa. Työryhmän työskentely alkoi keväällä 2008, jolloin opiskelijaosapuoli kävi tutustumassa Keskustan kotihoidon tiloihin ja teki alustavan haastattelun lääkehoidon nykytilaa kos-

kien. Työryhmän muodostivat kaksi opiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulusta sekä Lohjan keskustan kotihoidon sairaanhoitaja ja lähihoitaja. Sairaanhoitaja esitteli työryhmän tuotokset muulle työyhteisölle, joka toi oman näkökulmansa lääkehoidon kehittämiseen. Kehittämistoimintaan on kuulunut myös kaikille Turvallinen lääkehoito -hankkeeseen osallistuneille yhteisiä koulutuspäiviä Laurea-ammattikorkeakoulun tiloissa.

Työryhmän tavoitteena oli luoda vuorovaikutuksellinen suhde kummankin osapuolen kesken niin, että lääkehoidon näkyväksi tekeminen juurruttamisen kautta oli mahdollista. Työyhteisön yhteisenä oppimistavoitteena oli tuoda kaikkien työyhteisön jäsenien näkökanta lääkehoidon nykytilan kuvaamiseen, kehittämiskohteen löytämiseen sekä kehittää Keskustan kotihoidossa toteutettavaa lääkehoitoa turvallisemmaksi. Työryhmä edisti tätä toimimalla juurruttamisen tiedon käsittelyn kierrosten mukaisesti. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää opiskelijoiden ammatillista kasvua kohti sairaanhoitajan asiantuntijuutta, kehittää omaa osaamista sekä palvella Lohjan kotihoidon yksiköissä toteutettavan lääkehoidon kehittämistä turvallisemmaksi. Opiskelijoiden oppimistavoitteina oli oppia hyödyntämään juurruttamista kehittämisen menetelmänä, syventää tiedonhakutaitoja, laajentaa käsitystä lääkehoidosta osana ammatillista kasvua sekä tuottaa kirjallinen raportti lopputuloksena kehittämistoiminnalle.

Prosessi alkoi opiskelijaosapuolen tekemällä alustavalla haastattelulla, johon osallistui toinen kotihoidon sairaanhoitajista ja yksi lähihoitaja. Varsinainen haastattelu lääkehoidon toteutumisesta keskustan kotihoidossa tehtiin myöhemmin. Haastattelu nauhoitettiin, litteroitiin ja jäseneltiin sisällönanalyysiä apuna käyttäen. Tuotoksena syntyi lääkehoidon nykytilaa kuvaava kalanruotomalli, joka esiteltiin työyhteisölle arvioitavaksi. Turvallinen lääkehoito -hankkeen loppuseminaarissa työryhmä valitsi dokumentoinnin ja tiedonkulun Keskustan kotihoidon lääkehoidon kehittämiskohteeksi. Seuraavan Turvallinen lääkehoito -hankkeen työryhmän on määrä muodostaa yhdenmukainen malli lääkehoidon dokumentoinnista ja tiedonkulusta. Tämä malli palvelisi tulevaisuudessa myös muita Lohjan kotihoidon yksiköitä. Työelämän edustajat kokivat tarpeen dokumentoinnin ja tiedonkulun muutokseen ja lääkehoidon muuttamiseen turvallisemmaksi. Opiskelijaosapuoli toi tutkitun ja teoreettin tiedon aihetta koskien työyhteisön käytettäväksi.

Työyhteisö arvioi työryhmän toimintaa ja kehittämissyhteistyötä kyselylomakkeella. Vastanneet uskoivat nykytilan kuvausta voitavan hyödyntää paljon tulevaisuuden lääkehoidon kehittämistoiminnassa. Työyhteisö myös uskoi paljon muutoksen saavuttamiseen kotihoidon lääkehoidon kehittymisessä turvallisemmaksi. Tämän hankkeen työryhmän toiminta saatiin päätökseen niin kotihoidon kuin Laurea-ammattikorkeakoulunkin osalta. Työelämän edustajat jatkavat kehittämistyötä yhteistyössä uuden opiskelijaosapuolen kanssa Turvallinen lääkehoito -hankkeen kolmannessa vaiheessa.

2 Kehittämistoiminnassa käytetyt menetelmät

2.1 BA

Terveysthuollon henkilöstöressurssien ollessa vähäiset, on tärkeää tutkia ja kehittää hoitotyötä ja tuottaa muutoksia henkilöstön toimintaprosesseihin (Ora-Hyytiäinen 2006, 14). Muutos voi olla pinnallista käytäntöjen muutosta tai ajattelumallien muutosta ja luovaa oppimista (Ora-Hyytiäinen 2006, 16). Innovaatiotoiminta on tavoitteellinen ja tietoinen prosessi, jossa innovatiivisessa eli uudistusmielisessä organisaatiossa muodostetaan uusia käytänteitä, uudistetaan vanhoja ja levitetään tietoa uusista toimintatavoista. BA on innovaation luomisen tila, jossa tietoa voidaan luoda, jakaa ja tehdä näkyväksi. BA:han liittyvä tärkein elementti on vuorovaikutus. Johtajan merkitys on huomattava BA:n innostavan ilmapiirin luomisessa ja vuorovaikutuksen mahdollistamisessa ja edistämässä. Sitoutuminen muutokseen tulee osallistumisesta vuorovaikutukseen yhteisöllisessä oppimisprosessissa. BA:n rakentamista pidetään edellytyksenä sille, että yhteisön oppimisprosessissa voisi syntyä uutta tietoa ja uusi toimintatapa. (Ora-Hyytiäinen 2006, 14–16.)

Yksilön sisäinen hiljainen tieto luodaan yhteisölliseksi muuntamalla hiljainen ymmärrys julkiseksi. Muunnosprosessiin kuuluu neljä vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa hiljainen tieto muutetaan jaetuksi hiljaiseksi tiedoksi, jossa yksilön intuitiiviset kokemukset jaetaan yhteisön kesken. Toisessa vaiheessa yhteisön kesken jaettu hiljainen tieto muunnetaan julkiseksi tiedoksi eli ulkoistetaan. Kolmannessa vaiheessa julkisesta tiedosta tehdään laaja-alaista julkista tietoa jakamalla ja välittämällä sitä. Viimeisessä vaiheessa tieto sisäistetään eli palautetaan hiljaiseksi tiedoksi. BA:ssa tapahtunut uusi käytäntö rutinoidaan ja automatisoidaan uudeksi hyväksi käytänteeksi. (Metodix 2006.)

2.2 Juurruttaminen oppimisprosessina

Juuruttaminen on yhteisöllinen oppimisprosessi, jossa pyritään kehittämään yhdistelemällä käytännön osaamista työelämän hiljaista tietoa ja tutkittua tietoa. Kehittämiskohteesta on tarkoitus tuottaa kyseistä työympäristöä koskevaa uutta tietoa, josta voidaan edelleen luoda uutta ammatillista osaamista eli tehdä siitä innovaatio. Keskeisessä osassa juurruttamisessa on runsas vuorovaikutus prosessissa toimijoiden kesken. (Ahonen ym. 2007, 27–30; Ahonen ym. 2005, 4–7.) Jotta muutos pystyttäisiin toteuttamaan ja tarkastelemaan sitä realistisesti, tarvitaan asiaan liittyvää keskustelua koko työryhmän kesken. Dialogiin voi liittyä eriäviä mielipiteitä, mutta niiden kautta työryhmän on tarkoitus saada uusia näkökulmia muutosprosessiin. Oman toiminnan kyseenalaistaminen ja työn tutkiminen sekä työryhmän välinen vuoro-

vaikutus luovat mahdollisuuden yhdistää yksittäisen ihmisen hiljainen tieto organisaatiotasoi- seen tietoon ja tutkittuun tietoon. (Nonaka & Takeuchi 1995, 13–14.)

Projektissa olevien yksilöiden päämäärät, tavoitteet ja käsitykset vaikuttavat oppimisproses- sin etenemiseen. Osallistuvat organisaatiot tuovat mukanaan oman kulttuurinsa, arvonsa ja tapansa. (Ahonen ym. 2005, 4–7.) Toimintaan osallistuva sairaanhoitajan osaaminen kehittä- miskohteesta sisältää sekä hiljaista tietoa että tutkittua, teoreettista tietoa. Osaaminen kui- tenkin painottuu käytännön hoitotyössä hiljaiseen tietoon, kun taas toimintaan osallistuvan opiskelijan osaaminen painottuu tutkittuun ja teoreettiseen tietoon. (Ahonen ym. 2007, 27– 30.)

Sekä sairaanhoitajien että lähihoitajien sitoutuminen hoitotyön kehittämiseen on tärkeää, koska tällöin oppimisprosessi on mahdollinen. Jotta toiminnan muutos olisi pysyvää, tulisi yh- teisen oppimisen seurauksena tuottaa uutta tietoa kehittämiskohteesta eikä pelkästään muut- taa näkyvää toimintaa. (Ahonen ym. 2005, 4–7.) Sekä työelämän osapuoli että opiskelijat tuovat yhteiseen kehittämistoimintaan oman näkökulmansa, johon sisältyvät tiedot, taidot ja käsitykset kehittämiskohteesta. Kehityksen takana vaikuttavat myös taustaorganisaatioiden näkökulmat. (Ahonen ym. 2007, 27–30.)

2.2.1 Muuttuneet roolit kehittämistoiminnassa

Kehittämistoiminnassa osapuolten roolit muuttuvat perinteisistä uusiksi (Ahonen ym. 2005, 4– 7). Uudet roolit herättävät tunteita muutosprosessissa (Ora-Hyytiäinen 2006, 16). Opiskelijan rooli on työskennellä tasavertaisena hoitajan rinnalla ja kantaa vastuuta kehityksestä (Ahonen ym. 2005, 4–7). Perinteisesti opiskelija on tehnyt opinnäytetyön työyhteisön ulkopuolelta sen käyttöön. Kehittämistoiminnassa opiskelijan rooli on työskennellä työryhmässä ja työyhteisön kanssa yhteistyössä sen muutosta edistäen. (Ora-Hyytiäinen 2006, 16.) Sairaanhoitajan rooliin kuuluu työyhteisönsä kehittäminen sekä aktivoiminen keskustelemaan, pohtimaan ja arvioi- maan tuotettua tietoa ja kehittämään siitä edelleen uutta osaamista. Sairaanhoitajan tehtä- vänä on myös esitellä muutosprosessin eri vaiheet työyhteisölle keskustelua varten. Opettajan rooli muutosprosessissa on vuorovaikutuksen edistäminen työpajoissa, jotta työryhmän jäsen- ten oppiminen toisiltaan olisi mahdollista. Muutostilanteessa myös johtajuuden merkitys ko- rostuu entisestään. (Ora-Hyytiäinen 2006, 16; Ahonen ym. 2005 4–7.)

2.2.2 Tiedon käsittelyn kierrokset

Muutosprosessissa ovat mukana niin yhteiskunta, terveydenhuollon organisaatio, työyhteisö kuin siihen kuuluvat yksilötkin. Vastapuolena toimivat ammattikorkeakoulun opiskelijat. Muu- tokseen vaikuttaa myös yhteiskunnan lainsäädäntö, palvelujärjestelmä sekä koulutusjärjestel-

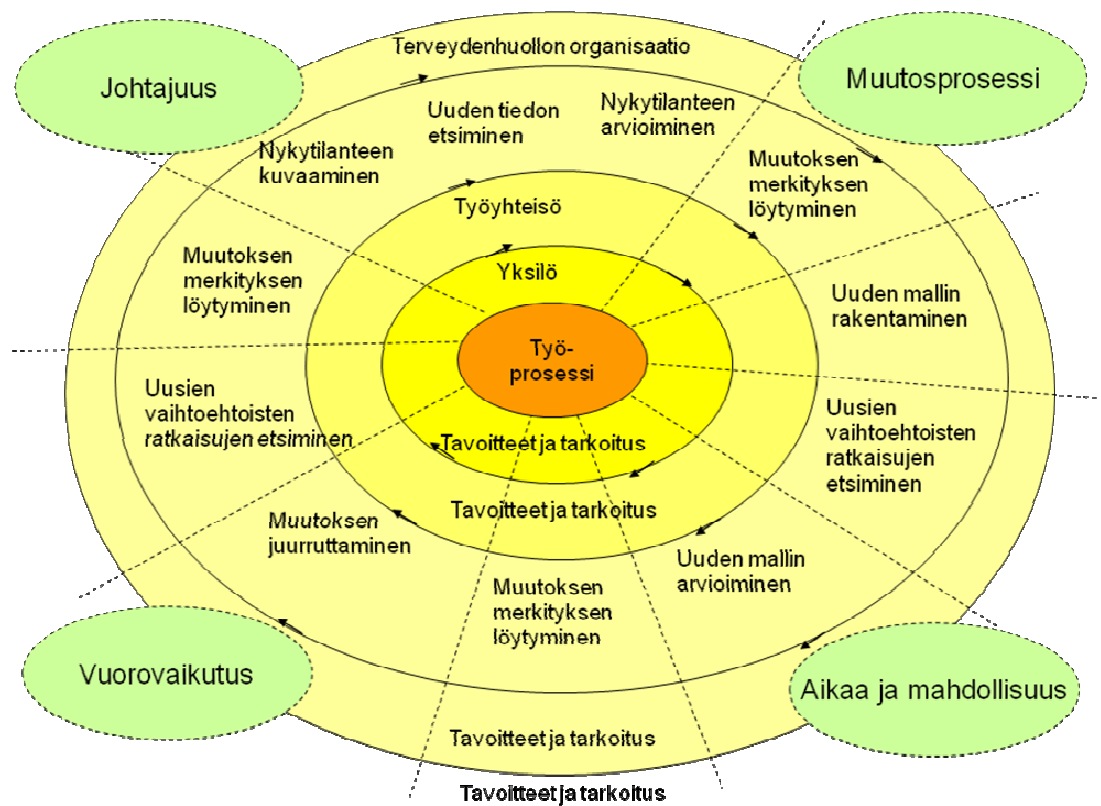
mä. Tärkeää on myös huomata organisaation osoittamat resurssit työryhmän sairaanhoitajalle sekä koko henkilökunnalle keskustelu- ja työstämisaikana. (Ahonen ym. 2007, 27–30; Ahonen ym. 2005, 4–7.)

Yhtenä juurruttamisen prosessin kulmakivenä on vuorovaikutus kehittämistoimintaan osallistuvien kesken. Muutokseen tarvitaan aikaa ja se täytyy mahdollistaa myös ylemmän johdon tasolta. Juurruttamisen lähtökohtana ovat kahden tiedon lajin väliset tiedon käsittelyn kierrokset. Juurruttamisen prosessi etenee kehämäisesti kehittämistoiminnan kierrosten mukaisesti muutostarpeen tunnistamisen ja nykytilanteen kuvaamisen kautta muutoksen juurruttamiseen työyhteisössä.

Kuviossa 1 esitetään juurruttamisen prosessi. Kuvion keskellä on työprosessi, mikä tässä tapauksessa kuvaa lääkehoidon nykytilan kuvaamista, hyvien käytänteiden etsimistä ja uusien innovaatioiden juurruttamista osaksi työyhteisön arkipäivän työtä. Vuorovaikutuksessa toimivat yksilötasolla jokainen työyhteisön jäsen sekä opiskelijaosapuoli. Yksilöt tuovat työyhteisön käyttöön hiljaisen, kokemuksellisen tiedon. Sekä työyhteisöllä että opiskelijaosapuolella on oma taustansa ja tarkoituksensa projektin onnistumiselle. Yhteisinä päätavoitteina osapuolilla on asiakkaan lääkitysturvallisuuden parantaminen sekä hoitajien työn selkeytyminen ja helpottuminen. Juurruttamisen prosessi etenee vuorovaikutuksessa työryhmän eri osapuolten kesken. Tärkeä osa muutosprosessia on johtajuus ja organisaatiotaso. Kotihoidon esimiehen tulee tässä hankkeessa antaa työyhteisölle ja työryhmän jäsenille aikaa ja mahdollisuus tehdä muutos työyhteisön työssä. Esimiehen myönteinen asenne muutosta kohtaan edesauttaa muutoksen tapahtumista ja hyväksymistä myös työyhteisön kesken. (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007.)

Juuruttaminen etenee tiedon käsittelyn kierroksilla. Ensimmäisellä kierroksella työyhteisön sisällä olevasta hiljaisesta tiedosta tulisi tehdä näkyvää. Tämän kierroksen aikana kehittämis-kohteesta määritetään tarkempi alue, jota ryhdytään työstämään. (Ahonen ym. 2007, 27–30; Ahonen ym. 2005, 4–7.) Toisella kierroksella selvitetään työyhteisön kehittämiskohteen nykytila. Tämä voidaan tehdä haastattelemalla työelämän osapuolta ja nauhoittamalla keskustelu. Tämän jälkeen hoitotyön käytännön toimintaa muutetaan käsitteelliselle tasolle, jolloin nauhoitettu haastattelu litteroidaan ja ryhmitellään sisällönanalyysillä. Siitä tehdä käsitekartta, jonka työyhteisön sairaanhoitaja esittelee työyhteisölle. Käsitekartta kuvastaa kehittämiskohteen nykytilaa työyhteisössä käsitteinä ja niiden välisinä suhteina. Esittelyn jälkeen siihen osallistuneet arvioivat käsitekarttaa ja muokkaavat sitä koko työyhteisön käsitystä paremmin kuvaavaksi ja asettavat nykytilanteen arvioinnin perusteella kehittämistehtävän. Tämän tiedon käsittelyn kierroksen aikana mahdollistetaan koko työyhteisön sitoutuminen muutokseen. (Ahonen ym. 2007, 27–30; Ahonen ym. 2005, 4–7.)

Kolmannella kierroksella muutosprosessiin osallistujat vertailevat teoreettiselle tasolle jäsenettyä hiljaista tietoa ja aikaisempaa tutkittua tietoa tuottaen ehdotuksesta uuden toimintatavan, joka voidaan esittää teoreettisena käsittekarttana. Neljännen tiedon käsittelyn kierroksen tarkoituksena on työstää valmiiksi uusi juurrutettu toimintakäytäntö niin, että se on näyttöön perustuva ja valmis arvoitavaksi sekä käyttöön otettavaksi käytännön hoitotyössä. Tässä vaiheessa jatkuvan keskustelun ylläpitäminen työyhteisössä on tärkeää, jotta uusi toimintamalli juurtuisi toimivaksi käytännöksi. Myös esimiehillä on roolinsa juurruttamisessa vuorovaikutuksen edistäjinä ja muutoksen mahdollistajina. Muutoksen pysyvyys hoitotyön toiminnassa edellyttää hoitotyön päämäärään, tavoitteen ja käsityksen ymmärtämistä uudella tavalla. (Ahonen ym. 2007, 27–30; Ahonen ym. 2005, 4–7.)



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

2.3 Haastattelu kehittämistoiminnan menetelmänä

Haastattelu on yksi aineistonkeruumenetelmä ja se soveltuu sekä laadulliseen että määrälliseen tutkimukseen. Siinä voidaan nähdä kolme vaihetta: aloitus tai sosiaalisen kontaktin luominen, varsinaisen haastattelu ja lopetus (Kylmä & Juvakka 2007, 92). Haastattelumenetel-

miä on useita. Ne voidaan luokitella osallistuvien ihmisten lukumäärän, teeman eli strukturoinin asteen tai toteutustavan mukaan. Strukturoidussa haastattelussa tai lomakehaastattelussa käytetään lomaketta, joka sisältää tarkat kysymykset ja vastausvaihtoehdot. Tällä varmistetaan, ettei haastattelija vaikuta haastateltavan vastauksiin omalla mielipiteellään. (Kylmä & Juvakka 2007; Ruusuvuori & Tiittula 2005.)

Teemahaastattelu on strukturoitua haastattelu hieman väljempi muoto eli puolistrukturoitu haastattelumuoto (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 11). Se muodostuu muutaman avainkysymyksen tai -aihepiirin ympärille. Etukäteen valittuja teemoja tarkentavat pienemmät apukysymykset (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77). Teemahaastattelu toteutetaan yksilö- tai ryhmähaastatteluna. Haastattelijan rooli on sitä avoimempi mitä avoimempi itse haastattelu on. Avoin haastattelu sopii parhaiten tutkimusaiheisiin, joita on tutkittu niukasti. Teemahaastattelu taas soveltuu prosessiluonteisten ilmiöiden tutkimiseen, sillä siinä voidaan edetä teemoittamalla aihepiiri erilaisiin alueisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 78–80.) Teemahaastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia aihepiiriä koskeviin kysymyksiin, jotka perustuvat valittuun viitekehykseen eli siihen mitä ilmiöstä jo tiedetään. Kysymysten suhde viitekehykseen vaihtelee avoimuudesta riippuen kokemuseräisistä havainnoista tarkoin etukäteen määräytyissä kysymyksissä pitäytymiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77–78.)

Haastattelutilanteen nauhoittaminen antaa tilaisuuden tarkastella toisten tekemiä haastatteluja sekä palata tilanteeseen uudelleen, jolloin tulkintoja voidaan tarkastaa. Tilanteessa haastattelija tarkkailee haastateltavaa. Nauhoittamisen ansioista haastatteluvuorovaikutuksen kulkua voidaan analysoida ja tarkastella. Nauhoituksen ansiosta haastattelu voidaan myös raportoida tarkemmin. Näin ollen arvioijat voivat nähdä missä määrin havainnot ovat haastateltavan omaa näkemystä ja missä määrin taas haastattelijan kysymysten muotoilusta juontavia näkemyksiä. Tilanteen nauhoittamiseen kannattaa valmistautua hyvin, koska se on ratkaisevaa haastatteluaineiston kannalta. Myös mikrofonin asettelu on mietittävä tilanteissa, joissa nauhoitettavana on useamman kuin yhden ihmisen puhetta. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 14–16.)

Haastattelusta voidaan luoda käsikirjoitus, jonka mukaan haastattelija ja haastateltava toimivat. Nauhoituslupa kysytään usein vasta ennen kuin siirrytään itse haastatteluvaiheeseen. Haastattelija aloittaa haastattelun kertomalla haastateltavalle sen kulun ja esittää sitten ensimmäisen kysymyksen. Ennen haastattelua tulisi huomioida haastateltavien informointi etukäteen haastatteluun kuluvasta ajasta. Oleellista on myös haastattelujen dokumentointi riittävän huolellisesti litterointia ja analyysivaihetta varten. Haastattelijalta vaaditaan tilannetta jua kunkin haastattelun ominaispiirteiden suhteen. Tutkimuksen toimijoita tulee kunnioittaa ja taata heille mahdollisimman luonteva ja haastattelun tarkoitusta palveleva tilanne. (Kylmä & Juvakka 2007, 92; Ruusuvuori & Tiittula 2005, 24.)

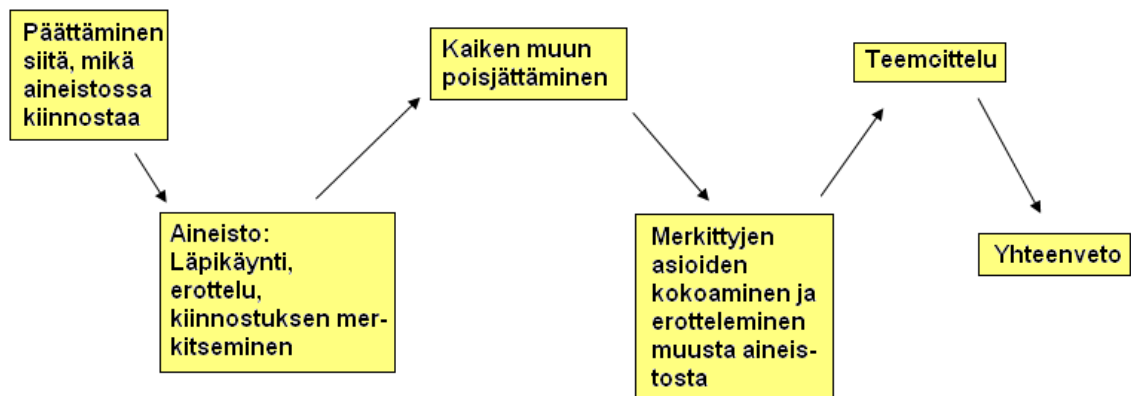
Keskustan kotihoidon lääkehoidon nykytilan selvittämiseksi käytettiin ryhmäteemahaastattelua (LIITE 1), johon osallistuivat kaikki työryhmän jäsenet. Haastattelu muodostui kymmenestä isommasta teemasta, jotka noudattelivat Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito -oppaan (2006) lääkehoidon osa-alueiksi määrittelemiä osioita. Jokainen teema sisälsi täydentäviä apukysymyksiä eri osa-alueista. Haastattelukysymykset lähetettiin sähköpostilla kotihoidon toimipisteeseen viikkoa ennen sovittua haastattelun ajankohtaa.

Nauhoitetut aineistot on muutettava kirjoitettuun muotoon eli litteroitava, jotta niitä pystytäisiin analysoimaan. Litterointi helpottaa huomattavasti tärkeiden yksityiskohtien havaitsemista aineistosta. Litteraatioon on mahdollista merkitä myös muuta kuin puhuttua toimintaa ja äänenkäyttöä, kuten katseen suuntaa, elehdintää ja etäisyyttä. Muun muassa taukoja, päällekkäin puhumista, äänensävyä, sanan painotuksia ja hengitystä voidaan kuvailla litteroidussa tekstissä erilaisin litterointimerkein. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 16, 303.)

2.4 Sisällönanalyysi ja kalanruotomalli

Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota. Sen avulla voidaan myös tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Menetelmä perustuu kommunikaatioteoriaan ja - tutkimukseen sekä kommunikaatioprosessin tutkimukseen. Kerättyä tutkimusaineistoa voidaan tiivistää sisällönanalyysin menetelmällä niin, että tutkittavat ilmiöt kuvataan lyhyesti ja yleistävästi tai että ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. Analysoitava laadullinen informaatio voi olla verbaalisessa tai kuvallisessa muodossa olevia aineistoja, kuten haastatteluja, puheita, raportteja, kirjoja ja artikkeleita. Sisällönanalyysi prosessi itsessään sisältää karkeasti eroteltuina seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21–24.)

Aineistosta on valittava jokin tarkkarajainen ilmiö tai kiinnostava kohde, sillä kaikkea ei voi tutkia samanaikaisesti. Kiinnostus näkyy projektin tarkoituksesta. Aineiston litterointimenetelmälle ei ole sovittu yhtä ainoata menettelytapaa. Varsinaisiksi analyysitekniikoiksi voidaan sanoa teemoittelua tai luokittelua, mutta ne eivät onnistu ilman edeltävää aineiston käsittelyä (KUVIO 2). (Tuomi & Sarajärvi 2002, 94–95.)



KUVIO 2: Sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 94)

Aineistolähtöistä analyysiä voidaan kuvata kolmivaiheiseksi prosessiksi, johon kuuluu seuraavat vaiheet: aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Ennen aineiston analysoinnin aloittamista tulee määrittää analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana tai lause. Aineiston pelkistämässä lähdetään aukikirjoitetusta haastatteluaineistosta, josta karsitaan epäolennainen aines pois ja tiivistetään haastattelussa saatua informaatiota. Aineiston ryhmittelyssä samaa asiaa tarkoittavat käsitteet yhdistellään luokaksi, joka nimetään sitä kuvaavalla käsitteellä. Käsitteellistämässä alkuperäisen haastattelun ilmauksista muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Ilmauksista käsitteisiin voidaan edetä alaluokan, yläluokan ja pääluokan kautta. Näille kaikille voidaan vielä muodostaa yhdistävä luokka. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–115.)

Ishikawa-diagrammi eli kalanruotomalli on Kaoru Ishikawan kehittämä työkalu, joka muistuttaa ulkonäöltään kalanruotoa. Kuvioista voidaan käyttää myös nimeä syy-seuraus -diagrammi. Kalanruotomallia käytetään prosessinkehittämisen työkaluna asioiden luokitteeluun. Valittu ongelma tai sen oire laitetaan kalan pääksi horisontaalijanelle ja kalanruodot muodostuvat sisällönanalyysin avulla saaduista yläluokan teoreettisista käsitteistä. Kun runko on valmis, tarkistetaan, että se etenee loogisesti. (cs.joensuu.fi 1999; www.qk-karjalainen.fi 2009.)

Tässä kehittämishankkeessa haastatteleamalla saatu aineisto käsiteltiin sisällönanalyysiä apuna käyttäen. Haastatteluaineistosta kerättiin yhteen ja eroteltiin muusta aineistosta samaa asiaa merkitsevät kohdat. Nämä erotellut kohdat muodostivat Turvallinen lääkehoito -oppaan mukaisesti kymmenen aihepiirin kokonaisuuden. Koko muu aineisto jätettiin tämän jälkeen pois. Kymmenestä kootusta aihepiiristä etsittiin yhdistäviä tekijöitä, jotka teemoiteltiin yksinkertaisiksi ilmaisuiksi. Nämä yksinkertaiset yläkäsitteet koottiin kahdeksi kalanruotomalliksi (Li-

te 2), jotka työryhmän sairaanhoitaja esitteli työyhteisölle. Kalanruotomalleissa on kuvattu lääkehoidon nykytila Lohjan keskustan kotihoidossa. Lääkehoidon nykytila käsitteenä kulkee kalan selkäruotona ja selkäruodosta lähtevät ruodot kuvaavat nykytilan yläkäsitteitä. Yläkäsitteiden alle on koottu pienempiä alakäsitteitä avaamaan lääkehoidon nykytilaa koskevia yksittäisiä tekijöitä.

3 Lohjan keskustan kotihoito ympäristönä

3.1 Ympäristö ja tilat

Keskustan kotihoito on Lohjan kotihoidoista viimeksi perustettu. Hoitohenkilökunta on kerätty kolmelta eri kotihoitoalueelta yhdistäen monen eri työpaikan ja niiden työntekijöiden kulttuurit, arvot ja tavat. Koska keskustan kotihoito on fyysiseltä ympäristöltään vielä hyvin keskeneräinen, on yhteisön eettisten ohjeiden ja yhteisten arvojen esille tuominen jäänyt takalalle. (T. Pesonen & L. Iivonen, henkilökohtainen tiedonanto 8.5.2008.)

Keskustan kotihoito on keskitetty yhteen kolmen huoneen ja keittiön asuinhuoneistoon aivan Lohjan keskustassa. Huoneistossa on tilat niin sairaanhoitajan omalle työhuoneelle kuin muidenkin hoitajien työpisteille. Tilat ovat rajalliset, mutta tällä hetkellä riittävät. Lukolliset lääkekaapit on sijoitettu kahteen makuuhuoneeseen, joissa lääkkeitä voi jakaa dosetteihin omassa rauhassa. Osa lääkkeitä jaetaan myös asiakkaiden kotona. Sen tekevät joko hoitajat tai asiakkaan omaiset. (T. Pesonen & L. Iivonen, henkilökohtainen tiedonanto 8.5.2008.)

3.2 Henkilökunta ja sen kouluttaminen

Keskustan kotihoidossa työskentelee yksi sairaanhoitaja ja 15 lähihoitajaa. Työntekijöiden ikäjakauma vaihtelee 20 ikävuodesta 55 ikävuoteen. Hoitotyöstä asiakastyötä on 60 %, työn suunnittelua 30 % ja verkostotyötä 10 %. Sairaanhoitaja tekee vain aamuvuoroja, koska vuoron aikana otetaan esimerkiksi verinäytteitä ja annetaan injektioita, joihin lähihoitajilla ei ole valtuuksia. Sairaanhoitajat tekevät pääsääntöisesti lääkinnällisiä töitä, kuten lääkkeiden jakoa, haavahoitoja, laskimoverinäytteiden ottoa ja injektioiden antamista. Antibiootteja tai muita lääkkeitä ei keskustan kotihoidossa anneta suonensisäisesti. Lähihoitajat tekevät perushoitoa, auttavat kotitöissä sekä luvan saaneet antavat injektioita ja jakavat lääkkeitä dosettiin. Työntekijät työskentelevät pareittain, mutta kotikäynnit voidaan tehdä myös yksin. Mielenterveydenhäiriöistä kärsivien asiakkaiden sekä alkoholistien luona pyritään käymään pareittain. (T. Pesonen & L. Iivonen, henkilökohtainen tiedonanto 8.5.2008.)

Uusille työntekijöille pidetään infotilaisuus ja ryhmäopetusta. Nämä muodostavat työntekijän perehdytyksen. Erilaiset koulutukset ovat työntekijöille ilmaisia, kerralla niihin osallistuu 1-2 työntekijää. Työntekijöiden esimiehellä eli palvelualuepäälliköllä ei ole hoidollista koulutusta, joten hän ei toimi kenttätöissä. (T. Pesonen & L. Iivonen, henkilökohtainen tiedonanto 8.5.2008.)

3.3 Keskustan kotihoidon asiakkaat

Asiakkaita on tällä hetkellä 50. Lisäksi keskustan piiriin kuuluu ajoittain apua tarvitsevia asiakkaita. Suurin osa asiakkaista on ollut kotihoidon asiakkaina jo useamman vuoden ajan. Uudet asiakkaat ovat usein niin sanotussa kierteesä, jossa he kotiutuvat hoitolaitoksesta ja sairastuvat taas uudestaan, jolloin he jälleen tarvitsevat kotihoidon palveluja. Asiakkaat ovat usein iäkkäitä, huonokuntoisia ja tarvitsevat apua vain lyhyen ajan. Pieni ryhmä asiakkaita koostuu niistä, jotka tarvitsevat vain jonkinasteista seurantaa. Seurannassa voi käydä ilmi, etteivät he enää kykene suoriutumaan arkipäivän askareista yksin, joten kotihoito tekee aloitteen saada heidät vakituisiksi asiakkaiksi. (T. Pesonen & L. Iivonen, henkilökohtainen tiedonanto 8.5.2008.)

Yhteydenotot kotihoitoon tulevat pääasiassa hoitolaitoksilta ja lääkäreiltä. Omaiset ottavat myös oma-aloitteisesti yhteyttä. Jokaisella asiakkaalla on omalääkäri. Osa lääkäreistä tekee myös pyydettäessä kotikäyntejä. Aikaisemmin keskustan kotihoidolla oli käytössään lääkäritunti, jonka aikana selvitettiin asiakkaiden ei-akuutteja asioita. Tästä tavasta luovuttiin, koska lääkäreihin ollaan yhteydessä useasti puhelimen välityksellä sekä kotikäyntien aikana. (T. Pesonen & L. Iivonen, henkilökohtainen tiedonanto 8.5.2008.)

3.4 Arvoperusta

Lohjan keskustan kotihoitoa ja siellä tehtävää työtä määrittävät kolmen eri tahon arvot. Lohjan kaupungin arvoihin kuuluvat seuraavat asiat: avoimuus, vastuullisuus, oikeudenmukaisuus ja tehokkuus. Lohjan kotihoidon arvoja ovat asiakaslähtöisyys, työyhteisön hyvinvointi sekä kehittäminen ja uuden oppiminen. Kolmannen tahon eli Lohjan perusturvan arvoihin kuuluvat asiakaslähtöisyys ja -läheisyys, humanisuus ja inhimillisuus. (Lohjan keskustan kotihoito 2008.)

Keskustan kotihoidossa pyritään luomaan avoimuutta hoitohenkilökunnan ja asiakkaan välille. Asiakas on yhteydessä kotihoitoon ongelmien ilmetessä, jolloin kotihoidon työntekijät pystyvät reagoimaan tilanteeseen mahdollisimman nopeasti. Avoin hoitosuhde luo molempipuolisen turvallisuuden tunteen ja sen myötä hoito voidaan nähdä arvokkaana. Kotihoidon työntekijät pyrkivät toimimaan asiakaslähtöisesti, mikä tarkoittaa asiakkaan ja omaisten mukaan

ottamista hoidon suunnitteluun. Näin asiakas saa juuri hänelle oikeinlaista apua. Asiakkaan kanssa yhdessä kartoitetaan avuntarve ja miten avun anto toteutetaan.

Työyhteisön hyvinvointia kehitetään viikottaisilla osastotunneilla. Tunneilla käydään läpi ajan-kohtaisia asioita ja hoitajilla on tilaisuus puhua heitä askarruttavista asioista. Keskustan kotihoidon hoitajat pyrkivät kehittämään omaa toimintaansa, kuten nyt osallistumalla Turvallisen lääkehoidon hankkeeseen. Hoitajat ovat yhteydessä Lohjan alueen muihin kotihoidon toimipisteisiin eri asioihin liittyen ja samalla he saavat erilaisia näkökulmia tehdä työtä. Hoitajat osallistuvat heitä koskeviin koulutuksiin mahdollisuuksien mukaan.

3.5 Kehittämistoiminnan aiheuttama muutos organisaatiossa

Oman työn kehittämisessä ei ole kyse suurista muutoksista vaan pienistä arkisista oivalluksista, jotka helpottavat työn tekemistä tai parantavat työn tuloksia. Tavoitteena ei ole vain työyhteisön tuloksen parantaminen vaan myös oman elämän ja työn hallinnan tunteen lisääminen. Yksilön hyvinvointi ja työssäjaksaminen saattavat olennaisesti parantua, mikäli omaan työhön vaikuttamisen mahdollisuuksia voidaan lisätä. (Moilanen 2001, 33.)

Muutos aiheuttaa henkilöstössä monenlaisia tunteita. Hyväksymällä myös negatiiviset tunteet, helpotetaan sopeutumista ja sitoutumista uuteen. Henkilökunnan pitäminen ajantasalla helpottaa muutokseen sitoutumista. Jokainen työntekijä suhtautuu muutokseen eri tavalla. Toiset työntekijät kokevat muutoksen positiivisena asiana, suhtautuvat siihen myönteisesti ja ovat valmiita joustamaan. Myönteisyys näkyy sitoutumisena sovittuihin kokeiluihin ja käytäntöihin. Työntekijät haluavat tuoda esiin omia kehittämisideoitään ja pystyvät myös kriittiseen ajatteluun. Toisten työntekijöiden on vaikeampi nähdä muutoksen mahdollinen etu. Kielteisyys ja vanhoihin rutiineihin pidättäytyminen johtavat helposti osaamisen kaantumiseen. Muutoksessa ammatillinen itsetunto on koetuksella. Muutos horjuttaa ihmisen tasapainoa ja vakiintunutta toimintaa. Mitä suurempaa henkilöstömäärää muutos koskettaa, sitä pidempi aika on varattava muutokselle. Aikaa tarvitaan sekä vanhasta toimintamallista luopumiseen että uuden sisäistämiseen. (Neuvonen ym. 2007, 46.)

Työyhteisöä koskevien muutosten onnistuminen on yhteydessä yksilöiden ja yhteisön muutosherkkyyteen. Toimintatapojen muutokset eivät voi onnistua, elleivät työyhteisön jäsenet ole valmiita hyväksymään ja toteuttamaan muutoksia omassa työssään. Käsitteet muutoshalu ja muutoksen toivominen perustuvat työyhteisön työntekijöiden tai heidän selvän enemmistön toiveisiin ja aloitteisiin. Tällaisessa tilanteessa mahdollisuus muutoksen toteuttamiseen on hyvä. Muutosvalmius ja vapaaehtoinen suostuminen kuvaavat lähtötilannetta, joka ei perustu työyhteisön aktiiviseen haluamiseen. Työntekijät ovat kuitenkin valmiita harkitsemaan muutosta eikä muutosta koeta vaihtoehdottomaksi pakoksi, vaan neuvoteltavissa olevaksi asiaksi.

Jos työyhteisö on valmis mukautumaan, sopeutumaan ja sietämään muutosta, on se ulkoa ohjautuvaa ja pakotettua. Joillakin yksilöillä mukautumis- ja sopeutumiskynnys ylittyy. Tämä ylittyminen voi ilmetä työmotivaatio-ongelmina, henkilöstön sairastavuuden lisääntymisenä ja jaksamisongelmina. (Valtee 2002, 16–17.)

Onnistunut muutos voidaan jakaa johtamisen tasolla seuraaviin neljään vaiheeseen: perustan luominen, käynnistystoimet, hallittu eteneminen ja vakiinnuttaminen. Ensimmäisessä vaiheessa eli perustan luomisessa on tarkoitus tuoda esiin kokonaiskuva aiotusta muutoksesta ja pohdita kriittisesti työyhteisön lähtötilannetta sekä konkretisoida muutokselle asetetut tavoitteet. Toisessa vaiheessa muutoksen käynnistystoimet muotoutuvat varsin tiiviiksi sillä aikaa tälle vaiheelle jää usein vähän. Tämän vaiheen tarkoituksena on luoda työyhteisön kesken innostusta ja sitoutumista sekä hälventää alkuvaiheen muutosvastarintaa heti alkuvaiheessa. Hallittu etenemisen vaiheessa limitetään alkavia ja päättyviä tehtäviä toisiinsa. Vakiinnuttamisen vaiheessa muutoksen lopputulos kirkastuu ja hyödyt tulevat esiin. Vakiinnuttamisen aikana muutokseen kiinnitetyt voimavarat ohjataan uusiin haasteisiin. (Mattila 2008, 50–52.)

Kehityshankkeen taustalla täytyy olla selkeä ja organisaatiossa laajasti hyväksytty ja ymmärretty muutostarve. Jotta työntekijät motivoituvat muuttamaan totuttuja toimintatapojaan, tarvitaan muutokselle vahvat perusteet. Johdon ja lähiesimiesten osallistuminen muutostarpeen päättämiseen on tärkeää. Johdon tehtävä on viestittää, miksi toiminnan muuttaminen on tärkeä organisaation menestymisen kannalta. Tämä luo perustan kehittämisprojektin tavoitteiden asettamiselle ja samalla se edistää kehittämismotivaation syntymistä henkilöstön keskuudessa. (Hildèn 2002, 75.)

Kun ongelma on tunnistettu, tehdään vielä nykytila-analyysi ongelman olemassa olon varmistamiseksi. Analyysin avulla ongelma pystytään paremmin tiedostamaan ja ongelman poistaminen perustelemaan. Näin myös henkilöstö saadaan paremmin mukaan muutosprosessiin sitoutumiseen. Tämän jälkeen pohditaan, millä menetelmällä ongelmat ratkaistaan parhaiten. Valinnan jälkeen ongelman korjaamiseksi tehdään tarvittavat muutokset. Tämän jälkeen toteutetaan uutta sovittua käytäntöä muutamana kuukauden ajan, jonka jälkeen se arvioidaan. Jos uusi käytäntö osoittautuu toimivaksi, uusi toimintamalli vakiinnutetaan ja siitä tulee kaikille normaali tapa toimia. (Hildèn 2002, 76.)

3.6 Muutosvastarinta

Henkilökunnan osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksien turvaaminen organisaatiomuutoksen toteuttamisessa vähentää tehokkaasti muutosta kohtaan tunnettuja pelkoja ja uhkakuvia ja valaa luottamusta siihen, että muutoksen myötä voi avautua myös positiivisia mahdollisuuksia. (Neuvonen ym. 2007, 46.) Mattilan (2008, 52) mukaan muutosvastarinnan käsitteestä on tullut

ase, jolla syyllistetään organisaation ruohonjuuritasoa. Vastarinta ei useinkaan ilmene näkyvä-
nä tai selvänä. Muutos aiheuttaa työyhteisössä epävakautta ja synnyttää vaistomaisen vastus-
tusreaktion. Samalla tutut ja turvalliset käytännöt muuttuvat. Muutokset aiheuttavat vastus-
tusta niin yksilöissä kuin yhteisönkin tasolla.

Muutosvastarinta on normaali ilmiö, joka on hyväksyttävä osana muutosprosessia. Muutosten
läpivieminen organisaatiossa on hidas prosessi. Vastarinta on psyykkinen ilmiö, joka toimii
tietoisesti tai tiedostamattomasti ja se on aina olemassa. Muutosvastarinta ilmenee yleensä
aktiivisena tai passiivisena vastustamisena. Yleisellä tasolla muutosvastarinnassa on kuitenkin
kyse vain ihmisen terveestä varovaisuudesta tuntematonta kohtaan. (Neuvonen ym. 2007, 46–
47.)

Muutosvastarinnan taustalla on usein ongelma, jossa muutoksen sisältöä ei ole ymmärretty
oikein. Muutos aiheuttaa ristiriitaa organisaation ja sen jäsenten periaatteiden ja arvojen
kanssa, mikä johtaa torjuntaan. Tiedon puute, epävarmuus, uuden oppimisesta selviytyminen
ja uudet haasteet pelottavat työntekijöitä. Osa muutokseen liittyvää problematiikkaa on sii-
hen liittyvän vaivan suhde hyötyyn. Muutoksesta ei siis koeta saatavan riittävää hyötyä siihen
uhrattuun aikaan ja vaivaan nähden. (Mattila 2008, 53.) On huomattu, että työyksikön muu-
toshalukkuus laskee tai nousee sen mukaan, miten sitoutunutta johto on jatkuvaan dialogiin
ja kuuntelemaan työntekijöitä. Muutosta voidaan ajaa sekä alhaalta ylöspäin että ylhäältä
alaspäin, jolloin syntyy dynamiikka organisaation johdon sekä sen työntekijöiden välille. ”Al-
haalla” viittaa työyksiköiden työntekijöihin ja ”ylhäällä” viittaa organisaation ylimpään joh-
toon. Näiden väliin jää keskijohto, joka saa tukea muutokseen niin alhaalta kuin ylhäältäkin,
joka johtaa tietynlaiseen vaivaantuneisuuteen. Tämä vaivaantuneisuus voidaan kääntää posi-
tiiviseksi niin, että keskijohto pystyy valjastamaan laajasti voimia muutoksen puolesta.
(Stauffer 2005, 72–74.)

Muutosvastarintaa voidaan tarkastella myös toisesta näkökulmasta, jossa sen haitat voidaan
kääntää hyödylliseen muotoon. Työyhteisön toiminta voi olla organisaation parasta tarkoitta-
vaa siinä mielessä, että muutoksesta huolestuneisuus tuodaan esiin ääneen eikä vain taivuta
vaihtamaan työpaikkaa kun kohdataan vastuksia. Vaikka toiminta on avoimesti hyökkävää
työyksikön johtoa kohtaan, tarjoaa palautteen antaminen johdolle mahdollisuuden korjaus-
liikkeisiin. Kritiikki voidaan siis pitää myös työkaluna. Muutosvastarinta lisää onnistumisen
mahdollisuuksia ja parantaa toiminnan laatua. Vastarinnan avoin käsittely lisää myös osapuol-
ten mahdollisuuksia saada läpi edes joitain tavoitteitaan eikä katkeria kokemuksia pääse syn-
tymään. (Mattila 2008, 54–55.)

4 Teoreettiset perustelut kotihoidon lääkehoidon kehittämiseksi

4.1 Keskeiset käsitteet

Kehitettävän toiminnan kannalta keskeisiksi käsitteiksi muodostuivat seuraavat asiat: ikääntyneiden lääkehoito, kotihoitoasiakkaiden lääkehoito, lääkehoidon turvallisuus, lääkelaki, lupakäytännöt, lääkehuolto, dokumentointi ja tiedonkulku sekä haittavaikutusten seuranta. Nämä lääkehoitoprosessin kehittämisen ja dokumentoinnin sekä tiedonkulun kannalta keskeiset käsitteet nousivat esiin keskustan kotihoidon lääkehoidon nykytilan kuvauksesta, siitä kootuista kalanruotomalleista (Liite 2) ja työyhteisön kesken palaverissa käydystä keskustelusta koskien lääkehoidon nykytilaa. Käsitteet on jäsenelty Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito -oppaan (2006) mukaisesti lääkehoitosuunnitelman eri osa-alueiden järjestystä noudattaen.

4.2 Ikääntyneiden lääkehoito: haasteet ja riskitekijät

Läkehoidon toteuttaminen perustuu työyksikössä laadittuun lääkehoitosuunnitelmaan. Sosiaali- ja Terveysministeriö (2006) on laatinut oppaan lääkehoidon toteuttamisesta ja sen tarkoituksena on yhtenäistää ja selkeyttää lääkehoitoon liittyviä periaatteita ja vastuunjakoja sekä määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa työyksiköissä.

Vanhustenhuollon valtakunnalliset linjaukset painottavat ikääntyneiden kotona asumisen tukemista sekä riittävien ja oikea-aikaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden turvaamista. Fyysisen toimintakyvyn aleneminen ja sairaudet aiheuttavat erilaisten monimuotoisten kotihoidon palvelujen tarvetta. Kotihoito on ikääntyneiden palvelurakenteen keskeisin ja mittavin palvelu, ja sen hyvä laatu onkin tärkeää turvata kunta- ja palvelurakennemuutoksessa. 1990-luvulla kotihoidossa yleistyi kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen, mikä vaikutuksesta palveluja pystytään koordinoimaan paremmin. Kielteisinä vaikutuksina on havaittu työyhteisöissä syntyneet ristiriidat ja ammattien välinen kilpailu. (Reija Heinola (toim.) 2007.)

Valtaosa kotona asuvista ikääntyneistä saa säännöllistä lääkehoitoa (Pitkälä, Strandberg & Tilvis 2003, 135). Ikääntyneiden lääkehoidon perustarkoitus on sama kuin nuorempienkin: säädellä kemiallisten aineiden avulla elimistön toimintoja kohti fysiologisesti suotuisaa tilaa. Ikääntyneiden lääkitsemisessä hyötyjen lisäksi kysymyksiä herättää lääkehoidon haitat ja haasteet, kuten toiminnanvajeet, iän myötä muuttuva fysiologia, lääkkeiden hinnat ja omaisten rooli. (Ritmala-Castrén 2006.) Lääkkeiden haittavaikutukset ja niiden merkitys, liikkakäyttö, lääkityksen epäasianmukaisuus sekä näyttöön perustuvien hoitojen puute ovat suuria haasteita. Osana vanhusten hyvää hoitoa tulisi olla lääkelistan jatkuva kriittinen arviointi. Näyt-

töön perustuva lääkitysten osalta vanhusten hoidossa esiintyy useimmin alikäyttöä eikä niinkään liikakäyttöä. Tämä koskee ainakin sydän- ja verisuonitautien lääkehoitoa ja kipulääkitystä. (Pitkälä, Strandberg & Tilvis 2003, 135.)

Toisenlaisen ongelman ikääntyneiden lääkehoidossa aiheuttavat toiminnanvajeet, kuten näön ja käden toimintojen heikentyminen sekä nielemisen vaikeus. Lääkehoidon toteutukseen aiheuttaa ongelmia myös muistin heikentyminen, kyvyttömyys oman toiminnan suunnitteluun, hahmottamishäiriöt sekä erilaiset mielensairaudet. Ikääntyneelle lääkkeen käyttäjälle on ehdintynyt muodostua jo hyvin vakiintunut käsitys erilaisten lääkkeiden käytöstä ja niiden vaikutuksista. Ritmala-Castrénin (2006) mukaan etenkin itsehoitolääkkeitä pidetään arvottomampina kuin samaa vaikuttavaa ainetta sisältäviä reseptilääkkeitä.

Vanhusten lääkitseminen on usein ongelmallista ja Suomi onkin kärkimaa antipsykoottisten lääkkeiden käytössä varsinkin laitoshoidossa. Ikääntyneiden lääkitysongelmiin löytyy monia syitä. Snellmanin (2007, 2527) mukaan työvoimavaje tuntuu olevan yksi vanhusten rauhoittavien lääkkeiden käyttöä lisäävä tekijä. Lääkitsemistä pidetään levottoman ja sekavan vanhuksen rauhoittamisessa turvallisimpana menetelmänä. Osasyynä ongelmaan ovat myös lääkäri- ja tilapäisten työntekijöiden lyhyet työsuhteet.

Sosiaalihuollon laitoksissa ja palvelukodeissa lääkehoitoa ei välttämättä ole toteuttamassa terveydenhuollon ammattilainen, joten lääkäriltä edellytetään erityistä valppautta. (Snellman 2007, 2527.) Sedatiivisten lääkkeiden käyttö on yleistä yli 84-vuotiailla sekä dementiaa ja depressiota sairastavilla tai liikuntarajoitteisilla vanhuksilla. Linjakummun ym. (2004, 4852–4854) mukaan sedatiivisten lääkkeiden suurkuluttajia ovat erityisesti vanhemmat naiset. Lääkkeen sedatiiviset vaikutukset, kuten uneliaisuus ja tokkuraisuus, voivat kuitenkin sekoittaa sairauden oireisiin ja muihin hoitoihin.

Lääkkeiden yhteisvaikutukset ovat ongelmallisia. Jopa 10 lääkkeen kokonaisuuden hallinta yhteisvaikutuksineen on lääkärille haaste. Näin monia lääkkeitä käyttävälle vanhukselle koineellinen annosjakelu on hyvä vaihtoehto. Se kuitenkin edellyttää lääkärin määräystä. (Snellman 2007, 2527.) Tulisi myös miettiä voidaanko yhteisvaikutusten aiheuttamaa haittaa ikääntyneelle vähentää lisäämällä liikuntaa, muuttamalla ravintotottumuksia, lisäämällä vuorovaiikutusta tai suunnittelemalla päiväohjelma huolellisesti (Ritmala-Castrén 2006.) Linjakumpu ym. (2004, 4854) ehdottavat lääkkeiden pisteytystoimintoa sähköisiin sairauskertomusjärjestelmiin, jotka hälyttäisivät tietyn pistemäärän ylittyessä. Monilääkityksen purku vähentäisi myös siihen liittyvää sedatiivisuutta.

Tietoturva ja tiedonkulun katkeaminen on yksi keskeisimmistä hoitoon liittyvien haittatapah- tumien ja jopa hoitokuolemien perussyistä. Potilasta hoitavalle terveydenhuollon ammatti-

henkilölle tulee taata kattava tiedonsaanti potilaan hoitoa koskevista asioista. Vaitiolovelvollisuus takaa potilaalle riittävän tietosuojan. Oman ongelmansa ja uhkansa hoidon turvallisuudelle muodostavat prototyyppeinä käyttöönotetut tietojärjestelmät, joista puuttuu käyttäjäystävällisyys sekä luotettavuus. Siten ne luovat uhan potilasturvallisuudelle. (Snellman 2007, 2527.)

4.3 Kotihoito ja asiakkaiden lääkehoito

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskuksen vuonna 2007 julkaiseman ikäihmistien hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi kotihoidon asiakasmäärät ovat raportin mukaan lisääntyneet. Myös henkilöstön määrä kasvoi kahdeksan prosenttia vuodesta 2000. Henkilöstön rakenne on muuttunut kotihoidossa niin, että sekä perus- että lähihoitajien ja sairaanhoitajien osuudet ovat kasvaneet. (Voutilainen 2007, 4.) Kotihoidossa niin tehtävät kuin organisaatiotkin ovat muuttuneet merkittävästi. Työn luonne on muuttunut kodin hoidosta asiakkaan hoidoksi. Myös lapsiperheiden auttaminen on vähentynyt voimakkaasti. (Voutilainen 2007, 47.)

Stakesin laatusuosituksen keskeinen tavoite on, että mahdollisimman moni ikääntynyt voi elää itsenäisesti omassa kodissaan. Tätä tuetaan nopeasti saatavilla, ammattitaitoisesti tuotetuilla sosiaali- ja terveystieteiden palveluilla. Hoidon tulee olla asianmukaista ja kunnioittaa asiakasta. Säännöllisessä kotihoidossa suurin asiakasryhmä ovat 75–84-vuotiaat, mutta palveluita kohdennetaan yhä enemmän 85 vuotta täyttäneille. 75 vuotta täyttäneistä vajaa 90 prosenttia asuu kotona. Osuus on pysynyt koko 2000-luvun lähes samansuuruisena. Ikääntyneiden keskeisiä sosiaali- ja terveystieteiden palveluja ovat muun muassa kotipalvelu, kotisairaanhoido, ikääntyneille tarkoitettu palveluasuminen ja vanhainkotihoito. Kotipalvelua saavat asiakkaat ovat yhä iäkkäämpiä, mutta myös huonokuntoisempia. Yhä useampi saa samalla käynnillä sekä kotipalvelua että kotisairaanhoidoa. (Voutilainen 2007, 29–36.)

Kotisairaanhoidoa saavan asiakkaan lääkehoidon toteuttaminen on asiakkaan, omaisten, lääkärin, kotisairaanhoidajan ja lähihoitajan yhteistyötä. Useimmiten asiakas saa lääkitystään koskevan informaation kotisairaanhoidajalta, joka ohjaa ja neuvoo myös omaisia ja lähihoitajia. (Nurminen 2006, 594.) Magerin (2007, 151-152) mukaan yksi suurimmista lääkehoidon ongelmista kotilääkityksessä on useiden lääkkeiden yhtäaikainen käyttö. Yhdeksi ongelmaksi tässä hän nostaa lääkkeiden yhteisvaikutukset. Myös useamman kuin viiden lääkkeen ottaminen saattaa olla hämmentävää ja näin ollen lisää lääkitysvirheen riskiä. Kotona tapahtuvan lääkehoidon suurimpia poikkeamia ovat esimerkiksi asiakkaalle määräämättömän lääkkeen ottaminen, väärä annos, lääkkeiden ottamatta jättäminen, lääkkeen väärä käyttämisaika, ylimääräisen annoksen ottaminen, lääkkeen lopettaminen jälkeinen käyttäminen, lääkkeen ottaminen väärää annostelureittiä ja väärä annostelu.

Dosetti on hyödyllinen apuväline kotihoidon asiakkaan lääkityksessä varsinkin ikääntyneiden lääkehoidossa. Virheen riski kuitenkin kasvaa, kun asiakas joutuu ottamaan monta lääkettä useana kertana päivässä. Jos ikääntyneen kotona on samassa paikassa sekä dosetti että lääkepurkit, hän voi huomaamattaan ottaa lääkkeitä kummastakin paikasta yhtä aikaa. Virheitä sattuu myös silloin, kun lääkäri tekee muutoksia asiakkaan lääkitykseen eivätkä uudet lääkkeet tule jaetuksi dosettiin tai sieltä löytyy vielä vanhoja jo lopetettuja lääkkeitä. (Mager 2007, 154–155.)

Pietikäisen (2004) Pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli tutkia lääkehoidon edellytyksiä, lääkkeiden käsittelyä, lääkehoidon toimintaa sekä työntekijöiden yhteistyötä asiakkaan ja hänen omaisensa tai läheisensä kanssa kotihoidossa. Tutkimuksessa tarkasteltiin kotihoitohenkilöstön näkemystä omasta työstään ja työyksikkönsä käytännöistä lääkehoidossa. Tällä tutkimuksella haettiin tietoa kotihoidon lääkehoidon nykyisistä toimintatavoista.

Tutkimusaineisto kerättiin kotihoidon työntekijöiltä (n=160) viidessä maaseutukunnassa ja kahdessa kaupungissa puolistruktudoidulla kyselylomakkeella. Työntekijät olivat sairaan- ja terveydenhoitajia, perus- ja lähihoitajia, kodinhoitajia ja kotiavustajia. Vastauksista ilmeni lähes koko henkilöstön olevan sitä mieltä, että kotihoidossa lääkehoidon työnjako oli sovittu. Heidän mielestään lääkehoitoon oli varattu riittävästi aikaa ja tiedonsaanti asiakkaan lääkähoidosta oli vaivatonta ja nopeaa. Alle puolet vastaajista toi ilmi, että työyksikössä oli sovittu miten omaisia ja muita läheisiä tuetaan lääkehoidossa. Kunnissa lääkehoidon koulutus koettiin riittävämmäksi sekä työyksikössä olevan enemmän lääkehoidon osaamisen arviointia ja suunniteltu virheiden seuranta kuin kaupungeissa. Kaupungeissa taas koettiin tiedonsaanti asiakkaan lääkehoidossa vaivattomammaksi ja nopeammaksi. (Pietikäinen 2004, 48–50.)

Kyselyyn vastanneista runsas puolet suunnitteli usein lääkehoitoa yhdessä asiakkaan kanssa. Yli kolmasosa vastaajista kysyi asiakkaan oman halun lääkehoitoon ja asetti kirjalliset tavoitteet lääkehoidolle. Neljännes kotihoidon työntekijöistä suunnitteli lääkehoitoa omaisten kanssa ja useimmin työntekijä oli sairaan- tai terveydenhoitaja. Kolme neljäsosaa työntekijöistä etsi asiakkaan kanssa hänen omatoimisuutta lisääviä ratkaisuja lääkehoidossa. Vain neljännes vastaajista rohkaisi omaisia osallistumaan lääkehoitoon. (Pietikäinen 2004, 64–65.) Poikkeamia kotilääkityksessä voidaan vähentää antamalla asiakkaalle ja hänen omaisilleen tietoa hänen lääkityksestään. Asiakkaalta voidaan myös yrittää karsia turhia lääkkeitä pois sekaannuksien välttämiseksi. Hänelle voidaan myös tehdä selkeä lääkelista. Tärkeää on myös yhteistyö apteekin henkilökunnan ja kotihoidon välillä sekä dosetin oikean käytön opettaminen. (Mager 2007, 154–155.)

4.4 Lääkehoito ja turvallisuus

Jos potilaan terveyden säilyttämiseen tai sairauden hoitoon käytetään lääkettä, voidaan käyttää käsitettä lääkehoito. Lääkehoito on potilaan, lääkärin, hoitohenkilökunnan ja apteekin henkilökunnan yhteistyötä. Lääkehoitoon liittyvä turvallisuus on potilasturvallisuuden kannalta keskeisessä asemassa. Turvalliseen lääkehoitoon kuuluu kaksi osa-aluetta. Ensimmäinen liittyy lääkevalmisteen farmakologisiin ominaisuuksiin, niiden tuntemiseen sekä laadukkaisiin lääkkeisiin. Tätä osaa kutsutaan myös nimellä lääketurvallisuus. Toinen turvallisuuden osa-alue liittyy lääkkeiden käyttöön ja hoitojen toteuttamiseen. Tätä voidaan kutsua lääkitysturvallisuudeksi. (Veräjänkorva ym. 2006, 16.)

Lääkehoidon turvallisuus on osa potilasturvallisuutta ja hoidon laatua. Se on kokonaisuus, johon liittyy sekä teknisiä että inhimillisiä tekijöitä. Toimiva organisaatiokulttuuri edistää lääkehoidon turvallista toteutusta, joten hoitohenkilökunnan oikeusturvan kannalta onkin tärkeää, että organisaation hoitoprosessit on suunniteltu sellaisiksi, että virheitä tapahtuu mahdollisimman vähän. Terveystieteiden ammattihenkilö on myös itse velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan. (Suikkanen 2008, 7.)

Lääkehoidon toteutuminen on keskeinen osa potilaan hoitoa. Onnistunut lääkehoito edellyttää lääkeaineiden mekanismien, niiden haittavaikutusten ja lääkeaineiden vaiheiden elimistössä tuntemista. Lääkintöhallituksen yleiskirjeellä (1929/1987) pyritään edistämään ja ylläpitämään lääketurvallisuutta määrittelemällä mm. menettelytapoja, joiden avulla sairaalan lääkehuolto voidaan järjestää asianmukaisesti. Yleiskirjeen mukaan lääkkeen voi antaa erityisissä tapauksissa (infuusio- ja injektioneesteet) vain tehtävään koulutettu ja riittävästi kokemusta omaava tereydenhuollon ammattilainen, jolle johtava lääkäri on antanut oikeuden edellä mainittujen lääkekuurojen antamiseen. Sairaalat päättävät itse miten soveltavat yleiskirjeen ohjeita. (Mattila & Isola 2002, 3884–3887.)

Erään lääkehoidon toteuttamista koskevan tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa sairaanhoitopiirien erilaista käytännöistä, koskien terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeutta lääkehoitoon erityistapauksissa (infuusio- ja injektioneesteet) ja verensiirtoon. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla sairaalat voivat arvioida omaa käytäntöään ja kehittää sitä. Tutkimukseen osallistui 57 osastonhoitajaa 19:stä eri sairaanhoitopiirin alueesta. Vastaajista 25 % oli anestesiyksiköistä, 22 % kirurgisilta vuodeosastoilta, 25 % sisätautien vuodeosastoilta ja 28 % teho-osastoilta. Vastaajista 22 % oli yliopistosairaaloista ja 78 % keskussairaaloista. Eri yksiköissä oli käytössä erilaisia tapoja lupa-asioiden järjestämiselle. Muutamista yksiköistä puuttui kirjallinen lupakäytäntö annettaessa lääkkeitä erityisissä tapauksissa. Valtaosa ilmoitti että lääkkeiden anto oli ohjeistettu sairaalassa. Kirjallinen lupa oli 95 % :ssa yksiköistä. Tämän tutkimuksen mukaan 32 % oli tyytymättömiä nykyiseen järjestelmään, joka koski oikeutta

lääkehoitoon erityistapauksissa (infuusio- ja injektioneesteet) ja verensiirtoon. (Mattila & Isola 2002, 3884–3887.)

Erilaiset lääkehoitoon liittyvät tekniikat, kuten perifeerisen kanyylin laitto, lääkkeiden antaminen laskimoon ja epiduraalitalaan, tulisi opettaa peruskoulutuksen yhteydessä. On tärkeää huomata, että olennaisempaa kuin ”tempu” on tieto lääkkeistä ja niiden vaikutuksista ja kyky toimia ennalta yllättävissä tilanteissa. Mitä vähemmän lääkehoitoon liittyvää peruskoulutusta ammattihenkilöllä on, sitä tarkemmin pitäisi määrittää lääkkeet, joiden kanssa asianomainen voi olla tekemisissä. (Mattila & Isola 2002, 3884–3887.)

Edellä mainitun tutkimuksen avulla ei saatu riittävää käsitystä sairaanhoitajille annetun lääkehoidon opetuksen sisällöistä. Jatkossa olisikin tarpeellista tutkia yksityiskohtaisemmin sairaalassa tapahtuvan lääkehoidon opetuksen sisältöä. Laatujärjestelmien luominen ja tarkastelu on tällä hetkellä keskeistä terveydenhuollossa ja se on yksi prosessi, jota kannattaa tutkia ja kehittää. (Mattila & Isola 2002, 3884–3887.)

Potilasturvallisuuden kehittäminen on yksi terveydenhuollon kehittämiskohteista sekä kansallisesti että kansainvälisesti. World Alliance for Patient Safety toimii World Health Organization (WHO) - järjestön alaisuudessa ja tekee kaikissa jäsenmaissa töitä potilasturvallisuuden puolesta. Suomen Valtion teknillinen tutkimuskeskus (VTT) on kehittänyt sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän (HaiPro). HaiPro on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu ja se on käytössä yli 30 sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Potilasturvallisuuden tulee olla hoitotyön keskeinen eettinen arvo ja näin ollen sen tulee näkyä kaikessa hoitotyön päätöksenteossa. Hoitotyön menetelmien kehittymisen kannalta, lääkehoidon turvallisuuden tutkiminen ja lääkityspoikkeamien analysointi ovat tärkeitä tutkimusalueita. Terveydenhuollon prosessien kehittyminen turvallisemmaksi lisää myös väestön terveyttä. (Suikkanen 2008, 7–8.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön opas (2006) sekä opetusministeriön Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon -muistio (2006) velvoittavat ammattikorkeakouluja yhdenmukaistamaan lääkehoidon opetusta, jotta valmistuvien lääkehoito-osaaminen vastaisi sille asetettuja vaatimuksia. Opetuksessa käytettävien lääkehoidon käsitteiden tulee pohjata Stakesin ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohdon julkaisemaan potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanastoon. (Veräjänkorva, Palta & Erkkö 2008, 6–9.) Sanastossa määritellään keskeiset potilasturvallisuuteen liittyvät käsitteet. Sanasto toimii tukena potilasturvallisuusasioista puhuttaessa ja kirjoitettaessa. Nimensä mukaisesti sanasto on jaettu kahteen osioon: potilasturvallisuuden määritelmiin ja lääkehoidon turvallisuuden määritelmiin. Potilasturvallisuusosiossa käsitellään muun muassa seuraavia asioita: potilasturvallisuus, poikkeama, vaaratapahtuma, haittavaikutus ja potilasvahinko. Lääkehoidon turvallisuutta käsittelevässä osiossa määritellään muun

muassa seuraavat asiat: lääketurvallisuus, lääkityspoikkeama, lääkkeiden oikea käyttö ja lääkehoidon vaaratapahtuma. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2006, 5–10.)

Lääkehoidon turvallisuuden opettamisessa laskentataitoja on tutkittu eniten ja tulokset ovat kansainvälisesti katsoen samanlaiset kuin Suomessa. Peruslaskutaidot ovat heikot koulutukseen tultaessa eivätkä motivaatio tahdo aina riittää pitkäkestoiseen harjoitteluun. Saatuja tutkimustuloksia on syytä käyttää opetuksen ja oppimisen kehittämiseksi. Lääkehoitoa opettavat hoitotyön opettajat tarvitsevat myös täydennyskoulutusta, jossa voidaan paneutua lääkehoidon opetukseen liittyvään problematiikkaan. (Veräjänkorva, Palta & Erko 2008, 6-9.)

Työnantajan tehtävä on arvioida ja määrittää tapauskohtaisesti opiskelijan tehtävät lääkehoidon osalta kesäsjaisuuksissa. Hän on siis juridisesti vastuussa lääkehoidon turvallisesta toteuttamisesta. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) suosittaa Suomen Terveysministeriön vuonna 2006 julkaiseman Turvallinen lääkehoito -oppaan mukaisia käytäntöjä lääkehoidossa. Oppaan mukaan kaikkien lääkehoitoa toteuttavien toiminta- ja työyksiköiden tulee tehdä lääkehoitosuunnitelma, joka toimii käytännön työvälineenä lääkehoitoa toteutettaessa. Suunnitelman tulee sisältää muun muassa eri ammattihenkilöiden vastuut, velvollisuudet ja työnjako. (Wilskman 2007; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Työnantajan velvollisuus on tapauskohtaisesti arvioida riittävätkö opiskelijan valmiudet työyksikön lääkehoidon toteuttamiseen. Työnantajan on täten määriteltävä opiskelijan rajat lääkehoidon osalta. Työntekijällä ja myös opiskelijalla on velvollisuus ilmoittaa työnantajalle, jos hän ei hallitse hänelle annettua tehtävää. Opiskelijalla ei ole itsenäistä ammatinharjoittamisoikeutta, vaan hänen tulee toimia laillistetun ammattihenkilön johdon ja valvonnan alaisena. Opiskelijaa tulee ohjata ja valvoa riittävästi potilasturvallisen ja laadukkaiden palvelujen turvaamiseksi. (Wilskman 2007).

4.5 Lääkelaki ja lupakäytännöt lääkehoidossa

Yksi tärkeimmistä lääkehoidon turvallisuutta lisäävistä tekijöistä on lääkelaki. Lääkehuollon valvonnasta vastaa Sosiaali- ja terveysministeriö. Sen alaisena toimii Lääkelaitos, joka valvoo lääkkeiden valmistusta ja jakelua. Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto taas kokoaa ja arvioi lääkehoitoa koskevaa tietoa. (Veräjänkorva ym. 2006, 21.) Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ohjaa ja neuvoo terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja yksiköiden toimintaa. Toiminnan tavoitteena on potilasturvallisuuden varmistaminen, oikeusturvan toteutuminen ja palvelujen laatu terveydenhuollossa. (www.valvira.fi 2009.)

Läkelain tarkoituksena on ylläpitää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta sekä tarkoituksenmukaista käyttöä. Sen tarkoituksena on myös varmistaa lääkkeiden asianmukainen valmistus ja saatavuus. Laki koskee lääkkeitä, niiden valmistusta, maahantuontia, jakelua ja myyntiä sekä edellä mainittua toimintaa harjoittavia tahoja. Laissa otetaan kantaa myös lääkkeiden valmistukseen, myyntiin, rekisteröintiin sekä erilaisten tahojen kuten apteekkien rooliin lääkkeiden käsittelyssä. (www.finlex.fi 1987.)

Lääkehoitosuunnitelmassa tulee määritellä lääkehoidon tilanteet, joissa peruskoulutukseen sisältyvien lääkehoidon opintojen lisäksi edellytetään lääkehoidon toteuttamiseen oikeuttavaa lupaa. Lääkehoitoon oikeuttavat luvat pidetään työyksikössä kaikkien helposti saatavilla lääkehoidon sujuvuuden edistämiseksi. Työntekijöillä tulee olla myös kopiot saamistaan voimassa olevista luvista. Suonensisäisen ja muun vaativan lääkehoidon toteuttamisen osaaminen tulee varmistaa työyksikössä säännöllisin väliajoin, esimerkiksi 2–5 vuoden välein riippuen toteutettavan lääkehoidon vaativuudesta. Myös ihonsisäisten injektioiden ja rokotteiden antaminen edellyttää osaamisen varmistamista, kirjallista lupaa ja tarvittaessa lisäkoulutusta. Lähihoitajien kohdalla myös injektioiden antamiseen ihon alle ja lihakseen edellyttää osaamisen varmistamista, tarvittaessa lisäkoulutusta ja kirjallista lupaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

4.6 Lääkehuolto

Lääkehuollon tavoitteena on turvata väestölle tarpeellisia lääkkeitä kohtuuhintaan. Kustannuksia korvataan sairausvakuutusjärjestelmän kautta. Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut asiakirjan lääkepolitiikasta ulottuvaksi vuoteen 2010. Sen tarkoituksena on turvata kaikkien lääkkeiden saanti asuinpaikasta riippumatta. Tavoitteena on myös huolehtia lääketurvallisuudesta pitämällä huolta lääketutkimuksesta sekä rationaalisesta lääkkeiden määräämisestä ja käytöstä. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen 2006, 13–14.)

Lääkkeiden kulutus on Suomessa lisääntynyt viimeisten vuosikymmenien aikana. Kulutusta voidaan selittää sairauksien hoitoon liittyvän tiedon lisääntymisellä sekä turhien lääkkeiden käytöllä. Lääkkeiden lisääntynyt käyttö aiheuttaaakin merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle ja kansantaloudelle. Geneerinen substituuatio eli lääkevaihto, joka otettiin käyttöön vuonna 2003, laski lääkekuluja. Kustannukset ovat nyt kuitenkin jatkaneet nousuaan. (Veräjänkorva ym. 2006, 14–15.)

Koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella lääkehoidon toteuttamisluvan saaneilla ammattihenkilöillä tulee olla tarvittavat tiedot ja taidot lääkehoidon toteuttamiseen. Lääkemääräys on ymmärrettävä oikein ja lääkkeen käyttöön, vaikutuksiin, haittavaikutuksiin ja interaktioihin tulee tutustua ennen lääkkeen antoa asiakkaalle. Lääkehoidon toteutuminen ja vaikuttavuus on aina dokumentoitava. Asiakkaan on hyvä tietää lääkkeen käyttötarkoitus, sen vaiku-

tukset ja haittavaikutukset. Asiakas voi myös kieltäytyä lääkärin määräämästä lääkehoidosta ja saada vaihtoehtoista lääketieteellistä hoitoa. (Nurminen 2006, 586–587.)

Lääkkeitä säilytetään kotioiloissa yhä enemmän. Turvallisin paikka lääkkeiden säilyttämiseen kotona on lukittava lääkekaappi, joka on sijoitettu kuivaan huoneenlämpöiseen tilaan. Monien lääkevalmisteiden säilyvyys huononee kosteuden, kuumuuden, auringonvalon ja ilman hapen vaikutuksesta. Lääkkeet tulisi säilyttää alkuperäispakkauksissaan apteekista saatujen tai pakkauksissa olevien ohjeiden mukaisesti. Reseptilääkkeiden ohjeliuskat on säilytettävä kiinni pakkauksissa, jotta varmistutaan oikeasta annoksesta. Lääkekaapin tulisi tarkistaa vähintään kerran vuodessa. Vanhentuneet ja käyttämättä jääneet lääkkeet toimitetaan takaisin apteekkiin, josta ne viedään ongelmajätelaitokselle hävitettäväksi. Vanhentuneen lääkevalmisteen lääkeaine saattaa muuttua kemiallisesti, jolloin se ei ole enää yhtä tehokas tai siitä saattaa tulla myrkyllistä. (Nurminen 2006, 595–596.)

4.7 Haittavaikutusten ja poikkeamien seuranta

Lääkehaitta on potilaalle aiheutunut haitta tai vamma, joka liittyy lääkkeen epätarkoituksenmukaiseen käyttöön. Lääkityspoikkeamalla taas tarkoitetaan tapahtumaa, joka liittyy lääkkeen epätarkoituksenmukaiseen käyttöön tai potilaan vahingoittumiseen. Poikkeama voi syntyä lääkehoidon kaikissa vaiheissa: määräämisessä, käsittelyssä, koostumuksessa, jakelussa, käyttökuntoon saattamisessa, neuvonnassa, käytössä tai seurannassa. Se voi tapahtua vahingossa tai tarkoituksellisesti, suurin osa poikkeamista on kuitenkin rutiininomaisia. Poikkeamat voivat johtua muun muassa hoitoympäristöstä johtuvista syistä, kuten kunnollisten tilojen puutteesta, häiriötekijöistä, työskentelyn keskeytymisestä, lääkemääräysten epätarkkuudesta sekä puutteellisesta perehdyttämisestä. Yleisemmällä tasolla ongelmat syntyvät henkilökunnan vähydestä ja potilaiden suuresta määrästä. Toisaalta poikkeamat voivat johtua hoitajien puutteellisista tiedoista ja taidoista. Poikkeaman synonyyminä käytetään usein sanaa virhe, jolla on kuitenkin negatiivinen sävy ja se on merkitykseltäänkin paljon suppeampi. (Veräjänkorva ym. 2006, 16–17.)

Hoitovirheellä tarkoitetaan tekoa tai laiminlyöntiä, joka on aiheuttanut potilaalle vahinkoa. Läheltä piti -tilanteella taas tarkoitetaan vaaratapahtumaa, josta on ollut potilaalle uhlaavaa vaaraa, mutta se on onnistuttu estämään ajoissa. Sähköinen sairaskertomus on osaltaan vähentänyt poikkeamia, sillä siinä päästään eroon epäselvästä puheesta johtuvista poikkeamista ja vähennetään epäselviä lääkemääräyksiä. (Veräjänkorva ym. 2006, 99–101.) Poikkeamien ja läheltä piti -tilanteiden systemaattiseen dokumentointiin tulisi luoda järjestelmä jolla niiden syntymistä voitaisiin estää. (Veräjänkorva ym. 2006, 98.)

Sairaanhoitajilla on avainrooli potilasturvallisuudessa ja yhtenä osana tätä on vastuu oman työn suunnittelusta, sen toteuttamisesta ja arvioimisesta. Poikkeamia sattuu lääkkeen määräämisessä, dokumentoinnissa, annostelussa ja jakelussa. Poikkeamia tapahtuu myös seuraavissa tilanteissa: potilas saa väärän nimisen lääkkeen, annostelu on väärä, lääke sekoitetaan vääränlaiseen infuusionesteeseen, lääke on laimennettu väärin sekä päällekkäisten lääkkeiden turha käyttö. Virheiden hallinta perustuu virheiden välttämiseen, havaitsemiseen ja seurausten hallintaan kehitettyihin käytäntöihin. Nämä käytännöt voivat perustua sekä ohjeistettuihin toimintamenetelmiin että koulutuksen ja kokemuksen kautta kehittyneisiin hyviin toimintatapoihin. Terveysturvallisuudessa tulisi soveltaa toistoprotokollaa suullisesti annetuissa lääkemääräyksessä: vastaanottaja kuittaa määräyksen toistamalla sen sanasta sanaan. Näin oikein kuuleminen ja ymmärtäminen voidaan varmistaa. Lääkehoidollista suullista viestintää on esimerkiksi opiskelijoiden ohjauksessa. (Kinnunen & Helovuori 2009, 16–17; Straight 2008, 29.)

Potilaat odottavat, että heille kerrotaan lääkitysvirheistä. Sen sijaan läheltä piti -tilanteista tai poikkeamista, joista potilas ei ole kärsinyt, ei yleensä ole tarpeen kertoa. Ulkonäöltään ja nimiltään samankaltaiset lääkevalmisteet lisäävät virheen mahdollisuutta. Myös lääkkeiden sijoittelu lääkekaappiin aakkosjärjestyksen mukaisesti lähekkäin altistaa virheille. Lääketuotteiden jatkuva vaihtuminen ja muuttuminen vaarantavat lääkitysturvallisuutta. (Straumanis 2007, 38–43; Beyea 2007, 861–863.)

Straightin (2008, 29) mukaan poikkeamien vähentämisessä erittäin tärkeää on tiedon saatavuus ja sen oikea käyttö lääkkeitä annosteltaessa ja jaettaessa potilaille. Hän korostaa myös teknologian merkitystä tiedon hankkimisessa ja potilasturvallisuuden lisäämisessä. Hoitajat ovat tietämättömiä lääkkeiden yhteisvaikutuksista eivätkä tunne antamiaan lääkkeitä ja niiden mahdollista vaikutusta potilaaseen. Straight (2008, 29) mainitsee myös kulujen vähentämisen lääkepoikkeamien harvenemisen myötä, jolloin resursseja voidaan suunnata myös muille alueille. Sairaanhoitajalla on myös eettinen velvollisuus hyödyntää saamaansa informaatiota potilasturvallisuuden varmistamiseksi (Straight 2008, 30). Lääkehoidossa tapahtuvat poikkeamat ja virheet lisäävät potilaan hoitoaika, kustannuksia, potilaiden kärsimyksiä ja kuolemia. Suuri osa poikkeamista ei kuitenkaan aiheuta potilaalle vahinkoa tai ne huomataan tarpeeksi aikaisin. (Suikkanen 2008, 11.)

On tutkittu lääkityspoikkeamiin yhteyksissä olevia tekijöitä. Ne liittyivät työn hallintaan, työn organisointiin, tiedonkulkuun ja lääkkeisiin liittyviin tekijöihin. Työn hallintaan liittyvinä tekijöinä on mainittu tunne puutteellisesta työtehtävien hallitsemisesta, äkillinen toimiminen vieraassa työympäristössä ja työuran alkuvaihe. Työn organisointiin liittyvinä tekijöinä on mainittu työntekijän ylikuormittuminen työssään, työrauhan puute, ulkoa muistettavat toimintaohjeet ja opiskelijoiden työn valvonta. Tiedonkulun ongelmina ovat tietojärjestelmien hallinta ja siihen liittyvät epäselvyydet. (Suikkanen 2008, 44.)

Terveysthuollon hoitoprosessit ovat monimutkaisia ja erehtymisen mahdollisuus on aina olemassa. Potilasturvallisuuteen panostaminen tulisikin suunnata organisaation prosessien systemaattiseen arviointiin eikä yksittäisen työntekijän toimintaan. Lääkityspoikkeamien ennaltaehkäisyssä tulee kiinnittää huomiota organisaation työprosessin jatkuvaan kehittämiseen. Työntekijän syyllistäminen tapahtuneen virheen jälkeen ei yleensä estä muita tekemästä samaa virhettä myöhemmin eikä tee työprosessista turvallisempaa. Lääkehoidon turvallisuutta parantaa turvallinen työyhteisö, jossa uskalletaan kysyä neuvoa ja huomauttaa toisen tekemästä virheestä. Hyvä, välitön kommunikointi työryhmän kesken on yksi tärkeimmistä tekijöistä potilasturvallisuuden lisäämisessä. (Suikkanen 2008, 13-14.)

4.8 Dokumentointi ja tiedonkulku

Lääkehoidon kirjaamisprosessin suunnittelu ja kirjaamisen toteuttaminen ovat keskeinen osa työyksikön lääkehoitosuunnitelmaa. Tärkeää on kiinnittää erityistä huomiota asiakirjoihin tehtäviin lääkehoitomerkitöihin ja lääkäriä konsultoitaessa siihen, että merkinnät ja tapahtumajätkä on merkitty asiakirjoihin täsmällisesti. Myös lääkehoidon vaikutuksen arviointi tulee kirjata huolellisesti. Lääkehoitosuunnitelmassa kiinnitetään huomiota siihen, että potilasturvallisuus on taattu pitämällä lääkelista ajantasalla allergiat, interaktiot ja lääkepäällekkäisyydet huomioon ottaen. Lääkelistan oikeellisuus tulee olla varmistettu. (Sosiaali- ja terveystministeriö 2006.) Korhosen ja Hartikaisen (2009, 60–62) mukaan potilaan käydessä lääkärin vastaanotolla lääkärin tulisi tehdä potilaan lääkelistaan tarvittavat muutokset. He myös pohtivat voisiko sairaanhoitaja päivittää listan potilaan käydessä sairaanhoitajan vastaanotolla. Ongelmana on, että lääkemääräykset eivät päivitty automaattisesti sairauskertomukseen puhumattaan yksityisten lääkäreiden kirjoittamista lääkemääräyksistä.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin Lääkehoidon kirjaaminen -projektin kirjaamisprosessin kuvaus -työryhmän yhteistyönä on tehty raportti, johon on koottu hoitotyöntekijöiden käyttäjävaatimuksia lääkehoidon sähköiselle kokonaisnäkyville osaksi potilaskertomusjärjestelmää. Raportissa esitetyt käyttäjävaatimukset eivät kata koko lääkitysosion käyttäjävaatimuksia. Työntekijöiden käyttäjävaatimuksia kuvasivat seuraavat asiat: lääkitysosion tulee olla selkeä, helppokäyttöinen ja potilasturvallinen. Olennaista on nähdä potilaan lääkityksen kokonaistilanne ensisilmäyksellä. Lääkitysosion tulee näkyä potilaan reaaliaikainen kokonaislääkitys. Samalla tulisi näkyä lääkityksen muutokset, lääkkeiden annostuksen vaihtelut ja mahdolliset suunnitellut lääkitykset. (Martikainen & Silvennoinen 2006, 5.)

Hoitotyön kirjaamisen tulee perustua näyttöön niin, että asiakkaat saavat asiakirjoista luotettavaa tietoa hoitoaan koskien, hoidosta karsiutuvat tehottomat auttamiskeinot, sekä asiakkaan että henkilökunnan voimavarat kohdistetaan oikein ja suullisesta sekä muistinvaraisesta

tiedosta päästään eroon. Lääkitystiedot tulee kirjata potilaskertomusjärjestelmään sovitulla tavalla ja sovitussa muodossa lääkemääräyslomakkeeseen. Lääkitystietojen kirjaaminen täytyy olla mahdollista järjestelmän eri osista kuten hoitokertomuksesta käsin. On tärkeää, että lääkitystiedot kirjataan sekä tallennetaan vain kerran ja kaikki tiedot yhteen paikkaan. Näin kaikki tietoa tarvitsevat työntekijät voivat luottaa lääkitysosion tiedon paikkansapitävyyteen. Järjestelmän eri osissa näytettävän lääkitystiedon on oltava ajan tasalla ja samaa tietoa kaikkialla missä sitä näytetään. (Martikainen & Silvennoinen 2006, 5; Hallilla (toim.) 2005, 13.)

Jokaisen kotihoidon asiakkaan kotona tulee olla ajankohtainen lääkelista, jossa on lääkkeiden nimet, käyttötarkoitus, annos ja antoajankohta. Listaan tulee merkitä myös asiakkaan lääkityksestä vastaavan lääkärin nimi ja päivämäärä, jolloin lääkityksen tarkoituksenmukaisuus on viimeksi tarkistettu. (Nurminen 2006, 594.) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Peijaksen sairaalassa toteutetussa Viisas oppii virheistä -projektissa seurattiin potilaiden hoitoon liittyviä virheitä neljän kuukauden ajan kymmenessä erilaisessa yksikössä. Tavoitteena seurannassa oli potilasturvallisuuden edistäminen ja virheiden huomiointi, jotta niiden esiintymistä voitaisiin jatkossa ehkäistä. (Ritmala-Castrén 2005, 26–29.)

Lääkevirheiden käsittelyn myötä on syntynyt uusia toimintatapoja, kuten lääkehoidon kirjaamisen tehostaminen. Kirjaamisessa sovittiin, että dosettiin kirjataan sen lääkevalmisteen nimi, joka löytyy osastolta, ei rinnakkaisvalmistetta. Kirjaukset dosettiin tehdään selvällä käsialalla. Lääkemääräysten käsittelyyn sovittiin yhteiset toimintatavat, joissa jokainen työntekijä vahvistaa merkitsemänsä asiat nimikirjaimillaan. Myös lääkehoidon koulutusta lisättiin projektin myötä. Projektin aikana henkilökunta on ymmärtänyt, että tarkkuutta vaativa lääkehoito tulee toteuttaa yhteisesti sovittujen käytäntöjen mukaan, jotta välttyttäisiin virheiltä. (Ritmala-Castrén 2005, 26–29.)

5 Lääkehoidon kehittämistoiminnan toteutus

5.1 Projektin aikataulu

Turvallinen lääkehoito -hanke käynnistyi tammikuussa 2008, jolloin opiskelijaosapuoli orientoitui hankkeen taustaan ja tarkoitukseen. Yhteistyö työryhmän työelämän osapuolen kanssa alkoi keväällä 2008, jolloin opiskelijat kävivät tutustumassa Keskustan kotihoidon toimipaikan tiloihin ja haastattelivat alustavasti työryhmän sairaanhoitajaa ja lähihoitajaa. Koko työryhmälle tarkoitettuja lähipäiviä oli kolme ja ne sijoittuivat syyskuusta joulukuuhun. Lähipäivissä opiskelijat esittelivät raportin etenemistä posterein. 4.9.2008 pidetyssä lähipäivässä työryhmä esitteli projektin alustavan suunnitelman ja lyhyen kuvauksen kehittämistoiminnan ympäristöstä. 29.10.2008 lähipäivänä työryhmä esitteli edistymistään muille hankkeen osallistujille

ja viimeisessä yhteisessä lähipäivässä 3.12.2008 esiteltiin työryhmän tekemät pelkistetyt kalanruotomallit lääkehoidon nykytilanteesta. Työryhmä ja Laurea-ammattikorkeakoulun edustajat allekirjoittivat yhteistyösopimuksen. Sopimuksen mukaisesti osapuolet sitoutuivat noudattamaan projektille suunniteltua aikataulua.

Varsinainen haastattelu keskustan kotihoidon lääkehoidon nykytilanteen selvittämiseksi tehtiin 4.11.2008, jolloin opiskelijat haastattelivat työryhmän sairaanhoitajaa ja lähihoitajaa. Kysymykset, joita oli 58, perustuivat Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito -oppaan lääkehoitosuunnitelman eri osa-alueisiin. Työelämän osapuoleen pidettiin yhteyttä sähköpostitse ja vierailamalla kotihoidon toimipisteessä. Projektiin sisältyi myös kolmen viikon käytännön työharjoittelu keskustan kotihoidossa. Molemmat opiskelijat suorittivat harjoittelun syys-talvella 2008.

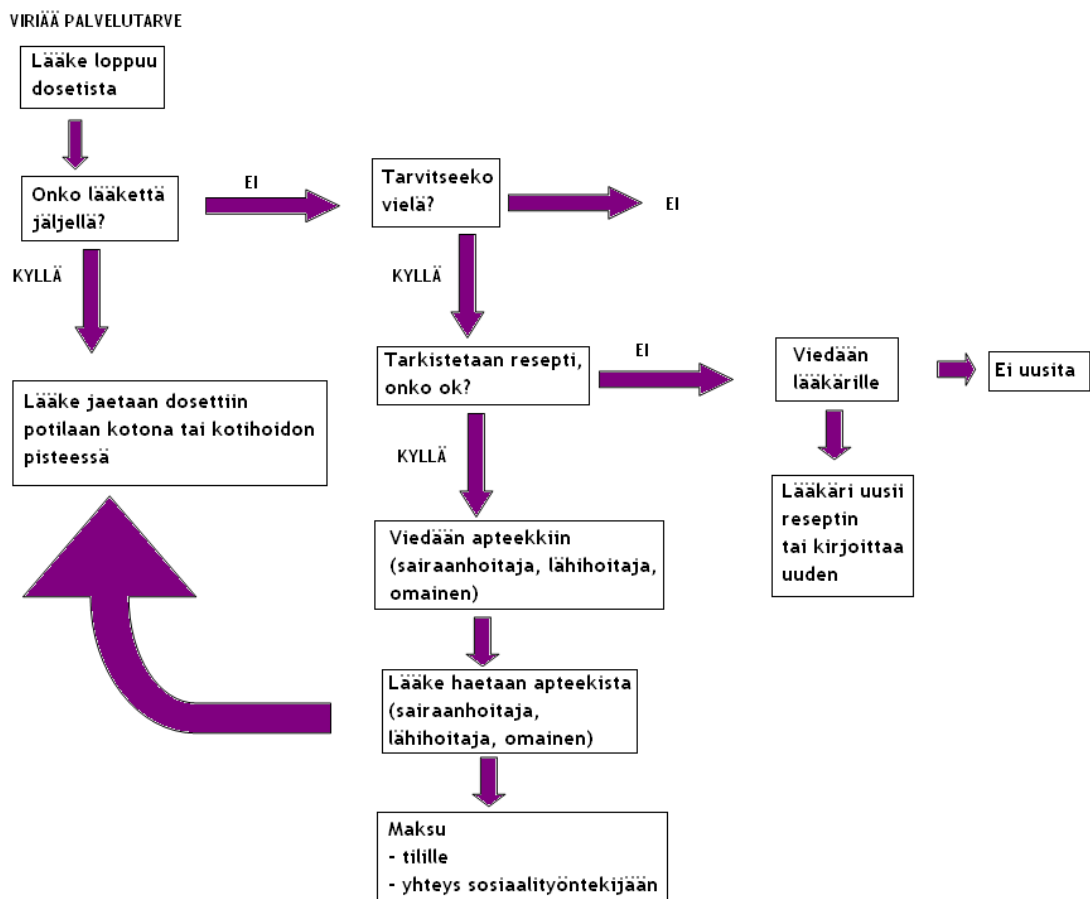
5.2 Nykytilan kuvaus

Juurruttamisen ensimmäisellä kierroksella tehtiin hiljaisesta tiedosta näkyvää ja kuvattiin keskustan kotihoidon lääkehoidon nykytila, joka oli saatu selville haastattelemalla työryhmän sairaanhoitajaa ja lähihoitajaa. Haastattelu tehtiin kotihoidon toimipisteessä. Haastattelu sisälsi 58 kysymystä ja kesti noin 40 minuuttia. Haastattelun kysymykset käsittelivät seuraavia osa-alueita: lääkehoidon sisältö ja toimintavat, lääkehoidon osaaminen, henkilöstön vastuut ja työnjako, lupakäytännöt, lääkehuolto, lääkkeiden jakaminen, potilaiden neuvonta, lääkehoidon vaikuttavuus, dokumentointi sekä palautejärjestelmät. Haastatteluaineisto litteroitiin ja ryhmiteltiin sisällönanalyysiä apuna käyttäen. Sisällönanalyysin avulla litteroidusta tekstistä etsittiin lääkehoitosuunnitelman rungon mukaisia ilmaisuja, jotka poimittiin kymmenen osa-alueen mukaisiin ryhmiin. Ryhmät pelkistettiin yksittäisiin sanoihin ja lyhyisiin ilmaisiin, jotka edelleen koottiin kahdeksi kalanruotomalliksi.

Haastattelun perusteella Turvallisen lääkehoidon- opas on ainakin työryhmän jäsenille tuttu, mutta sen pohjalta yksiköille ei ole vielä tehty omaa turvallisen lääkehoidon suunnitelmaa. Hoitajat kokevat kotihoidossa toteutettavan lääkehoidon selkeäksi ja se on pääsääntöisesti normaalia perustason lääkehoitoa. Asiakkaiden lääkkeet jaetaan kerran viikossa dosetteihin kotihoidon toimistossa tai asiakkaiden kotona. Lääkkeitä jakavat sekä sairaanhoitajat että lähihoitajat. Keskustan kotihoidossa toteutettavan lääkehoidon vaiheet (KUVIO 3) palvelutarpeen viriämisestä lääkkeiden toimittamiseen asiakkaalle ovat seuraavat: lääkkeen määrääminen, lääkkeen hakeminen apteekista, lääkekortteihin merkitseminen, lääkkeen jakaminen ja reseptin uusiminen. Kotihoito toimii yhteistyössä myös apteekin farmaseuttien, lääkärin sekä tarvittaessa sosiaalityöntekijän kanssa. Asiakas osallistuu oman lääkehoitonsa toteuttamiseen käymällä omalääkärillä, joka antaa asiakkaalle reseptin tarvittavasta lääke-

keestä. Itsenäisiä päätöksiä lääkehoidon osalta asiakas voi tehdä esimerkiksi valitessaan käsi-kauppalääkkeitä ja käyttääkö tiettyjä lääkkeitä vai ei.

Keskustan kotihoidossa lääkehoitoa saavat toteuttaa kaikki luvan saaneet, myös lähihoitajat. Osalla lähihoitajista on myös lupa pistää ihonalaisesti sekä lihakseen. Luvat injektioiden antamiseen ovat voimassa toistaiseksi. Ne voidaan perua, jos hoitajan taidot eivät ole riittävät. Saadakse luvat injektioiden antamiseen on hoitajan näytettävä lääkärille hallitsevansa toimenpiteen. Jos näytöt onnistuvat, hoitaja saa luvan antaa injektioita asiakkaille. I.v. -lupia varten sairaanhoitajat käyvät lääkärin pitämällä luennolla, jonka jälkeen heillä on aiheesta koe. Varsinaista harjoittelua suomensisäisesti annettavaan lääkehoitoon liittyen ei ole järjestetty. Keskustan kotihoidossa on noin kerran vuodessa i.v. -antibiootin antaminen asiakkaalle, joten se ei ole sairaanhoitajille päivittäinen toimenpide. Luvat on kuitenkin saatu hätätilanteita varten. Tällöin sairaanhoitajalla on valmius toteuttaa i.v. -lääkehoitoa.



KUVIO 3: Lääkehoidon prosessikuvaus (Lohjan keskustan kotihoito 2008)

Kotihoidon tiloissa säilytetään joidenkin asiakkaiden lääkkeitä, säilyttämisen tarve voi joidenkin asiakkaiden kohdalla vaihdella kunnon mukaan. Varsinaista peruslääkevalikoimaa yksikössä ei ole. Lääkkeiden hankinnasta vastaavat sairaanhoitajat ja kaikki lähihoitajat asiakkaan tarpeen ja käytön mukaan. Lääkkeet hankitaan Lohjan keskustan apteekkeista, joissa jokaisella asiakkaalla on oma tili maksua varten. Lääkkeitä säilytetään niin kotihoidon toimistolla kuin asiakkaiden kotona. Toimistolla lääkkeet säilytetään lukollisessa lääkekaapissa ja kylmässä säilytettävät lääkkeet, kuten rokotukset, lukittavassa lääkejääkaapissa. Myös muutamalle asiakkaalle on hankittu lukittava lääkekaappi; haastattelusta ei käynyt ilmi kuinka monella asiakkaalla jo on kotonaan lukittava lääkekaappi. Muuten asiakkaisen kotona olevia lääkkeitä säilytetään tarkoitukseen sopivassa kaapissa valolta suojattuna. Uusien asiakkaiden kotiin suositellaan hankittavan lukollinen lääkekaappi.

Lääkkeitä jaetaan dosetteihin sekä kotihoidon toimistolla että asiakkaiden kotona. Lääkkeitä jaettaessa ne tarkistetaan vain yhteen kertaan, joten Sosiaali- ja terveysministeriön suosittelema kaksoistarkitus ei tällä hetkellä toteudu Keskustan kotihoidon lääkehoitoprosessissa. Toimistolla tilat ovat ilmastoimattomat, mutta lääkkeiden jakoon on järjestettävissä lisävalaistusta ja rauhallinen tila. Jako tehdään joko käsin suojahansikkaat kädessä, lääkkeenjako-pinseteillä tai lääkelusikalla.

Vanhojen lääkkeiden seuranta tehdään kuukausittain käymällä asiakkaiden toimistolla olevia lääkkeitä läpi. Normaalisti sen suorittaa toinen kotihoidon sairaanhoitajista. Asiakkaiden kotiin uusia lääkkeitä hankittaessa vanhojen lääkkeiden päiväyksiä käydään läpi. Vanhat lääkkeet toimitetaan takaisin apteekkiin hävitettäväksi. Kotihoidon työntekijöillä on mahdollisuus konsultoida farmaseutteja puhelimitse.

5.3 Riskitekijät ja ongelmakohdat lääkehoitoprosessissa

Toisella juurruttamisen kierroksella nykytilan kuvausta tarkennettiin ja sairaanhoitaja esitteli valmiit mallit työyhteisölle 9.12.2008 pidetyssä palaverissa, jolloin jokaisella työyhteisön jäsenellä oli mahdollisuus tuoda esille oma mielipiteensä lääkehoidon nykytilasta ja sitoutua yhteiseen lääkehoidon kehittämistoimintaan. Kotihoidon esimies ei päässyt osallistumaan palaveriin. Palaverin seurauksena kalanruotomallia ja nykytilan kuvausta täydennettiin paremmin koko työyhteisön käsitystä vastaaviksi. Samalla kerralla käsiteltiin myös lääkehoidon mahdollisia kehittämiskohteita, joita nousi keskustelusta esiin useita. Täsmennetystä kohteesta ei kuitenkaan päästy vielä täysin yhteisymmärrykseen.

Keskustan kotihoidossa toteutettavan lääkehoidon suurimmiksi riskitekijöiksi sekä sairaanhoitajat että lähihoitajat kokevat mahdollisuuden jakaa lääkkeet väärin. Lääkekorteissa saattaa

myös olla puutteita tai merkinnät ovat vääriä. Ongelmakohtia lääkehoitoprosessissa aiheuttavat monen eri hoitajan samalle potilaalle jakamat lääkkeet sekä hoitajien vapaapäivät. Lääkehoidon toteuttamisessa ongelmaksi voi syntyä kotihoidon rajalliset aukioloajat ja näin ollen lääkkeiden epäsäännölliset antoajat. Asiakkaiden kannalta esiintyvä ongelma on lääkehoidossa ovat omaisten tai asiakkaiden itse ostamat luontaistuotteet, jotka eivät kaikki sovi lääkärin määräämien lääkkeiden kanssa. Omahoitajat puuttuvat asiaan, jos tietävät valmisteiden olevan yhteensopimaton asiakkaan omien lääkkeiden kanssa. Asiakkaalla saattaa myös olla vanhentuneita lääkkeitä, joita hoitajat eivät ole huomanneet. Ongelmana asiakkaan kohdalla saattaa olla lisäksi lääkärikäynnit useilla eri lääkäreillä, niin yksityisellä kuin kunnallisella puolella, eikä käyntejä pystytä kontrolloimaan kotihoidon puolesta.

Lääkkeiden osalta asiakas saa ohjausta ja neuvontaa sairaanhoitajalta. Lääkkeiden käytön tukena toimivat myös tuoteselosteet sekä apteekin farmaseuttien ohjeet. Joidenkin lääkkeiden kohdalla on apteekista saatavana myös kirjallisia ohjeita. Asiakkaan ymmärtäminen lääkehoidon ohjauksen ja neuvonnan kohdalla varmistetaan kysymällä asiakkaalta uudelleen kysymyksiä ohjatusta asiasta ja valvomalla lääkkeiden käyttöä.

Lääkehoidon vaikuttavuutta arvioidaan havainnoimalla asiakasta sekä tekemällä erilaisia perusmittauksia. Myös esimerkiksi turvotukset ja yleinen olotila ovat yksi keino seurata lääkkeiden vaikutusta. Sairaanhoitaja, farmaseutti ja lääkäri tekevät yhteistyötä asiakkaan voimien arvioinnissa, oireiden havainnoimisessa ja lääkkeiden yhteisvaikutusten seurannassa. Sairaanhoitaja ja lääkäri käyttävät yhteydenpitovälineenä muun muassa potilastietojärjestelmän Pegasos-postia sekä puhelinyhteyttä.

Haittavaikutuksia havaittaessa erityisesti uuden lääkkeen aloittamisen jälkeen on kirjaaminen erityisen tärkeää. Tiedot kirjataan kaikkien luettaviksi sekä potilastietojärjestelmään että kotihoidon viestivihkoon. Lääkehoidon kokonaisvaikutusta ovat arvioimassa sairaanhoitajat, lähihoitajat sekä asiakkaan omalääkäri. Lääkehoidosta vastaa osaltaan myös asiakkaan vastuuhoitaja ja apteekin farmaseuttinen henkilökunta. Koko henkilökunta ja varsinkin vastuuhoitajat pitävät yhteyttä lääkäriin asiakkaan lääkehoitoa koskien. Myös lääkäri voi pitää yhteyttä kotihoitoon. Ajankohtainen lääkehoito kirjataan kotihoidon asiakaskansioon sekä Pegasos-potilastietojärjestelmään. Myös dosetin takaa sekä lääkkeiden säilytyskorista löytyvät listat asiakkaan käytössä olevista lääkkeistä.

Asiakkaan lääkehoidon tarvetta arvioidaan tarpeen mukaan. Tärkeää olisi kuitenkin, että asiakas kävisi kerran vuodessa lääkärintarkastuksessa, jossa arvioitaisiin myös lääkkeiden asianmukaisuutta ja tarpeellisuutta sen hetkessä käytössä. Lääkelistan oikeellisuus tarkistetaan myös silloin, kun asiakas on laitoksessa tai kotiutuu sieltä takaisin kotihoidon asiakaaksi. Tietojen siirtyminen hoitopaikkojen välillä on ehdottoman tärkeää ja asiakaskansio tärkeässä

asemassa. Kansiossa siirtyy mukana myös asiakkaan lääkelista. Ongelmana on ollut Pegasok-
sessa olevan lääkelistan luettavuus hoitolaitoksessa; laitoksen koneella lääkelista saattaa
näyttää virheelliseltä.

Keskustan kotihoidossa poikkeamien seuranta tehdään täyttämällä poikkeamaseurantaloma-
ke. Lomakkeita säilytetään niille varatussa poikkeamakansiossa. Tapahtuneita poikkeamia
käydään läpi joka tiistai järjestettävässä palaverissa, jossa myös käsitellään ehdotuksia sille,
ettei poikkeamia enää kyseissä tilanteissa tapahtuisi. Palaverissa on tarkoitus etsiä ratkaisuja
tilanteeseen, ei syylistää ketään. Tapahtuneesta poikkeamasta kerrotaan sekä asiakkaalle
että asiakkaan omaisille sekä mahdollisesti soitetaan lääkärille ja kerrotaan tapahtuneesta
virheestä. Tapahtuman jälkeen asiakkaan luokse tehdään lisäkäyntejä tarpeen vaatiessa
voinnin seuraamiseksi.

5.4 Teoreettisen tiedon suhde hiljaiseen tietoon

Kolmannella tiedon käsittelyn kierroksella opiskelijat syntyivät aikaisempaan teoreettiseen
ja tutkittuun tietoon Sosiaali- ja terveysministeriön tuottaman (2006) Turvallinen lääkehoito -
oppaan lääkehoitosuunnitelman osa-alueiden mukaisesti tukemaan kehittämistoimintaa ja
tulevaa muutosta. Tarkka teoreettisen tiedon rajaaminen oli vielä tässä vaiheessa hankalaa,
sillä työryhmä ei ollut vielä päässyt työyhteisön kanssa yksimielisyyteen siitä, mikä lääkehoi-
don kehittämiskohde tulisi olemaan. Juurruttamisen neljäs ja viides kierros tullaan toteutta-
maan käytännössä seuraavan eli kolmannen Laurea-ammattikorkeakoulun Turvallinen lääke-
hoito -hankkeen puitteissa.

6 Kehittämistoiminnan tuotos

Hyvä käytäntö on toimintatapa, joka on koettu omassa toimintaympäristössään toimivaksi ja
josta on hyötyä myös asiakkaalle. Hyvä käytäntö on eettisesti hyväksyttävä ja se perustuu mo-
nipuoliseen tietoon. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämässä Hyvä käytäntö -verk-
kopalvelussa (www.hyvakaytanto.fi) on ajankohtaista tietoa erilaisista sosiaali- ja terveysalan
hyvistä käytännöistä kaikille alan työntekijöille, kehittäjille ja tutkijoille. Verkkopalvelu on
osa Sosiaaliportti-portaalia ja se on toteutettu osana Sosiaali- ja terveysministeriön rahoitta-
maa Sosiaalialan kehittämishankkeen Hyvät käytännöt -ohjelmaa. (www.sosiaaliportti.fi
2008.)

6.1 Hyvät käytänteet Keskustan kotihoidossa

Kehittämistoiminnan tuotoksena juurruttamisen kolmannella tiedon käsittelyn kierroksella poimittiin nykytilan kuvaukseen liittyen hyviä käytänteitä lääkehoidon prosessissa ja verrattiin niitä aikaisemmin esitettyyn teoreettiseen tietoon. Lähtökohtana hyvillä käytänteillä oli kotihoidon asiakkaiden mahdollisimman hyvä lääkitysturvallisuus sekä työntekijäystävälliset toimintatavat. Hyviä toimintatapoja voidaan jakaa muiden Lohjan kotihoidon yksikköjen kesken juurruttamisen neljännellä kierroksella.

Lohjan keskustan kotihoidossa toteutuva moniammatillinen yhteistyö lääkärin, apteekin ja sosiaalityöntekijän kanssa lisää lääkitysturvallisuutta ja varmistaa omalta osaltaan asiakkaan oikean lääkityksen sekä lääkehoitoon liittyvän sosiaalisen turvan. Lääkehoito on parhaimmillaan moniammatillista yhteistyötä, jossa toimivat eri ammattihenkilöt organisaatioiden rajat ylittäen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Lääkehoito on potilaan ja lääkärin sekä kotihoidon ja apteekin henkilökunnan yhteistyötä. Lääkehoitoon liittyvä turvallisuus on asiakasturvallisuuden kannalta keskeisessä asemassa. (Veräjänkorva ym. 2006, 16.)

Asiakkaan lääkitystä seurataan vähintään kerran vuodessa lääkärin vastaanotolla, jolloin käydään läpi lääkelista ja asiakkaalle tehdään peruslääkärintarkastus. Lääkehoidon tulee perustua lääkärin tekemään hyvään kliiniseen tutkimukseen ja diagnooseihin. Hoidossa tulee huomioida kaikki asiakkaan sairaudet, lääkkeet ja niiden yhteensopivuus. Säännölliset tarkastukset ja lääkityksen arviointi ovat oleellinen osa asiakkaan hoitoa erityisesti silloin, kun asiakkaalla on runsaasti lääkkeitä. Laitoshoidon aikana asiakkaan lääkekuorma yleensä kasvaa, ja viimeistään takaisin kotihoitoon palatessa on lääkityksen kokonaisuus tarkistettava. Lääkärin tehtävä on siis arvioida lääkehoidon tarve ja päättää lääkehoidon toteuttamisesta huomioiden potilaan yksilölliset lähtökohdat ja terveystarpeet. Lääkehoidon jatkamisen perusteena toimii sen vaikuttavuus. (Hartikainen & Seppälä 2007, 4762–4767; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Keskustan kotihoidon työntekijöillä on kirjalliset lääkärin myöntämät luvat injektoiden antamiseen sekä sairaanhoitajilla. Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito -opas edellyttää lääkehoidon koulutusta saaneiden nimikesuojattujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden lääkehoidon osaamisen varmistamista, perehdyttämistä tehtävään, tarvittaessa täydennys- tai lisäkoulutusta sekä työyksikössä myönnettyä kirjallista lupaa koskien injektoiden antamista lihakseen ja ihon alle. Lääkehoitoon oikeuttavat luvat pidetään työyksikössä kaikkien helposti saatavilla lääkehoidon sujuvuuden edistämiseksi. Työntekijöillä tulee olla myös kopiot saamistaan voimassa olevista luvista. Lääkehoitosuunnitelmaa tehtäessä tulisi ottaa huomioon lääkehoitoon oikeuttavan luvan laajuus, sillä se voi olla työyksikkö-, lääke- tai asiakaskohtainen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Lääkkeitä säilytetään keskustan kotihoidon toimiston tiloissa lukittavissa ja riittävän suurissa kaapeissa erillään muista tuotteista ja välineistä. Kylmäsäilytystä vaativat lääkkeet säilytetään lukittavassa lääkejääkaapissa. Uusien asiakkaiden kotiin suositellaan hankittavaksi lukittava lääkekaappi, mikä omalta osaltaan parantaa asiakkaan lääkitysturvallisuutta. Keskustan kotihoidon sairaanhoitaja tarkistaa toimistolla säilytettävät lääkkeet säännöllisin väliajoin vanhojen lääkkeiden varalta. Myös asiakkaiden kotona olevat lääkkeet tarkistetaan säännöllisesti. Vanhat ja käyttökelvottomat lääkkeet palautetaan asianmukaisesti apteekkiin, josta ne toimitetaan edelleen hävitettäväksi. Lääkkeiden jako tapahtuu aseptisesti joko hanskoja tai tarvittavia apuvälineitä käyttäen. Sosiaali- ja terveysministeriö (2006) suosittelee lääkkeiden jaon suoritettavan asianmukaisissa tiloissa ja olosuhteissa. Rauhallinen ympäristö parantaa potilasturvallisuutta. Lääkkeitä jaettaessa suositellaan kaksoistarkistusta, mikä vähentää jakamisessa tapahtuvia virheitä. Kaksoistarkistus ei kuitenkaan toteudu Keskustan kotihoidon lääkkeenjaossa, sillä se on hankalasti toteutettava lääkkeitä jaettaessa asiakkaan kotona.

Yksi lääkehoitosuunnitelman keskeisistä osa-alueista ovat seuranta- ja palautejärjestelmät. Hoidossa tapahtuvista poikkeamista tulee ilmoittaa, niitä tulee seurata ja käsitellä. Poikkeamista oppiminen ja palautteen hyödyntäminen on erityisen tärkeää. Poikkeamia on tarkoitus käydä läpi avoimessa ja rakentavassa ilmapiirissä, jotta niistä voidaan oppia syyllistämättä yksittäisiä tekijöitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.) Keskustan kotihoidossa poikkeamia kerätään lomakkeella ja niitä käydään läpi työyhteisön yhteisissä palavereissa. Tapahtuneesta poikkeamasta ilmoitetaan asiakkaalle ja hänen omaisilleen, jos työntekijät katsovat sen aiheelliseksi.

Aiemmassa teoriaosuudessa todetaan, että poikkeamien vähentämisessä erittäin tärkeää on tiedon saatavuus ja sen oikea käyttö lääkkeitä annosteltaessa ja jaettaessa asiakkaille. Hoitajat ovat tietämättömiä lääkkeiden yhteisvaikutuksista eivätkä tunne antamiaan lääkkeitä ja niiden mahdollista vaikutusta potilaaseen. Sairaanhoitajalla on myös eettinen velvollisuus hyödyntää saamaansa ja löytämänsä informaatiota potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Lääkehoidossa tapahtuvat poikkeamat ja virheet lisäävät asiakkaan hoitoaikaa, kustannuksia, kärsimyksiä ja kuolemia. Suuri osa poikkeamista ei kuitenkaan aiheuta asiakkaalle vahinkoa tai ne huomataan tarpeeksi aikaisin. (Suikkanen 2008, 11; Straight 2008, 29–30.)

6.2 Kehittämiskohde

1.4.2009 järjestetyssä Turvallinen lääkehoito -kehittämishankkeen loppuseminaarissa työryhmä valitsi keskustan kotihoidon pääkehittämiskohteeksi lääkehoidon dokumentoinnin ja tiedonkulun. Kehittämiskohde koettiin tarpeelliseksi keskustan kotihoidon lääkehoidon prosessin ja asiakkaan lääkitysturvallisuuden kannalta. Tiedonkulku ja dokumentointi nousi esille myös

työyhteisön palaverissa, jossa työntekijöiden huolenaiheena oli muun muassa epäselvät merkinnät dosettien lääkelistoissa ja yleinen tiedonkulku asiakkaan asioista työryhmän jäsenten kesken. Työryhmä kaipasi lääkehoidon tiedonkulkuun ja dokumentointiin yhdenmukaista ja selkeää mallia, jota voidaan soveltaa tulevaisuudessa myös muissa Lohjan kotihoidon yksiköissä. Projektia jatketaan tulevaisuudessa juurruttamisen tiedon käsittelyn kierrosten neljä ja viisi mukaisesti. Kaikkia kehittämistoiminnan tuloksena saatuja uusia toimivia käytäntöjä voidaan hyödyntää kaikkien Lohjan kotihoidon yksikköjen kesken.

Työryhmä nosti esiin muiksi kehittämiskohteiksi lääkkeiden jakamisen rauhattomuuden niin kotona kuin kotihoidon toimipisteessä sekä asiakkaan omatoimiset lääkärikäynnit yksityisillä lääkäriasemilla. Työympäristö on usein kiireinen eikä toimistolta löydy yhtä täysin lääkkeiden jakoon rauhoitettua tilaa, mikä vähentää asiakkaan lääkitysturvallisuutta. Myös asiakkaan kotona asiakas haluaa keskustella lääkkeiden jaon aikana, jolloin työntekijän voi olla vaikea keskittyä parhaalla mahdollisella tavalla ja virheiden tekemisen mahdollisuus kasvaa.

Asiakkaiden omatoimiset lääkärikäynnit yksityisellä lääkärillä ovat lääkehoidon kannalta huolestuttavia, sillä kotihoidon työntekijät eivät välttämättä saa tietoonsa yksityisen lääkärin määräämiä lääkkeitä. Tällöin asiakkaan oma lääkäri ei voi varmuudella todeta asiakkaan lääkityksen olevan tarkoituksenmukaista ja turvallista. Tietämättömyys erilaisista lääkkeistä lisää interaktioiden vaaraa. Asiakkaalla on kuitenkin itsemääräämisoikeus ja autonomia päättää omasta hoidostaan.

7 Arviointi

Kehittämistoiminnan arviointi perustuu siihen, missä määrin ja millä tavalla asetetut tavoitteet on saavutettu. Arvioinnilla tarkoitetaan jonkin asian arvon ja merkityksen määrittämistä. Lääkehoidon turvallisuuden lisääntyminen asetetaan ensisijaiseksi eli arvioidaan muista seikoista enemmän. Arvioinnin ideana on sen kohdistuminen tiettyyn ominaisuuteen. Kehittämistoiminnassa, jossa tavoitteena on tehdä uudistuksia ja keksiä uusia ideoita, on hyvä käyttää kriittistä, sekä yksilöllistä että yhteisöllistä näkemystä hyväkseen käytävää arviointia. Kehittämistoiminnan vakuuttavuus on saavutettavissa erilaisin keinoin: itse toiminnan vakuuttavasta vaikutelmasta, sen raportoinnista ja ammattimaisesta teksti- ja kuvamateriaalista. (Anttila 2007, 15–21, 147.)

Olenaiseksi tavoitteeksi kehittämistoiminnalle muodostuu tulosten hyödynnettävyys. Tiedon hyödyntämisen haasteena on arviointimateriaalin käyttö hankkeessa johtopäätösten tekemiseen. Jos arvioinnissa esiin tulevat tulokset eivät ole hyödynnettävissä, hanke on ollut sisänpäin lämpiävä eikä se juurikaan vastaa tulosodotuksiin. Tiedon hyödyntäminen liittyy myös

onnistuneeseen kehittämistoiminnan raportoimiseen. Arviointia tehtäessä on muistettava ottaa huomioon kehittämistoiminnan vastaanottajat ja laatia arvioinnista käytännöllinen. Tässä tapauksessa voidaan arkipäivän kielellä kuvata erilaisia näkemyksiä, käsityksiä ja kokemuksia arvioitavasta kohteesta. (Anttila 2007, 147–150.)

Kehittämistoiminnan aikana tapahtuvaa arviointia kutsutaan prosessinarvioinniksi, joka voi kohdistua esimerkiksi työn toteuttamisessa tapahtuviin muutoksiin. Arviointi voi kohdistua joko koko kehittämistoimintaan tai sen osavaiheisiin. Formatiivisella arvioinnilla tarkoitetaan vaiheittaista arviointia, joka tapahtuu prosessin aikana. Summatiivinen arviointi taas tarkoittaa kokoavaa yhteenvetoa, jossa tarkastellaan toiminnassa toteutuneista tuloksia. Kehittämistoiminnan arviointiin voidaan käyttää sisäistä arviointia, joka tarkoittaa hankkeen sisällä tapahtuvaa arviointia. Tällainen arviointi voi olla henkilökohtaista oman suorituksen arviointia tai yhteisöllistä arviointia. Sisäisen arvioinnin tulisi olla luotettava ja kaikin tavoin hanketta hyödyttävä. (www.amk.fi 2009.)

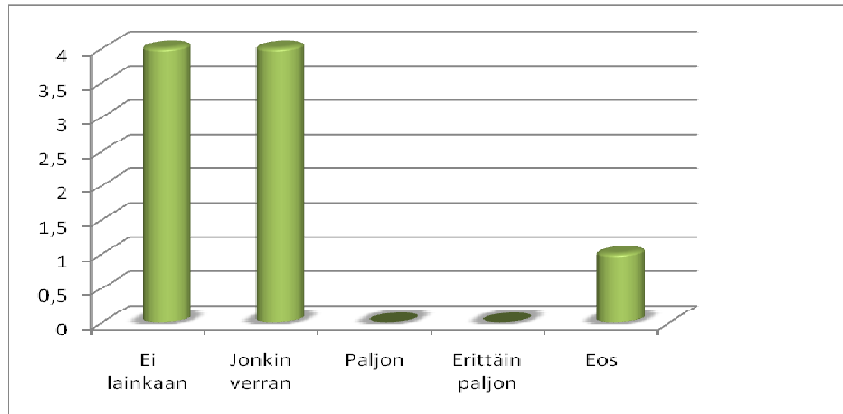
7.1 Kotihoidon henkilökunnan arvio kehittämistoiminnasta ja työryhmän työskentelystä

Keskustan kotihoidon henkilökunta arvioi työryhmän toimintaa ja kehittämistoimintaa Laurea-ammattikorkeakoulun Turvallinen lääkehoito -hankkeen yhteisellä yhdeksän kohtaisella kyselylomakkeella (Liite 3). Kyselylomake jaettiin kaikille Keskustan kotihoidon työntekijöille - niin lähi- kuin sairaanhoitajille. Arviointiin osallistui yhdeksän hoitajaa, mikä on 60 prosenttia koko työyhteisön työntekijöistä. Kyselylomakkeet täytettiin nimettöminä. Lomake sisälsi kuusi strukturoitua kysymystä, joissa oli valmiit vastausvaihtoehdot:

- | | |
|---|-----------------|
| 1 | ei lainkaan |
| 2 | jonkin verran |
| 3 | paljon |
| 4 | erittäin paljon |
| 5 | en osaa sanoa |

Kysymyslomakkeen kohdat seitsemästä yhdeksään olivat avoimia kysymyksiä, joihin kaikki työyhteisön edustajat eivät vastanneet. Koska aineisto oli niin pieni, arviointivastaukset käsiteltiin käsin. Jokaisesta kuudesta ensimmäisestä kysymyksestä on tehty pylväsdiagrammi kuvastamaan vastausten jakautumista koko työyhteisön vastausten kesken. Avoimien kysymysten vastauksista on tehty yhteenveto seuraavaan kappaleeseen.

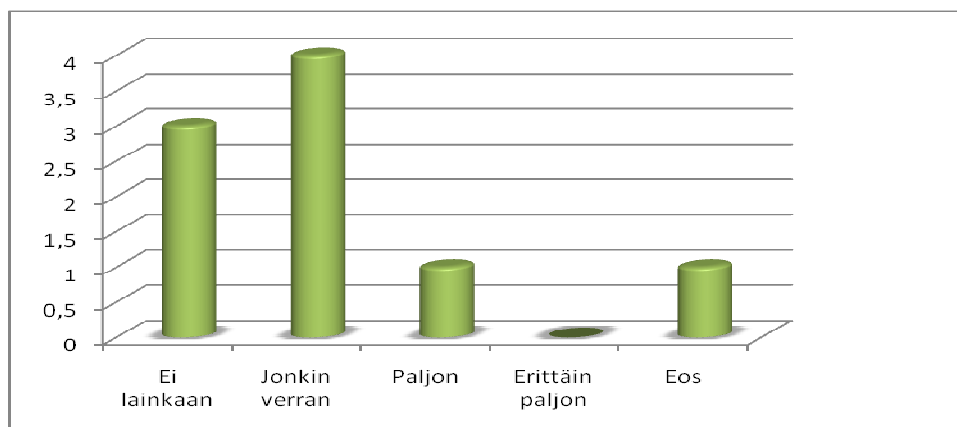
1. Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt lääkehoidon kehittymistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella?



KUVIO 4: Työyhteisön mielipide työryhmän toiminnasta lääkehoidon edistämiseksi

Neljä kysymyslomakkeeseen vastanneista työntekijöistä oli sitä mieltä, että työryhmä ei ole edistänyt lääkehoidon kehittymistä työyhteisössä lainkaan. Neljä henkilökunnan jäsentä oli sitä mieltä, että työryhmä on edistänyt omalla toiminnallaan lääkehoidon kehittymistä jonkin verran. Yksi työntekijöistä ei osannut sanoa kuinka paljon työryhmä on edistänyt toimintaa.

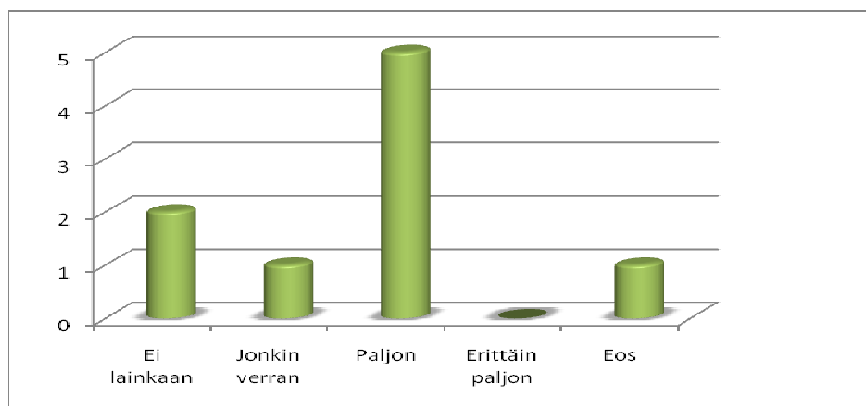
2. Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottaman lääkehoidon nykytilanteen kuvaamiseen?



KUVIO 5: Työyhteisön kokema vaikutus nykytilan kuvauksen tuottamiseen

Kolme arviointikyselyyn vastanneista työntekijöistä oli sitä mieltä, että työyhteisö ei ole lainkaan osallistunut työryhmän tuottaman lääkehoidon nykytilan kuvaamiseen, neljän mielestä työyhteisö on osallistunut nykytilan kuvauksen tuottamiseen jonkin verran. Yksi kyselyyn vastanneista koki työyhteisön osallistuneen paljon nykytilan kuvauksen tuottamiseen. Yksi työntekijöistä ei osannut sanoa kuinka paljon työyhteisö on osallistunut nykytilan kuvauksen tuottamiseen.

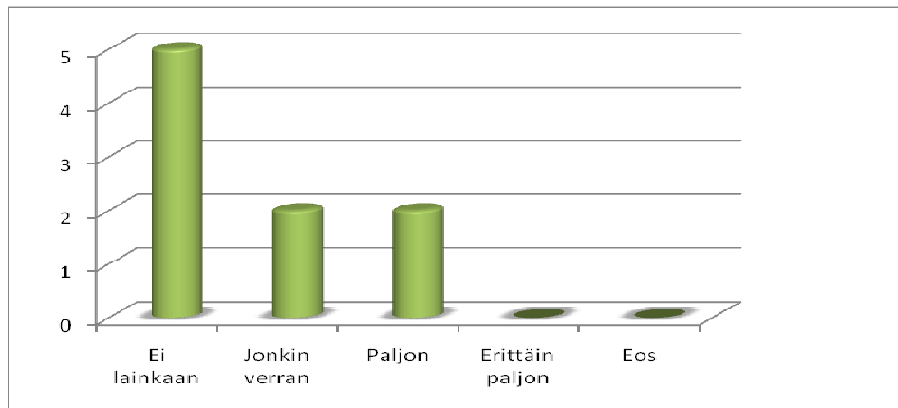
3. Miten työryhmän muodostamaa kuvausta voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?



KUVIO 6: Nykytilan kuvauksen hyödyntäminen työyhteisössä

Kysymyksessä kolme, jossa kysyttiin nykytilan kuvauksen hyödynnettävyydestä, kaksi työyhteisön jäsentä oli sitä mieltä, että työryhmän muodostamaa nykytilan kuvausta ei voida lainkaan hyödyntää omassa työyhteisössä. Yksi kyselyyn vastanneista koki nykytilan kuvausta voitavan hyödyntää jonkin verran, kun taas viisi vastanneista koki, että lääkehoidon nykytilan kuvausta voidaan hyödyntää omassa työyhteisössä paljon. Yksi vastanneista ei osannut sanoa kuinka paljon nykytilan kuvausta voidaan omassa työyhteisössä hyödyntää.

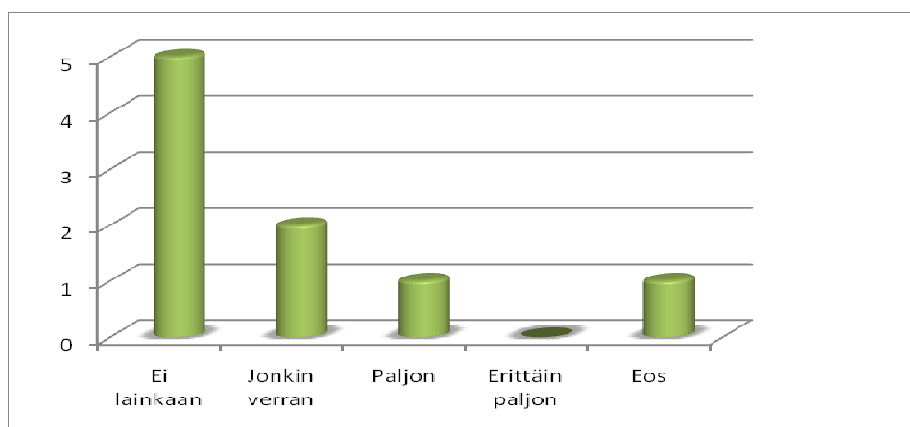
4. Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet lääkettä kehittää?



KUVIO 7: Työryhmän tuottamat uudet ideat lääkityksen kehittämiseksi

Arviointilomakkeeseen vastanneista viisi oli sitä mieltä, ettei työryhmä ole lainkaan tuottanut uusia ideoita ja ajatuksia työyhteisöön lääkityksen kehittämiseksi. Kaksi työntekijästä oli sitä mieltä, että uusia ideoita oli syntynyt jonkin verran, ja kaksi kyselyyn vastanneista oli sitä mieltä, että työryhmä oli tuottanut paljon uusia ideoita ja ajatuksia, joiden pohjalta Keskustan kotihoidon lääkitystä voidaan kehittää.

5. Kuinka paljon kehittämistoiminta on mielestäsi parantanut lääkityksen sujuvuutta ja tehokkuutta?

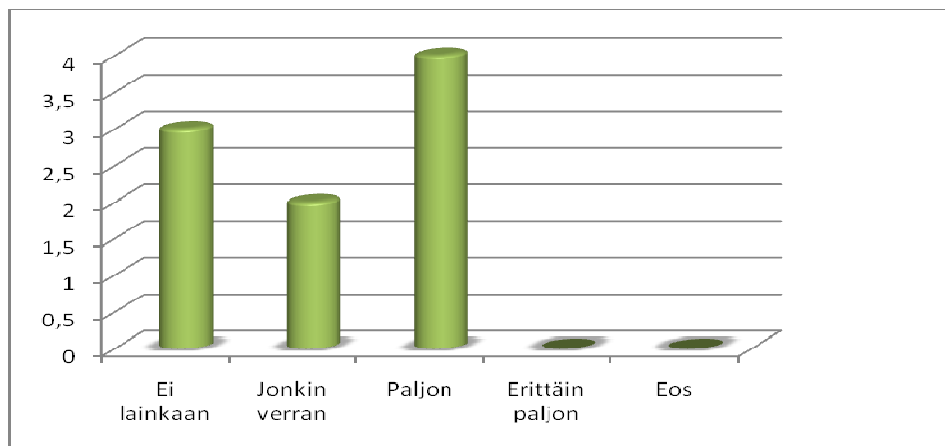


KUVIO 8: Lääkityksen sujuvuuden ja tehokkuuden parantuminen

Kysymyksessä viisi arviointilomakkeeseen vastanneista viiden työntekijän mielestä kehittämistoiminta ei ollut lainkaan parantanut Keskustan kotihoidon lääkityksen sujuvuutta ja tehok-

kuutta. Kaksi vastaajista oli sitä mieltä, että lääkehoidon sujuvuus ja tehokkuus on parantunut jonkun verran. Yksi työyhteisön jäsenistä oli sitä mieltä, että kehittämistoiminta on parantanut lääkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta paljon, kun taas yksi vastaajista ei osaa sanoa kuinka paljon lääkehoidon sujuvuus ja tehokkuus ovat parantuneet kehittämistoiminnan myötä.

6. Kuinka paljon uskot muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?



KUVIO 9: Työyhteisön mielipide muutoksen aikaansaamisesta työyhteisön työssä

Kysyttäessä työyhteisön mielipidettä muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä kolme vastanneista ei uskonut lainkaan muutoksen tapahtumiseen. Kaksi vastanneista oli sitä mieltä, että uskoo jonkin verran muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä. Neljä kyselylomakkeeseen vastanneista uskoo paljon muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä.

7.2 Yhteenvedo kehittämistoiminnan arvioinneista

Kaikki kyselylomakkeeseen vastanneet eivät olleet vastanneet lomakkeen loppupuolella oleviin avoimiin kysymyksiin, joita olivat kohdat seitsemästä yhdeksään. Kaksi kyselyyn vastaajista otti esille asian kaksoistarkistuksen toteuttamisen vaikeudesta juuri heidän työyhteisönsä työssä. Kahden vastaajan mielestä myös reseptien uusinnan prosessi vaatii kehittämistä Keskuksen kotihoidossa. Yhden vastaajan mielestä työyhteisössä ei ole ollut puhetta kehittämis-kohteesta eikä mitään lääkehoidon kehittämiseksi ole suunniteltu. Vastauksista kävi myös ilmi, että työyhteisössä ei ole juurikaan ollut aikaa puhua lääkehoidon kehittämisestä työvoimapulan ja sairaslomien takia. Yhden kyselylomakkeeseen vastanneen työntekijän kehittämisehdotuksena oli työryhmän kokoontumiskertojen lisääminen prosessin aikana.

Lääkehoito koetaan työyhteisössä tärkeänä ja arvokkaana osana asiakkaan perushoitoa. Avomien kysymysten vastauksista kävi toisaalta ilmi, että lääkehoitoon ja sen toimintatapohin suhtaudutaan varauksella eikä totuttuja käytänteitä olla vielä valmiita muuttamaan. Uhkiksi koetaan työn monimutkaistuminen ja työmäärän lisääntyminen sekä totuttujen työtapojen muuttuminen. Työyhteisöllä on kuitenkin mahdollisuus tulevaisuuden hankkeiden myötä saada aikaan tehokas ja turvallinen lääkehoito, joka perustuu yhtenäisiin hyviksi koettuihin käytäntöihin. Lääkehoidon yhtenäiset toimintatavat takaavat asiakkaan lääkitysturvallisuuden ja työntekijöille mahdollisuuden työskennellä Lohjan kotihoidon eri toimipisteissä toteuttaen yhteisesti sovittuja käytänteitä, mikä helpottaa työhön perehtymistä ja työyhteisön toimintatapojen oppimista.

Kehittämistoiminnan menetelmänä käytetty juurruttaminen toimi odotetusti edistäen hankkeen etenemistä. Juurruttaminen eteni tiedon käsittelyn kierroksilla kuitenkin niin, että ennen ensimmäistä kierrosta työryhmällä oli jo tiedossaan tarkempi alu, jota lähdettiin työstämään - tässä hankkeessa lääkehoito. Opiskelijajäsenet haastattelivat työryhmän työelämänedustajia, ja haastattelumateriaalista muotoiltiin kalanruotomalli kuvaamaan Keskustan kotihoidon lääkehoidon nykytilaa. Nykytilan kuvauksen esittelyn yhteydessä jokaisella työyhteisön työntekijällä oli mahdollisuus ilmaista mielipiteensä nykytilan kuvauksesta ja sen paikkansapitävyydestä. Harva työntekijöistä kuitenkin käytti mahdollisuuden tuoda omia mielipiteitään esiin. Opiskelijajäsenet toivoivat tässä vaiheessa, että työryhmän työelämänedustajat ottaisivat asian käsittelyyn koko työyhteisön kesken vielä tulevissa kotihoidon omissa palavereissa, ja muistuttaisivat työyhteisöä yhteisestä sitoutumisesta. Näin tapahtuikin myöhemmässä vaiheessa, mutta työryhmä ei juuri saanut lisää työstettävää materiaalia raporttia varten. Juurruttamisen kierrosten mukaisesti opiskelijajäsenet vertailivat teoreettiselle tasolle jäseneltyä hiljaista tietoa ja aikaisempaa tutkittua sekä teoreettista tietoa keskenään. Tämän jälkeen työryhmä valitsi Keskustan kotihoidolle kehittämiskohteen.

Juuruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä sopi erityisesti tähän hankkeeseen sen käytännönläheisen toimintamallin vuoksi. Prosessissa sekä työyhteisöllä että opiskelijaosapuolella on mahdollisuus oppia ja hyödyntää omaa osaamistaan yhteisen hankkeen hyväksi. Kumpikin osapuolelta tuovat oman erityisosaamisensa ja -tietonsa hankkeeseen hyödyntämällä vuorovaikutusta työkalunaan. Tässä hankkeessa vuorovaikutus osapuolten kesken jäi kohtalaiseksi, eivätkä kaikki juurruttamisen elementit tällöin täyttyneet täysin. Toinen tärkeä elementti, esimiehen kannustus ja hyväksyntä, olisi voinut tulla vielä enemmän esille hankkeen aikana. Keskustan kotihoidon esimies oli kuitenkin luonut työryhmän sairaanhoitajalle ja lähihoitajalle mahdollisuuden osallistua kehittämisyhteistyöhön työn puitteissa, mikä edisti hankkeen etenemistä ja onnistumista. Juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä olisi toiminut vielä paremmin, jos työryhmän ja työyhteisön yhteisiä tapaamiskertoja olisi lisätty. Näin työyhteisö olisi saanut konkreettisemmän kuvan siitä, mitä työryhmä on työstämässä. Tä-

mä hanke jäi työyhteisölle hieman epäselväksi ja kaukaiseksi, ja täyttä sitoutumista muutokseen ei saavutettu.

Kehittämistoiminnan loppuunvieminen ei kuulu tähän opinnäytetyöhankkeeseen, joten muutoksen toteutumista ei voida vielä arvioida. Arvioinneista kuitenkin nousi esiin, että työyhteisö uskoo jonkin verran tai paljon muutoksen aikaan saamiseen työyhteisön toiminnassa lääkeshoidon osalta. Suurin osa työntekijöistä on myös sitä mieltä, että lääkeshoidon nykytilan kuvausta voidaan hyödyntää paljon tulevaisuuden kehittämistoiminnassa. Työyhteisön mielestä työryhmä ei ole edistänyt lainkaan tai on edistänyt vain jonkin verran lääkeshoidon kehittymistä, sillä suurimmalle osalle työntekijöistä kehittämistoiminnan tavoitteet eivät olleet selvät tai työyhteisö ei ymmärtänyt mistä hankkeessa on kyse. Opiskelijat uskovat myös työyhteisön kaipaavan enemmän konkreettisia toimia lääkeshoidon turvallisuuden edistämiseksi. Sama asia nousi esiin työyhteisön arvioidessa lääkeshoidon sujuvuuden ja tehokkuuden parantumisesta. Suurin osa työntekijöistä arvioi, etteivät sujuvuus ja tehokkuus ole parantuneet lainkaan.

Dokumentoinnin ja tiedonkulun kehittäminen on keskustan kotihoidossa ajankohtainen aihe, sillä lääkeshoidon turvallisuuden kannalta yhtenäisen toimintamallin kehittäminen on tärkeää. Vastuu kehittämistoiminnan jatkamisesta jää seuraavan hankkeen opiskelijoille ja työryhmän työelämänedustajille sekä koko työyhteisölle. Työelämänedustajat pitävät yllä vuorovaikutusta ja keskustelua kehittämiskohteesta, jotta muutoksen aikaan saaminen olisi mahdollista ja työntekijät sitoutuisivat yhteiseen kehittämistoimintaan.

7.3 Opiskelijoiden arvio opinnäytetyöprosessista ja kehittämissyhteistyöstä

Opinnäytetyöprosessi on edennyt lähes samassa aikataulussa Turvallinen lääkehoito -hankkeen aikataulun kanssa. Opiskelijat olivat sitoutuneita opinnäytetyön tekemiseen, sen aikatauluun ja yhteistyöhön keskustan kotihoidon kanssa. Opiskelijoiden työskentely kehittämistoiminnan ja raportin kirjoittamisen suhteen on ollut aktiivista alkuvaiheen vaikeuksista ylipääsyn jälkeen. Opinnäytetyön aihe valittiin yhteisymmärryksessä opiskelijoiden kesken, sillä turvallisen lääkeshoidon kehittäminen oli molempien yhteinen intressi. Sekä opiskelijoilla että työryhmän työelämän edustajilla oli yhteiset tavoitteet kehittämistoiminnalle ja tulosten aikaan saamiselle. Työryhmä muodostui kahdesta opiskelijasta, sairaanhoitajasta ja lähihoitajasta. Työryhmä on toiminut koko prosessin ajan edistäen opinnäytetyön tavoitetta kehittää kotihoidon lääkehoitoa turvallisemmaksi.

Koko prosessin ajan ohjaavilta opettajilta saatu kannustus ja rakentava palaute veivät raportin kirjoittamista askel askeleelta eteenpäin. Opiskelijaosapuolten ja ohjaavien opettajien kanssa yhteisesti sovitut vaiheittaiset keskeneräisten raporttien palautuspäivät ja prosessin aikatauluttaminen helpottivat raportin kirjoittamista ja sen eteenpäin viemistä. Prosessin ai-

kana työvaiheita jaettiin opiskelijoiden kesken tasapuolisesti huomioon ottaen muiden oppimistehtävien aikatalut. Raportin kirjoittamista helpotti myös se, että opiskelijat tunsivat entuudestaan toistensa työskentelytavat.

Kehittämissyhteistyö keskustan kotihoidon kanssa sujui odotetusti. Työryhmän kummatkin osapuolet olivat sitoutuneita yhteiseen toimintaan ja valmiita kehittämään lääkehoitoa. Sekä opiskelijoiden että työelämäedustajien aikataulujen yhteensovittaminen oli jokseenkin vaikeaa vapaapäivien, lomien sekä opiskelijoiden epäsäännöllisen aikataulun vuoksi. Tarvittavat yhteiset kokoontumiset saatiin aikataulujen puitteissa onnistumaan eikä ajanpuute estänyt prosessin kulkua. Työryhmän toiminta eteni juurruttamisen kierrosten mukaisesti noudattaen tiedon käsittelyn kierrosten eri vaiheita. Työelämän osapuolelta edellytettiin tiivistä vuorovaikutusta ja yhteistyötä työyhteisön työntekijöiden kanssa. Sairaanhoidajan tehtävänä oli myös esitellä työyhteisölle lääkehoidon nykytilan kuvaus ja siitä muodostettu kalanruotomalli.

Opinnäytetyön tavoitteet opiskelijoiden ammatillisesta kasvusta, osaamisen kehittämisestä ja lääkehoidon kehittämisestä turvallisemmaksi toteutuivat osittain. Opiskelijat kokevat kasvaneensa prosessin aikana niin tiedollisesti kuin taidollisestikin kohti sairaanhoidajan ammatillisuutta. Myös tietoisuus lääkehoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista on lisääntynyt huomattavasti. Kehittämistoiminta lääkehoidon prosessin turvallisuuden osalta on vielä kesken. Tässä opinnäytetyössä työryhmä kartoitti lääkehoidon nykytilan, esitteli sen Keskustan kotihoidon työntekijöille ja herätti työyhteisössä muutoshalukkuutta. Muutosta lääkehoidon prosessissa ei vielä tapahtunut, mutta työyhteisön tekemien arviointien mukaan muutos lääkehoidon kehittämisestä turvallisemmaksi on mahdollista. Opiskelijoiden oppimistavoitteena oli oppia hyödyntämään juurruttamista kehittämistoiminnan menetelmänä. Koska muutosprosessi jäi vielä tämän hankkeen puitteissa kesken, ei juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä aivan täydellisesti avautunut käytännön työssä. Teoriaa juurruttamisesta opiskelijat ovat keränneet riittävästi. Opiskelijoiden tiedonhakutaidot ovat syventyneet ja tietoisuus eri tietokannoista on kasvanut prosessin edetessä.

Opinnäytetyöprosessi oli haastava, mutta mielenkiintoinen toteuttaa yhteistyössä Keskustan kotihoidon kanssa. Hankkeen puitteisiin sijoittunut harjoittelujakso kyseisessä kotihoidossa toi lisääntiä lääkehoidon nykytilan kuvaamiseen. Opiskelijoiden asettamat tavoitteet opinnäytetyölle olivat realistisia ja oppimista on tapahtunut tiedonhaussa ja juurruttamisen käyttämisessä kehittämistoiminnan menetelmänä. Kehittämissyhteistyö työelämän kanssa oli antoisaa ja toi oppimiseen uudenlaisen ulottuvuuden myös vuorovaikutuksen osalta.

Lähteet

- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2005. Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. *ProTerveys* 33 (6), 4–7.
- Ahonen, O., Karhu, J., Kinnunen, R., Ora-Hyytiäinen, E. & Soikkeli, T. 2007. Kirjaamisen kehittäminen sairaanhoitajan ja opiskelijan yhteistyönä. *Sairaanhoitaja* 80 (1), 27–30.
- Beyea, S. 2007. Confusing, look-alike and sound-alike medications. *The Association of Perioperative Registered Nurses* 5 (85), 861–863.
- Finlex. 1987. Lääkelaki. /WWW-dokumentti/.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=l%C3%A4%C3%A4kelaki>. (Luettu 29.05.2008).
- Hallila, L (toim.). 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi.
- Hartikainen, S. & Seppälä, M. 2007. Vanhusten lääkitysten tarve on arvioitava kerran vuodessa. *Suomen Lääkärilehti* 62 (51–52), 4762–4767.
- Heinola, R. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Oppaita 70. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammi.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.
- Karjalainen, T. 2009. Yhdistä ideointityökaluilla luovan ajattelun eri ulottuvuudet - Aivoriihi, ryhmittelykaavio sekä kalanruotokaavio. /WWW-dokumentti/. <http://www.qk-karjalainen.fi/?sivu=Artikkelit&id=89>. (Luettu 25.08.2009).
- Keränen, J. 1999. TQM ja sen välineet. /WWW-dokumentti/.
<http://cs.joensuu.fi/~jkerane/teksteja/viestinta.html>. (Luettu 25.02.2009).
- Kinnunen, M. & Helovuori, A. 2009. Vältä, havaitse ja hallitse virheitä. *Sairaanhoitaja* 82 (5), 16–17.
- Kivisaari, S. 2002. Kokemuksia vuorovaikutuksesta kehittämistyössä. Juurruttaminen kokeiluna. VTT, teknologian tutkimuksen ryhmä. Työpaperieita nro 58/01.
- Korhonen, M. J. & Hartikainen S. 2009. Löytyykö potilaan lääkitys sähköisestä sairauskertomuksesta? *Suomen lääkäri-lehti* 64 (1–2), 60–62.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Linjakumpu, T., Hartikainen, S., Klaukka, T., Koponen, H., Hakko, H., Viilo, K., Haapea, M., Kivelä, S.-L. & Isoaho, R. 2004. Iäkkäiden lääkitys on usein vahvasti sedatiivista. *Suomen Lääkäri-lehti* 59 (49–50), 4852–2854.
- Lohjan kaupunki. 2008. Kotihoito. /WWW-dokumentti/.
<http://www.lohja.fi/default.asp?sivu=1&alasivu=256&kieli=246>. (Luettu 1.5.2008).
- Mager, D. 2007. Medication Errors and the Home Care Patient. *Home Healthcare Nurse* 25 (3), 151-155.

- Martikainen, S. & Silvennoinen, R. 2006. Lääkehoidon sähköisen suunnittelun ja seurannan kokonaisnäköymän käyttäjävaatimuksia. Käyttöliittymäkuvien suunnitteluperusteet. Kuopion yliopisto. HIS-tutkimusyksikkö.
- Mattila, M. & Isola, A. 2002. Sairaanhoidaja lääkehoidon ja verensiirron toteuttajana - lupa-käytäntö. Suomen Lääkärilehti 57 (39), 3884–3887.
- Mattila, P. 2008. Otollinen tilaisuus. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Metodix. 2006. NexusBA. /WWW-dokumentti/.
http://www.metodix.com/fi/sisallys/07_verkkometodit/verkkometodit/metodit/5_ba?C:D=176539. (Luettu 12.7.2009).
- Moilanen, R. 2001. Oppivan organisaation mahdollisuudet. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Neuvonen, T. & Uosukainen, L. 2007. Muutos haastaa johtamisen. Sairaanhoidaja 80 (6–7), 46–47.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. 1995. The Knowledge-Creating Company. New York: Oxford University Press.
- Nurminen, M-L. 2006. Lääkehoito. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Ora-Hyytiäinen, E. 2006. Pitkäjänteisen muutosprosessin johtaminen. Pro terveys 35 (5), 14–17.
- Pietikäinen, T. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Pitkälä, K., Strandberg, t. & Tilvis, R. 2003. Onko yli 75-vuotiaiden kotona asuvien vanhusten lääkehoito asianmukaista? Duodecim 119 (2), 135.
- Ritamala-Castrén, M. 2005. Viisas oppii lääkehoidon virheistä. Sairaanhoidaja 78 (2), 26–29.
- Ritamala-Castrén, M. 2006. Ikääntyneiden lääkehoidon haasteet. /WWW-dokumentti/.
http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=sle00005. (Luettu 31.07.2008).
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Snellmann, E. 2007. Ars medicinae - myös vanhuksille. Suomen Lääkärilehti 62 (26), 2527.
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2009. Terveysturvallisuus. /WWW-dokumentti/.
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto. (Luettu 19.4.2009).
- Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Työpapereita 28.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Oppaita 2005:32.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. KASTE 2008-2011. Julkaisuja 2008:6.
- Stauffer, D. 2005. Teoksessa Työntekijöiden motivoiminen. Kuinka saada hyväksyntää. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Perhemediat Oy.

Straight, M. 2008. One Strategy to Reduce Medication Errors. *CIN: Computers, Informatics, Nursing* 26 (1), 23–30.

Straumanis, J. 2007. Disclosure of medical error: Is it worth the risk? *Pediatric Critical Care Medicine* 2 (8), 38–43.

Suikkanen, A. 2008 Keskussairaalan lääkityspoikkeamat ja niihin yhteydessä olevat tekijät. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu-tutkielma.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2008. Hyvän käytännön tunnuspiirteet. /WWW-dokumentti/. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvatkaytannot/lahtokohtia/tunnuspiirteet/>. (Luettu 22.3.2009).

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

Valtee, P. 2002. Uhkista mahdollisuudeksi. Organisaatiomuutosten toteuttaminen työyhteisön haasteena. Työturvallisuuskeskus: Yliopistopaino.

Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H-S. & Torniainen, K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Veräjänkorva, O., Paltta, H., Erkko, P. 2008. Tavoitteena turvallinen lääkehoito: hoitotyön opettajien valtakunnallinen foorumi. *Sairaanhoitaja* 81 (2), 6–9.

Virtuaali ammattikorkeakoulu. 2009. Arvioinnin eri muodot. /WWW-dokumentti/. <https://www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464158778/1194360088079/1194360304566.html.stx>. (Luettu 22.3.2009).

Voutilainen, P. 2007. Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Stakesin raportteja 2/2007.

Wilskman, K. 2007. Turvallinen lääkehoito myös lomakaudella. /WWW-dokumentti/. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/artikkeli/?ARTIKKELI_NUM=62147. (Luettu 8.7.2008).

Kuviot

KUVIO 1: Juurruttaminen prosessi (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007).....	11
KUVIO 2: Sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 94)	14
KUVIO 3: Lääkehoidon prosessikuvaus (Lohjan keskustan kotihoito 2008).....	33
KUVIO 4: Työyhteisön mielipide työryhmän toiminnasta lääkehoidon edistämiseksi	41
KUVIO 5: Työyhteisön kokema vaikutus nykytilan kuvauksen tuottamiseen.....	41
KUVIO 6: Nykytilan kuvauksen hyödyntäminen työyhteisössä.....	42
KUVIO 7: Työryhmän tuottamat uudet ideat lääkehoidon kehittämiseksi	43
KUVIO 8: Lääkehoidon sujuvuuden ja tehokkuuden parantuminen	43
KUVIO 9: Työyhteisön mielipide muutoksen aikaansaamisesta työyhteisön työssä	44

Liitteet

Liite 1 Haastattelukysymykset kotihoidolle	53
Liite 2 Kalanruotomallit lääkehoidon nykytilasta	55
Liite 3 Arviointilomake työyhteisölle	56

LIITE 1 Haastattelukysymykset

1.
 - a) Onko työyksikössä turvallisen lääkehoidon suunnitelmaa?
 - b) Onko Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito –opas teille tuttu?
 - c) Kuinka vaativaksi koette työyksikössä toteutettavan lääkehoidon?
 - d) Mitkä ovat kotihoidossa toteutettavan lääkehoidon riskitekijät?
 - e) Entä ongelmakohtat?
 - f) Mitkä ovat lääkehoidon toteutuksen vaiheet?

2.
 - a) Miten työyksikössä varmistetaan uuden työntekijän valmiudet toteuttaa lääkehoitoa?
 - b) Miten uusi työntekijä perehdytetään työhönsä?
 - c) Minkälaista täydennyskoulutusta yksikössä on tarjolla?
 - d) Minkälainen on työyksikössä täydennyskoulutusta ylläpitävä rekisteri ja kuka sitä ylläpitää?

3.
 - a) Kuka saa työyksikössä toteuttaa lääkehoitoa?
 - b) Minkälaista moniammatillista yhteistyötä yksikössä toteutetaan lääkehoidon osalta?
 - c) Kuinka laajaa lääkehoitoa opiskelijalla on mahdollisuus toteuttaa?
 - d) Miten opiskelijan toteuttamaa lääkehoitoa valvotaan?

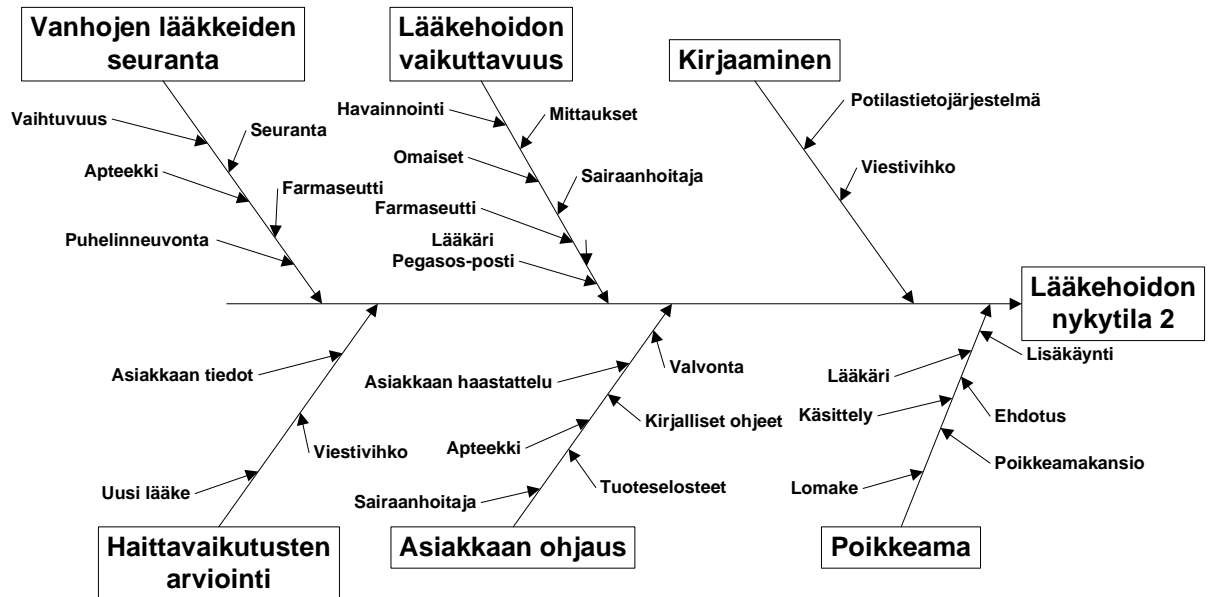
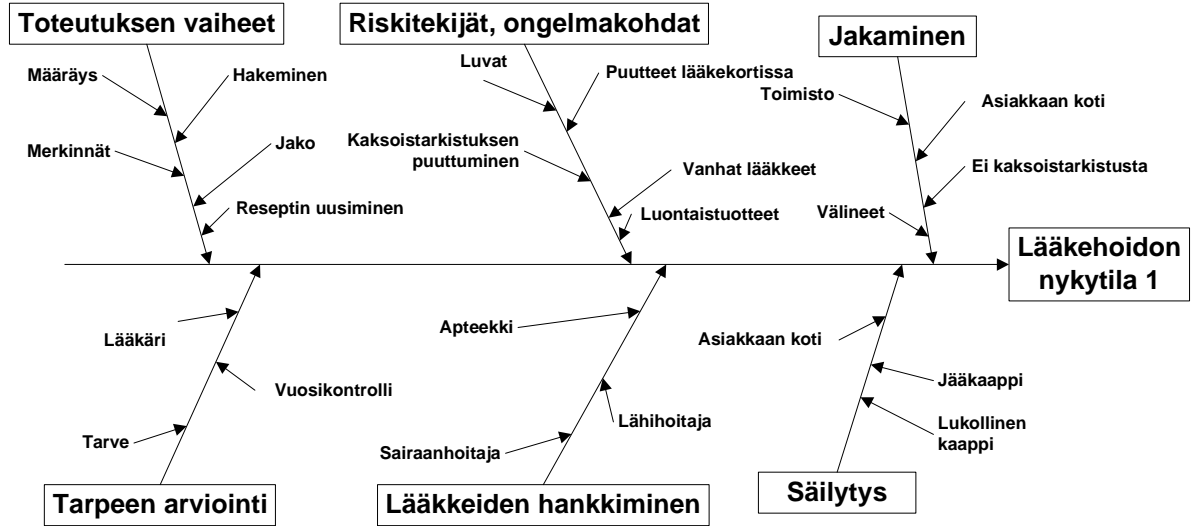
4.
 - a) Kenen vastuulla on työyksikössä lääkkeiden tilaaminen?
 - b) Kuinka lääkkeet tulevat yksikköönne?
 - c) Onko kaikilla työyksikön lähihoitajilla lupa eri injektioiden antamiseen?
 - d) Kuinka pitkään luvat injektioiden antamiseen ovat voimassa?
 - e) Kuka luvat myöntää?
 - f) Miten luvat hankitaan?
 - g) Missä luvat säilytetään?

5.
 - a) Minkälainen peruslääkevalikoima yksikössä on?
 - b) Kuinka usein lääkkeitä hankitaan yksikköönne?
 - c) Missä lääkkeet säilytetään?
 - d) Ovatko lääkkeet lukollisessa paikassa?
 - e) Säilytetäänkö lääkkeitä asiakkaiden kotona? Jos, niin missä?
 - f) Mihin käyttökelvottomat lääkkeet laitetaan?
 - g) Kuinka vanhentuneiden lääkkeiden seuranta on järjestetty yksikössä?
 - h) Onko yksiköllänne mahdollisuus konsultoida farmaseutteja?

6.
 - a) Missä lääkkeet jaetaan?
 - b) Ovatko lääkkeenjakotilat ilmastoidut?
 - c) Millainen valaistus tilassa on?
 - d) Käsitelläänkö jaettavia lääkkeitä käsin vai jollakin välineellä?
 - e) Saako lääkkeitä jakaa rauhassa muiden häiritsemättä?
 - f) Jaetaanko lääkkeitä potilaiden kotona?
 - g) Käyttävätkö asiakkaat myös omaisten hankkimia lääkkeitä tai rohdosvalmisteita? Jos kyllä, niin miten siihen yksikössä suhtaudutaan?
 - h) Jakavatko omaiset asiakkaiden lääkkeitä heidän kotonaan?

- i) Kuinka asiakkaat osallistuvat oman lääkehoitonsa toteuttamiseen?
 - j) Onko yksikössäne käytössä kaksoistarkistus?
7. a) Minkälaista ohjausta tai neuvontaa asiakkaat saavat lääkehoidon osalta?
b) Onko asiakkaille annettavia ohjeita saatavana kirjallisina?
c) Kuinka varmistatte, että asiakas on ymmärtänyt annetut ohjeet?
d) Pääseekö asiakas itse osallistumaan oman lääkehoitonsa suunnitteluun?
8. a) Miten yksikössäne arvioidaan asiakkaan lääkehoidon vaikuttavuutta?
b) Ovatko omaiset yhteydessä kotihoitoon lääkkeiden vaikuttavuutta arvioidessa tai sivuvaikutusten ilmetessä?
c) Miten lääkehoidon sivu/haittavaikutuksia arvioidaan ja mihin ne kirjataan?
d) Kuka yksikössäne arvioi asiakkaan lääkehoidon kokonaisvaikutusta?
9. a) Miten työyksikössäne kirjataan asiakkaan lääkehoito?
b) Kuka on yhteydessä lääkäriin asiakkaan lääkehoitoa koskien?
c) Miten tiedonkulku hoitajan ja lääkärin välillä toimii?
d) Kuinka usein lääkäri arvioi asiakkaiden lääkehoidon tarpeen?
e) Kuinka usein tai missä tilanteessa asiakkaan lääkelistan oikeellisuus tarkistetaan?
f) Kuinka joustavasti asiakkaan tiedot lääkehoidon osalta pystytään siirtämään toiseen kotihoitoon yksikköön tai esim. palvelutaloon hänen muuttaessaan?
10. a) Minkälainen poikkeamien seurantajärjestelmä yksikössäne on käytössä?
b) Seurataanko poikkeamia järjestelmällisesti?
c) Säilytetäänkö poikkeamia jonkin tietyn ajanjakson ajan?
d) Millä tavalla poikkeamia käsitellään jälkikäteen työyhteisön kesken?
e) Kerrotaanko asiakkaalle hänen lääkehoidossaan sattuneista poikkeamista?

LIITE 2 Kalanruotomallit lääkehoidon nykytilasta



LIITE 3 Arviointilomake työyhteisölle

Hyvä vastaaja

Pyydämme sinua arvioimaan oman käsityksesi perusteella Turvallisen lääkehoidon kehittämisprojektissa toiminutta työryhmää. Työryhmässä on omasta työyhteisöstäsi edustaja, kenties muiden työyhteisöjen edustajia ja hoitotyön opiskelijoita. Työryhmän toiminnan tavoitteena on ollut lääkehoidon kehittäminen. Työryhmä on tuottanut ja esitellyt työyhteisön lääkehoidon nykytoiminnan kuvauksen ja valinnut kehittämiskohteen.

Vastaa kysymyksiin oheisten vastausvaihtoehtojen mukaan. Vapaassa tilassa voit perustella vastaustauksiasi ja esittää kehittämisehdotuksia työryhmälle.

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

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

7 Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehtojasi kysymyksiin (1-6)

8 Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi lääkehoidon kehittämiseksi.

9 Mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta

Kiitos arvioinnistasi!