

## **Lääkitysturvallisuuden parantaminen osallistamalla potilas: toimintamallin kehittäminen**

Kirsi Yakinlar

Opinnäytetyö

Huhtikuu 2019

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma

Kliininen asiantuntija

Tekijä(t) Yakinlar, Kirsi	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Huhtikuu 2019
	Sivumäärä 52	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi <b>Lääkitysturvallisuuden parantaminen osallistamalla potilas: Toimintamallin kehittäminen</b>		
Tutkinto-ohjelma Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK, kliinisen asiantuntijan tutkinto-ohjelma		
Työn ohjaaja(t) Hannele Tyrväinen, Sirpa Tuomi		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, päiväsairaala		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Lääkehoidon aiheuttamista vakavista haitoista suurin osa voitaisiin estää tunnistamalla vaarat ja suunnittelemalla suojamekanismit käyttöprosesseihin. Keskeistä on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten toteuttama ja hallitsema turvallinen lääkehoito. Lääkehoidon kaksoistarkastus on yksi vakioitu toimintatapa vähentää poikkeamia, mutta tutkimusnäyttö sen hyödyistä on puutteellista. Potilaiden osallistumista potilasturvallisuuden parantamiseksi tunnustetaan entistä useammin keskeisenä tekijänä terveydenhuollon prosessien uudelleensuunnittelussa. Ottamalla potilas paremmin mukaan lääkehoidon toteutukseen voidaan poikkeamien määrää mahdollisesti vähentää.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä Keski-Suomen keskussairaalan päiväsairaalassa. Tarkoituksena oli parantaa lääkitysturvallisuutta osallistamalla potilas lääkehoitoonsa. Tavoitteena oli kehittää toimintamalli, jonka avulla potilaan osallistuminen lääkehoitoonsa mahdollistetaan. Aineisto kerättiin Learning cafe -työpajoista, joita järjestettiin kolmen viikon välein yhteensä kolme tapaamista. Kehittämistyö eteni toimintatutkimusta mukailen ja saatu aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen.</p> <p>Kehittämistyössä hoitohenkilöstö muodosti yhteisen näkemyksen lääkehoidon riskivaiheista infuusiohoidon aikana, potilaan osallisuutta omaan lääkehoitoonsa edistävästä ja estävästä tekijöistä sekä toimintamallin potilaan osallisuuden mahdollistamiseksi. Tuotoksena syntyi osallistamiskortti lääkehoidon turvallisuuden parantamiseksi.</p>		
Avainsanat ( <a href="#">asiasanat</a> )  Potilaan osallistaminen, lääkitysturvallisuus, kaksoistarkastus		
Muut tiedot		

Author(s) Yakinlar, Kirsi	Type of publication Master's thesis	Date April 2019
	Number of pages 52	Language of publication: Finnish
		Permission for web publication: X
Title of publication <b>Involving the patient to improve medication safety: Developing the process model</b>		
Degree programme Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice		
Supervisor(s) Hannele Tyrväinen, Sirpa Tuomi		
Assigned by Central Finland Hospital District		
Abstract  <p>Most of the serious harm caused by medication could be prevented by identifying hazards and designing protection mechanisms for the use processes. The key issue is safe and well-managed medical treatment by social and health care professionals. The double-check of drug treatment is one standardized way of reducing deviations, but the research evidence of its benefits is insufficient. Patient's involvement in improving patient safety is increasingly recognized as a key factor in the redesign of health care processes. By better involving the patient in the implementation of medical treatment, the number of deviations may be reduced.</p> <p>The thesis was carried out as a development work in the Central Hospital of Central Finland. The aim was to improve medication safety by involving the patients in their treatment. The objective was to develop an operating model that would enable the patient to participate in medication. The material was collected from the Learning cafe workshops which were held every three weeks for a total of three meetings. The development work proceeded with action research, and the resulting material was analyzed using inductive content analysis.</p> <p>In the development work, the nursing personnel had a common view on the risks of drug treatment during infusion therapy, factors contributing to the promotion and prevention of patient involvement in their own medication, and the involvement of the process model. A participation card was created to improve medication safety.</p>		
Keywords/tags ( <a href="#">subjects</a> )  Patient involving, medication safety, double checking		
Miscellaneous		

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto</b> .....	<b>3</b>
1.1	Kehittämistyön lähtökohdat .....	3
1.2	Teoriaosan systemaattinen tiedonhaku .....	4
<b>2</b>	<b>Turvallinen lääkehoito</b> .....	<b>6</b>
2.1	Riskilääkkeet .....	6
2.2	Potilasturvallisuus lääkehoidon tavoitteena .....	7
2.3	Lääkehoidon poikkeamien raportointi .....	10
2.4	Lääkehoidon osaamisen varmistaminen .....	11
<b>3</b>	<b>Potilaan osallistaminen</b> .....	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>Kehittämistyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät</b> .....	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>Kehittämistyön toteutus</b> .....	<b>15</b>
5.1	Kehittämistyön menetelmä .....	15
5.2	Aineiston keruu .....	17
5.3	Aineiston analyysi .....	21
<b>6</b>	<b>Kehittämistyön tulokset</b> .....	<b>23</b>
6.1	Kohdeorganisaation lääketurvallisuuden nykytila .....	23
6.2	Learning cafe 1 tulokset .....	24
6.3	Learning cafe 2 tulokset .....	25
6.4	Tuotos: Potilaan osallistamiskortti lääketurvallisuuden parantamiseksi ..	26
<b>7</b>	<b>Pohdinta</b> .....	<b>30</b>
7.1	Kehittämistyön tulosten tarkastelu .....	30
7.2	Eettisyys ja luotettavuus .....	32
7.3	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet .....	34
	<b>Lähteet</b> .....	<b>36</b>
	<b>Liitteet</b> .....	<b>41</b>
	Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen tutkimukset.....	41
	Liite 2. Saatekirje Learning cafe tilaisuuksiin .....	44
	Liite 3. Learning cafe tilaisuuksien 1-3 ohjelmat .....	45
	Liite 4. Alustus kehittämispäivään -diaesitys.....	46
	Liite 5. Ensimmäinen Learning cafe -pöytien aineisto.....	50
	Liite 6. Saatekirje osallistamiskortin kokeilujaksolle .....	52

## Kuviot

Kuvio 1. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhakupuu .....	5
Kuvio 2. Toimintatutkimuksellinen eteneminen kehittämistyössä. ....	16
Kuvio 3. Pöytäkeskustelujen teemat.....	18
Kuvio 4. Learning cafe -aineiston luokittelun eteneminen esimerkki 1.....	22
Kuvio 5. Learning cafe -aineiston luokittelun eteneminen esimerkki 2.....	22
Kuvio 6. Opinnäytetyön prosessikaavio .....	23
Kuvio 7. Osallistamiskortti.....	27
Kuvio 8. Toimintamallikaavio potilaan osallistamisen mahdollistamiseksi. ....	29

## Taulukot

Taulukko 1. Teoriaosan kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi .....	4
Taulukko 2. Toinen Learning cafe -pöytien teemat .....	20
Taulukko 3. Hoitajan tarkastuslista ennen infuusioidon aloitusta. ....	26

# 1 Johdanto

## 1.1 Kehittämistyön lähtökohdat

Koikkalaisen ja Rauhalan (2013) mukaan asiakaslähtöisyyden tulee olla sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen keskiössä sekä rakenteiden että sisällön osalta. Onnistunut muutos vaatii järjestelmä-, asiakas- ja työntekijälähtöisen kehittämisen yhdistämistä sekä aktiivista ja osallistuvaa johtamista. Kyse on ennen kaikkea asenteiden sekä toimintakäytäntöjen ja -kulttuurin muutoksesta. (Koikkalainen & Rauhala 2013, 45.)

Holmströmin (2017) mukaan kehittämällä lääkevirheiden raportointijärjestelmiä paikallisella ja kansallisella tasolla voidaan ennakoivasti puuttua lääkehoidon vaaratilanteisiin. Vaararaportointi järjestelmien avulla voidaan oppia lääkehoidon riskivaiheista ja kehittää riskienhallintaa. (Holmström 2017, 3.) Yksi vakioitu toimintatapa vähentää lääkehoidon poikkeamia on kaksoistarkastus: hoitajan oma tarkastus tai kahden hoitajan suorittama kaksoistarkastus joko itsenäisesti tai samanaikaisesti. Kaksoistarkastuksen vaikutusta lääketurvallisuuteen on tutkittu paljon niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin (ks. Härkänen 2014; Grant 2015; Athanasakis 2015; Schwappach, Pfeiffer & Taxis 2016). Kaksoistarkastukseen liittyvät tutkimukset eivät ole onnistuneet tuottamaan tarpeeksi tutkittua tietoa kaksoistarkastuksen hyödyistä eli tulokset ovat puutteellisia ja klinisiä tutkimuksia tarvitaan lisää osoittamaan kaksoistarkastuksen merkitystä osana turvallista lääkehoitoa (Alsumi, Conroy & Choonara 2012).

Joanna Briggs Instituutin julkaiseman tutkimusnäyttöön perustuvan hoitosuosituksen mukaan ottamalla potilas paremmin mukaan lääkkeiden jakamiseen ja antamiseen, esimerkiksi jakamaan tai tarkistamaan lääkkeet itse, voidaan lääkehoitoon liittyvien poikkeamien määrää mahdollisesti vähentää (JBI 2010, 14/4). Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2015 – 2020 on Potilas Ensin. Kehittämällä toimintamalleja, joilla lisätään potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa, voidaan osaltaan tukea Potilas Ensin -strategiaa.

Opinnäytetyö on osa ”Näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen toimintamalli Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä” -hanketta. Opinnäytetyö pyrkii uuden toimintamallin luomiseen ja tarkoituksena on lääkitysturvallisuuden parantaminen potilaan osallisuutta lisäämällä. Opinnäytetyön tavoitteena on hoitohenkilökunnan yhteisen näkemyksen avulla kehittää toimintamalli, joka mahdollistaa potilaan osallistumisen lääkehoitonsa eri vaiheisiin.

## 1.2 Teoriaosan systemaattinen tiedonhaku

Relevantin ja täsmällisen kattavan tutkimustiedon keräämiseksi hakulausekkeiden muodostaminen on onnistuneen kirjallisuuskatsauksen perusta (Taulukko 1). Lausekkeiden muodostamiseen saatiin ohjausta Keski-Suomen keskussairaalan tieteellisen kirjaston informaatikolta. Hakuprosessi tulee kuvata kirjallisuuskatsauksessa niin tarkasti, että lukija pystyy sen halutessaan toistamaan ja kirjallisuushaku on katsauksen aikaa vievin osuus, sillä hakuja voi joutua muokkaamaan ja tarkentamaan useita kertoja (Niela-Vilen & Kauhanen 2015, 27).

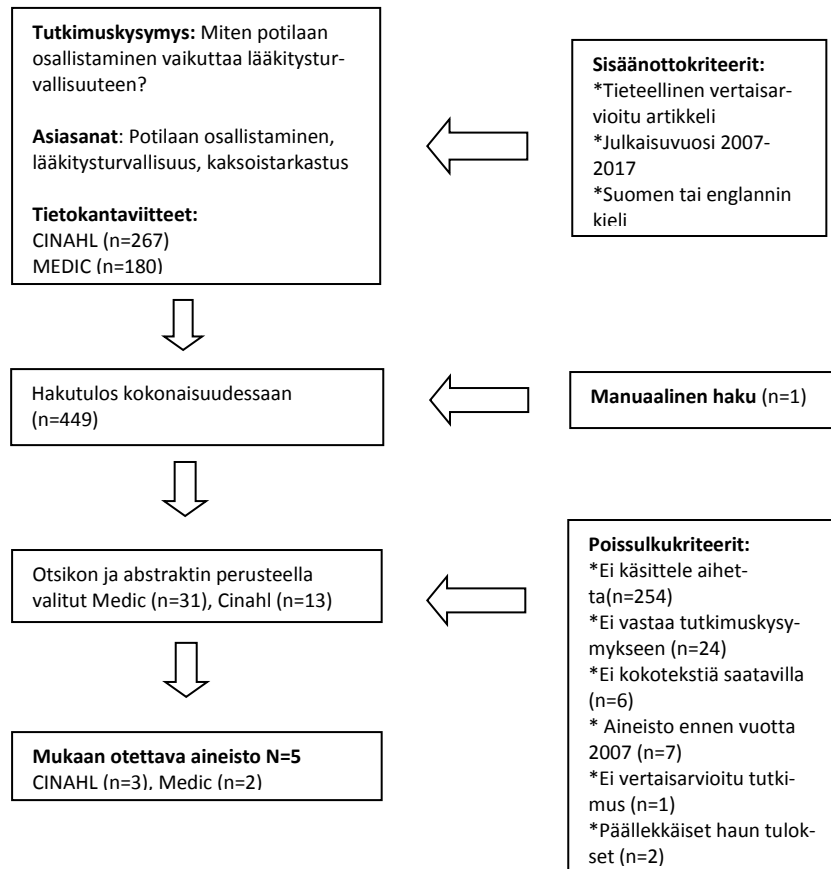
Taulukko 1. Teoriaosan kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset
<b>Cinahl</b>	medication* or drug* AND patient*2 (involv* or particip* or engag*) AND error* n3 prevent* OR error* n3 avoid* OR mistake* n3 avoid* OR mistake* n3 prevent OR adverse incident* OR adverse event* OR patient* n2 (involv* or particip* or engag*) AND (medic* or drug*) n3 safe*	Peer Review, year 2007-2017, Research Article, English language
<b>Medic</b>	(potila* OR patient*) AND (lääke* OR lääkk* OR lääkity* OR drug* medication*) AND (tarkist* OR kaksoistarkist* OR osallist* OR involv* OR "double checking")	

Holopaisen, Junntilan, Jylhän, Korhosen ja Seppäsen (2013) mukaan asianmukaiset tietokannat ja kanavat sekä keskeisten tietolähteiden valinta toimivat näyttöön perustuvan toiminnan edellytyksenä. Uusien tietolähteiden nopean ilmaantumisen vuoksi, näyttöön perustuvan toiminnan kehittymisen perustana on tietolähteiden jatkuva arviointi ja seuranta. (Holopainen ym. 2013, 103.)

Kirjallisuuskatsauksen avulla pystytään analysoimaan aiempaa tutkimustietoa ja muodostamaan synteesi tutkimusilmiötä kuvaamaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 239).

Kehittämistyön teoreettisen viitekehyksen perustaksi tuli kirjallisuuskatsauksen perusteella (Kuvio 1) valikoituneet tutkimukset (Liite 1).



Kuvio 1. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhakupuu



## 2 Turvallinen lääkehoito

Kansallisena oppaana turvallisen lääkehoidon toteuttamiselle pidetään Sosiaali- ja terveysministeriön suosittamaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisemaa Turvallinen lääkehoito – Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tunnistamalla toimintayksikön riskilääkkeet ja kehittämällä suoja-kanismeja käyttöprosesseihin, esimerkiksi ohjeistamalla ja perehdyttämällä sekä suunnittelemalla ehkäiseviä toimia, jotka on kuvattu lääkehoitosuunnitelmassa, voidaan lääkehoidon vakavia haittoja estää. Riskilääkkeet aiheuttavat eniten potilas-kuolemiin johtavia lääkitysvirheitä. (THL 2016, 16–17.)

### 2.1 Riskilääkkeet

Noudattamalla Valviran sivustoilla julkaistun WHO:n ”viiden oikean listaa” olisi mahdollista ennaltaehkäistä lääkehoidossa tapahtuvat virheet. Lääkehoitoa toteuttavan henkilön tulisi aina varmistaa, että kyseessä on oikea annos, oikea lääke, oikea aika, oikea antoreitti ja oikea potilas. (Lääkehoidon toteuttaminen 2017.) Viiden oikean listaan on lääkehoidon turvallisuuden parantamiseksi lisätty oikea kirjaaminen, oikea toteuttaminen, oikea lääkemuoto ja oikea vaste. Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen varmistetaan noudattamalla yhdeksän oikein listaa. (Elliot & Liu 2010, 301.)

Lääkettä, jonka annostelu, käsittely ja säilytys edellyttää tarkkaavaisuutta tai johon liittyy riskejä turvallisuuden kannalta, kutsutaan riskilääkkeiksi. Erityistä tarkkaavaisuutta vaativia lääkkeitä voivat olla uudet lääkkeet, harvoin käytettävät lääkkeet, erityisosaamista ja riittävää perehdytystä vaativat lääkkeet, kuten solunsalpaajat tai laskimonsisäisesti annettavat lääkkeet. Lisäksi lääkkeen farmakologinen ominaisuus tai lääkkeen käytön yleisyys voi edellyttää erityistä tarkkaavaisuutta. (THL 2016, 17–18.)

## 2.2 Potilasturvallisuus lääkehoidon tavoitteena

Potilasturvallisuus voidaan käsitteenä määritellä hoidon turvallisuuteen, lääkehoidon turvallisuuteen ja laiteturvallisuuteen. Potilasturvallisuus toteutuu, kun potilaalle tarjotaan hänen tarvitsemaansa hoitoa oikeaan aikaan, kiinnittämällä huomioita lääkehoidon toteutukseen ja käyttämällä potilaan hoitoon tai lääkitsemiseen tarvittavia laitteita niin, että potilaalle mahdollisesti aiheutuva haitta on vähäinen. Hoidon turvallisuutta, lääkehoidon turvallisuutta sekä laiteturvallisuutta voidaan lisätä ja edistää toimintatavoilla, jotka mahdollistuvat järjestelmällisen ja suunnitelmallisen potilasturvallisuuskulttuurin avulla. (Potilasturvallisuus 2006, 6.)

Läákehoidon turvallisuus on osa potilasturvallisuutta ja siihen kuuluu lääkitys- ja lääketurvallisuus. Suurin osa haitoista voitaisiin välttää, jos suojaukset lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä olisivat tarkoituksenmukaisia. Suojauksina voidaan työyksiköissä tunnistaa ja ohjeistaa suuren riskin lääkkeiden käyttöä, huomioimalla lääkityshaittoille alttiit potilasryhmät, suunnittelemalla toimintatapoja, jotka ennaltaehkäisevät virheitä ja varautumalla toimintasuunnitelmilla lääkitysvirhetapahtumiin. On myös tärkeää tunnistaa osaamistarpeet lääkehoidon toteutukselle ja puuttua havaittuihin lääkkeiden väärinkäyttöihin välittömästi. Tarkoituksenmukaisella lääkevalikoimalla, lääkkeiden sijoituksella ja riskilääkkeiden säilytyksellä voidaan edistää lääkitysturvallisuutta. (THL 2016, 16, 24.) Terveysturvalaki (L 1326/2010, 8§) velvoittaa toiminnan olevan näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa sekä laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.

Gerlanderin, Kivisen, Isotaluksen ja Kettusen (2013) tutkimus selvitti lääkehoidosta keskustelemisen toteutumista potilaan näkökulmasta. Potilaat kokivat pelottavien ja huolestuttavien asioiden esille tuomisen vaikeana. Erytistä huomiota tulisi kiinnittää lääkehoidosta keskustellessa iäkkäiden ja miesten näkemyksille sekä emotionaalisiin tekijöihin. (Gerlander ym. 2013, 20.)

Sahlströmin, Partasen ja Turusen (2012) mukaan potilaat arvioivat voivansa auttaa hoitovirheiden ehkäisemisessä ja pystyvänsä osallistumaan turvallisen hoidon saavuttamiseen, mutta tarvitsevänsä virheiden tunnistamiseen lisää tietoa. Potilaista

suurin osa piti itseään osittain vastuullisena hoitonsa turvallisuuteen. Näkemykset omaan hoitoonsa osallistumisesta koettiin myönteisenä. (Sahlström ym. 2012, 11.)

Potilasturvallisuuden kehittämisen lähtökohtana tulisi olla potilaiden kokemukset ja näkemykset potilasturvallisuudesta. Potilaiden näkökulma potilasturvallisuuden määrittämiseksi voi erota palveluntuottajan määritelmästä ja tämä tulisi huomioida potilasturvallisuus prosesseja suunniteltaessa. (Rather, Brandt & Williams 2012.)

Syöpäsairaanhoitajien käsityksiä ja kokemuksia potilaiden osallistamisesta sytostaattihoidossa tapahtuviin hoitovirheisiin kartoitettiin Schwappachin, Hochreutneren ja Wernlin (2010) tutkimuksessa. Sairaanhoitajien kokemukset potilaiden osallistamisesta virheiden ennaltaehkäisyyn olivat pääasiassa myönteisiä eivätkä tutkijat löytäneet mitään merkkejä tämän tutkimuksen yhteydessä, että potilaiden osallistaminen siirtäisi hoitovastuuta potilaille. Potilaiden valppautta pidettiin täydentävänä viimeisenä varmistena. Virheiden havaitseminen ei heikennä luottamusta potilaiden ja hoitajien välillä. Potilaiden aktiivinen osallistuminen edellyttää kulttuurisia- ja organisaatiomuutoksia kuten hoitomenetelmien standardoimista. Potilaiden osallistaminen koettiin monimutkaisena oppimisprosessina, jossa sairaanhoitajat hyväksyivät strategioita koulutuksen järjestämiseksi potilaan terveydentilan ja hoitovaiheen mukaan. (Schwappach ym. 2010, 86–87; Schwappach & Wernlin 2010, 288–289.)

Yang ja Grissinger (2013) mukaan lääkevirheet voivat esiintyä missä tahansa lääkehoidon vaiheessa ja turvallisuusstrategioiden toteuttaminen kaikissa lääkehoidon vaiheissa voi auttaa varmistamaan, että oikea potilas saa oikean lääkityksen. Organisaatiot voivat toteuttaa ohjelmia, joissa potilaat ja perheenjäsenet tulevat aktiivisiksi osallistujiksi potilasturvallisuuden varmistamisessa. Näihin ohjelmiin voi esimerkiksi sisältyä opetusmateriaali, jossa luetellaan kysymyksiä, joita potilaan pitäisi kysyä heitä hoitavilta terveydenhuollon ammattilaisilta. (Yang & Grissinger 2013, 43.)

Farre, Shaw, Heath ja Cummins (2017) tarkastelivat lääkehoidon turvallisuutta riskityö käsitteen pohjalta ja lääketurvallisuuden toteutumista ammattilaisten jokapäiväisissä työkäytännöissä. Heidän mukaansa lääkkeisiin liittyvät riskit rakennetaan ja neuvotellaan olemassa olevien sosiaalisten vuorovaikutusten kautta. Vakiintuneiden riskien määrittelyn ja niiden ympärille rakennettujen normien jälkeen on mahdollista

tehdä riskityö näkyväksi. Riskityön vaiheiden tunnistamisen jälkeen hoitotyön ammattilaiset voivat menestyksekkäästi toteuttaa riskityötä. Keskittymällä riskityön vaiheisiin voidaan luoda uutta näkökulmaa riskityön sovittamiseksi rutiininomaisiin ja onnistuneisiin klinisiin käytäntöihin. (Farre ym. 2017.)

Lääkärien kirjoittamissa lääkeresepvirheissä potilaille aiheutuva vähäisin haitta ilmenee, kun resepti ei ole ajoissa saatavilla, vakavimmillaan reseptivirheissä potilaalle on kirjoitettu väärä lääke. Yleisimmin lääkäreille tapahtuu virheitä, kun lääkkeitä määrätään hyväksytyyn lääkeluettelon ulkopuolelta. Potilaan osallistaminen ja tehostettu apteekkiviestintä ovat tärkeitä tekijöitä lääkevirheiden vähentämisessä. (Steven & Hayley 2011.)

Potilaan asema ja oikeudet terveydenhuollossa on turvattu lainsäädännöllä. Potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun (L 785/1992, 3§). Itsemääräämisoikeus velvoittaa, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.

”jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla” (L 785/1992, 6§).

Potilaan tiedonsaantioikeus takaa, että

”potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamistaan. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä taikka potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta.” (L 785/1992, 5§.)

### 2.3 Lääkehoidon poikkeamien raportointi

Holmströmin (2017) mukaan kansainvälisten medication error reporting (MER) järjestelmien kehittämiseksi, toteuttamiseksi ja parantamiseksi olisi lisättävä lääketurvallisuudesta vastaavien asiantuntijoiden ja organisaatioiden välistä yhteistyötä. Raportoinnin esteinä on tietotekniikkataidot sekä ajan-, koulutuksen- ja koordinoinnin puute. Turvallisuuskulttuurin laajentaminen koko toimintaympäristöön rohkaisee avoimuuteen lääkitysvirhetapahtumissa ja niistä oppimista. Suomessa haittatapahtumien raportointiprosessi (HaiPro) on potilasturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä, jonka keskeisen osan muodostaa luokittelu ja laadun johdonmukaisuus. Esimerkiksi lääkkeiden luokituksessa, dokumentoinnissa tai annostelussa tapahtuvien virheiden selvittämiseksi, voidaan yhdistää kaikki HaiProa käyttävät eri terveydenhuollon yksiköt. Järjestelmälähtöisyys ja poikkeamista oppiminen on edellytyksenä aineiston analysoinnin, tiedon prosessoinnin ja raporttien laadun parantamiseksi MER järjestelmissä. (Holmström 2017, 101.)

Kinnusen (2010, 140) mukaan virhetilanteiden tapahtuessa ihannetilanteessa ei etsitä syyllisiä, vaan yhteisenä tavoitteena on systeemin kehittäminen ja virheiden syiden selvittäminen. Virhetapahtumia selvitetessä ristiriita aiheutuu johtotason ja työntekijätason näkemyseroista eli johtotasolla odotetaan virheistä oppimisen tapahtuvan työntekijätasolla ja työntekijätasolla odotetaan johdon tarttuvan virheisiin. Avoimella keskustelulla edistetään virheistä oppimista ja johdolla on keskeinen rooli sen virittäjänä ja käytännön mahdollistajana. Raportointijärjestelmä mahdollistaa tiedon jakamisen laajasti, systemaattisesti ja nopeasti. Oppimisen mahdollistavat keskusteleavan avoin ilmapiiri, esimiesten antama tuki, tehtävään sitoutunut johto sekä järjestelmällisen vastuullisesti hoidettu tiedonsiirto ja systeemiajattelu. (Kinnunen 2010, 141, 143–145.)

Turunen, Mäntynen, Kvist, Miettinen, Vehviläinen-Julkunen, Turunen ja Partanen (2015) kartoittivat sairaalan potilasturvallisuuskulttuuria sairaanhoitajien arvioimana. Kolme vuotta kestäneen pitkittäistutkimuksen aikana havaittiin vaaratapahtuma raportoinnin lisääntymistä ja syyllistävän virheiden käsittelyn vähenemistä. Vaarata-

pahtuma raporttien pohjalta tehtyjen muutoksien kehittäminen vaatii edelleen kehittämistä. (Turunen ym. 2015, 156.)

## 2.4 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen

Terveydenhuollon ammattilaiset, jotka ovat saaneet tehtävän suorittamiseen riittävän koulutuksen, toteuttavat lääkehoitoa. Turvallinen lääkehoidon toteutuminen on työnantajan vastuulla, edellyttäen lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön riittävää määrää ja osaamista kaikkina aikoina, kaikissa niissä sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä, joissa lääkehoitoa toteutetaan. (Lääkehoidon toteuttaminen 2018.)

Sneckin (2016) mukaan sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa hyväksi lääkehoidon toteutukseen liittyen. Infuusioihin ja laimennoksiin liittyvät laskut koettiin haastavimpina. Vaahtivan neste- ja lääkehoidon parissa työskentelevät sairaanhoitajat sekä lääkehoidon verkkokurssin suorittaneet arvioivat osaamisensa muita paremmaksi. Haasteiksi koettiin tieteellisen ja ammatillisen tiedon lukeminen. Lääkehoidon osaamisen varmistaminen hyväksyttiin prosessina. Verkkokurssin rinnalle toivottiin muitakin opetusvälineitä, vaikka sitä toimivana opetusmenetelmänä pidettiin. Työtehtäviin liittyvää osaamisen varmistamista toivottiin enemmän. (Sneck 2016, 95–98.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä sairaanhoitajat varmistavat lääkehoidon osaamisensa viiden vuoden välein suoritettavalla kirjallisella tentillä lääkelaskuineen sekä näytöillä, jotka yksiköiden lääkehoitovastaavat ottavat vastaan. Lääkehoidon kirjallisen materiaalin opiskelun voi suorittaa verkkosivustojen kautta. Työnantaja osoittaa yhden työpäivän opiskeluun, joka tapahtuu sairaalan tiloissa. Lääkelupa käsittää lääkehoidon perusteet, laskimonsisäisen lääkehoidon, pääsääntöisesti keskushermoston kautta vaikuttavat lääkkeet, rokotteet, kivunhoidon, verensiirron sekä yksikkökohtaisesti tarvittavat iäkkäiden-, lasten- ja psyykkisesti vaikuttavien lääkkeiden -lääkeosiot.

### 3 Potilaan osallistaminen

Sahlstenin, Larssonin, Sjöströmin ja Plosin (2008) mukaan potilaan osallistamisen käsitteen teoreettinen määritelmä on mahdollista muodostaa tehtyjen tutkimuksien perusteella. Potilaan osallistuminen omaan hoitokäyttäytymiseensä mahdollistuu, kun sairaanhoitajalla ja potilaalla on vakiintunut hoitosuhde, potilaalle on annettu joko hoitovaltaa tai hoitovalvontaa, yhteistä tietoa on jaettu sekä sitouduttu sovit- tuun toimintaan. Käsiteanalyysi on loputon prosessi, joten tiedon ja kokemuksen lisääntyessä vuorovaikutuksen yksityiskohdista potilaan osallisuuden edistämiseksi ja optimoimiseksi tarvitaan lisätutkimuksia. (Sahlsten ym. 2008.)

Potilaan osallisuuden lisäämisen lähtökohtana on potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Osallistuminen on yhteistoiminnallista ja tapahtuu vastavuoroisen vuoropuhelun ja yhteisten päätöksentekokäytäntöjen kautta. Samalla kun potilaiden vaikutusvaltaa hoitoonsa ja yhteistä päätöksentekoa hoidosta painotetaan entistä enemmän, on myös tiedostettava, että monet potilaista eivät halua olla aktiivisia osallistujia tekemään hoitopäätöksiä, vaikka he haluaisivatkin enemmän tietoa hoi- dostaan. Halukkuus osallistumiseen riippui sairauden tyypistä ja vakavuudesta, poti- laiden erilaisista persoonallisuuksista ja suhteista ammattilaisiin. (Robinson & Thom- son 2001, 34; Thompson 2007.) Potilaan osallistumista suositellaan potilasturvalli- suuden parantamiseksi ja se tunnustetaan entistä useammin keskeisenä tekijänä terveydenhuollon prosessien uudelleensuunnittelussa (Longtin, Sax, Leape, Sheridan, Donaldson & Pittet 2010).

Vähemmän koulutetuissa ja vanhemmissa potilasryhmissä on suurempi tarve hol- hoavaan hoitotyöhön. Toisaalta aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että poti- laiden halukkuus osallistumiseen päätöksentekoon vaihtelevat iän, sosioekonomisen tilan, sairauskokemuksen ja päätöksen vakavuuden mukaan. Lisäksi on näyttöä siitä, että tietyillä potilailla saattaa olla vaikeuksia osallistua päätöksentekoon terveyson- gelmiensa vuoksi. Olennaista on myös tiedostaa että potilaille ei välttämättä tiedote- ta ymmärrettävästi mitä hyötyä heidän osallistumisestaan on. (Robinson & Thomson 2001, 34; Longtin ym. 2010.)

Löfmanin (2006) mukaan potilaat korostivat itsemääräämisen esteenä rohkeuden puuttumisen asioiden ilmaisemiseen. Edellytyksenä itsemääräämisen toteutumiseen potilaiden mukaan on yhteinen päätös hoitoon liittyvistä asioista ja vapautta ilmaista itseään. Hoitajien ammattitaito, joka perustuu potilaan itsemääräämisen toteutumisen edistämiseksi on toisaalta edellytys potilaan itsemääräämiselle. (Löfman 2006, 87.)

Terveydenhuollon työntekijöiden keskuudessa potilaiden osallistumisen hyväksymiseen ja edistämiseen vaikuttavat halu ylläpitää hallintaa, ajan puute, henkilökohtaiset uskomukset, sairauden laatu sekä potilaan ja hoitajien välinen koulutus. Myös sosiaalisella asemalla ja etnisellä alkuperällä on vaikutusta potilaan ja terveydenhuollon työntekijöiden osallistamisen hyväksymiselle. Keskeisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat osallistumiseen ja jotka mahdollistavat potilaita osallistumaan lääketieteellisten virheiden ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi sekä potilasturvallisuuden parantamiseksi ehdotetaan käsitteellistä mallia. Mallin määrittämiseksi tarvitaan lisätutkimuksia. (Longtin ym. 2010.)

Sahlströmin (2018) mukaan potilaiden positiiviset kokemukset lääkehoidon turvallisuudesta, henkilökunnan rohkaiseva asenne, henkilökunnan antama tieto ymmärrettävällä ja oikea-aikaisella tavalla sekä potilaiden oma kyky vaaratapahtumien tunnistamiseen edistävät potilaiden osallisuutta. Potilaat raportoivat erityyppisiä ja vakaavuudeltaan erilaisia vaaratilanteita, jotka liittyivät yleisimmin tiedonkulkuun ja lääkitykseen. Vain osa potilaiden ehdottamista käytännöllisistä ratkaisuista vaaratilanteiden estämiseksi oli johtanut kehittämistoimenpiteisiin organisaatioissa. (Sahlström 2018, 42.)

Fylanin, Armitagen, Naylorin ja Blenkinsoppin (2018) tutkimus potilaiden osallistumisesta lääkehoitoonsa sairaalahoidon jälkeen osoitti, että potilaat saattoivat ennakoida ongelmia, jotka johtuivat lääkkeitä toimittaneesta järjestelmästä ja ryhtyvänsä erityisiin toimiin lääkevirheiden ehkäisemiseksi. Potilaat tunnistivat myös ennen ja jälkeen lääkkeiden toimittamista esiintyviä virheitä ja ryhtyivät korjaaviin toimiin virheiden ehkäisemiseksi. Potilaat kokivat pystyvänsä parantamaan järjestelmän joustavuutta kehittämällä strategioita lääkevirheiden riskin vähentämiseksi. Lisäämällä ja



kehittämällä potilaiden valmiuksia, on tietyin varauksin olemassa mahdollisuus vaikuttaa potilaiden turvallisempaan hoitoon ja tehokkaampaan lääkkeiden hallintaan. (Fylan ym. 2018.)

Osallistamisen vaikuttavuudesta tutkimusnäyttö on niukkaa ja tutkijoiden tulisi tulevaisuudessa harkita tarkkaan, mikä on sopivin tutkimusmenetelmä interventioon tai arvioitavaan strategiaan. Laadullisiin tutkimusmenetelmiin tulisi sisällyttää potilaan osallistumisstrategioiden arviointia. (Hall, Peat, Birks, Golder, Entwistle, Gilbody, Mansell, McCaughan, Sheldon, Watt, Williams & Wright 2010, 1.)

Vuonna 2004 perustettiin maailman potilasturvallisuusjärjestö WHO:n toimesta. Järjestön tehtävänä on turvallisen terveydenhuollon edistäminen. Sen saavuttaminen edellyttää maailmanlaajuisia johtajuutta, yhteisiä ponnisteluja sekä sitoutumista virheistä oppimiseen ja sitoutumista hyödyntämään potilaiden kokemuksia. Lontoon julistuksessa vuodelta 2006 vaaditaan potilaiden entistä suurempaa roolia terveydenhuollon turvallisuuden parantamiseksi maailmanlaajuisesti. (Patients for Patient safety 2013.)

## **4 Kehittämistyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät**

Opinnäytetyön tarkoituksena on parantaa lääkitysturvallisuutta osallistamalla potilas lääkehoitoonsa. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää toimintamalli, jonka avulla mahdollistetaan potilaan osallistuminen. Hyödyntämällä toimintamallia lääkehoitoa toteutettaessa voidaan lääkehoidon turvallisuutta parantaa.

Kehittämistehtävät:

1. Hoitohenkilökunta muodostaa yhteisen näkemyksen siitä, mitkä ovat yksikön lääkitysturvallisuuden riskivaiheet infuusiohoitojen aikana
2. Hoitohenkilökunta muodostaa yhteisen näkemyksen potilaan osallisuutta edistävästä/estävästä tekijöistä
3. Hoitohenkilökunta luo yhteisen toimintamallin potilaan osallisuuden lisäämiseksi lääkehoidon toteuttamisessa

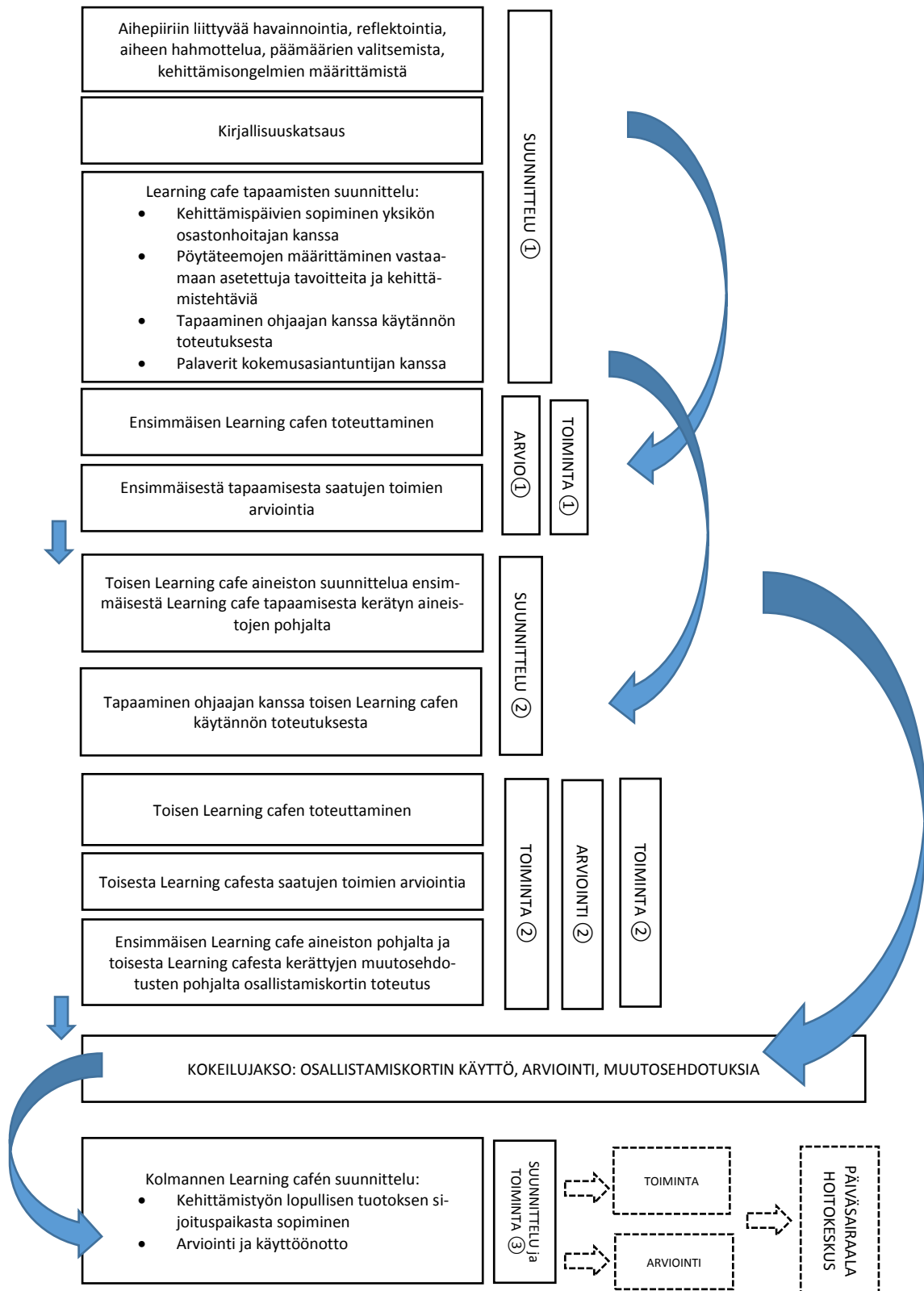
## 5 Kehittämistyön toteutus

### 5.1 Kehittämistyön menetelmä

Toimintatutkimus on ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa kokeillaan ja suunnitellaan uusia toimintatapoja ja pienimuotoisimmillaan toimintatutkimus on oman työn kehittämistä (Heikkinen 2006, 16–17). Toimintatutkimus sopii tilanteisiin, kun toiminnan avulla pyritään muuttamaan jotakin ja samanaikaisesti lisäämään niin ymmärrystä kuin tietoaakin muutosta kohtaan, se on prosessi, joka tähtää toiminnan muuttamiseen ja kehittämiseen entistä paremmaksi. Toimintatutkimuksen avulla pystytään kehittämään uutta lähestymistapaa johonkin tiettyyn asiaan ja ratkaisemaan ongelmia, joilla on suora yhteys johonkin käytännölliseen toimintaan. Edelleen toimintatutkimus on ryhmien omaa systemaattista tutkimusta toimenpiteistä, joilla muutetaan ja kehitetään kohteena olevaa käytäntöä sekä keinoista toimenpiteiden vaikutusten reagointiin. (Anttila 2007, 135–136.)

Tiedontuotantoa ohjaavat käytännön ongelmat ja kysymykset. Tutkimukselliset asetelmat toimivat apuna, kun tietoa tuotetaan aidossa käytännön toimintaympäristössä. (Toikko & Rantanen 2009, 22.) Kehittämistyö toteutettiin mukailien toimintatutkimukselle tyypillisen prosessin vaiheita, jossa toiminta etenee suunnittelun, havainnoinnin ja arvioinnin kehänä ja jokaista eri vaihetta toteutettiin suhteuttaen ne toisiinsa kriittisen järjestelmällisesti (Kuvio 2).

Toimintatutkimuksessa valitaan ensin päämäärät, määritellään kehittämisongelmat, asetetaan tavoitteet ja tutustutaan lähdemateriaaleihin. Tämän jälkeen kehittämis-tehtäviä voidaan tarkentaa. Kun kehittämistehtävät ja tavoitteet on määritelty, kokeillaan ja tutkitaan, miten asetettuihin tavoitteisiin päästään. Saatua aineistoa analysoidaan, arvioidaan tehtyjä asioita, muotoillaan ja tarkennetaan päämääriä, tehdään käytännön kokeiluja ja tämän jälkeen arvioidaan. Suunnittelu, toiminta ja toiminnan arviointi ovat toimintatutkimuksen vuorottelevia elementtejä. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 60–61; Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2006, 80.)



Kuvio 2. Toimintatutkimuksellinen eteneminen kehittämissä.

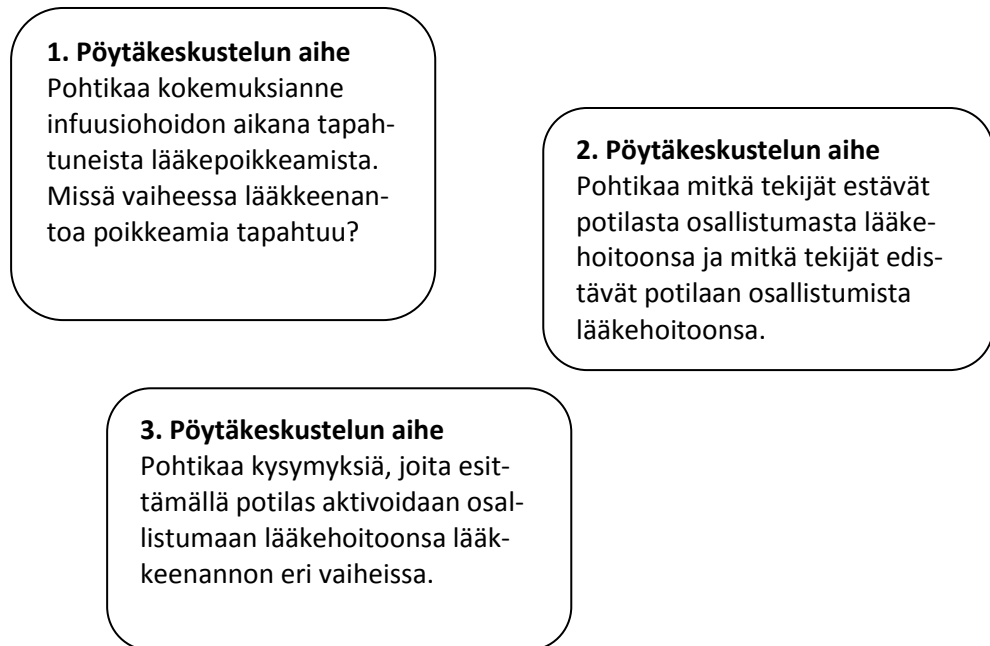
## 5.2 Aineiston keruu

Kehittämistyön toteutukseen kutsuttiin sähköpostitse Keski-Suomen keskussairaalan päiväsairaalan henkilöstö, yhteensä 18 sairaanhoitajaa. Kehittämistyön aineisto kerättiin päiväsairaalan henkilöstön tuottamista Learning cafe -tapaamisten pöytäkeskusteluista, jotka toteutettiin 31.8 – 12.10.2018 välisenä ajanjaksona.

Learning cafe on ryhmän oppimismenetelmä, jossa keskustelun, tiedon luomisen ja tiedon siirtämisen avulla pyritään muodostamaan ryhmän yhteinen mielipide. Tärkeintä Learning cafessa eli oppimiskahvilassa on keskustelu, johon osallistumalla ryhmän jäsenet selittävät omia näkemyksiään, kyseenalaistaen ja kommentoiden toisten osallistujien näkökulmia, samalla ideoiden ja oppien. Learning cafe menetelmän avulla pyritään yhteisiin ratkaisuihin yhteisesti muodostettujen mielipiteiden avulla. Menetelmä toimii hyvin 12 hengen kokoonpanoille tai sitä suuremmille ryhmille. (Innokylä n.d.)

Learning cafe aikataulut sovittiin päiväsairaalan osastonhoitajan kanssa tammikuussa 2018. Työvuorosunnittelun avulla mahdollistettiin henkilöstön osallistuminen. Henkilöstön sähköisessä tapahtumakalenterissa kehittämispäivät olivat jo keväästä 2018 lähtien nähtävillä. Tilaisuudet järjestettiin kolmen viikon välein ja ne kestivät puolesta tunnista kahteen tuntiin (Liite 3). Ensimmäiseen Learning cafe tilaisuuden alustukseen kutsuttiin kokemusasiantuntija potilasnäkökulman edustajaksi. Henkilöstölle lähetettiin alustava kutsu 23.8 ja saatekirje (Liite 2) ja yksityiskohtainen kehittämispäivän aikataulu sähköpostitse 27.8 (Liite 3).

Ensimmäiseen Learning cafe tapaamiseen 31.8 osallistui päiväsairaalan hoitohenkilöstöstä kahdeksan sairaanhoitajaa. Alustuksen diaesitys (Liite 4) jälkeen osallistujat jaettiin satunnaisesti kolmen hengen ryhmiin ja yhdessä ryhmässä kirjurina toimi kokemusasiantuntija. Alustukseen kului ennakoitua enemmän aikaa osallistujien aktiivisen kyselyn ja kommentoinnin vuoksi. Learning cafe pöytäkeskustelut (Kuvio 3) tehoitettiin vastaamaan kehittämistehtäviä.



Kuvio 3. Pöytäkeskustelujen teemat

Pöydissä aiheiden työstämiseen jäi aikaa 10 minuuttia eli yhteensä 30 minuuttia. Learning cafe menetelmän mukaisesti puheenjohtajat esittelivät pöytiin kertynyttä aineistoa aina osallistujien vaihtuessa ja osallistujat tekivät tämän jälkeen omista näkökulmistaan lisäykset teemoihin, jotka puheenjohtaja kirjasi ylös. Aineistoksi saatiin yhteensä kuusi sivua A3 -kokoisille arkeille tuotettua tekstiä. Pöytäkeskusteluiden jälkeen osallistujat koottiin yhteen ja pöytien puheenjohtajat/kirjurit esittelivät omien pöytiensä tuotokset. Pöytäkeskustelujen purkutilaisuudessa kehittämistehtävien kannalta oleellisia huomioita ja näkökulmia kirjattiin myös kehittäjän toimesta muistiin. Ensimmäisen kokoontumisen jälkeen aineisto kirjoitettiin puhtaaksi ja lähetettiin henkilöstölle liitetiedostona saatekirjeen kanssa (Liite 5). Näin henkilöillä, jotka eivät päässeet ensimmäiseen kokoontumiseen oli mahdollisuus tutustua tuotoksiin. Sähköpostiin liitettiin myös ensimmäisen tapaamisen alustusdiat (Liite 4).

Toiseen Learning cafe tilaisuuteen (Liite 3) lähetettiin sähköpostitse kutsu 17.9. Tunnin kestävään aamutapaamiseen 21.9 osallistui yhdeksän sairaanhoitajaa. Ennen ta-

paamista ensimmäisen tapaamisen aineistosta kehitettiin teemat toisen kokoontumisen pöytäkeskusteluihin. Ensimmäisen tapaamisen aineistoa tarkasteltiin lukemalla materiaalia useaan kertaan, ryhmittelemällä ja teemoittamalla (Taulukko 2). Infuusiohoidon aikana tapahtuvia selkeitä virheitä esimerkiksi väärä annos esilääkettä, väärä tiputusnopeus, väärä tiputusjärjestys, väärä huuhteluliuos kirjoitettiin korostusti ylös toisen pöytäkeskustelun teemojen osaksi. Lisäksi pöydässä käytävien keskustelujen aikana kaikkia ryhmiä ja osallistujia pyydettiin vielä erityisesti miettimään ratkaisuehdotuksia korostettuihin teemoihin.

Osallistajat jaettiin satunnaisessa järjestyksessä kolmen hengen ryhmiin. Aikaa pöydissä käytäviin keskusteluihin jäi rajallisen ajan vuoksi viisi minuuttia eli yhteensä 15 minuuttia. Tehtävänanto annettiin ryhmille yhteisesti, puheenjohtajia ei erikseen valittu koska potilaan osallistamista vahvistavat kysymykset oli jo valmiiksi kirjoitettuna ja ryhmien tehtävänä oli täydentää/lisätä/muuttaa pöydissä olevia potilaan osallistamista mahdollistavia kysymyksiä lääkehoidon aikana.

Taulukko 2. Toinen Learning cafe -pöytien teemat

	Infuusioidon aikana potilasta osallistavat kysymykset
<b>Pöytä 1</b>	<p><b>Ennen lääkkeenantoa</b> Henkilö tunnistetaan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Tiedätkö mitä lääkkeitä sinulle menee?</li> <li>* Tarkastetaanko sinun lääkelista yhdessä?</li> <li>* Kuinka paljon sinulle on kerrottu sinun lääkkeistä?</li> <li>* Kauanko ko.lääke on sinulla mennyt?</li> <li>* Kuinka tuttu lääke on sinulle?</li> <li>* Oletko tietoinen, että tämän lääkkeen nimi on vaihtunut?</li> <li>* Onko sinulla ollut sellaisia oireita, mitä olet tunnistanut sivuvaikutuksiksi?</li> </ul>
<b>Pöytä 2</b>	<p><b>Lääkkeenannon yhteydessä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Oletko ennen laittanut/pistänyt tämän lääkkeen?</li> <li>* Pystytkö nielemään lääkkeet?</li> <li>* Aloitetaanko lääke jo tässä yhdessä?</li> <li>* Tiedätkö miten toimia, jos tulee sivuvaikutuksia?</li> <li>* Valmistautuminen kanylointiin-&gt; kysytään miltä kanylointi tuntuu ja rohkaistaan asiakasta kertomaan mitä ajattelee kanyloinnista</li> <li>* Miten koet, oletko hyötynyt tästä lääkkeestä?</li> <li>* Muistathan kertoa, jos infuusiokädessä tuntuu kipua, kirvelyä tai muita oireita tai mistä tahansa erilaisesta tuntemuksesta mitä sinulla infuusion aikana on?</li> </ul> <p><b>hoitajan päässä ruuhkaa, kiire, keskeytykset, rutiini:</b></p> <p><b>Pohtikaa voisiko näitä infuusioidon aikana tapahtuneita lääkepoikkeamia ennaltaehkäistä potilaan osallisuutta lisäämällä:</b></p> <p><b>Aseptiikka</b>  <b>Oikeanlaiset tiputusvälineet</b>  <b>Väärä annos esilääkettä (rutiini)</b>  <b>Väärä tiputusnopeus</b>  <b>Väärä tiputusjärjestys</b>  <b>Väärä huuhteluliuos G5%/NaCl</b>  <b>Väärä lääke (esim. antibiootti)</b>  <b>Lääke kudokseen</b></p>
<b>Pöytä 3</b>	<p><b>Lääkkeenannon jälkeen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Oletko ymmärtänyt miten ja milloin lääkkeet otat?</li> <li>* Tiedätkö miten toimia, jos tulee sivuvaikutuksia?</li> <li>* Tiedätkö mihin pitää soittaa jos voinnissa on jotain epäselvää?</li> <li>* Tiedätkö missä sinun pitää muistaa mainita, että saat tätä lääkettä?</li> <li>* Muistatteko te nämä asiat vielä kotonakin vai tarvitsee ko tästä ilmoittaa jonnekin läheiselle tai hoitolaitokseen?</li> <li>* Oletko ymmärtänyt miten ja milloin lääkkeet otat?</li> <li>* Muistathan ilmoittaa milloin aloitat lääkkeen (jos kotona aloitettava)?</li> <li>* Muistathan aina ottaa yhteyttä tänne jos lääkkeiden aikana kotona tulee jotain erikoista?</li> <li>* Haluaisitko kirjoittaa päiväkirjaa tai kirjoittaa ylös tai mobiilisti tallentaa asioita mitä tulee kotona mieleen tai eteen, esim. erilaisista oireista tai miten olet voinut hoitojen välillä?</li> </ul> <p>(* Tarkastetaanko sinun lääkelista yhdessä?)</p>

Toisen tapaamisen jälkeen materiaalista työstettiin hoitohenkilöstön käytettäväksi potilaan osallisuuden lääkehoitoonsa mahdollistava osallistamiskortti, jonka kokeilu-

käytöstä lähetettiin henkilöstölle tiedote (Liite 6). Osallistamiskortin kokeilujaksoksi sovittiin toisen Learning cafe tilaisuuden päätteeksi yhteisen keskustelun perusteella kaksi viikkoa eli 26.9 – 10.10.2018.

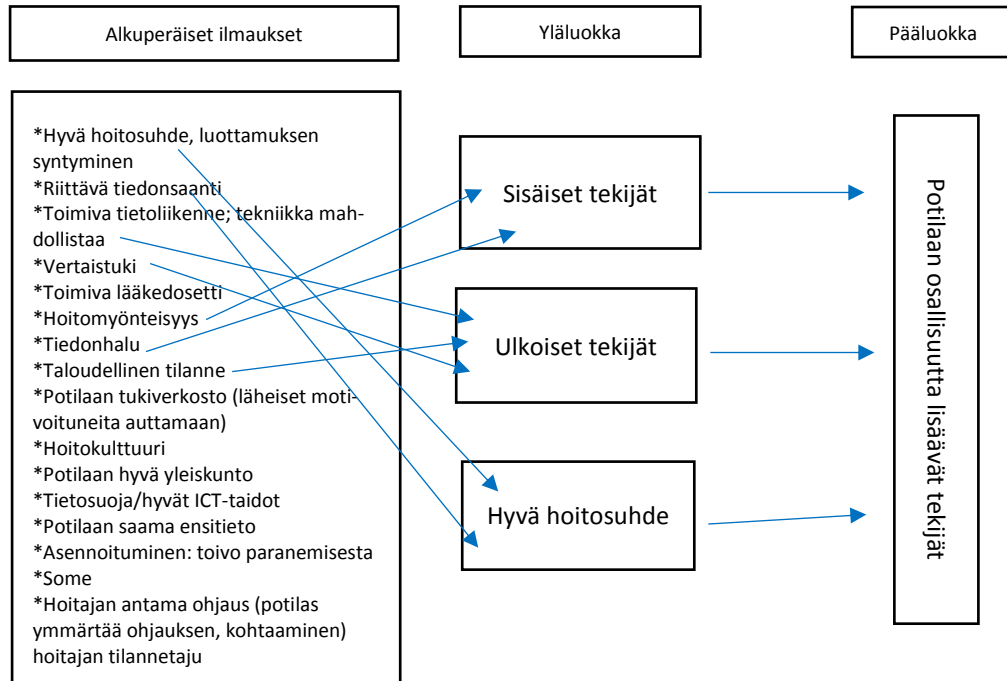
Kolmanteen ja viimeiseen kokoontumiseen perjantaina 12.10 lähetettiin kutsukirje 8.10 (Liite 3). Viisi hoitajaa osallistui viimeiseen tilaisuuteen. Tapaamisen aikana keskusteltiin kokeilujakson tuloksista sekä osallistamiskortissa havaituista muutostarpeista. Suullisesti osallistujat eivät osanneet nimetä mitään muutostarpeita osallistamiskorttiin, kirjallisena oli yksi muutosehdotus koskien oikean annoksen lisäämistä oikeaan esilääkkeeseen. Kolmannen Learning cafe tapaamisen aikana osallistamiskortin, sen käytön ja ohjeistuksen sijoituspaikaksi sovittiin päiväsairaalan uusien arkisivustojen perehdyttämiskansio, johon osallistamiskortin lopullinen versio liitetään helmi-maaliskuussa 2019. Tämän jälkeen uuden toimintamallin käyttöönotto osallistamiskorttia hyödyntäen sekä arviointi jää päiväsairaalalle. Tulevaisuudessa osallistamiskorttia voidaan käyttää keskussairaalan muillakin osastoilla.

### 5.3 Aineiston analyysi

Kehittämistyön sisällönanalysointi tapahtui aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Analysoitava data kertyi kirjoitetuista pöytäkeskusteluista, joiden aiheiden pelkistämistä ohjasivat kehittämistehtävät. Aineistoa pelkistettiin koodaamalla ja litteroimalla kehittämistehtävälle olennaiset ilmaukset. Kehittämistehtävään saadaan vastaus aineiston käsitteitä yhdistelemällä ja tämä on tyypillistä aineistolähtöiselle sisällönanalyysille. Kun kokemuseräisestä aineistosta edetään kohti käsitteellisempää näkemystä ilmiöstä, jota tutkitaan, perustuu tämä tulkinta ja päättely sisällönanalyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–112 .)

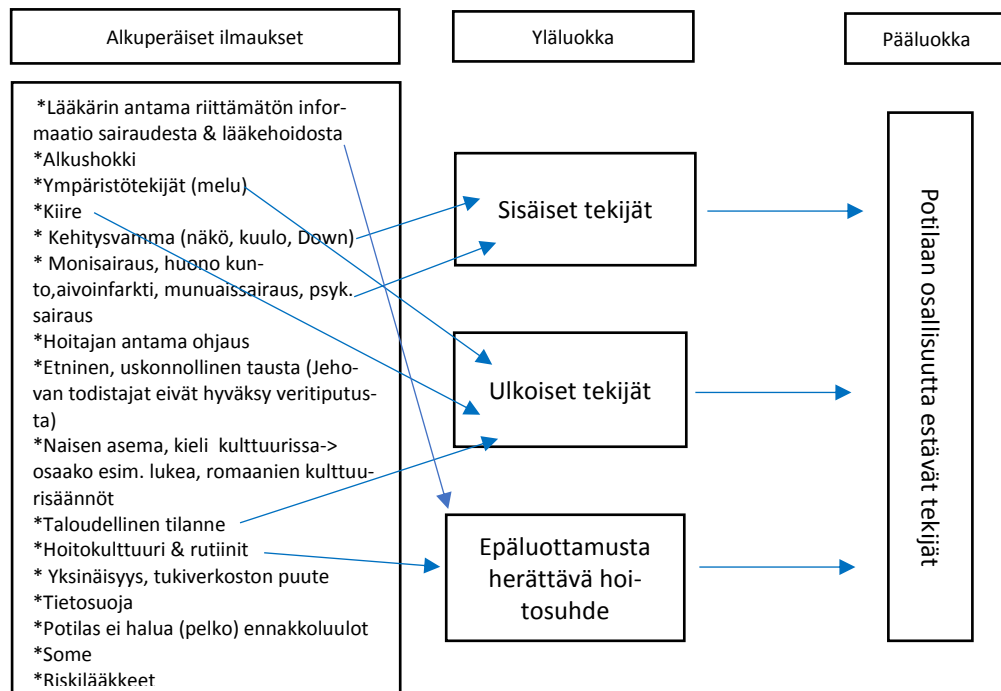
Ensimmäisen Learning cafe tapaamisen toisen pöytäkeskustelun aiheena oli pohtia mitkä tekijät estävät potilasta osallistumasta lääkehoitoonsa ja mitkä tekijät edistävät potilaan osallistumista lääkehoitoonsa. Tuloksia analysoitiin ryhmittelemällä alkuperäisiä ilmauksia ja yläluokiksi muodostui edistävinä tekijöinä potilaan sisäiset ja ulkoiset tekijät sekä hyvä hoitosuhde. Nämä yhdistettiin pääluokaksi potilaan osallisuutta lisääviksi tekijäksi. (Kuvio 4.)





Kuvio 4. Learning cafe -aineiston luokittelun eteneminen esimerkki 1.

Estävien tekijöiden alkuperäisiä ilmauksia analysoimalla yläluokiksi muodostui sisäiset tekijät, ulkoiset tekijät sekä epäluottamusta herättävä hoitosuhde. Pääluokaksi muodostui potilaan osallisuutta estävät tekijät (Kuvio 5).

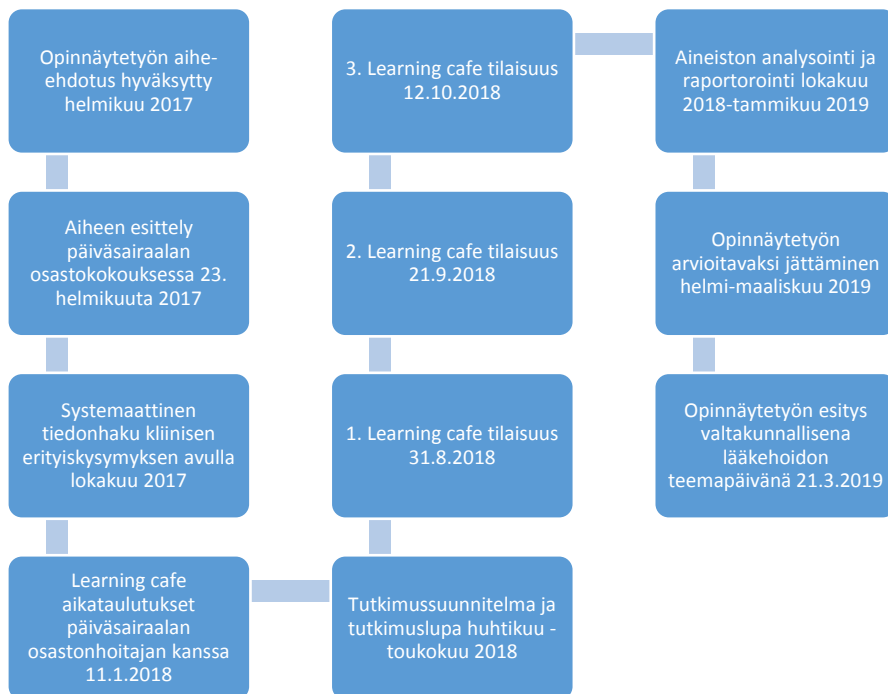


Kuvio 5. Learning cafe -aineiston luokittelun eteneminen esimerkki 2.

## 6 Kehittämistyön tulokset

### 6.1 Kohdeorganisaation lääketurvallisuuden nykytila

Kehittämistyön lähtökohtana oli tarve kehittää havaittuja toimintamalleja ja -tapoja. Jo useiden vuosien ajan Keski-Suomen keskussairaalassa on ollut systemaattisesti käytössä enteraalisesti jaettavien lääkkeiden kaksoistarkastus, jolloin farmaseutin tai sairaanhoitajan tai lähihoitajan, jolla on voimassa oleva lääkelupa, jakamat lääkkeet tarkastaa toinen lääkeluvallinen sairaanhoitaja tai lähihoitaja tai osaston farmaseutti. Kaksoistarkastuksista huolimatta Keski-Suomen keskussairaalan lääkehoidon haittatapahtumista edelleen 39 % liittyy lääkkeiden antovirheisiin ja tilastollisesti vastaava prosenttiosuus oli 41 % päiväsairaalassa keväällä 2018. (KSSHHP HaiPro -tilastot 2018; Päiväsairaalan HaiPro -ilmoitukset 2018.) Kehittämistyön lähtökohdaksi muodostui potilaan osallisuuden lisääminen lääkehoidon turvallisuuden parantamiseksi ja ehdotetun aiheen hyväksymisen jälkeen kehittämistyö eteni prosessikaavion mukaisesti (Kuvio 6).



Kuvio 6. Opinnäytetyön prosessikaavio

Opinnäytetyö toteutettiin päiväsairaalassa, jossa hoidetaan keskimäärin 250-300 potilasta viikoittain. Päiväsairaalan potilaat ovat kardiologisia, endokrinologisia, gastroenterologisia, kirurgisia ja neurologisia sekä reuma-, syöpä- ja immuunipuutospotilaita. Potilaille toteutetaan pääsääntöisesti laskimonsisäisiä infuusiohoitoja.

Keski-Suomen keskussairaalan HaiPro raporteissa 1.1.2017 – 1.3.2018 väliseltä ajankaksolta lääkehoitoon liittyviä ilmoituksia oli 1111 kappaletta eli 89 % tapahtumista ja antovirheiden osuus oli 378 tapahtumaa eli 39 % haittatapahtumista. Haittatapahtumista kävi ilmi, että tapahtumaolosuhteissa ei ollut tunnistettuja myötävaikuttavia tekijöitä vaan haittatapahtumat tapahtuivat ”normaaleissa tilanteissa”. Päiväsairaalassa 5/2017 – 5/2018 välisenä aikana haittatapahtumailmoituksia oli 64 ja niistä 26 liittyi lääkehoitoon: lääke ja nestehoitoon, verensiirtoon tai varjo- tai merkkiaineeseen. (KSSHP HaiPro -tilastot 2018; Päiväsairaalan HaiPro -ilmoitukset 2018.)

## 6.2 Learning cafe 1 tulokset

Ensimmäisen Learning cafen aineistosta nousi selkeästi esille hoitajien sisäiseen viireystilaan vaikuttavia tekijöitä, joita tilaisuuteen osallistuneet hoitajat kuvailivat hoitajan ajatuksissa tapahtuvana ruuhkana ja kiireenä. Myös monet keskeytykset ja rutiinointuminen työtehtäviin nostettiin pöytäkeskusteluiden purkutilanteessa esille ja tämä ilmeni myös kirjoitettuna tuotoksena ensimmäisen Learning cafen 1. pöytäkeskustelun aineistoon, jossa osallistujat pohtivat kokemuksiaan infuusiohoidon aikana tapahtuneista lääkepoikkeamista ja tarkennettuna missä vaiheessa lääkkeenantoa poikkeamia tapahtui.

Tarkasteltaessa potilaan osallisuutta edistäviä tekijöitä yläluokiksi muodostuivat niin sisäiset kuin ulkoisetkin tekijät ja kolmanneksi yläluokaksi hyvä hoitosuhde. Sisäisiksi tekijöiksi luokiteltiin potilaan henkilökohtainen asennoituminen sairauteensa ja toivo siitä paranemisesta. Potilaan hyvä yleiskunto, myönteisyys toteutettavaa hoitoa kohtaan sekä fyysisesti hyvä yleiskunto ovat edistävänä tekijöinä lääkehoitoon osallistumiselle. Ulkoisesti edistävänä tekijöiksi nousivat toimiva tietoliikenne, potilaan saama vertaistuki, läheisten tukiverkosto, potilaan taloudellinen tilanne sekä lääkehoitoon käytettävien välineiden esimerkkinä toimiva dosetti. Potilaan ja hoitohenkilöstön

hyvä hoitosuhde saadaan aikaan luottamuksella, hoitohenkilöstön antamalla riittäväällä ja oikea-aikaisella ohjauksella, johon liittyy hoitajan hyvä tilannetaju, potilaan kohtaaminen ja potilaan osallisuutta tukeva sekä kannustava hoitokulttuuri. Potilaalle annettu ensitieto luo edellytykset hyvälle hoitosuhteelle.

Turvallisen ja osallistavan lääkehoidon kulmakiviä on ymmärtää potilaan osallisuuden estävästi vaikuttavat tekijät. Aineiston alkuperäisistä ilmauksia luokittelemalla muodostui kolme yläluokkaa eli sisäiset tekijät, ulkoiset tekijät sekä epäluottamusta herättävä hoitosuhde. Sisäisesti estäviksi tekijöiksi muodostui potilaan mahdollinen kehitysvamma, monisairaus tai hänen henkilökohtainen asenteensa mahdollisine ennakkoluuloineen. Ulkoisiksi tekijöiksi luokiteltiin hoitotilanteessa vaikuttava kiire, potilaan etninen, uskonnollinen tai kulttuurillinen tausta. Ulkoisina estävinä tekijöinä voidaan pitää myös tukiverkoston puutetta, potilaan taloudellista tilannetta, jolloin hän ei voi esimerkiksi hankkia tietotekniikkaa mahdollistamaan osallistumista sähköisesti tapahtuvaan ohjaukseen, tosin myös puutteellinen tietotekniikan osaaminen voi estää osallistumista. Tietosuojatekijät voidaan myös luokitella ulkoisesti estäviksi tekijöiksi. Melun aiheuttamat häiriötekijät toimivat myös ulkoisesti estäviä tekijöitä. Osallistumisen esteenä voi olla hoitokulttuuri, joka ei rohkaise ja tue potilaan osallistumista omaan lääkehoitoonsa. Toisaalta hoitohenkilökunnan antama riittämätön ohjaus tai lääkärin antama riittämätön informaatio sairaudesta ja siihen liittyvästä lääkehoidosta voivat myös osaltaan muodostua esteiksi potilaan osallisuudelle. Potilaan kokemana alkushokki vakavan sairauden diagnosoinnista on sisäisesti ja ulkoisesti vaikuttava este osallisuudelle.

### 6.3 Learning cafe 2 tulokset

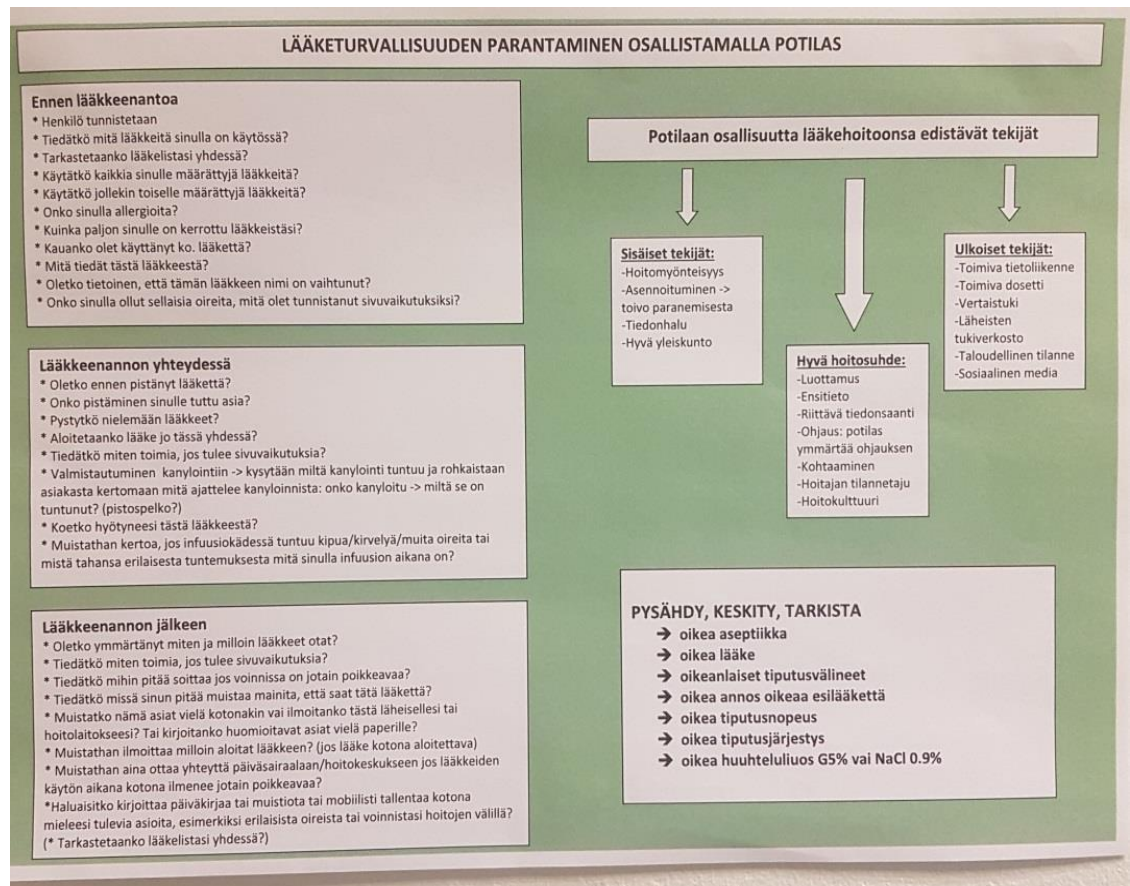
Toisessa Learning cafe tapaamisessa toisessa pöytäkeskustelussa osallistujia pyydettiin miettimään, voitaisiinko infuusioidon aikana tapahtuvia selkeitä virhetapahtumia ennaltaehkäistä potilaan osallisuutta lisäämällä ennen infuusioidon aloittamista. Ryhmien pöytäkeskusteluista tai merkinnöistä ei noussut esille ehdotuksia potilaan osallisuuden lisäämiseksi infuusiohoitoa edeltäviin haittatapahtumiin. Osallistamiskortin kokeiluversioon lisättiin näiden teemojen pohjalta ohjeistus hoitajalle ennen lääkehoidon toteutumista ennaltaehkäisemään virhetapahtumia (Taulukko 3).

Taulukko 3. Hoitajan tarkastuslista ennen infuusion aloitusta.

Alkuperäiset ilmaukset	Osallistamiskortin tarkastuslista
Hoitajalla päässä ruuhkaa/kiirettä	Ennen infuusion toteutusta PYSÄHDY, KESKITY, TARKASTA
Aseptiikka	Oikea aseptiikka
Väärä lääke	Oikea lääke
Väärät letkut	Oikeanlaiset tiputusvälineet
Väärä annos esilääkettä	Oikea annos esilääkettä
Väärä tiputusnopeus	Oikea tiputusnopeus
Väärä tiputusjärjestys	Oikea tiputusjärjestys
Väärä huuhteluliuos	Oikea huuhteluliuos G5% / NaCl

#### 6.4 Tuotos: Potilaan osallistamiskortti lääketurvallisuuden parantamiseksi

Kehittämistyön tuotokseksi saatiin potilaan osallistamiskortti lääketurvallisuuden parantamiseksi. Osallistamiskortin sisältö muodostettiin potilaan lääkehoidon osallisuutta mahdollistavista kysymyksistä ennen lääkkeenantoa, lääkkeenannon yhteydessä sekä lääkkeenannon jälkeen. Osallistamiskortissa on pääluokat tekijöistä, jotka edistävät potilaan osallisuutta lääkehoitoonsa sekä hoitajaa ohjeistava tarkastuslista ennen lääkehoidon toteutusta (Kuvio 7).



Kuvio 7. Osallistamiskortti

Toimintamallikaavio (Kuvio 8) on henkilöstön kirjallisen ja suullisen pohdinnan tuotos ensimmäisen Learning cafe aineistosta. Aineistosta työstettiin toimintamalli ryhmien kirjallisten tuotoksien (Liite 5) sekä kehittäjän tekemien muistiinpanojen pohjalta ryhmien suullisten esityksien aikana. Ensimmäisen Learning cafen ensimmäisessä pöytäkeskustelussa oli aiheena pohtia hoitajien kokemuksia infuusion aikana tapahtuneista lääkepoikkeamista ja missä vaiheessa lääkkeenhoitoa poikkeamia tapahtuu.

Pöytäkeskustelun aineisto mahdollisti ”vaiheittaisen” toimintamallikaavion syntymisen: Lääkäri – Laimennosyksikkö – Lääkkeet – Lääkehuone – Osallistamiskortti. Potilaan osallistamisen mahdollistaminen lääkehoitoonsa on prosessi, joka alkaa lääkärin tekemästä määräyksestä: määräyksen on oltava yksityiskohtaisesti oikein kirjattu ja lääkemäärä numeraalisesti mittayksikköä myöten oikein. Sytostaattiohjeet lääkäri kirjaa erilliselle syto -lehdelle, jota kutsutaan sytostaattikortiksi. Annosmäärien ja sytostaattien annossykliden oikein kirjaaminen on toimintamallin perusta. Ensimmäi-

sen alkuvaiheen jälkeen laimennosyksikön on noudatettava erityistä tarkkuutta omassa työssään ja lääketilavuuden sekä laimennosnesteen on oltava oikein lääkeenisäystarralle merkittynä. Laimennosyksikön oikean toiminnan perustana on lääkärin kirjoittamat selkeät merkinnät sytostaattikortille. Kolmantena vaiheena toimintamallikaaviossa on päiväsairaalan koko lääkevalikoima, lääkkeet. Hoitajan tulisi kiinnittää huomiota lääkkeiden rinnakkaisvalmisteisiin ja niiden sopivuuteen potilaille. Infusionesteiden sekä peruslääkevalikoimien pakkausten ulkonäkö sekä kauppanimet muuttuvat neljän vuoden välein ja tämä aiheuttaa osaltaan erityistarkkaavaisuutta vaativia tilanteita hoitajan toteuttamassa lääkehoidossa. Neljännessä vaiheessa toimintamallia on lääkehuone ja siellä tapahtuva lääkkeiden laimennosvaihe, jossa oikeiden laimennosnesteen ja laimennosmäärien sekä letkustojen valitseminen suodattimella tai ilman vaatii hoitajan keskittymistä. Lääkehuoneessa lääkkeiden hyllyjärjestys tulisi olla järjestelmällisesti oikein ja päiväsairaalan henkilöstö koki hyllyttämisen lääkkeen kaupanimen mukaan geneerisen sijasta turvallista lääkehoitoa tukevaksi. Toimintamallin viimeinen vaihe on osallistamiskortti, jonka aktiivisella käytöllä potilaan osallistaminen lääkehoitoonsa mahdollistetaan. Osallistamiskortin tarkastuslista pysähdy, keskity, tarkista toimii herätteenä lääkehoitoa toteuttavalle hoitajalle turvallisen lääkehoidon varmistamiseksi.



Kuvio 8. Toimintamallikaavio potilaan osallistamisen mahdollistamiseksi.



## 7 Pohdinta

### 7.1 Kehittämistyön tulosten tarkastelu

Toimintamalleja kehitettäessä tulisi vahvasti huomioida potilaiden näkemykset ja kokemukset potilasturvallisuudesta. Uusi toimintakulttuuri sisältää myös enenevässä määrin potilaan rohkaisemista huomioimaan ja havainnoimaan mahdollisia virhetapahtumia, kuin myös kyseenalaistamaan voimassa olevia toimintamalleja. Turvallinen työympäristö, jossa työntekijöiden mahdollisista lääkehoidon virhetapahtumisista keskustellaan avoimesti, syyllistämättä ja toimintamallien parannusehdotuksiin suhtaudutaan myönteisesti kannustaen, on lähtökohtaisesti paras mahdollinen alusta uuden toimintamallin kehittämiseksi.

#### **Lääketurvallisuuden riskivaiheet infuusiohoidon aikana**

Hoitohenkilöstö nimesi infuusiohoidon riskivaiheiksi tapahtumat ennen lääkettä, jolloin aseptiikka voi olla puutteellista, lääke voi olla väärä tai lääkkeenantovälineet eivät ole oikeat. Myös varsinaista lääkitystä edeltävä esilääkitys voi olla annokseltaan väärä. Annettavien lääkkeiden tiputusjärjestys ja antonopeus tai laimennosneste voi olla väärä.

Lääkehoidon kaikissa vaiheissa on lääkevirheiden mahdollisuus (Yang & Grissinger 2013, 47). Kehittämällä ja tunnistamalla riskityön vaiheita, voidaan kliinisiä käytäntöjä parantaa (Farre ym. 2017).

#### **Potilaan osallisuutta lääkehoitoonsa edistävät tekijät**

Osallisuutta edistäviksi tekijöiksi potilaan lääkehoitoon muodostui potilaan henkilökohtainen asennoituminen sairauteensa ja toivo siitä paranemisesta. Potilaan hyvä yleiskunto, myönteisyys toteutettavaa hoitoa kohtaan, toimiva tietoliikenne, potilaan saama vertaistuki, läheisten tukiverkosto, potilaan taloudellinen tilanne sekä lääkehoitoon käytettävä välineistö edistävät osallistumista. Edistävinä tekijöinä on potilaan ja hoitohenkilöstön hyvä hoitosuhde, joka saadaan aikaan luottamuksella, hoitohenkilöstön antamalla riittävällä ja oikea aikaisella ohjauksella, johon liittyy hoitajan hyvä

tilannetaju, potilaan kohtaaminen ja potilaan osallisuutta tukeva sekä kannustava hoitokulttuuri. Potilaan saamalla ensitiedolla sairaudestaan ja hoidostaan on merkitystä hyvän hoitosuhteen syntymiselle.

Schwappachin ja Wernlin (2010) mukaan on yhä enemmän tunnustettu, että potilaat havaitsevat usein virheitä lääkkeiden antamisessa ja voivat siten olla arvokas resurssi virheiden ehkäisyssä. Potilaat tarvitsevat kuitenkin asianmukaista tietoa, motivaatiota ja rohkaisua toimimaan valppaina kumppaneina. Tarvitaan yksinkertaisten strategioiden kehittämistä potilaiden osallisuuden mahdollistamiseksi. Erityisesti lääkäreillä on tämän tutkimuksen mukaan keskeinen rooli potilaan tukemisessa ja hoitoonsa mahdollistamisessa. (Schwappach & Wernlin 2010, 288–289.)

### **Potilaan osallisuutta lääkehoitoonsa estävät tekijät**

Potilaan osallisuutta estäviksi tekijöiksi muodostui mahdollinen kehitysvamma, monisairaus tai hänen henkilökohtainen asenteensa mahdollisine ennakkoluuloineen. Lisäksi kiire, potilaan etninen, uskonnollinen tai kulttuurillinen tausta voi muodostua estäväksi tekijäksi lääkehoitoon osallistumiselle. Tukiverkoston puute, potilaan taloudellinen tilanne tai tietotekniikan puutteellinen osaaminen voi estää osallistumista. Estäviä tekijöitä ovat myös ulkoinen melu, hoitokulttuuri, joka ei rohkaise ja tue potilaan osallistumista omaan lääkehoitoonsa sekä hoitohenkilökunnan antama riittämätön ohjaus tai lääkärin antama riittämätön informaatio sairaudesta ja siihen liittyvästä lääkähoidosta voivat muodostua esteiksi potilaan osallisuudelle. Vakavan sairauden diagnosoinnista aiheutuva alkushokki voi kokemuksena olla este osallisuudelle. Myös Longtin ja muiden (2010) tuloksissa hoitajan kokemana kiire ja potilaiden sairauden laatu voivat muodostua esteeksi potilaan osallistamiselle.

Sahlströmin (2018) tutkimustulokset osoittavat, että potilaisiin liittyvät tekijät eli ikä, sukupuoli, ammatti ei selittänyt parempaa osallistumista niin hyvin kuin henkilökuntaan liittyvät tekijät, joita olivat rohkaisu, tiedon antaminen ymmärrettävällä ja oikea-aikaisella tavalla. Tutkimuksesta selvisi, että henkilökunta ei tue eikä rohkaise potilaita riittävästi osallistumaan turvallisen hoidon edistämiseen sairaalassa. Potilaat tulisikin nähdä oman hoitonsa asiantuntijoina, huomioiden heidän tahtonsa ja kykyn-

sä. Potilaiden antamia tietoja tulisi käyttää systemaattisesti turvallisen hoidon edistämässä sekä johtamisessa. (Sahlström 2018, 42, 52–53.)

### **Toimintamalli potilaan osallisuuden mahdollistamiseksi**

Potilaan osallisuuden mahdollistaminen oman lääkityksensä eri vaiheisiin on monivaiheinen prosessi, joka kehittämistyön tuloksien perusteella alkaa jo lääkärin määräämästä lääkityksestä, sen oikeellisuudesta ja selkeydestä. Lääkärin määräys on toimintaohje laimennosyksikköön ja lääkehoitoa toteuttavalle hoitohenkilöstölle. Laimennosyksikön lääkkeiden valmiiksi saattaminen, nesteiden ja lääketilavuuksien merkitseminen tuotteeseen, sairaanhoitajien toteuttamaan lääkehoitoon vaikuttavat lääkepakkauksien, infuusionesteiden ja lääkkeiden rinnakkaisvalmisteiden muuttuminen sekä lääkkeiden sijainti lääkehuoneessa. Kehittämistyön tuotoksena syntyi osallistamiskortti, johon hoitohenkilöstö muodosti potilaan osallistamista mahdollistavat kysymykset ennen lääkehoitoa, lääkehoidon aikana ja lääkehoidon jälkeen. Hoitajat kokivat työn rutinoitumisen ja kiireen vaikuttavan osaltaan mahdollisten lääkevirheiden syntymiseen. Osallistamiskorttiin lisättiin hoitajille tarkastuslista ohjeistamaan hoitajia pysähtymään, tarkistamaan ja keskittymään infuusiohoidon vaiheisiin liittyviin mahdollisiin riskitekijöihin.

## **7.2 Eettisyys ja luotettavuus**

Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat yhdessä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu toimintatapojen rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä. Myös tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla on hyvän tieteellisen käytännön mukaista. Tutkimuksen tekijällä itsellään on vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta ja tutkimuksen rehellisyydestä sekä vilpittömyydestä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133.)

Työyhteisössä toteutettava kehittämistyö, varsinkin kun kehittäjä on työyhteisön jäsen, korostuu entisestään puolueettomuus, koska kehitettävä tieto suodattuu ke-

hittäjäutkijan kautta. Luotettavuuspohdinnoissa pitäisi pyrkiä huomioimaan myös tutkijan puolueettomuusnäkökulma. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135–136.) Kehittäjä pyrki koko aineiston analysoinnin ajan puolueettomuuteen, läpinäkyvyyteen ja rehellisyyteen tarkastelemalla saatuja aineistoja kehittämistehtäviin perustuen. Myös purkutilaisuuksien aikana tehdyt muistiinpanot tukivat tarkastelua kehittämistehtävien kautta. Kehittämispäivien tuotokset välitettiin sähköpostitse kaikille osallistujille heti kokoontumisen jälkeisellä viikolla. Näin henkilöillä, jotka eivät päässeet osallistumaan tilaisuuksiin oli mahdollisuus halutessaan vaikuttaa aineiston materiaaliin.

”Sekä asiakkaiden ja potilaiden ja ammattilaisten välinen että ammattilaisten keskinäinen vuorovaikutus on toista arvostavaa ja inhimillistä. Hyvä vuorovaikutus edellyttää keskinäistä luottamusta, rehellisyyttä ja molemminpuolista sitoutumista sovittuihin tavoitteisiin ja toimintaan. Vuorovaikutukseen sisältyy toinen toisensa tietämisen, osaamisen ja kokemuksen arvostaminen sekä kuulluksi tulo ja tiedonsaanti omassa asiassa.” (Eettiset suositukset sosiaali -ja terveysalalle 2011, 6.)

Osallistuminen päiväsairaalan kehittämispäiviin perustui vapaaehtoisuuteen. Työvuorosunnittelun avulla mahdollistettiin osallistuminen kehittämispäiviin. Aineiston käsittely ja analysointi tapahtui luottamuksellisesti ja osallistujien anonymiteetti säilytettiin koko kehittämistyön ajan. Analysoinnin jälkeen keskustelupöydistä kerätty materiaali hävitettiin asianmukaisesti.

Kehittämistyöhön osallistuvilla oli oltava riittävästi tietoa kehittämistyöstä, jonka perusteella heillä oli mahdollisuus päättää osallisuudestaan. Saatekirjeessä ilmaistiin mihin tarkoitukseen kehittämistyö on ja mitkä ovat sen tavoitteet. Hyvän tieteellisen käytännön edellytyksenä tutkittavalla on riittävästi tietoa tutkimuksesta, tehdäkseen päätöksen osallistumisestaan tai kieltäytymisestään (Vilkkä 2009, 153; Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 45).

Yhtenä luotettavuuden mittarina kehittämistyölle voidaan pitää arvioinnin vaikuttavuutta. Kehittämistyön toteutusvaiheessa kehittäjä arvioi aineistoa koko työstämisen prosessin ajan ja arviointia pyydettiin kehittämistyöhön osallistuvilta hoitajilta kokeilujakson aikana. Jatkossa arviointi on päiväsairaalalla. Tulevaisuudessa arviointivai-

heessa tulisi arviointikysymyksen avulla miettiä missä suhteessa tulokset ovat suhteessa asetettuihin tavoitteisiin, millä tasolla arviota tehdään ja vaikeuttaako luotettavan seuranta-aineiston puute arviointiin (Virtanen 2007, 106–109).

Kehittämistehtävä oli ajallisesti rajattu kokonaisuus ja muutoksen toteuttaminen on oma prosessinsa. Yleensä kehittämistyön tavoitteena on tuottaa hyödyllisiä muutoksia työelämään ja aikaa sekä resursseja tulisikin suunnata kehittämistyön prosessin loppuvaiheeseen. Näin mahdollistetaan pelkästään muutoksen toteuttamiseen eli implementointiin liittyvää toimintaa. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 25.)

### 7.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Tärkeintä uudenlaisen toimintamallin omaksumiselle on oikea asennoituminen. Infuusioidon yhteydessä tapahtuu antovirheitä, jotka nousivat merkittävästi ja selkeästi esille kehittämistyössä. Osallistamiskorttiin lisättiin hoitajalle tarkastuslista ennen lääkkeen antamista potilaalle. Tulevaisuudessa olisi pohdittava, voitaisiinko selkeitä infuusioidon aikana tapahtuvia lääkevirheitä ennaltaehkäistä, jos potilaat ohjattaisiin kysymään hoitajilta ennen infuusioidon aloitusta:

- Onko aseptiikka kunnossa?
- Onko oikea lääke?
- Onko oikeat tiputusvälineet?
- Olenko saanut oikean annoksen oikeaa esilääkettä?
- Onko tiputusnopeus oikea?
- Onko tiputusjärjestys oikea?
- Onko oikea huuhteluliuos?

Saatujen tulosten perusteella kehittämissuositukset ovat seuraavat:

- Potilaiden käsitykset ja kokemukset lääkehoidon turvallisuudesta infuusioidon aikana
- Potilaiden käsitykset ja kokemukset hoitotyön ammattilaisten ja potilaiden välisen yhteistyön lisäämiseksi lääketurvallisuuden parantamiseksi
- Muutosprosessin toteuttamisen kehittäminen potilaan osallisuuden vahvistamiseksi osana turvallista lääkehoitoa

Turvallinen työympäristö lähtee omakohtaisesta turvallisuuden tunteesta. Asenteisiin vaikuttaminen on henkilökohtainen kasvuprosessi.

”Mitään pelättävää ei ole, koska et voi epäonnistua. Voit vain oppia, kasvaa ja tulla paremmaksi kuin koskaan aikaisemmin” (Elrod 2018, 213).

## Lähteet

- Alsumi, Z, Conroy, S. & Choonara, I. 2012. Double checking the administration of medicines: what is the evidence? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 97, 833–837. Viitattu 18.4.2018  
[http://eprints.nottingham.ac.uk/2692/1/Line\\_89\\_Double\\_checking\\_the\\_administration\\_of\\_medicine.pdf](http://eprints.nottingham.ac.uk/2692/1/Line_89_Double_checking_the_administration_of_medicine.pdf)
- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akatiimi
- Athanasakis, E. 2015. The method of checking medications prior to administration: an evidence review. Review Article. *International Journal of Caring Sciences*, 8, 3, 801–818. Viitattu 11.2.2019  
<https://www.semanticscholar.org/paper/The-Method-of-Checking-Medications-Prior-To-%3A-An-Athanasakis/8beb1de8d344b9f9387977b45e0b41b2b83e480c>
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Casp Qualitative Checklist. Viitattu 20.10.2017  
<http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists>
- Eettiset suositukset sosiaali- ja terveysalalle. 2011. Teoksessa Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta, etene julkaisuja 32. Verkkojulkaisu. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 5–7. Viitattu 19.4.2018  
<https://etene.fi>
- Elliot, M. & Liu, Y. 2010. The nine rights of medication administration: an overview. *British Journal of Nursing*, 19, 5, 300–305. Viitattu 22.2.2019  
[https://www.researchgate.net/publication/42542093\\_The\\_nine\\_rights\\_of\\_medication\\_administration\\_An\\_overview](https://www.researchgate.net/publication/42542093_The_nine_rights_of_medication_administration_An_overview)
- Elrod, H. 2018. Aamun ihme – miten yksi tunti päivässä voi muuttaa elämän. 2. painos Helsinki: Viisas Elämä Oy
- Farre, A., Shaw, K., Heath, G. & Cummins, C. 2017. On doing ‘risk work’ in the context of successful outcomes: exploring how medication safety is brought into action through health professionals’ everyday working practices. *Health, Risk & Society*, 19, 3/4, 209–225. Viitattu 11.2.2019  
<https://doi.org/10.1080/13698575.2017.1336512>
- Fylan, B., Armitage, G., Naylor, D. & Blenkinsopp, A. 2018. A qualitative study of patient involvement in medicines management after hospital discharge: an under-recognised source of systems resilience. *BMJ Quality & Safety*, 27, 7, 539–546. Viitattu 11.2.2019  
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2017-006813>

Gerlander, M., Kivinen, T., Isotalus, P. & Kettunen, T. 2013. Potilaan osallistuminen lääkehoidosta keskustelemiseen: tutkimusartikkeli. *Tutkiva Hoitotyö*, 11, 2, 14–22

Grant D.D. 2015. Navigating independent double checks for safer care: a nursing perspective. Honors Theses. Viitattu 11.2.2019  
<https://scholars.unh.edu/honors/243/>

Hall, J., Peat, M., Birks, Y., Golder, S., Entwistle, V., Gilbody, S., Mansell, P., McCaughan, D., Sheldon, T., Watt, I., Williams, B. & Wright, J. 2010. Effectiveness of interventions designed to promote patient involvement to enhance safety: a systematic review. *Qual Saf Health Care*, 19, 1–7. Viitattu 18.4.2018  
[http://www.macrmi.info/files/7713/5698/7404/comp\\_rvw\\_pt\\_in\\_safety\\_papers\\_2010.pdf](http://www.macrmi.info/files/7713/5698/7404/comp_rvw_pt_in_safety_papers_2010.pdf)

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen – avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY

Heikkinen, H L.T. 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa *Toiminnasta tietoon – Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. Toim. Heikkinen, H L.T, Rovio, E. & Syrjälä, L. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16–38.

Heikkinen, H L.T, Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2006. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa *Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. Toim. Heikkinen, H L.T, Rovio, E. & Syrjälä, L. Helsinki: Kansanvalistusseura, 78–87.

Holmström, A.-R. 2017. Learning from Medication Errors in Healthcare – How to Make Medication Error Reporting Systems Work? Väitöskirja. Helsingin yliopisto, farmasian tiedekunta, farmakologian ja lääkehoidon osasto. Viitattu 22.1.2019.  
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/179230/Learning.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca

Härkänen, M. 2014. Medication-related Advers Outcomes and Contributing Factors among Hospital Patients. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta, hoitotieteen laitos. Viitattu 11.2.2019  
[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1636-5/urn\\_isbn\\_978-952-61-1636-5.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1636-5/urn_isbn_978-952-61-1636-5.pdf)

Innokylä. N.d. Learning cafe eli oppimiskahvila. Viitattu 18.4.2018  
<https://www.innokyla.fi/web/malli2825539>

Joanna Briggs Institute. 2010. Menettelytavat lääkkeiden jakamiseen sekä antamiseen liittyvien poikkeamien ehkäisemiseksi sairaalassa. *Best Practice* 14(4). Käännös Suomen JBI yhteistyökeskus: Wilppu Terhi, Peltomaa Karoliina. Viitattu 18.4.2018  
<https://docplayer.fi/34137-Menettelytavat-laakkeiden-jakamiseen-seka-antamiseen-liittyvien-poikkeamien-ehkaisemiseksi-sairaalassa-rivilla.html>



Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro

Kinnunen, M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Väitöskirja. Vaasan yliopisto, liiketaloustiede, johtamisen yksikkö. Viitattu 11.2.2018  
[https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-323-3.pdf](https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-323-3.pdf)

Koikkalainen, P. & Rauhala, L. 2013. Potilaslähtöisyys – uhka vai mahdollisuus? Tutkiva Hoitotyö, 11, 2, 44–46.

KSSHP HaiPro -tilastot 2018. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin HaiPro -ilmoitukset 1.1.2017 – 1.3.2018 väliseltä ajalta. Luento lääkehoitovastaavien kokouksessa 5.3.2018.

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 12.5.2018.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

L 1326/2010. Terveystietolaki. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 26.5.2018.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Longtin, Y., Sax, H., Leape, L., Sheridan, S., Donaldson, L. & Pittet, D. 2010. Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. Mayo Clinic Proceedings, 85, 1, 53–62. Viitattu 19.1.2019  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002561961160311X>

Lääkehoidon toteuttaminen. 2017. Artikkelinä päivitetty 2018. Viitattu 25.2.2019  
[https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyvaammatinharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon\\_toteuttaminen](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyvaammatinharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon_toteuttaminen)

Löfman, P. 2006. Itsemääräämisen edistäminen – osallistavan toimintamallin kehittäminen reumapotilaiden hoitotyöhön. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos.

Niela-Vilen, H. & Kauhanen, L. 2015. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. Turku: Turun yliopisto.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät – Uudella osalla liiketoimintaan. 3. uud.p. Helsinki: Sanoma Pro

Patients for patient safety. 2013. Viitattu 22.2.2019  
[https://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/PFPS\\_brochure\\_2013.pdf](https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/PFPS_brochure_2013.pdf)

Potilasturvallisuus. 2006. Teoksessa Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus rohdon julkaisussa Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Helsinki: Stakes, 6–7 Viitattu 7.3.2019

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75835/T28-2006-VERKKO.pdf?sequence=1>

Päiväsairaalan HaiPro -ilmoitukset 2018. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin HaiPro -ilmoitukset päiväsairaalaista 5/2017 – 5/2018.

Rathert, C., Brandt, J. & Williams, ES. 2012. Putting the 'patient' in patient safety: a qualitative study of consumer experiences. *Health Expectations*, 15, 3, 327–336.

Viitattu 16.4.2018

<https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00685.x>

Robinson, A. & Thomson, R. 2001. Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of support tools. *BMJ Quality & Safety*, 10, 1, 34–38. Viitattu 19.1.2019

<http://dx.doi.org/10.1136/qhc.0100034>

Sahlsten, M., Larsson, I., Sjöström, B. & Plos, K. 2008. An Analysis of the Concept of Patient Participation. *Nursing forum*, 43, 1, 2–11. Viitattu 19.1.2019

<https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2008.00090.x>

Sahlström, M. 2018. Patient Participation in Promoting Patient Safety – Finnish Patients' and Patient Safety Experts' views. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta, hoitotieteen laitos. Viitattu 22.1.2019

[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-2961-7/urn\\_isbn\\_978-952-61-2961-7.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2961-7/urn_isbn_978-952-61-2961-7.pdf)

Sahlström, M., Partanen, P. & Turunen, H. 2012. Potilaiden näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja osallistumisesta sen edistämiseen: tutkimusartikkeli. *Tutkiva Hoitotyö*, 10, 4, 4–13.

Schwappach, D., Hochreutener, M. & Wernli, M. 2010. Oncology nurses' perceptions about involving patients in the prevention of chemotherapy administration errors: Journal article- research. *Oncology Nursing Forum*, 37, 2, 84–91. Viitattu 16.4.2018

<https://doi.org/10.1188/10.ONF.E84-E91>

Schwappach, D., Pfeiffer, Y. & Taxis, K. 2016. Medication double-checking procedures in clinical practice: across-sectional survey of oncology nurses' experiences. *BMJ Open*, 6, 6. Viitattu 1.2.2019

<https://bmjopen.bmj.com/content/6/6/e011394>

Schwappach, D. & Wernli, M. 2010. Medication errors in chemotherapy: incidence, types and involvement of patients in prevention. A review of the literature. *European Journal of Cancer Care*, 19, 3, 285–292. Viitattu 11.2.2019

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01127.x>

Sneck, S. 2016. Sairaanhoidajien lääkehoidon osaaminen ja osaamisen varmistaminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, lääketieteellinen tutkimuskeskus. Viitattu 11.2.2019

<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526210667.pdf>

Steven, L. & Hayley, L. 2011. Repeat prescribing - reducing errors. *Journal of Primary Health Care*, 3, 2, 153–158. Viitattu 11.2.2019

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21625665>

THL. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. 2016. THL. Ohjaus 14/2015. Toim. Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. Tampere: Suomen Yliopistopaino

Thompson, A.G.H. 2007. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy - *Social science & medicine*, 64, 6, 1297–1310. Viitattu 19.1.2019

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953606005776#>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta.

Tampere: Taju

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.

Helsinki: Tammi

Turunen, E. Mäntynen, R., Kvist, T., Miettinen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. Turunen H. & Partanen, P. 2015. Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoidajien arvioimana: pitkittäistutkimus yhden yliopistosairaalan erityisvastuualueella. *Hoitotiede*, 27, 2, 148–162.

Vilkka, H. 2009. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: Tammi

Virtanen, P. 2007. Arviointi – arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen.

Helsinki: Edita

Yang, A. & Grissinger, M. 2013. Wrong-Patient Medication Errors: An Analysis of Event Reports in Pennsylvania and Strategies for Prevention. *Pa Patient Saf Advis*, 10, 2, 41–49. Viitattu 11.2.2019

[http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/documents/201306\\_41.pdf](http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/documents/201306_41.pdf)

## Liitteet

### Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen tutkimukset

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset	Laadun arviointi
<p>1. Gerlander, M., Kivinen, T., Isotalus, P &amp; Kettunen, T. 2013. Suomi</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka lääkehoidosta keskusteleminen toteutuu potilaiden näkökulmasta</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Yhden viikon aikana toteutettu kyselytutkimus, erikoissairaanhoidossa asioineet aikuispotilaat, joilla lääkitys (n=309)</p> <p>Analysoitiin PASW Statistics 18-ohjelmalla</p>	<p>Parhaiten (43-50%) keskusteluissa toteutui lääkeshoidon läpikäyminen ja perustelevuus. Lääkkeiden haittavaikutuksista, vaikutustavasta ja lääke-muutoksista keskustelu puutteellista. Omassa osallisuudessa huolestuttavien ja pelottavien asioiden esille tuominen arvioitiin huonoksi. Lääke-keskusteluissa kiinnitettävä huomiota miesten ja iäkkäiden näkemyksille sekä emotionaaliin tekijöihin</p>	
<p>2. Hall, J., Peat, M., Birks, Y., Golder, S., Entwistle, V., Gilbody, S., Mansell, P., McCaughan, D., Sheldon, T., Watt, I., Williams, B &amp; Wright, J. 2010 Englanti</p>	<p>Selvittää potilaiden osallistamisen edistämiseen tarkoitettujen toimenpiteiden vaikutavuutta turvallisuuden parantamiseksi</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p> <p>Otantaan hyväksyttiin eritietokannoista aineistoa vuosien 1966-2008 väliltä. Tutkijat etsivät raportteja, konferenssijulkaisuja tietokannoista, harmaita kirjoittajia, etsivät Cochrane-tietokantaa järjestelmällistä arvioinneista, vaikutusten arvioinnin tiivistelmistä, CENTRAL, CINAHL, EMBASE, HMIC, MEDLINE, MEDLINE in-process, PsycINFO ja ASSIA. Kirjallisuutta, jatkuvaa tutkimusta ja potilasturvallisuusorganisaatioiden tutkimuksia sekä manuaalista hakua potilasturvallisuutta käsittelevistä lehdistä. Tutkimukset luokiteltiin sen mukaan, miten toimenpiteet/interventiot tukivat potilaiden toimia turvallisuuden parantamiseksi - ilmoitti hoitosuunnitelmas-ta, seurannasta ja hoidon turvallisuudesta toteutumisesta (terveydenhuollon ammattihenkilöt ja potilaat itse), tekivät järjestelmät turvallisemmiksi ja arvosteltiin kertomuksellisesti. potentiaalisia tutkimuksista (n=68) lopulliseen katsaukseen hyväksyttiin N=14 yksittäistutkimusta ja 1 systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jotka läpäisivät asetetut valintakriteerit ja kelpoisuus vaa-</p>	<p>Potilaiden osallistaminen potilasturvallisuuden lisäämiseksi on tärkeä kansainvälinen liike. Osallistamisen vaikuttavuudesta tutkimusnäyttö on kuitenkin niukkaa. Tässä katsauksessa saatiin näyttö potilaan osallistumisesta yhteen lääketieteen erityispiirteeseen (antikoagulantti hoidon paraneminen itselääkinnällä) mutta vain vähän näyttöä vaikuttavuudesta muissa terveydenhuollon osa-alueilla. Tulevaisuudessa tutkimuksessa olisi keskityttävä muuhun kuin lääketurvallisuuteen. Tutkijoiden tulisi tulevaisuudessa harkita tarkkaan, mikä on sopivin tutkimusmenetelmä interventioon tai arvioitavaan strategiaan. Erityisesti mitkä tulokset on mitattava ja laadullisiin tutkimusmenetelmiin tulisi sisällyttää potilaan osallistumisstrategioiden arviointia</p>	

<p>3. Rathert, C., Brandt, J &amp; Williams, ES. 2012 USA</p>	<p>Selvittää potilaiden ja perheiden käsityksiä potilasturvallisuudesta</p>	<p>timukset</p> <p>Laadullinen tutkimus.</p> <p>Akuuttihoidossa potilaiden käsityksiä potilasturvallisuudesta. Tutkimukseen kutsuttiin satunnaisella puhelin-digi- otannalla aikuisia potilaita (tai heidän lähiomaisiaan lapsi tai aikuinen) joilla oli vähintään 1:n yön sairaalahoito edellisen 6 kuukauden aikana (N=39) Kutsutut osallistuivat yhteen neljästä ryhmähaastattelusta viikonloppuillaisin 2 tunnin ajan. Ryhmät olivat kooltaan 8-11, keskimäärin 10 osallistujaa. Osallistujien ikä 20-69 vuotta, keski-ikä 44 vuotta. Analyysiä seurasi tulkitseva analyttinen lähestymistapa</p>	<p>Tutkimukseen osallistuneiden määritelmät potilasturvallisuudesta käsitteenä olivat yhdenmukaisia aikaisemmin toteutettuihin tutkimuksiin. 3 pääteemaa liittyivät viestintään, henkilöstöhallintaan ja lääkehoitoon. Hoitoprosesseissa viivästyminen hoidon aloitukseen ja tiedon puute. Huomiota olisi kiinnitettävä enemmän potilaan kokemuksiin ja näkemyksiin potilasturvallisuudesta. On tärkeää määrittää miten potilaat käsittävät potilasturvallisuuden. Ennakoivat toimenpiteet ja laatu voi auttaa tunnistamaan riskialueita ja ennaltaehkäisemään haittatapahtumia.</p>	
<p>4. Sahlström, M., Partanen, P &amp; Turunen, H. 2012 Suomi</p>	<p>Artikkelin tarkoituksena kuvata potilaiden näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja osallistumisesta sen edistämiseen</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Aineisto kerättiin tutkimusta varten kehitetyllä kyselylomakkeella. Vastauksia kerättiin kotiutuvilta potilailta yhden sairaalan 3:lta osastolta ja 3:n terveyskeskuksen vuodeosastoilta keväällä 2011, N=368, vastausprosentti 48. Aineisto käsiteltiin tilastollisesti.</p>	<p>94 % vastanneista piti terveyden- ja sairaanhoidon Suomessa turvallisena. Neljännes ajatteli, että potilas voisi vahingoittua sairaalahoidon aikana. Vajaat puolet (46%) arvioivat tietävänsä paljon potilasturvallisuudesta, mutta 61% vastanneista potilasturvallisuusoppaat eivät olleet tuttuja. Potilaat arvioivat voivansa auttaa virheiden ehkäisemisessä, ja halusivat oppia parantamaan hoitonsa turvallisuutta omalla toiminnallaan. Kolme neljästä oli mieltä, että potilaat osittain itse ovat vastuussa hoitonsa turvallisuudesta. 46% arveli pystyvänsä tunnistamaan hoidossaan tapahtuvia virheitä, noin joka viides oli joskus kokenut hoitovirheen. Potilaat olivat halukkaita osallistumaan potilasturvallisuuden edistämiseen, mutta kokevat tarvitsevänsä siitä lisää tietoa.</p>	
<p>5. Schwappach, D., Hochreutener, M &amp; Wernli, M. 2010. Sveitsi</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää syöpäsairaanhoitajien käsityksiä ja kokemuksia potilaide osallistamisesta sytostaattien hoito virheiden ennaltaehkäisyyn</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>11 syöpäsairaanhoitajaa (6 osastolta ja 5 ambulatoorisesta infuusiolaitoksesta) osallistui kahteen istuntoon. Aloitetuissa istunnoissa käsitellyt teemat olivat kemoterapian hallinnassa, asenteita potilaiden aktiiviseen osallistamiseen, riskihin ja esteisiin sekä sairaanhoitajien mahdollinen rooli potilaiden sitoutumisessa. Ensimmäisen istunnon</p>	<p>Onkologian sairaanhoitajat tukivat potilaiden osallistamista virheiden ennaltaehkäisyyn ja kokemukset pääasiassa myönteisiä. Sairaanhoitajat tunnustivat potilaiden erilaiset tarpeet kemoterapian eri vaiheissa ja käyttivät tarkoituksellisesti erilaisia strategioita, osallistamaan potilaita omaan turvallisuuteensa. Sairaanhoitajat kuitenkin joutuivat kohtaamaan</p>	<p>6/8</p>

		<p>päätteeksi osallistujat kutsuttiin aktiivisesti valvomaan potilaan työtä turvallisen hoidon varmistamisessa ja omiin käyttäytymismuutoksiinsa. Toisessa kokouksessa keskusteltiin keskeisimmistä teemoista, havainnoista ja kokemuksista, ennakoidusta tai havaitusta muutoksista suhteissa potilaisiin, vasteisiin epäonnistumiseen potilaiden osallistumisessa virheen ennaltaehkäisyyn sekä konkreettisiin toimenpiteisiin potilaiden turvallisuuden lisäämiseksi. Istunnot olivat kestoaltaan 90-120min. Analysoitiin induktiivisella teematunnisteisella sisälönanalyysillä</p>	<p>useita organisatorisia ja kulttuurillisia esteitä, varsinkin kun kemoterapi-an hoito tarjottiin erilaisissa tehtävissä, vaihtelevalla tiimiorganisaatiolla ja vähäisellä asiantuntemuksella.</p> <p>Tutkijat eivät löytäneet mitään merkkejä tämän tutkimuksen yhteydessä, että potilaiden osallistamisen siirtäisi hoitovastuuta potilaille: potilaiden valppautta pidettiin täydentäväksi "viimeiseksi esteeksi" Virheiden havaitseminen ei heikennä luottamusta potilaiden ja hoitajien välillä. Potilaiden aktiivinen osallistuminen edellyttää kulttuurisia ja organisatorisia muutoksia. Esimerkiksi, hoitomenetelmien pitäisi olla standardoitu. Potilaiden osallistaminen koetaan monimutkaisena oppimisprosessina, jossa sairaanhoitajat hyväksyvät strategioita koulutuksen järjestämiseksi potilaan terveydentilojen ja hoitovaiheiden mukaan</p>	
--	--	---	---	--

## Liite 2. Saatekirje Learning cafe tilaisuuksiin

Hyvät kollegat, Tervetuloa kehittämispäiviin päiväsaalan taukotilassa 31.8, 21.9 ja 12.10.2018 Learning cafen merkeissä!

Työskentelen sairaanhoitajana Keski-Suomen keskussairaalan konservatiivisessa äkki-lähtijävarahenkilöstössä ja toimin yksikkömme lääkeyhdyshenkilönä.

Opiskelen Jyväskylän ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, Kliinisen asiantuntijan tutkinto-ohjelmassa. Aloitin opiskeluni syksyllä 2016 ja valmistun keväällä 2019.

Opinnäytetyöni on osa hanketta ”Näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen toimintamalli KSSH::ssä” ja tavoitteena on kehittää toimintamalli, jonka avulla parannetaan lääketurvallisuutta lisäämällä potilaan osallisuutta oman lääkehoitonsa toteutukseen. Lyhyesti aiheideaa esittelin osastokokouksessanne 23.2.2017.

Kehittämistyön aineisto kerätään Learning cafe tapaamisten pöytäkeskusteluista. Mahdollisimman monen hoitohenkilöstön jäsenen osallistuminen tilaisuuksiin on pyritty järjestämään työvuorosunnittelulla, osallistumisen ollessa kuitenkin vapaaehtoista. Aineiston käsittely ja analysointi tapahtuu luottamuksellisesti ja osallistujien anonymiteetti säilytetään koko kehittämistyön ajan. Analysoinnin jälkeen materiaali hävitetään asianmukaisesti.

Lähetän aikataulutetut kutsut perjantaisin toteutuviin Learning Cafe tilaisuuksiin aina viikon alussa maanantaina. Nähdään!

Terveisin,

Kirsi Yakinlar



- |   |                 |
|---|-----------------|
| 1. Learning Cafe perjantaina 31.8.2018  | klo 14:00-16:00 |
| 2. Learning Cafe perjantaina 21.9.2018  | klo 08:00-09:00 |
| 3. Learning Cafe perjantaina 12.10.2018 | klo 08:00-09:00 |

### Liite 3. Learning cafe tilaisuuksien 1-3 ohjelmat

#### 1. Learning Cafe –tilaisuus pe 31.8.2018 klo 14-16

<b>klo</b>	<b>Ohjelma</b>
14:00	Tervetuloa Tilaisuuden tarkoitus ja tavoite
14:10	Alustus aiheeseen: potilaiden osallisuus lääketurvallisuudessa/ kehittäjä potilasnäkökulma/kokemusasiantuntija
14:20	Learning cafe –ryhmätöiden ohjeistus
14:30	Ryhmäkeskustelut alkavat
14:45	Ryhmän vaihto
15:00	Ryhmän vaihto
15:15	Ryhmätöet päättyvät, töiden purku
15:30	Toimintamallin kehittäminen: tsekkilista
16:00	Tilaisuus päättyy, sovitaan seuraava kokoontuminen

#### 2. Learning Cafe –tilaisuus pe 21.9.2018 klo 08:00-09:00

<b>klo</b>	<b>Ohjelma</b>
08:00	Lyhyt alustus ja edellisen kokoontumisen ryhmätöiden tulosten yhteenvedon/toimintamallin esittely
08:10	Toisen kontaktikerran ryhmätöiden tai keskustelun ohjeistus
08:15	Ryhmäkeskustelut alkavat
08:30	Ryhmän vaihto
08:45	Ryhmätöet päättyvät, töiden purku. Sovitaan toimintamallin pilotoinnin aloittamisesta ja kokeilujaksosta. Käyttökokemuksia kerätään 3. tilaisuuden aikana
09:00	Tilaisuus päättyy

#### 3. Learning Cafe –tilaisuus pe 12.10.2018 klo 08:00-09:00

<b>klo</b>	<b>Ohjelma</b>
08:00	Edeltävien kokoontumisien ryhmätöiden tulosten yhteenvedon esittely
08:15	Yhteistä keskustelua toimintamallin toimivuudesta, mahdolliset muutosehdotukset, toimintamallin käyttöönotosta sopiminen ja arviointi
08:45	Kahvit ja kiitokset
09:00	Tilaisuus päättyy



## Liite 4. Alustus kehittämispäivään -diaesitys

Kehittämistyön ohjaajan diat 1 – 8, kokemusasiantuntijan diat 9 - 12

# Läketurvallisuuden parantaminen osallistamalla potilas

Toimintamallin kehittäminen

## Miksi?

- Asiakaslähtöisyyden tulee olla sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen keskiössä sekä rakenteiden että sisällön osalta: asenteiden sekä toimintakäytäntöjen ja -kulttuurin muutoksesta
- Kaksoistarkastus: tutkimukset eivät ole tuottaneet tarpeeksi tutkittua tietoa kaksoistarkastuksen hyödyistä eli tulokset hyödyistä puutteellisia ja kliinistä tutkimusta tarvitaan lisää
- Ottamalla potilas paremmin mukaan lääkkeiden jakamiseen ja antamiseen, esim. jakamaan tai tarkistamaan lääkkeet itse, voidaan lääkehoitoon liittyvien poikkeamien määrää vähentää
- KSSHP:n strategia vuosille 2015-2020 Potilas ensin

Lähde:  
Ailunen, J., Conroy, S. & Cheema, J. 2011. Double checking the administration of medicines: what is the evidence?  
Joanna Briggs Institute. 2011. Menettelytavat lääkkeiden jakamiseen sekä antamiseen liittyvien poikkeamien ehkäisemiseksi sairaalassa  
Kotkikallinen, P. & Rauhala, L. 2011. Potilaslähtöisyys – uhka vai mahdollisuus?

## Potilasturvallisuus lääkehoidon tavoitteena

- Lääkehoidon vakavista haitoista suurin osa voidaan estää jos lääkkeiden käytön vaarat tunnistettaisiin ja suojamekanismit suunniteltaisiin käyttöprosesseihin.
- Potilaan saama oikea hoito, oikeaan aikaan, oikealla tavalla ja hoidon aiheuttama mahdollisimman vähäinen haitta ovat potilasturvallisuutta potilaan näkökulmasta.
- Osa lääkitysturvallisuudesta on toimenpiteitä lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemiseksi, välttämiseksi ja korjaamiseksi.
- KSSHP:n Haiopro raportit
- Päiväsairaalan haittailmoitukset

Lähde:  
KSSHP:n Haiopro raportit 2016  
Terveydenhuololaki L 1316/2010  
THL Potilasturvallisuus, THL Lääkehoidon turvallisuus  
Turvallinen lääkehoito: Ompa lääkehoitoa toteuttamien toimien sovellettu- ja terveydenhuoloma. 2016

## Potilaan oikeudet

- Potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun
- Terveydenhuoltolaki velvoittaa toiminnan olevan näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa sekä laadullista, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua
- Potilaan itsemääräämisoikeus
- Potilaan tiedonsaantioikeus

Lähde:  
Terveydenhuoltolaki L/1356/2010  
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L 758/1992

## Potilaan osallistaminen

- Osallistamisen vaikuttavuus: tutkimusnäyttö niukkaa ja tutkijoiden tulisi tulevaisuudessa harkita tarkkaan, mikä on sopivin tutkimusmenetelmä interventioon ja laadullisiin tutkimusmenetelmiin tulisi sisällyttää potilaan osallistumisstrategioiden arviointia (1)
- Potilaat kokivat pelottavien ja huolestuttavien asioiden esille tuomisen vaikeana. Kiinnitettävä erityistä huomiota iäkkäiden ja miesten näkemyksille sekä emotionaalisiin tekijöihin lääkehoidosta keskustellessa (2)
- Viestintä, henkilöstöhallinta ja lääkehoito potilasturvallisuuden 3 pääteemaa. Hoitoprosesseissa viivästyminen hoidon aloituksen ja tiedonpuute heikensivät potilasturvallisuutta. Huomiota olisi kiinnitettävä potilaan kokemuksiin ja näkemyksiin potilasturvallisuudesta (3)
- Potilaat arvioivat voivansa auttaa virheiden ehkäisemisessä, halusivat oppia parantamaan hoitonsa turvallisuutta omalla toiminnallaan. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista potilaista oli sitä mieltä, että potilaat osittain itse ovat vastuussa hoitonsa turvallisuudesta, 46% arveli pystyvänsä tunnistamaan hoidossa tapahtuvia virheitä. Potilaat olivat halukkaita osallistumaan potilasturvallisuuden edistämiseen, mutta kokevat tarvitsevänsä siitä lisää tietoa. (4)

## Potilaan osallistaminen

- Näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen edellytys on, että näytön lähteenä ovat asianmukaiset kanavat ja tietokannat
- Asiasanoja: turvallinen lääkehoito, potilaan osallistaminen, kaksoistarkastus
- Hakulausekkeet (Cinahl, Medic sekä manuaallinen haku), sisäänottokriteerit: tieteellinen vertaisarvioitu artikkeli, julkaisu vuosi 2007-2017, suomen tai englannin kieli
- Potilaan osallistaminen potilasturvallisuuden lisäämiseksi on kansainvälisestikin tiedostettu. Osallistamisen vaikuttavuudesta tutkimusnäyttö niukkaa, eikä vaikuttavuutta mittaavia RCT tutkimuksia aiheesta ole. Kirjallisuuskatsauksen tulos osoitti että toimintamalleja on kehitettävä. Tutkimusnäytön niukkuus ei ole este potilaan osallistamista lisäävien toimintamallien kehittämistyölle

Lähde:  
Holepainen, A., Junnila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Soppinen, S. 2017. Joskin näyttöön käyttöön halotyössä

## Potilaan osallistaminen

- Sairaanhoitajien kokemukset potilaiden osallistamisesta virheiden ennaltaehkäisyyn olivat pääasiassa myönteisiä eivätkä tutkijat löytäneet mitään merkkejä tämän tutkimuksen yhteydessä, että potilaiden osallistaminen siirtäisi hoitovastuuta potilaille. Potilaiden valppautta pidettiin täydentäväksi "viimeiseksi varmistukseksi". Virheiden havaitseminen ei heikennä luottamusta potilaiden ja hoitajien välillä. Potilaiden aktiivinen osallistuminen edellyttää kulttuurisia- ja organisaatiomuutoksia kuten hoitomenetelmien standardoimista. (5)

### Lähteet

- (1) Hall, J., Post, M., Birka, Y., Gelder, S., Enwistle, V., Gilbody, S., Manzell, P., McCaughen, D., Shelden, T., Watt, I., Williams, B. & Wight, J. 2006. Effectiveness of interventions designed to promote patient involvement to enhance safety: a systematic review
- (2) Gerlander, M., Hövén, T., Iestala, P. & Kinnunen, T. 2009. Potilaan osallistuminen lääkehoidosta keskustelun osana: tutkimusartikkeli
- (3) rather, C., Brandt, J. & Williams, ES. 2004. Putting the "patient" in patient safety: a qualitative study of consumer experience
- (4) Sahlaström, M., Partanen, P. & Turunen, H. 2004. Potilaiden näkömykset potilasturvallisuudesta ja osallistumisesta sen edistämiseen: Tutkimusartikkeli
- (5) Swappach, D., Hochstetner, M. & Wernli, M. 2006. Oncology nurses' perceptions about involving patients in the prevention of chemotherapy administration errors: Journal article research

### Lääketurvallisuuden parantaminen osallistamalla potilas

#### Osallistamista lisäävät tekijät

##### Potilaat

- \* Haluavat osallistua
- \* Arvioivat voivansa auttaa virheiden ehkäisemisessä
- \* Haluaisivat oppia parantamaan hoitonsa turvallisuutta omalla toiminnallaan

##### Henkilökunta

- \* Lisittävä keskustelua lääkkeiden hättävää vaikutuksista, vaikutustavasta ja lääkemuuutoksista
- \* Kannustaa potilaita huolien ja pelottavien aiheiden kertomiseen
- \* Kiinnitettävä huomiota iäkkäiden ja miesten näkemyksiin
  - \* Potilaan kokemuksiin ja näkemyksiin kiinnitettävä huomioita
- \* Ohjaukseen kiinnitettävä huomiota potilasta osallistettaessa
  - \* Rohkaistaan potilaita kyseenalaistamaan toimintamalleja
- \* Rohkaistaan potilaita huomioimaan mahdollisia virheitä ja kertomaan niistä

##### Organisaatio

- \* Ennakoivat toimenpiteet ja laatu auttavat tunnistamaan riskialueita ja ennaltaehkäisemään hättätapahtumia
- \* Standardoidut hoitoprosessit
- \* Riittävän koulutuksen tarjoaminen hoitohenkilökunnalle
- \* Potilaan kokemuksiin ja näkemyksiin kiinnitettävä huomiota

Potilaiden osallistaminen potilasturvallisuuden lisäämiseksi on tärkeä kansainvälinen liike

## Yhteinen ajatus ja ymmärrys



Keskustelu luo ammattilaisen ja potilaan välille luonnollisen vuorovaikutuksen

Keskustelun kautta potilas saa tietoa omasta lääkähoidostaan

Potilaan luottamus ja tieto omasta hoidosta lisääntyy

Tavoite, että potilas motivoituu enemmän myös omahoitoon



## Uusi asia on mahdollisuus



## Osallistaminen lisää turvallisuutta



## Jaettu tieto ja ymmärtäminen



Kuva:utu.fi

## Liite 5. Ensimmäinen Learning cafe -pöytien aineisto

Huomenta!

Liitetiedostoina perjantain 31.8 tapaamisen esitys sekä pöytäkeskustelujen tuloksia.

Ystävällisin terveisin,

### **Kirsi Yakinlar**

Sairaanhoitaja/ Lääkeyhdyshenkilö (Kons. varahenkilöstö)  
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Keskussairaalantie 19, 40620 Jyväskylä

#### **1. Pöytäkeskustelun aihe**

***Pohtikaa kokemuksianne infuusioidon aikana tapahtuneista lääkepoikkeamista. Missä vaiheessa lääkkeenantoa poikkeamia tapahtuu?***

Lääkkeenmääräys vaiheessa:

- lääkemääräykset jäävät määräysosioon uusien määräysten taakse, tieto vaikea löytää
- oikean annosohjeen löytäminen vaikeaa, tässä tulee virheitä

\*Sytostaattikortit pielessä/sekavia

\*Hoitosykli-> selkeä lääkärin tekemä hoitosuunnitelma-> hoke

\*Infuusiopakkauksien muuttunut ulkonäkö

\*Rinnakkaisvalmisteiden vaihtuminen Remicade/Inflectra

\*Sytostaattisyksikössä tapahtunut laimennus moka->päivässäsairaalan hoitaja huomannut-> väärä tilavuus lääkkeessä, lääkelisäyslappu tehty kuitenkin oikein

\*Laitteiden oikea käyttö, yhtenäisyys

\*Väärä annos esilääkettä (rutiini)

\*Väärä tiputusnopeus, väärä tiputusjärjestys, väärä huuhteluliuos G5/NaCl

\*Laimennosvaihe lääkehuoneessa-> hyllyjärjestys

\*Oikeanlaiset tiputusvälineet (suodatin), aseptiikka

\*Hyllyssä olevan kaupanimen käyttäminen suositeltavaa

\* Väärä lääke (esim. antibiootti)

\* Uudet lääkkeet: koulutus!

\*Potilaan itse huolehtimat esilääkkeet ennen infuusiota

\* Lääke kudokseen

\* Hoitajan päässä ruuhkaa, kiire, keskeytykset, rutiini

\*Potilaan tunnistus toteutuu 😊

#### **2. Pöytäkeskustelun aihe**

***Pohtikaa mitkä tekijät estävät potilasta osallistumasta lääkehoitoonsa ja mitkä tekijät edistävät potilaan osallistumista lääkehoitoonsa.***

Estävät:

\*Lääkärin antama riittämätön informaatio sairaudesta & lääkehoidosta

\*Alkushokki

\*Ympäristötekijät (melu)

\*Kiire

\* Kehitysvamma (näkö, kuulo, Down)

\* Monisairaus, huono kunto, aivoinfarkti, munuaissairaus, psyk. sairaus

- \*Hoitajan antama ohjaus
- \*Etninen, uskonnollinen tausta (Jehovan todistajat eivät hyväksy veritiputusta)
- \*Naisen asema, kieli kulttuurissa-> osaako esim. lukea, romaanien kulttuurisäännöt
- \*Taloudellinen tilanne
- \*Hoitokulttuuri & rutiinit
- \*Yksinäisyys, tukiverkoston puute
- \*Tietosuoja
- \*Potilas ei halua (pelko) ennakkoluulot
- \*Some
- \*Riskilääkkeet
- Edistävät:
- \*Hyvä hoitosuhde, luottamuksen syntyminen
- \*Riittävä tiedonsaanti
- \*Toimiva tietoliikenne; tekniikka mahdollistaa
- \*Vertaistuki
- \*Toimiva lääkedosetti
- \*Hoitomyönteisyys
- \*Tiedonhalu
- \*Taloudellinen tilanne
- \*Potilaan tukiverkosto (läheiset motivoituneita auttamaan)
- \*Hoitokulttuuri
- \*Potilaan hyvä yleiskunto
- \*Tietosuoja/hyvät ICT-aidot
- \*Potilaan saama ensitieto
- \*Asennoituminen: toivo paranemisesta
- \*Some
- \*Hoitajan antama ohjaus (potilas ymmärtää ohjauksen, kohtaaminen) hoitajan tilannetaju

### 3. Pöytäkeskustelun aihe

#### ***Pohtikaan kysymyksiä, joita esittämällä potilas aktivoidaan osallistumaan lääkehoitoonsa lääkehoitoon eri vaiheissa.***

- \*Henkilö tunnustetaan
- \*Tiedätkö mitä lääkkeitä sinulle menee?
- \*Kuinka paljon sinulle on kerrottu sinun lääkkeistä?
- \*Kauanko ko.lääke on sinulla mennyt?
- \*Kuinka tuttu lääke on sinulle?
- \*Oletko tietoinen, että tämän lääkkeen nimi on vaihtunut?
- \* Onko sinulla ollut sellaisia oireita, mitä olet tunnistanut sivuvaikutuksiksi?
- \*Tiedätkö miten toimia, jos tulee sivuvaikutuksia?
- \* Tiedätkö mihin pitää soittaa jos voinnissa on jotain epäselvää?
- \*Tiedätkö missä sinun pitää muistaa mainita, että saat tätä lääkettä?
- \*Muistatteko te nämä asiat vielä kotonakin vai tarvitseeko tästä ilmoittaa jonnekin läheiselle tai hoitokeskukseen?
- \* Tarkastetaanko sinun lääkelista yhdessä?
- \*Valmistautuminen kanylointiin-> kysytään miltä kanylointi tuntuu ja rohkaistaan asiakasta kertomaan mitä ajattelee kanyloinnista
- \* Oletko ennen laittanut/pistänyt tämän lääkkeen?
- \*Miten koet, oletko hyötynyt tästä lääkkeestä?
- \*Pystytkö nielemään lääkkeitä?
- \* Aloitetaanko lääke jo tässä yhdessä?
- \*Oletko ymmärtänyt miten ja milloin lääkkeet otat?
- \*Muistathan ilmoittaa milloin aloitat lääkkeen (jos kotona aloitettava)?
- \*Muistathan kertoa, jos infuusiokädessä tuntuu kipua, kirvelyä tai muita oireita tai mistä tahansa erilaisesta tuntemuksesta mitä sinulla infuusion aikana on?
- \* Muistathan aina ottaa yhteyttä tänne jos lääkkeiden aikana kotona tulee jotain erikoista?
- \*Haluaisitko kirjoittaa päiväkirjaa tai kirjoittaa ylös tai mobiilisti tallentaa asioita mitä tulee kotona mieleen tai eteen, esim. erilaisista oireista tai miten olet voinut hoitojen välillä?

## Liite 6. Saatekirje osallistamiskortin kokeilujaksolle

Tervehdys!

Keskiviikko aamusta 26.9 **laminoidut A4-kokoiset** "tsekkilistat" ovat käytössäne: joka hoituhuoneessa (1. 2. 3. 4. ja 5 huoneet) **2kpl.**

Lisäksi jokaisessa hoituhuoneessa on **1kpl harmaapohjaisia paperiversioita**, johon voitte suoraan kirjoittaa muutosehdotuksianne, jos ja kun niitä kokeilujakson aikana havaitsette. Eli materiaalit on jaettu valmiiksi työpöydillenne.

Kokeilujakso on kaksi viikkoa, kuten perjantain tapaamisessa sovittiin eli 26.9 – 10.10 välisenä aikana. Kerään materiaalin huoneista pois 10.10 iltapäivästä, viimeinen tapaamisemme on perjantaina 12.10.

Liitteenä oleva Versio2 on tiedoksenne, toivoisin että teette muutosehdotuksia paperiversioon.