

Laatua kotiin vietäviin palveluihin

Lääkehoitoprosessin kehittäminen yksityisessä palveluasumisyksikössä

LAB-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (YAMK), Asiakkuusjohtaminen sosiaali- ja terveyspalveluissa

2020

Marika Järvinen

Tarja Tikkala

Tiivistelmä

Tekijä(t) Järvinen, Marika Tikkala, Tarja	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK Sivumäärä 74 + liitteet	Valmistumisaika 2020
Työn nimi Laatua kotiin vietäviin palveluihin Lääkehoitoprosessin kehittäminen yksityisessä palveluasumisyksikössä		
Tutkinto Asiakkuusjohtaminen sosiaali- ja terveysalalla Sairaanhoidaja (YAMK)		
Ohjaavan opettajan nimi, titteli ja organisaatio Tarja Korpela, lehtori, sh, HtT, LAB-ammattikorkeakoulu		
Toimeksiantajan nimi, titteli ja organisaatio Yksityinen palvelun tuottaja, asumispalveluyksikkö		
Tiivistelmä <p>Tämän työelämälähtöisen kehittämishankkeen tavoitteena oli kuvata yksityisen asumisyksikön turvallisen lääkehoidon prosessi. Kehittämistyön tuloksena syntyi prosessikuvaus, jossa lääkehoitoon osallistuvien tehtävät ja vastuut kuvattiin. Yksikön lääkehoitosuunnitelma päivitettiin ja sen tavoitteena oli luoda turvallinen ja yhtenäinen käytännön työväline lääkehoitoprosessin toteuttamiseksi.</p> <p>Kehittämishankkeen tarkoituksena oli laadukkaasti toteuttaa lääkehoidon avulla vahvistaa asiakkaiden turvallisuuden tunnetta ja parantaa elämänlaatua. Lääkehoitoprosessin kuvaamisen tarkoituksena oli vahvistaa lääkehoidon osaamista ja ohjata henkilöstöä toimimaan yhdenmukaisesti lääkehoitokäytänteissä. Organisaatiotasolla tarkoitus oli nostaa yrityksen kilpailukykyä laadukkaasti toteutetun lääkehoitoprosessin kautta.</p> <p>Lääkehoidon kehittäminen tehtiin PDCA-laatusyklin mukaisesti. Alkukartoituksen tiedonkeruumenetelminä käytettiin avointa haastattelua, kyselyä ja SWOT-analyysiä. Kehittämistyön tuloksena syntyi prosessikuvaus, jossa lääkehoitoon osallistuvien toimijoiden tehtävät selkeytettiin kolmisivumallinnuksen avulla.</p> <p>Lääkehoitosuunnitelma päivitettiin vastaamaan STM:n (2016) Turvallinen lääkehoitosuunnitelma -ohjeita. Asumispalveluyksikköön luotiin laadunhallinnan järjestelmä turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi. Kehittämistyö jäi kesken toimeksiantajan organisaatorisen muutoksen vuoksi ja laatusykliä ei voitu kokonaisuudessaan viedä käytäntöön.</p>		
Asiasanat laatu, laatujohtaminen, lääkehoitoprosessi, kotiin vietävät palvelut		

Abstract

Author(s) Järvinen, Marika Tikkala, Tarja	Type of Publication Thesis, UAS	Published 2020
	Number of Pages 74 + attachments	
Title of Publication Quality for home delivered services Development of medical treatment process in a private housing service unit		
Name of Degree Master's degree in Social and Health Care – Customer relationship management		
Name, title and organization of the supervising teacher Tarja Korpela, Senior Lecturer, Doctor of Administrative Sciences, LAB University of Applied Sciences		
Name, title and organization of the client Private Service Provider, Senior Housing Service Unit		
Abstract <p>The goal of this working life-oriented development project was to describe the process of safe medical treatment in the private housing service unit. A process description was created as a result of this development work. Process description defines the roles and responsibilities of those involved in medical treatment. The housing service unit's Pharmacotherapy plan was updated to provide a safe and consistent practical tool for implementing the medical process.</p> <p>Intention of this development project was to strengthen clients' sense of safety and to improve the quality of life with the help of the medical treatment. The purpose of describing the medical process was also to strengthen the medical expertise of the personnel and to guide them to consistently follow the medical practices. At the organizational level, the aim was to increase company's competitiveness through a well-implemented medical treatment process.</p> <p>The development work was carried out in accordance with the PDCA quality cycle. Interview, survey, and SWOT analysis were used as data collection methods for the initial survey. Process description was created as a result of the development work, in which the roles of the participants involved in the medical treatment process were clarified.</p> <p>The plan for the medical treatment was updated to be concordant with the nationwide instructions for safe pharmacotherapy (2016) from the Ministry of Social Affairs and Health. The Development work was interrupted due to the charge in the sponsor's organization and the quality cycle could not be fully implemented.</p>		
Keywords quality, quality management, medication process, home delivered services		

Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Kehittämishankkeen lähtökohdat	3
2.1	Tausta	3
2.2	Tarkoitus ja tavoite.....	4
3	Laatujohtaminen	6
3.1	Laatu käsitteenä	6
3.2	Laadun määrittelyä	7
3.3	Laadun näkökulmat	8
3.4	Laadun johtaminen ja kehittäminen	12
3.5	PDCA laadun kehittämisen menetelmänä.....	14
3.6	Prosessien kuvaaminen kolmisivutekniikalla.....	16
4	Lääkehoitoprosessi kotiin vietävissä palveluissa.....	18
4.1	Kotiin vietävät palvelut	18
4.2	Lääkehoidon laadunhallinta	18
4.3	Lääkehoitoprosessi.....	20
4.4	Lääkehoitosuunnitelma	21
4.5	Lääkehoidon osaaminen.....	23
4.6	Ikääntyneen lääkehoito	27
5	Tutkimuksellinen kehittämishanke.....	30
5.1	Lähestymistapana toimintatutkimus	30
5.2	Tutkimus- ja kehittämismenetelmiä	31
5.2.1	Avoin haastattelu ja kysely.....	32
5.2.2	SWOT - analyysi.....	32
5.2.3	Learning cafe.....	33
6	Lääkehoitoprosessin kehittämishanke	34
6.1	Suunnittelu, PLAN - vaihe.....	34
6.2	Toiminta, DO - vaihe.....	36
6.2.1	SWOT – analyysin toteutus	39
6.2.2	Turvallinen lääkehoito -kysely	40
6.2.3	Lääkehoitosuunnitelman päivitys	44
6.2.4	Turvallisen lääkehoidon prosessikuvaus.....	46
6.3	Tarkastelu ja juurruttaminen, CHECK - ja ACT- vaiheet.....	49

7	Johtopäätökset ja pohdinta	54
7.1	Yhteenveto	54
7.2	Kehittämishankkeen tulosten arviointia	54
7.3	Kehittämishankkeen menetelmien arviointia	59
7.4	Eettisyys ja luotettavuus	60
	Lähteet	63

Liitteet

Liite 1. Prosessin perustietojen keräyslomake

Liite 2. Prosessin seliteosa

Liite 3. Prosessikaavio

Liite 4. Lääkehoitolupa

Liite 5. Swot muistiinpanot

Liite 6. Lääkehoidon mittari -kysely

Liite 7. Lääkehoitosuunnitelma

Liite 8. Tiedonhaun kuvaus

Liite 9. Avoin haastattelu muistiinpanot

1 Johdanto

Laadun merkitys on kasvanut ja luonut merkittävän roolin sosiaali- ja terveystalouden uudistuksessa. Laatu nähdään johtamisen peruselementtinä ja kaiken palvelukulttuurin ja uudistamisen pohjana. Laatujohtamisen keinoin voidaan arvioida ja kehittää jo valmiina olevia toimintatapoja tehokkaimmiksi ja toimivimmiksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon meneillään olevan uudistuksen myötä Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (THL) pyrkii vahvistamaan asiakkaiden osallisuutta yhtenä palveluiden kehittämisen keskeisenä tavoitteena. Samoin yhtenä kärkihankkeena oleva ikäihmisten kotihoidon kehittäminen sisältää osion lääkehoidon kokonaisarviointin vahvistamisesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019c.) Lääkepolitiikka 2020 – asiakirja määrittelee lääkealan valtakunnalliset tavoitteet. Lääkehuoltoa ja toiminnan asiakaskeskeisyyttä korostetaan osana sosiaali- ja terveystalouden järjestelmää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

Lääkehoidon kansanterveydellinen merkitys on suuri ja ulottuu paljon laajemmalle, kuin usein luullaan. Lääkehoito on osa kokonaisvaltaista hoitoa. Lääkehoidon toteutuksella on ratkaiseva merkitys todelliseen kokonaishyötyyn suhteessa sen aiheuttamiin kokonaiskustannuksiin. Selkeät tehtäväkuvaukset ja vastuun jakaminen lääkehoitoa toteuttavien osapuolten kesken on tärkeää. Kokonaisvastuun puuttuminen johtaa nopeasti kaotitilanteeseen, joka johtaa potilasvahinkoihin ja hallitsemattomiin lääkehoidon kustannuksiin. Uudistuvia sosiaali- ja terveystalouden palveluja kohti mentäessä on tärkeää analysoida lääkehoidon nykytilaa, haasteita ja tuoretta tutkimustietoa. Näin voidaan mahdollistaa uusien rationaalisten toimintamallien käyttöönotto uudistuvien palvelujen konkretisoituessa. (Hakoinen, Laitinen-Parkkonen & Airaksinen 2017, 9–10.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2018) rationaalisen lääkehoidon tutkimusstrategian tavoitteena on edistää monitieteistä tutkimusta ja lisätä tutkimustiedon käyttöä rationaalisen lääkehoidon toimeenpanossa. Tutkimustarpeita ilmenee erityisesti lääkehuollon rakenteissa ja toimintaedellytyksissä, lääkitysturvallisuuden varmistavassa lääkehoitoprosessissa sekä lääkkeiden käytössä, lääkehoidon vaikuttavuudessa ja taloudellisuudessa. Lääkehoidon laadun varmistaminen ja kehittäminen on osa yhteiskunnassa meneillään olevaa sote-uudistusta ja vastaa erityisesti tavoitteeseen rationaalisen lääkehoidon kehittämisestä ja parantamisesta.

Arvion mukaan noin neljännes lääkkeiden haittavaikutuksista johtuu lääkityspoikkeamista. Ikkääntyneet ja monilääkityt asiakkaat ovat tässä erityisenä riskiryhmänä. Poikkeamat voivat aiheuttaa vakavan vaaran asiakkaalle tai johtaa jopa kuolemaan. Lääkehoidon turvallisuuden liittyviä ongelmia voi esiintyä missä tahansa lääkehoitoprosessin vaiheessa. Lääkehoidon haittavaikutukset ovat ehkäistävissä melko pitkälle systemaattisella lääkehoitoprosessin eri vaiheet huomioivalla potilasturvallisuustyöllä. Potilasturvallisuustyön perustana on lääkehoitosuunnitelma, joka toimii vastuiden jakamisen työvälineenä ja määrittelee turvallisen lääkehoidon toimintatavat yksikkötasolla asiakkaiden lääkehoitoa toteuttavien ammattilaisten osaamisen perusteella. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016, 9–11.)

Inkisen ym. (2016, 3) mukaan lääkehoito on kokonaisuus, joka muodostuu yhteistyössä potilaan kanssa ja edellyttää moniammatilliselta tiimiltä lääkehoidon eri vaiheiden hallintaa. Oikein toteutettu, tehokas, turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta ja asiakkaan saaman palvelun laatua.

Hoitotyön johtamisen tavoitteena on parantaa asiakastyön tuloksellisuutta ja palvelun laatua, turvata hoidon saatavuutta sekä parantaa myös työn houkuttelevuutta työkentällä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Hoitotyönä pidetään nykyaikana itsenäistä, omaan erikoisosaamiseen pohjautuvaa terveydenhuollon asiantuntijatehtävissä työskentelyä erilaisissa moniammatillisissa tiimeissä (Meriläinen, Koivisto, Sirviö & Tensing 2016). Päätöksenteon perusteena, tutkimuksessa ja käytännön työssä tulee käyttää näyttöön perustuvaa tietoa (Niiranen 2011, 129–142).

Tässä työelämälähtöisessä hankkeessa päivitetään yksityisen palveluasumisyksikön lääkehoitoprosessi sekä jalkautetaan turvallisen lääkehoidon prosessi osaksi lääkehoitoa toteuttavien hoitajien työskentelytapaa. Kolmisivumallinnuksen prosessikuvauksen avulla tehtäviä selkeytetään ja luodaan turvallinen työskentelytapa yksikköön.

2 Kehittämishankkeen lähtökohdat

2.1 Tausta

Terveydenhuoltolain (1326/2010) sekä Inkisen ym. (2016, 12) mukaan turvallisen lääkehoidon toteuttaminen on osa terveydenhuoltolain mukaista laadunhallintaa. Potilasturvallisuus ja siihen liittyvä lääketurvallisuus ovat tärkeä osa laadunhallintaa. Kaikkien lääkehoitoa toteuttavien yksiköiden tulee tehdä lääkehoitosuunnitelma osana terveydenhuoltolain 1326/2010 8 §:ssä säädettyä laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa. Lääkehoitosuunnitelma on keskeisin osa lääkehoitoon osallistuvien henkilöiden perehdytystä. Tämä perehdytys on välttämätöntä lääkehoidon laadun ja turvallisuuden varmistamiseksi.

Laadukas lääkehoito säästää kustannuksia, luo toimintayksiköstä hyvän imagon ja on sitä kautta myös laadukkaan rekrytoinnin valttina. Asiakastytyväisyys on tärkeää yksityisten palveluntuottajien kilpailussa asiakkaista. Turvallinen lääkehoito on merkittävässä asemassa viime aikoina käydyissä vanhusten hoitoa koskevissa kriittisissä keskusteluissa. Asiakas- ja potilasturvallisuuden keskeisenä elementtinä on palvelun laadun tarkoituksenmukaisuus, taloudellisuus ja turvallisuus. (Inkinen ym. 2016, 3.)

Tällä hetkellä toteutetaan valtakunnallisesti rationaalisen lääkehoidon toimeenpano-ohjelmaa, jonka tavoitteena on potilaan kokonaisvaltaisen hoidon toteutumisen parantaminen, ihmisten toimintakyvyn koheneminen ja edellytysten luominen kustannustehokkaalle lääkehoidolle. Toimeenpano-ohjelma ja sen tavoitteet ovat voimassa vuoteen 2022 asti. Lääkepolitiikka 2020-asiakirja määrittelee lääkealan valtakunnalliset tavoitteet ja siinä korostetaan lääkehuoltoa osana sosiaali- ja terveystalouden järjestelmää sekä lääkehuollon asiakaskeskeisyyttä. Rationaalisen lääkehoidon tutkimusstrategia huomioi myös hallitusohjelman keskeisen hankkeen ikäihmisten kotihoidon kehittämisestä. Yhtenä osana tätä ikäihmisten hanketta on lääkehoidon kokonaisarviointin vahvistaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

Työnantajan tulee käyttää organisaation resursseja lääkehoidon koulutukseen, sillä pienetkin puutteet tällä osa-alueella voivat johtaa vakaviin vaara- ja haittatapahtumiin asiakkaiden lääkehoidossa. Lääkehoidon turvallisuus kehittyy osaamisen vahvistuessa ja mitä enemmän ja useammin työntekijät lääkehoitoa toteuttavat, sitä paremmaksi he itse arvioivat lääkehoidon osaamisensa (Sneck 2016, 106). Koulutus kehittää henkilöstöä lääkehoidon toteutuksessa ja turvallisuudessa. Sitä kautta henkilöstö kokee olevansa pätevämpiä kokonaisvaltaisessa hoitotyössä (Johnson 2012).

Lääkehoidon laatu on tärkeä yksityiselle palveluntuottajalle, koska se kilpailee markkinoilla juuri laatutekijöillä. Kotihoitopalvelujen ostaja (PHHYKY, Päijät-Hämeen Hyvinvointiyhtymä) vaatii täsmennetyn lääkehoitosuunnitelman osana kilpailutukseen liittyviä laatukriteereitä. Lisäksi vuoden 2020 alusta lähtien toimintayksikkö siirtyy sosiaalipalvelujen alta terveydenhuollon palveluyksiköksi. (Laine 2019.)

Hankkeen yhteistyökumppani on toimeksiantajan organisaatio. Kehittämishanke toteutetaan yksityisen asumisyksikön johtajan toimeksiantona. Kehittämishankkeeseen osallistuu myös yksikön lääkehoitoa toteuttava henkilöstö. Tämä ikääntyneiden asumisyksikkö on 16 asuntoa käsittävä kristillinen ja kodinomainen rivitaloyksikkö Päijät-Hämeessä. Asukkaat ovat vuokranneet asuntonsa omalla vuokrasopimuksella rivitaloyhtiöstä. Asukkaat voivat ostaa hoivapalveluja yritykseltä, jonka työntekijät siis tuottavat hoiva- ja lääkehoidon palvelut vuokralla asuville ikääntyneille asiakkaille. Kotihoidon palvelun rivitalo yksikön asukas voi hankkia omakustanteisesti tai kunnan palvelusetelillä. Organisaation johtaja on kaupallisen alan henkilö, jonka tehtävät ovat hallinnollisia. Kotihoidon henkilöstöön kuuluu yksi perushoitaja, kaksi lähihoitajaa ja kaksi sairaanhoitajaa. Organisaatiossa työskentelee lisäksi keittiö- ja siivoushenkilökuntaa. (Laine 2019.)

2.2 Tarkoitus ja tavoite

Kehittämistyön tarkoituksena on laadukkaasti toteutetun lääkehoidon avulla vahvistaa asiakkaan turvallisuuden tunnetta ja parantaa elämänlaatua. Oikein toteutettu lääkehoito parantaa asiakkaan terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia. Kehittämistyön toimeksiantajalle lääkehoidon prosessi luo lääkehoidon turvallisuutta ja vahvistaa osaamista. Lääkehoitoprosessin kuvaaminen ohjaa henkilöstöä toimimaan yhdenmukaisesti lääkehoidon käytännöissä prosessikuvauksen mukaisesti. Prosessin kuvaaminen vahvistaa yksittäisen hoitajan lääkehoidon osaamista.

Toimeksiantajan kannalta laadukas lääkehoitoprosessi parantaa kilpailukykyä, luo mainetta turvallisesta palveluasumisesta ja toimii markkinointivalttina. Palvelun maksajana voi asiakkaan itsensä lisäksi olla Päijät-Hämeen Hyvinvointiyhtymä palvelusetelien kautta. Asiakkaan kotona pärjääminen on kuntatalouden kannalta erittäin merkitsevää, koska laitoshoidon on kunnan maksamana erittäin kallista hoitoa (Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 68/2017). Myös lainsäädännön hengen mukaista on tukea ikäihmisten kotona asumista. Yksilön oikeus saada toimintakyvyn heikentyessä apua arjen tehtäviin on laissa painotettu asia.

Kehittämistyön tavoitteena on kuvata turvallinen lääkehoitoprosessi yksityisen asumisyksikön kotihoitoa tarvitseville asiakkaille. Kehittämistyön tuloksena syntyy prosessikuvaus, jossa palvelutalon lääkehoitoon osallistuvat toimijat sekä heidän tehtävänsä ja vastuunsa kuvataan. Prosessikuvaus ohjaa yksikön lääkehoitoa ja lääkehoitosuunnitelma tarkentaa tätä ohjeistusta käytännön tasolle vietynä. Tavoitteena on päivittää yksikön lääkehoitosuunnitelma. Prosessiin sisältyvän lääkehoitosuunnitelman tavoitteena on luoda turvallinen ja yhtenäinen käytännön työväline lääkehoitoprosessin toteuttamiseksi. Kehittämishankkeessa syntyy kolmisivumallinnuksen avulla tehty prosessikuvaus.

3 Laatujohtaminen

3.1 Laatu käsitteenä

Anttilan (2016) mukaan laatu on ikivanha, arkinen ja samalla myös filosofinen aihe. Jo Aristoteles pohti laatukäsitettä ja osoitti sille kaksi merkitystä; miten jokin kohde erottuu toisista kohteista ja miten kohde koetaan hyvänä tai pahana. Laatu on onnistumisen käsite, johon suhtaudutaan yleisesti myönteisesti. Laadulla siis tarkoitetaan tavallisesti tuotteen tai palvelun kykyä täyttää asiakkaan tarpeet ja/tai vaatimukset. Laadun merkitys kuitenkin riippuu siitä, kuka sitä määrittelee ja mitä arvoja ja yksimielisyyksiä laadun arviointiin liittyy. (Koivuranta 2019, 8; Anttila 2016; Riepula 2014, 15.)

Laatu on myös hyvin yleisesti käytetty arkikielen sana, jolla halutaan tuoda esiin kohteen hyviä piirteitä. Englannin kielessä sana, quality, viittaa hyvään laatuun, erinomaisuuteen tai yliveraisuuteen. Suomen kielessä vastaavat adjektiivit ovat; laadukas, hyvälaatuinen sekä korkealaatuinen. Ammattiterminä laatu pyrkii olemaan neutraali käsite. (Korpela 2010, 27; Mäki 2004, 73.) Käsitettä laatu käytetäänkin muun muassa yhdyssanojen alkuosana ilmaisemaan hyvää laatua. Laatu voidaan ymmärtää ominaisuudeksi, jolla voi saada positiivisia tai negatiivisia arvoja. (Kääriäinen 2007, 29.) Alilan (2013, 17) mukaan laatu käsitteenä on monitahoinen ja dynaaminen.

Koska jokainen asettaa omat vaatimuksensa laadulle omista lähtökohdistaan, on laatu siten hyvin suhteellinen käsite (Korpela 2010, 29). Ruusumon (2016, 7) mukaan laatu tulee nähdä ennen kaikkea johtamisen laatuina. Mikäli johtamisessa ei oteta huomioon erilaisia toimintaketjuja, ei voida puhua laadun johtamisesta. Laatua johdettaessa tulee kiinnittää erityistä huomiota huonolaatua ehkäiseviin toimenpiteisiin.

Ymmärtääkseen laatua on tiedettävä erilaisia laadun määrittelytapoja ja näkökulmia. Laadun käsitettä on vaikea jäsentää, koska laatuun liittyvässä keskustelussa tuotetaan jatkuvasti uusia tulkintoja ja määrittelyjä. Oleellista on erottaa laatukäsitteen kaksi eroavaisuutta; laadun tarkoituksen sopivuus ”*fitness of purpose*”, jossa käsitetään laatu tulostavoitteiden kautta toiminnan vaikuttavuutena sekä laadun tarkoitukseen sopivuus ”*fitness for purpose*”, jossa taas laatua katsellaan toimivuuden ja prosessien kautta. (Korpela 2010, 27.) Keskeisessä asemassa laadun toteuttamisessa ovat organisaatiot ja niiden johtaminen. Käsitteelliseltä kannalta nousee esille kysymys, miten ymmärrämme prosessit ja tuotteet. Ammatilliseen laatutoimintaan sisältyy keskeisesti laadun ja laatutoimintojen arviointi. (Anttila 2016.)

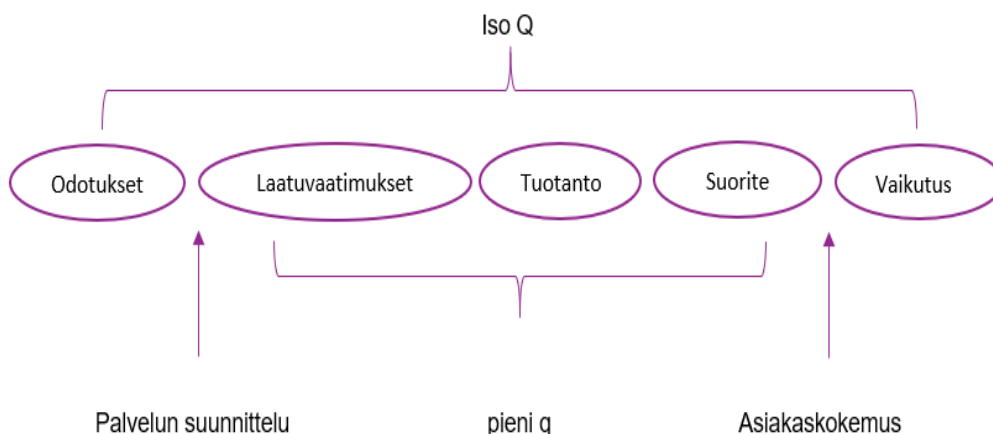
3.2 Laadun määrittelyä

Joseph Muranin laajasti hyväksytty laatumääritelmä on: ”*Laatu on sopivuutta käyttötarkoitukseen (fitness for purpose)*”, tämä määritelmä sopii ennen kaikkea tuotantolähtöiseen ajatteluun, eikä ole niinkään sovellettavissa palveluihin. Tuotantolähtöiseen ajatteluun soveltuu myös Levittin luoma laadun määritelmä, jonka mukaan laatua on tavaran tai palvelun toteutuksen virheettömyys (*conformance to specification.*) (Riepula 2014,16.)

Asiakaslähtöisyyteen ja arvoihin panostava laadun määritelmä on Max Moullinin luoma asiakkaiden tarpeisiin ja odotuksiin vastaaminen hyväksyttävillä kustannuksilla (*meeting customer requirements and expectations at an acceptable price*). Tämä määritelmä soveltuu osin terveydenhuoltoon, koska asiakkaiden vaatimusten ja kustannusten pohtiminen ovat merkityksellisiä tekijöitä terveydenhuollossa. (Riepula 2014,16.) Parhaiten terveydenhuoltoon sopii Riebulan (2014, 17) mukaan Moullinin määritelmä potilaiden, huoltajien ja muiden asiansaisten vaatimusten ja odotusten täyttämisenä kulut minimoiden.

Mäki (2004, 73) toteaa, että laadun määrittely elää ajassa ja paikassa. Tämä tarkoittaa, että jossain toisessa kulttuurissa tai aikakautena hyvälle laadulle on erilaisia merkityksiä kuin mitä meidän kulttuurissamme tällä hetkellä on. Laatu onkin aina suhteellista ja siihen liittyy vertailuasetelma, jossa tuotetta tai palvelua verrataan johonkin tasoon, mielikuvaan tai tavoitteeseen. Laatua määriteltäessä tuleekin miettiä mistä näkökulmasta määrittely tehdään. (Mäki 2004, 73.)

Sosiaali- ja terveystaloudissa laatu on lähinnä asiakkaiden odotuksiin ja vaatimuksiin vastaamista ja asiakastyytyväisyys on laadun määrittelyssä keskeistä. Laatu ei yksinomaan synny asiantuntijoiden suunnitelmien ja määritelmien pohjalta vaan siinä on otettava huomioon asiakaskokemus ja asiakastyytyväisyys. Asiakastyytyväisyys muodostuu nopeasta reagoinnista asiakaspalautteisiin ja niistä toimenpiteistä, millä palautteisiin vastataan. (Ruusumo 2016, 12–13.) Lillrank (2015, 358) käsittelee asiakastyytyväisyyttä osana laatua ja on muodostanut asiakastyytyväisyyteen sekä laadun rakentumiseen kahden q-kirjaimen mallinnuksen. Iso Q tarkoittaa laatuodotusten ja vaikutuksen suhdetta. Sen tarkoitus on varmistaa, että palvelu sujuu virheettömästi. Pieni q-kirjain tarkastelee palvelua asiakkaan näkökulmasta, onko palvelu täyttänyt asiakkaan palvelulle laatimat vaatimukset. Lillrankin mallinnuksessa palvelujen laadulle asetettujen vaatimusten ja palvelun suorituksen välinen suhde on yhtä kuin asiakastyytyväisyys. (KUVA 1). Asiakastyytyväisyyteen vaikuttaa moni asia, kuten esimerkiksi tuotteen virheettömyys. Tapa, jolla asiakas kokee ja käyttää tuotetta, vaihtelee, ja siksi pientä q:ta on käsiteltävä epävarmuudella. (Lillrank 2015, 358.) Laatu on monen asian yhteisvaikutus ja sen johtaminen vaatii kokonaisvaltaista näkemystä laatujohtamisessa. (Ruusumo 2016, 12–13.)



KUVA 1. Palvelun laadun ja asiakastyytyväisyyden väliset suhteet (Lillrank 2015, 358; muokailen Korpela 2017, 81)

Laapio-Rapi (2020, 31) toteaa, että laatu liitetään nykyisin tiiviisti palveluihin ja palveluprosesseihin. Hyvä laatu nähdään tuloksellisuutena ja se pyritään liittämään osaksi tuottavuutta ja taloudellisuutta. Laatujohtamisen keskeisenä tavoitteena on prosessien parantaminen.

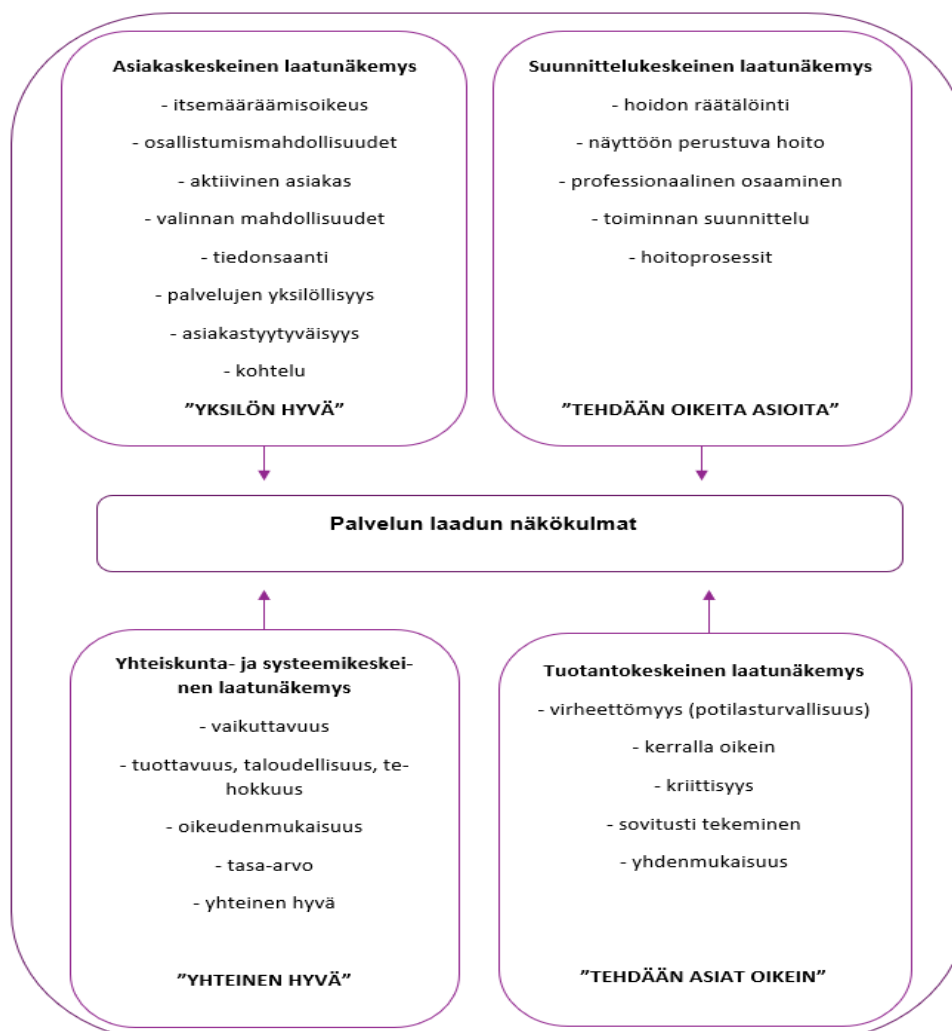
3.3 Laadun näkökulmat

Julkisessa terveydenhuollossa laadun näkökulmien tarkastelu perustuu Garvinin (1998) luomaan ja Paul Lillrankin (1998) muovaamaan käsitykseen laadusta. Mäki (2004) on tuonut myöhemmin tarkasteluun erityisesti terveydenhuollon julkisen puolen näkökulmaa. Laadun näkökulmien ja laatuksien syntyminen on useimmiten yhteensovittamisen tulosta ja niiden väliset suhteet samalla kertaa sekä ristiriitoja aiheuttavia, että toisiaan tukevia.

Asiakaskeskeinen laadun näkemys lähtee Korpelan (2017, 87–88) mukaan siitä perusajatukselta, että toiminta- ja ajattelutavan perustana on asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset, niin kuin asiakas ne itse ilmaisee. Tavoitteena on asiakkaan palveleminen hänen tarpeidensa perusteella. Asiakas nähdään aktiivisena osallistujana omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Suunnittelukeskeinen laatu käsittelee ammattilaisten osaamista näyttöön perustuvan tiedon pohjalta. Asiakaskeskeinen laatu ja suunnittelukeskeinen laatu ovat toisistaan riippuvaisia ja kiinteässä yhteydessä. Asiakkaan hoitoa ei voi toteuttaa pelkästään toiveisiin perustuen vaan kyse on ammattilaisen ja asiakkaan yhteistyössä suunnittelema hoidosta.

Tuotantokeskeinen laatu korostaa virheettömyyttä ja tasalaatuisuutta. Virheiden sijaan hoitotyössä puhutaan paremminkin läheltä piti- ja vaaratapahtumista. Nykyisin painotetaan virheiden sijaan potilasturvallisuutta, joka on yksi osa palvelun laatua. Yhteiskuntakeskeisessä laadussa tarkastellaan laajempia kokonaisuuksia. Yksittäisen asiakkaan tarpeita arvioidaan suhteessa muiden asiakkaiden tarpeisiin. Terveystuon arvon on oikeudenmukaisuus ja julkisen terveydenhuollon tehtävänä on kansalaisten hyvinvoinnin edistäminen. Tässä korostuu asioiden priorisointi yhteiskunnallisesti resurssien jakamisella tai kohdistamisella. Asiakasrajapinnassa se voi tarkoittaa esimerkiksi hoitajajoukkojen muodostamista kiireellisyysjärjestykseen. (Korpela 2017, 87–88.)

Seuraavassa kuviossa (KUVA 2) on mukailtu laadun näkökulmia neljän näkökulman avulla. (Korpela 2017, 86–87.)



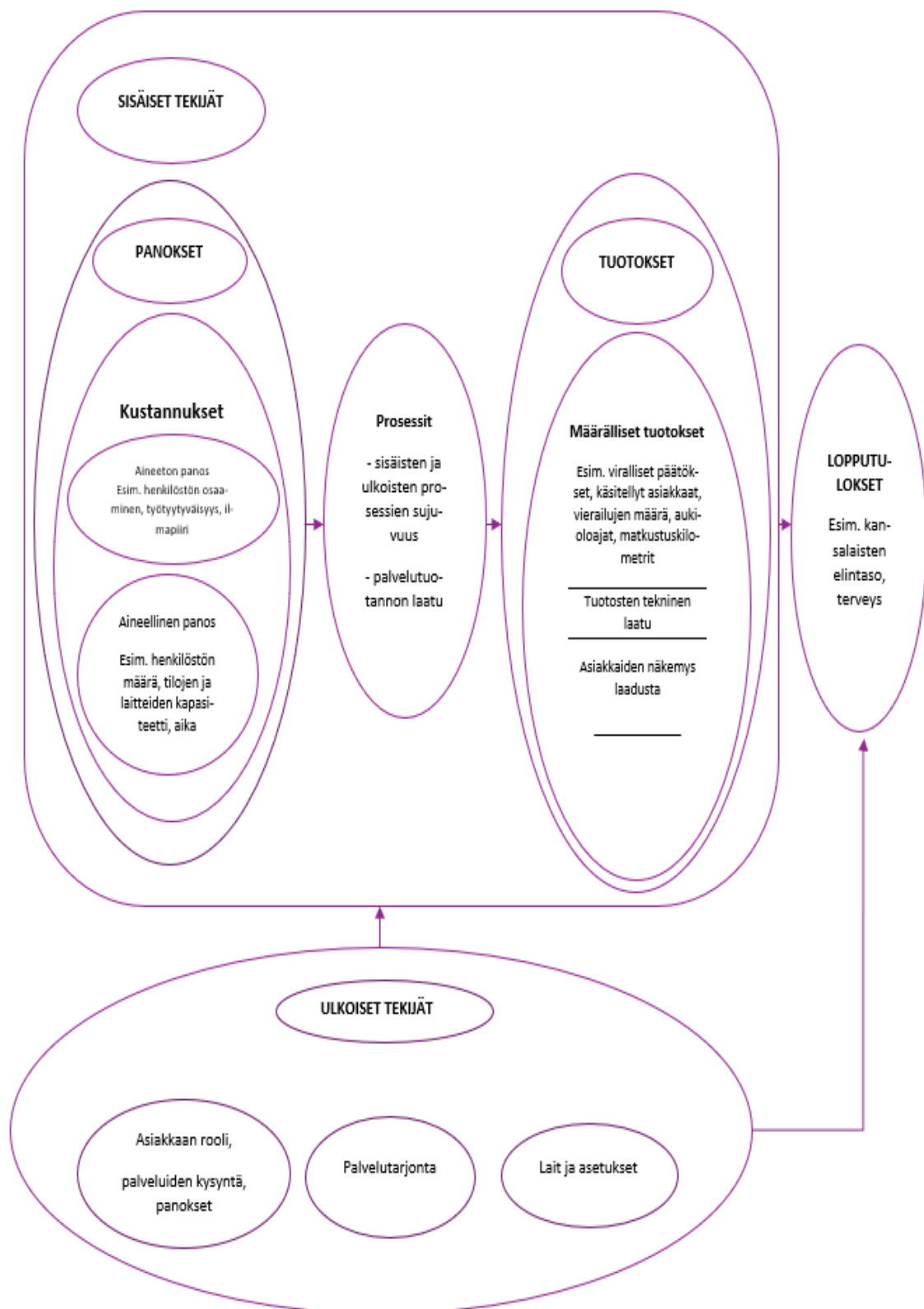
KUVA 2. Laadun näkökulmat (mukaillen Mäki 2004, 163; Pekurinen ym. 2008, 19; Korpela 2017, 87)

Pekurinen ym. (2008, 19) näkee systeemikeskeisen laadun ensisijaisesti vaikuttavuutena, tuottavuutena, taloudellisuutena ja tehokkuutena. Samaa näkemystä on Korpela (2010, 38) kuvannut ”Laatu henkilöstön käsityksinä” – Pro Gradu tutkielmassaan. Korpela (2010, 12) on vertaillut laatukäsityksiä selvittäviä suomalaisia tutkimuksia 2000-luvulla. Laatua on tarkasteltu erilaisten tieteiden näkökulmista, mutta terveystieteiden parissa tehdyt tutkimukset rajoittuvat yhteen tai kahteen näkökulmaan kerrallaan, kuten esimerkiksi hoitotyön laatuun, potilaiden ja henkilökunnan näkemukseen laadusta tai palvelujen järjestämisen laatu- näkökulmasta.

Laapio-Rapi (2020, 26) on tuoreessa väitöskirjassaan luonut viitekehystä johtamisen tueksi, jonka avulla voidaan arvioida tuottavuutta, tehokkuutta ja kustannusvaikuttavuutta perusterveydenhuollon avohoidon palveluprosesseissa. Laadun arviointi on tänä päivänä yleistynyt osana suorituskyvyn mittaamista erityisesti palveluorganisaatioissa ja julkisella sektorilla.

Tuottavuus ja sen mittaaminen rakentuu seuraaviin tekijöihin; yksikön tuottamien arvosuoritteiden määrä, suoritteiden määrä suhteessa käytettyihin resursseihin ja suoritteiden määrä suhteessa työntekijöiden määrään tai työvoimakustannuksiin. Kun toiminta on tuotavaa, taloudellista ja vaikuttavaa, se on myös tuloksellista. Vaikuttavuutta voidaan määrittellä eri tieteenalojen näkökulmasta, mutta terveystaloustieteen näkökulmasta vaikuttavuudella tarkoitetaan terveydentilan, elämän pituuden tai laadun muutosta. Vaikuttavuuden paras arviointitapa on konkreettisten tulosten ja aikaansaatuisten tulosten arvioiminen. Toinen tapa on suhteuttaa vaikutukset palvelujen käyttäjien tarpeisiin. Vaikuttavuus -käsitettä käytetään terveydenhuollon tutkimuksessa runsaasti, mutta sen tarkka määrittely on puutteellista tai vaikuttavuutta arvioivat mittarit ovat epäselviä. Arvon tuottaminen ja mittaaminen edellyttää vaikuttavuuden ja kulujen asiakaskohtaista huomioimista. (Laapio-Rapi 2020, 29–30.)

Jääskeläisen (2010, 54) mukaan tuottavuus muodostuu tuotoksen ja panoksen suhteesta. Julkisella sektorilla tuottavuuteen vaikuttaa myös ulkoisia tekijöitä, joiden kontrolloiminen voi olla mahdotonta. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi asiakkaan rooli, palveluiden kysyntä, palvelutarjonta sekä lait ja asetukset. Tuottavuuden sisäisiä tekijöitä sen sijaan voidaan kontrolloida huomattavasti helpommin. Sisäisiä tekijöitä ovat panokset; aineettomat tai aineelliset, ja sitä kautta syntyvät kustannukset. Panosten ja tuotosten välillä tapahtuu erilaisia sisäisiä ja ulkoisia prosesseja ja myös palvelutuotannon laatu vaikuttaa prosessin etenemiseen ja lopputulokseen. Julkisen palvelutuotannon tuottavuutta voidaan esittää seuraavan kaavion avulla: (KUVA 3)



KUVA 3. Julkisen palvelutuotannon tuottavuus (mukaillen Jääskeläinen 2010, 54)

3.4 Laadun johtaminen ja kehittäminen

Laatujohtaminen liiketoiminnassa syntyneenä käsitteenä on samanlaisessa muodossaan haastava sosiaali- ja terveysalalla. Useimmiten kyseessä on soveltaminen niin, että laatua pidetään keskeisenä johtamistavassa ja hoitotyöhön kohdistetaan laadun tarkkailua ja kehittämisehdotuksia. Laatujohtaminen määritellään ajattelutavaksi, jossa määritellään toiminnan suunta, se on lähinnä ohjaavaa toimintaa, jossa tavoitellaan vertailtavaa yhdenmukaisuutta ja suunnitelmallisuutta. Laadun johtamisen hyötyinä pidetään paikallista asiantuntemusta, omistautumista ja mahdollisuutta kohdistaa toimia juuri haluttuun tavoitteeseen laadunhallinnassa. (Kujala 2003, 57–58.)

Ruusumon (2016, 16–17) mukaan laadun johtamisen soveltaminen myös sosiaali- ja terveysalalle on merkittävästi lisännyt ymmärrystä siitä, että laatu perustuu parhaaseen käytettävissä olevaan tietoon ja sen tavoitteena on asiakkaan terveyden ja hyvinvoinnin maksimointi. Laadun johtamiskäytäntöjen omaksuminen on vaikuttanut erityisesti pienten ja keskisuurten organisaatioiden palvelun laatuun. Julkisen sektorin on täytynyt omien resursien riittämättömyyden vuoksi ottaa yhteistyökumppanikseen yksityisen sektorin palveluntuottajia ja ostopalveluna hankittavan palvelun laatutaso on pyrittävä varmistamaan jo yhteistyöprosessin suunnitteluvaiheessa. Tämä asettaa yksityissektorin laadun johtamisen ja laatutason korkealle.

Laadunhallinta ja erilaiset kehittämisprojektit ovat sosiaali- ja terveysalalla tarkastelun kohteena niin valtakunnallisesti kuin kansainvälisestikin. Prosessit ovat tapahtumasarja, joka tuottaa lisäarvoa tekijöilleen. Laatu ja asiakkaiden/potilaiden tyytyväisyys, asiantuntijuus ja osaamisen laatu sekä määrä ovat suorituskykyä tarkastellessa tärkeitä. (Karttunen 2019, 31; Kujala 2003, 51–52.)

Total Quality Management (TQM) eli laatujohtaminen on määritetty laatua keskeisenä pitäväksi johtamistavaksi. ”Quality” sana viittaa johtamisfilosofian ytimeen eli laatuun, mutta samalla myös asiakaslähtöisyyteen ja asiakkaiden ensisijaisuuteen laadun määrittäjinä. ”Total Quality” tarkoittaa, että kaikki organisaation jäsenet osallistuvat laadun kehittämiseen. ”Management” kuvaa erityisesti johdon sitoutuneisuuden keskeisyyttä laatuajattelun toteutumiseksi. TQM perustuukin organisaation kaikkien jäsenten osallistumiseen, ja jonka pitkän tähtäimen tavoitteena ovat asiakastyytyväisyyden tuoma menestys ja organisaation kaikkien jäsenten ja yhteiskunnan hyöty. Henkilöstön osallistumista laadun kehittämiseen ovat korostaneet myös useat laatujohtamisen kehittäjät. TQM voidaankin nähdä johtamisen ajattelutapaan liittyvänä filosofisena kokonaisuutena, jonka tarkoituksena on yhdistellä erilaisia laadunhallinnan työkaluja, kuten esimerkiksi Demingin laatuympyrä tai benchmarking (vertailuanalyysi). (Karttunen 2019, 17; Kvist 2004, 52; Mäki 2004, 78.)

Laatujohtamisessa keskeisenä on pidetty laatujärjestelmiä, orientaatiota asiakkaiden/sidosryhmien tyytyväisyydessä, organisaation kehittämistä, laatutyökaluja sekä delegointia ja henkilöstön lisättyä autonomiaa. Laatujohtaminen voidaan myös määritellä ”niiden menettelytapojen kokonaisuudeksi, joilla laatu saavutetaan”. Tässä tapauksessa laatu koostuu laatusuunnittelusta, laadunhallinnasta (quality control) ja laadun parantamisesta. Laadun parantamista painotetaan joko jatkuvasti kehittäen tai projekti projektilta. Laatu on jatkuva prosessi ja koko organisaation kattavaa toimintaa. (Karttunen 2019, 16; Niskanen & Tuomi 2000, 285.)

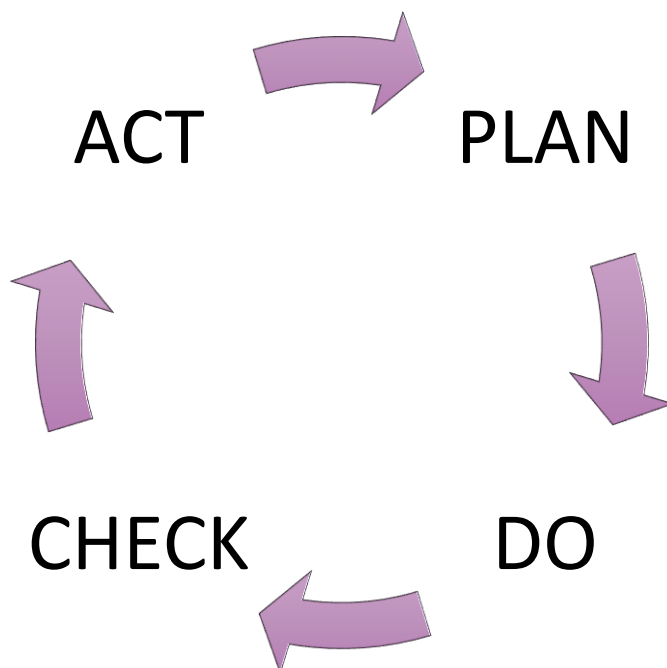
Ruusumon (2016, 19–20) mukaan laadun merkitys suorituskyykyyn tulee nähdä erityisesti johtamisen kyvykkyytenä. Laadun johtamisen omaksuminen vaatii työntekijöiden ja johdon taholta kokonaan uudenlaisen ajattelutavan, jossa laatu ja sen merkitys on keskiössä. Eri-tyisen tärkeää on johdon sitoutuminen muutoksen läpiviemisessä ja suorituskyykyyn nostamisessa uudelle tasolle. Kun johto on sitoutunut tehtävänsä, helpottaa se työntekijöiden aktivoitumista ja voimavarojen suuntautumista laadun kehittämiseen ja ylläpitämiseen. Näin suorituskyyky paranee ja sitä kautta laadun kehittäminen edelleen tulee osaksi toimintatapaa.

Sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden yhteistyön määrittämisen ja yhteistyömuotojen toimivuuden seurantaan rakennetaan mittareita, jotka kuvaavat kokonaisvaltaisen laadun osa-alueen toimivuutta. Jotta terveydenhuollon vaikuttavuutta voitaisiin parantaa, on ensin luotava mittareita, millä vaikuttavuutta voidaan mitata. Prosessien sujuvuutta tulee seurata säännöllisesti, sillä jatkuvasti tulee uusia välineitä, tehtäviä ja asiakkaita, joiden palvelua varten on vanhat prosessit muutettava haasteita vastaavaksi. Asiakkaiden tyytyväisyys on terveydenhuollon potilaiden subjektiivisten palvelukokemusten huomioimista, millä onkin suuri merkitys. Tyytyväisyyttä voidaan mitata mm. asiakas kyselyillä tai potilas haastattelulla. Mittarit jäävät osittain puutteelliseksi, koska mitään asiaa ei voida mitata aukottomasti ja ehdottoman objektiivisesti. Tämän vuoksi ne eivät voi kertoa kaikkea kokonaisvaltaisesta laadusta. Laatutyö vaatii kuitenkin konkreettiset mittarit, jolla seurataan säännöllisin väliajoin tavoitteen saavuttamista. (Roine 2016; Niskanen & Tuomi 2000, 294–296.)

3.5 PDCA laadun kehittämisen menetelmänä

Johnson (2002) toteaa, että kehittämishankkeissa käytetään usein laadun kehittämisen PDCA-mallia. PDCA-malli tunnetaan alun perin kahdella eri nimellä; Shewhartin malli sekä Demingin malli. Shewhart on maininnut mallin ensimmäisen kerran jo vuonna 1939. Deming taas puolestaan loi PDCA-mallinnuksen ja nimesi sen hänen mentorinsa ja opettajansa mukaan Shewhartin malliksi. Myöhemmin tutkijat ovat käyttäneet PDCA-laatuympyrästä nimitystä Demingin malli, kunnioittaakseen ja arvostaakseen hänen työtään mallin kehittämisessä. (Méndez, Ramírez, Serrano 2020; Realyvásquez-Vargas, Arredonto-Soto, Carrillo-Gutiérrez & Ravelo 2018; Johnson 2002.)

PDCA-laatuympyrä eli Demingin laatusykli tarkoittaa toiminnan jatkuvaa kehittämistä, jolloin ympyrän neljä olennaista vaihetta toteutuvat järjestyksessä tai hieman lomittain säännöllisen arvioinnin kautta. (KUVA 4). Vastuu laadukkaasta toiminnasta tulee olla niin johtamisen kuin henkilöstönkin tasolla. (Henrique & Filho, 2018, 443; Karjalainen 2017, 53; Ojala 2007, 32; Johnson 2002.)



KUVA 4. PDCA- malli (Sokovic, Pavletic & Pipan 2010)

PDCA (Plan, Do, Check, Act) on klassinen ongelmanratkaisun ja kehittämismenetelmän malli. Nykyisin PDCA – malli on perustana muun muassa ISO 9000 - sekä Six Sigma (tilastotieteeseen perustuva laatujohtamisen työkalu) standardeille. (Méndez, Ramírez, Serrano 2020.)

Plan eli suunnittele-vaiheessa arvioidaan nykytilannetta ja mahdollisten muutosten vaikutuksia sekä määritetään ongelmien parannusmahdollisuudet. Tulevia muutoksia ennustetaan ja suunnitellaan, miten muutoksia voisi mitata ja mitä korjaavia toimenpiteitä tavoitteiden saavuttamiseksi voidaan tehdä. Ongelmien syyt määritellään ja niiden ratkaisemiseksi ehdotetaan vaihtoehtoja. Suunnittele-vaihe on ehkä kaikista tärkein prosessin onnistumisen kannalta. Tässä vaiheessa rakennetaan perusta kehittämistoiminnalle. Ongelma tai kehittämiskohde tunnistetaan ja aloitetaan aihetta koskevan tiedon kerääminen. Samassa yhteydessä rakennetaan toimintasuunnitelma ja aikataulutetaan prosessi. Suunnittele-vaiheessa määritellään tavoite. Se on yleensä kaikista työläin vaihe ja vie eniten aikaa, mutta perusteellisen tekemisen jälkeen loput vaiheet ovat yleensä nopeampia ja helpompia. (Petersson, Olsson, Lundström, Johansson, Broman, Blucher & Alsterman 2018, 178; Realyvásquez-Vargas ym. 2018.)

Do eli toimintavaiheessa suunnitellut muutokset viedään käytäntöön ja mahdollisia onnistumisia ja epäonnistumisia pyritään arvioimaan. Vaihe etenee yleensä edellisessä vaiheessa tehdyn suunnitelman mukaisesti. Määritellyt tavoitteet ja niiden toteuttamiseksi suoritettut toimenpiteet konkretisoituvat. Toteuttaminen on hyvä tehdä vaiheittain, kukin vaihe loppuun asti vietyinä projektina. Näin muokkaaminen on helpompaa ja toteuttaminen nopeampaa. Kehittämistoimenpiteitä ja niiden avulla saatuja tuloksia seurataan koko ajan ja arvioidaan ennalta sovittujen mittareiden avulla. Myös odottamattomat tapahtumat, opitut opit ja hankittu tieto on otettava huomioon tässä vaiheessa. (Petersson ym. 2018, 179; Realyvásquez-Vargas ym. 2018.)

Check eli arviointi -vaiheessa mitataan toteutuksen onnistumista, joko etukäteen päätetyin mittarein tai havainnoimalla. Arviointivaiheessa mitataan vaikuttavuutta ja arvioidaan tavoitteiden saavuttamista. Tässä vaiheessa opitaan usein eniten prosessista. Arviointivaiheessa ei ainoastaan verrata tuloksia tavoiteasetteluun, vaan tulisi myös miettiä mikä toimi hyvin ja mikä ei ja miten jatkossa tulisi toimia kehittämistoiminnan kannalta. (Steenbergen 2020, 141–142; Petersson ym. 2018, 179.)

Act eli kehittä -vaiheessa pyritään vakiinnuttamaan toimivat mallit ja kehittämään niitä malleja, jotka eivät vielä toimi halutun mukaisesti. Tässä vaiheessa kaikki otetaan mukaan prosessimuutokseen ja siitä tulee osa käytäntöä. Tässä vaiheessa PDCA-sykli ikään kuin sulkeutuu, käynnistääkseen taas uuden syklin, jatkuvan parantamisen ideologiaa mukaillen. (Steenbergen 2020, 142–143; Petersson ym. 2018, 179.) PDCA-sykli on jatkuva nelivaiheinen prosessi. (Suvikas-Peltonen 2017, 23; Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 9; Sokovic ym. 2010.)

PDCA- kehä on tärkeä jatkuvan laadun parantamisen mallin menetelmä. Mallin sisällä käytetään erilaisia laatumenetelmiä ja mallissa kehitys nähdään päättymättömänä prosessina. Demingin laatuympyrän sykli käynnistyy aina uudelleen kehittämistarpeiden edetessä päivittäisen havainnoinnin ja seurannan vaikutuksesta. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2014, 9.) Kaikki PDCA mallin vaiheet läpikäymällä voidaan varmistua kehittämisen laadusta ja muutoksen paremmasta pysyvyydestä. Kun kaikki vaiheet on käyty läpi, laatu paranee askeleen verran. Jos joku näistä neljästä vaiheesta ei toteudu, se näkyy poikkeamina prosessin laadussa. (Chen, Li 2019, 5; Petersson ym. 2018, 177–180.)

3.6 Prosessien kuvaaminen kolmisivutekniikalla

Laatujohtamisessa tunnistetaan työn toimintatapoja ja prosesseja. Prosessien mallintaminen on tilanteiden ja tapahtumaketjujen tunnistamista ja kuvaamista. Prosessien kuvaamisella voidaan tuottaa tietoa eri vaiheiden toiminnasta ja löytää keskeisimmät kehittymisen kohteet ja niiden paikka tapahtumaketjussa. Yhtenä käyttökelpoisena mallinnuksena on kolmisivutekniikka, jolla prosessia voi kuvata melko yksinkertaisesti. (Luukkonen, Mykkänen, Itälä, Savolainen & Tamminen 2012, 21.)

Prosessi on vaiheittain etenevä tapahtumaketju ja se käynnistyy aina herätteestä eli impulssista. Impulssina voi toimia tarve jonkun asian tai toiminnan muuttamiseksi. Seuraavassa vaiheessa prosessiin tuodaan sen tarvitsemia uusia elementtejä. Sen jälkeen määritellään itse toiminta eli prosessi, josta muodostuu lopputulos. Lopputulos on usein joku palvelu, tuote tai ratkaisu, jolla toimintaa on saatu parannettua tavoitteen mukaisesti. Prosessiksi voidaan käsittää toiminnot, jotka tarvitsevat toteutuakseen syötteen, joka muuttuu tuotokseksi. (Sairanen 2015, 5.)

Prosessin kuvaaminen on osa kokonaisprosessin eli varsinaisen tapahtumaketjun tai esimerkiksi palvelun kehittämistä. Alkusysäyksenä on kehittämistarpeen havaitseminen. Tarve voi tulla työyhteisön toiminnasta tai esimerkiksi organisaation ylemmästä tarpeesta tai tavoitteesta. Jatkuva kehittyminen on kuitenkin yhteisenä tavoitteena ja tarvittaessa prosessiin voidaan palata ja jatkokehittää edelleen tarpeiden ilmetessä. Alkuvaiheessa nykyisen tilan kehitystarpeiden selvittämiseksi voidaan käyttää mallinnukseen kolmisivutekniikkaa. Kolmensivun periaatteella tiedot ja toiminnot erotetaan toisistaan ja tiedoilla onkin strukturoitu rakenne. Yhtenäinen kuvaustyylit syntyy, kun toiminnot ja tekeminen linkittyvät prosessikaavioon. Prosessien tunnistamisen avuksi voidaan luoda prosessikartta. Kolmisivutekniikassa on kolme sivua, joiden nimet ovat perustietolehti (LIITE 1), vaihekortti eli selityslehti (LIITE 2) ja prosessikaavio (LIITE 3), joka on graafinen kuvaus prosessista. Kolmisivutekniikassa asiat tehdään edellä kuvatussa järjestyksessä ja jokainen sivu muodostetaan erikseen ennen varsinaiseen toimintaan ryhtymistä. (Sairanen 2015, 8, 41.)

Nämä kaikki täydentävät toisiaan ja antavat selkeän kuvan kokonaisuudesta. Prosessin omistaja eli toimeksiantaja vastaa prosessin kehittämisestä, parantamisesta ja ylläpidosta. Vastuu kokonaisprosessista kuuluu prosessin omistajalle. (JUHTA- julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2012.)

Prosessikaaviossa eri roolit erotetaan toisistaan uimaradoilla. Esitystapa voi olla horisontaalinen tai vertikaalinen. Uimaratakaavio on selkeä ja yleisesti käytetty tapa esittää prosessin toimintaa. Roolit eli toimijat kuvastavat vastuualueita prosessissa. Toimijoiden järjestys uimaradoilla olisi hyvä miettiä prosessinvaiheiden avulla. Yhdellä henkilöllä voi joissain prosesseissa olla useita rooleja. Useammasta radasta koostuva rooli voi muodostaa yhdessä altaan. Kuvion selkeyttämisen takia pyritään kuvaamaan aina yksi toimija yhdellä radalla. Prosessikaaviossa käytetään erilaisia symboleja kuvatessa esimerkiksi tapahtumaa, toimintaa tai valintaa. Lisäksi virta, tietovirta ja tietoaaineisto kuvataan keskenään erilaisin merkein. Selkeä prosessikuva on lyhyt ja yhden uimaratakaavion koko on yksi A4. (Sairanen 2015, 11; JUHTA- julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2012.)

4 Lääkehoitoprosessi kotiin vietävissä palveluissa

4.1 Kotiin vietävät palvelut

Kotiin vietävien palvelujen eli kotipalvelun avulla tuetaan kotona selviytymistä. Palveluja voivat saada esimerkiksi ikäihmiset, vammaiset ja sairaat. Kotipalvelu on Sosiaalihuoltolain 19 §:n mukaista palvelua. Kotipalvelu sisältää asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon sekä toimintakyvyn ylläpitämiseen kuuluvia toimintoja ja sen järjestää kunta. Kotipalvelun maksu määräytyy avun tarpeen mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019a; Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.)

Valviran (2019) mukaan kotipalveluja järjestetään vuorokauden ympäri kaikkina viikonpäivinä. Kotipalvelun työntekijät ovat kodinhoitaja, kotiavustaja ja lähihoitaja. Kotipalvelun täydentäviä tukipalveluja ovat esimerkiksi ateriapalvelut, siivous, sauna- ja kylvetyspalvelut. Tukipalvelujen tuottajat ovat yleensä yksityisen tuottamia ja maksullisia. Kotihoito puolestaan sisältää sekä kotipalvelun että tarvittaessa myös kotisairaanhoidon kokonaisuuden. Kotipalvelua tarvitaan sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi arjen perustoiminnoissa, kuten siirtymisissä, hygieniassa, lääkehoidon toteutuksessa ja muissa arjen jokapäiväisissä toiminnoissa. Kotisairaanhoidon voi tehdä asiakkaan kotona sairaanhoidollisia toimia tai toteuttaa esimerkiksi vaativampaa lääkehoitoa erikoissairaanhoidosta kotiutumisen jälkeen. (Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 68/ 2017, 2.)

Kotihoidon henkilöstö on toteuttamassa yleensä iäkkäiden lääkehoitoa avohoidossa. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, ettei terveydenhuoltojärjestelmä ja sen antama tuki kotona toteutettavaan lääkehoitoon ole kehittynyt samassa suhteessa kuin olisi tarve. Ennistä enemmän vaativan lääkehoidon palveluja tulisi tuottaa asiakkaiden kotiin ja kohdentaa siihen enemmän resursseja. Jatkossa tarvitaan lisää tutkimusta erityisesti lääketurvallisuuden edistämisen keinoista ja lääkehoidon vaaratapahtumista kotihoidon toimintakentällä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

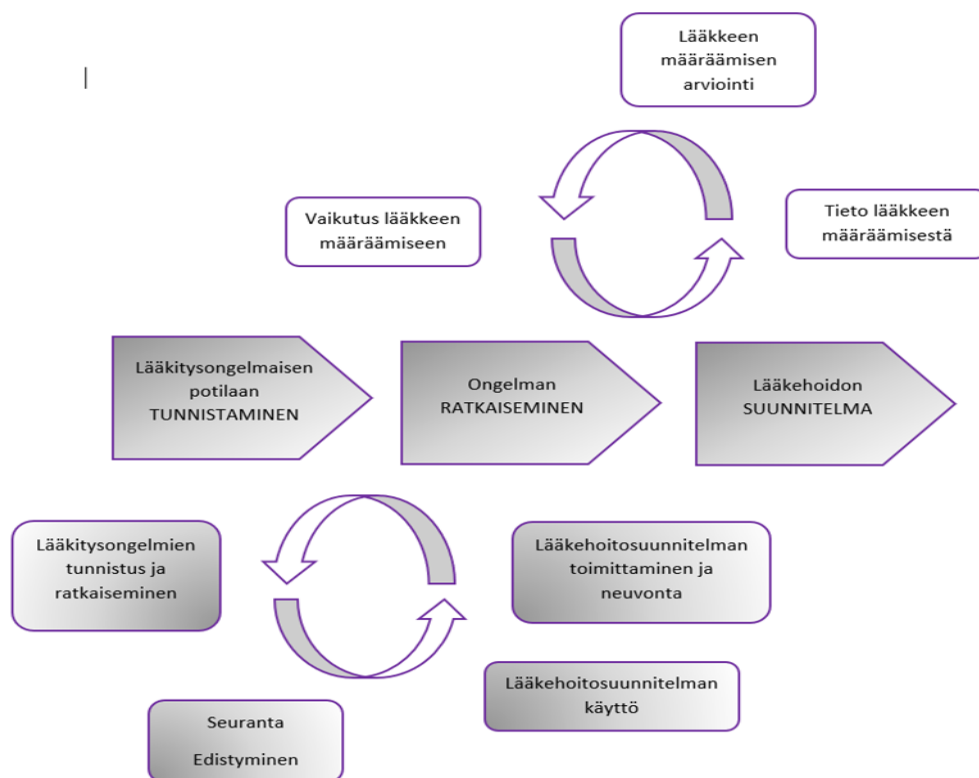
4.2 Lääkehoidon laadunhallinta

Laki velvoittaa toimintayksiköt laatimaan suunnitelman laadunhallinnasta (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Lääkehoito on yksi keskeinen osa laadunhallintaa. Lääkehoidon kehittäminen osana laatutyötä on tärkeässä asemassa.

Lääkehoidon laadunhallinta edellyttää Hakoisen ym. (2017, 50) mukaan asioiden suunnitelmallista organisointia ja se lähtee aina johtamisesta. Lääkehoidon toteutusprosesseja tulee aina johtaa ja turvallisten lääkehoidon käytänteiden tulee keskustella keskenään eri tasoilla.

Johtamista tarvitaan lääkehoidon kokonaisuuden hallintaan, resurssien oikeanlaiseen kohdentamiseen, osaamisen varmistamiseen ja asiakkaiden osallistamiseen omaan hoitoonsa. Taustalla täytyy olla yhteinen käsitys lääkitysturvallisuudesta ja laadukkaasta toteutuksesta sekä johtamisesta. Omasta toiminnasta tarvitaan myös seurannan tuottamaa tietoa ja mahdollisuutta toiminnan ja käytäntöjen kehittämiseen. (Hakoinen ym. 2017, 50.)

Kansainvälisesti on laajasti käytössä lääkehoidon laatusykli, jonka periaatteena on tunnistaa ja ratkaista lääkitysongelmia ja pyrkiä ehkäisemään niiden syntymistä. Lähtökohtana on, että mahdollinen lääkitysongelmainen potilas pyritään tunnistamaan mahdollisimman aikaisin ja ennakoimaan ongelmien syntyminen lääkehoidon toteutuksen eri vaiheissa. Lääkehoidon laadunvarmistuksen kannalta keskeistä on diagnoosin tekeminen, lääkehoidon tarkka suunnittelu ja jatkosuunnitelman tekeminen, lääkehoidon toteutus suunnitelman mukaisesti ja seuranta. Seurannassa ilmenevät muutostarpeet lääkahoitoon käynnistävät syklin aina uudelleen ja uudelleen. Tärkeää on hyödyntää palautetta siitä, miten lääkkeitä on määrätty ja miten käytetty. Tämän tiedon avulla voidaan vaikuttaa lääkkeiden määräämiseen ja lääkehoidon toteutukseen. Näin prosessi ehkäisee uusien ongelmien syntyä ja sitä kautta nostaa lääkehoidon laatua (KUVA 5). (Hakoinen ym. 2017, 49–52.)

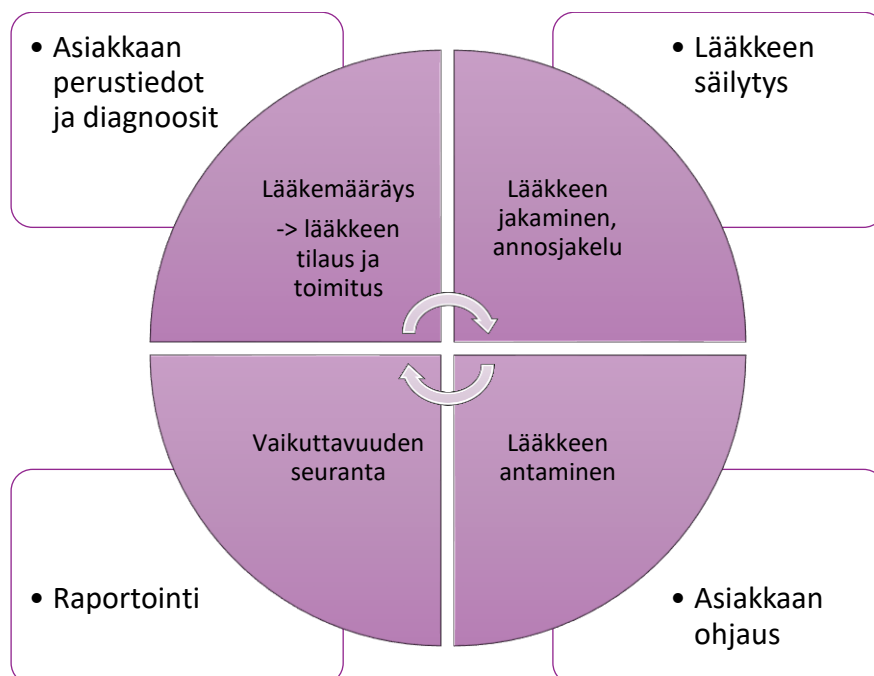


KUVA 5. Lääkehoidon laatusykli lääkitys ongelmien ehkäisemiseksi, tunnistamiseksi ja ratkaisemiseksi (mukaillen Hakoinen ym. 2017)

4.3 Lääkehoitoprosessi

Lääkehoitoprosessi on Sosiaali- ja terveysministeriön (2019b) mukaan tapahtumaketju, johon kuuluvat lääkkeen määrääminen, hallittu käyttöönotto, toimittaminen ja jakelu, käyttö sekä hallittu käytöstä poistaminen. Lääkehoitoa määrätessä arvioidaan, tarvitseeko potilas lääkettä vai lääkkeetöntä hoitoa, mikä olisi turvallisin ja vaikuttavin lääke, miten lääke sopii hoitokokonaisuuteen ja miten toteuttaminen onnistuu. Lisäksi huomioidaan lääkkeen hinta ja hoidon kokonaiskustannukset. Lääkkeiden vähittäisjakelusta vastaavat apteekit ja niiden toimittaminen on vähittäisjakelun tehtävä. Apteekkien tulee ohjata asiakkaita käyttämään edullisempia lääkevalmisteita.

Kiviluoto (2014) toteaa, että hoidon seuranta, hoitotuloksen arviointi sekä tiedonkulun varmistaminen kuuluvat hoitoon osallistuville organisaatioille ja henkilöille. Lääkehoitoprosessin vaiheissa monet tekijät vaikuttavat sen onnistumiseen ja kaikki prosessin osa-alueet tulisikin huomioida, jotta lääkehoito olisi onnistunutta. (KUVA 6). Lääkehoitoprosessin sisältö vaihtelee toimintaympäristön mukaan. Lääkepoikkeamat voivat johtua monesta eri tekijästä. Koneellisen lääkkeiden annosjakelun avulla voidaan vähentää lääkkeiden jakoon liittyviä virheitä.



KUVA 6. Lääkehoitoprosessi (mukaillen Kiviluoto 2014)

Lääkehoitoprosessin suurimpana haasteena on ajantasaisen lääkitystiedon siirtyminen potilaan mukana eri hoitopaikkoihin siirryttäessä tai sairaalasta kotiutuessa joko omaan kotiin tai palveluasumisen piiriin. Potilaan lääkehoidon toteutus ja tarkoituksenmukaisuuden ja kokonaiskuvan muodostaminen on mahdotonta ilman ajantasaista lääkelistaa. Lääkelistan ajantasaisuus on potilasturvallisuuden näkökulmasta ja lääkitysturvallisuuden kannalta tärkeää. Lääkitysturvallisuus on osa hoitosuunnitelmaa. Haastavaksi tilanteen tekee erityisesti se, että hoitoon osallistuu vaihtelevin osin eri lääkäreitä ja hoitopaikkoja. Lääkelistoissa ei yleensä ole merkintöjä itsehoitolääkkeistä ja ravintolisistä, vaikka niillä voi olla merkittävä vaikutus jonkun toisen lääkkeen imeytymiseen ja tehoon.

Käytössä on nykyään useimmiten sähköiset tietojärjestelmät, mutta se ei kuitenkaan takaa sitä, että asiakkaan lääkitystiedot olisivat ajan tasalla ja lääkelista käytettävissä asiakkaalla ja hoitohenkilökunnalla. Sote-alan palvelujen tarjoajilla on käytössä erilaisia tietojärjestelmiä, ja tiedot eivät siirry eri järjestelmien välillä. Myöskään Kansalliseen Terveysarkistoon (KanTa) ei edelleenkään dokumentoidu asiakkaan kokonaislääkitys tarkasti. (Hakoinen ym. 2017, 29–30.)

KanTa- arkiston reseptikeskukseen päivittyvät lääkemääräykset ja tiedot lääkkeiden ostoista. Toistaiseksi sieltä ei pystytä järjestelmällisesti tunnistamaan tietynä ajankohtana käytössä olevia lääkkeitä eli ajantasaista lääkelistaa. Tämän asian korjaaminen edellyttää, tietojärjestelmien kehittämistä mutta myös toimintatapojen muutosta. Reseptikeskukseen tulisi järjestelmällisesti viedä tiedot kaikista lopetettavista lääkkeistä ja lääkemääräysten mitätöimisistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

4.4 Lääkehoitosuunnitelma

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaissut 2006 ohjeistuksen turvallista lääkehoidon käytännöistä. Oppaan keskeisimpänä sisältönä on ohjeistus eri terveydenhuollon alalla toimiville yksiköille lääkehoitosuunnitelman laatimisesta. Tämän ohjeistuksen taustalla on Suomessa ollut tavoite edistää terveydenhuollon mahdollisuuksia tunnistaa lääkehoidon toteutuksen riskejä ja ennakoida niitä muuttamalla haitallisia käytänteitä. Sitten lääkehoitosuunnitelma on tullut vuonna 2010 lakisääteiseksi osana terveydenhuoltolain mukaista potilasturvallisuussuunnitelmaa. (Hakoinen ym. 2017, 33.)

Oikein toteutettu, tehokas, turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on keskeinen osa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Turvallinen lääkehoito perustuu toimintayksikössä laadittuun lääkehoitosuunnitelmaan, joka kattaa lääkehoidon kokonaisuuden suunnittelun ja toteutuksen sekä siinä tapahtuneiden poikkeamien seurannan ja raportoinnin.

Sosiaali- ja terveysministeriö suosittaa Turvallinen lääkehoito -oppaan käyttöä kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä, joissa toteutetaan lääkehoitoa. Turvallinen lääkehoito -opas on tehty yhtenäistämään laadukkaan lääkehoidon toteuttamisen periaatteita ja määrittämään vähimmäisvaatimukset, joiden tulee täytyä kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä. Opas selkeyttää sekä johdon että työntekijöiden vastuita lääkehoidon organisoinnista, toteuttamisesta, seurannasta ja valvonnasta” (Inkinen ym. 2016.)

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän (2020) mukaan yksityisen palveluntuottajan, joka tuottaa lääkehoidollista palvelua, tulee laatia lääkehoitosuunnitelma. Suunnitelmassa kuvataan palveluntuottajan toteuttama lääkehoito. Suunnitelmasta vastaa lääkäri, joka myös tarkistaa ja hyväksyy lääkehoitosuunnitelman. Lääkehoitosuunnitelma on osana omavalvontasuunnitelmaa. Päijät-Hämeen yksityisten palveluntuottajien tulee tehdä lääkehoitosuunnitelma Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän suunnitelman mukaisesti, mikäli tarjoaa palveluja yhtymälle.

Lääkehoitosuunnitelma on Inkisen ym. (2016) sekä Ikosen (2015, 247) toteamana perusta työyksikön lääkehoidolle sekä keskeinen osa lääkehoitoon osallistuvien henkilöiden perehdytystä sekä laadun varmistamista. Yksiköiden esimiehet vastaavat siitä, että työyksikössä on lääkehoitosuunnitelma, joka soveltuu omaan yksikköön ja sen lääkehoidon riskeihin. Suunnitelmasta käy ilmi yksikön lääkehoidon erityispiirteet. Suunnitelmassa määritellään vastuut, velvollisuudet sekä työjako ja lääkehuoltoasiat. Suunnitelmassa kuvataan tunnistetut ja potentiaaliset lääkehoidon riskit sekä poikkeamien ja vaaratilanteiden käsittely.

Hitonen (2013) sanoo, että lääkehoitosuunnitelma on käytännönläheinen työkalu turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen. Lääkehoitosuunnitelman laativat henkilöt, jotka vastaavat yksikön lääkehuollosta. Lisäksi suunnitelman laatimiseen osallistuvat yksikön johto sekä yksikön lääkehuollosta vastaava lääkäri. Lääkehoitosuunnitelman laajuus riippuu yksikön lääkehoidon vaativuustasosta.

Hitonen (2013) toteaa myös, että lääkehoitosuunnitelmassa tulee kiinnittää huomiota henkilökunnan osaamiseen ja osaamisen varmistamiseen. Lääkehoitosuunnitelman tulisi kuulua osana henkilökunnan perehdytykseen ja kaikkien työntekijöiden velvollisuus on ylläpitää osaamistaan. Lääkehoitosuunnitelma päivitetään vähintään kerran vuodessa. Lääkehoitosuunnitelman noudattaminen ja päivittäminen ovat yksikön johtajan vastuulla. (Ikosen 2015, 247.)

4.5 Lääkehoidon osaaminen

Inkinen ym. (2016) toteavat, että lääkehoidon osaaminen sisältää sekä turvallisen lääkehoidon toteutuksen ja osaamisen varmistamisen että asiakkaan ja potilaan ohjaamisen. Lääkehoidon osaaminen varmistetaan nykyään verkossa suoritettavin Love-osaamisen testein ja käytännön näytöin, jonka valvonta on terveydenhuollon laillistetun ammattihenkilön vastuulla. Esimiehen tulee varmistaa, että kaikilla työntekijöillä on riittävä ammattitaito lääkehoidon osa-alueilla. Lääkkeenjaon lisäksi se tarkoittaa vaikuttavuuden seuranta ja arviointia sekä lääkkeiden ominaisuuksien ja vaikutusten tuntemista. (Inkinen ym. 2016.) Esimiehen vastuulla on yksikön henkilöstön lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja sen kirjaaminen (LIITE 4). Yksikön esimies vie lopulta lääkeluvat lääkehoitoprosessista vastaavan lääkärin vahvistettavaksi, joka voi olla esimerkiksi kotihoidon vastuulääkäri tai muu asiaan nimetty lääkäri.

Lääkehoidon turvallisuuden perustana on henkilöstön lääkehoidon osaaminen sekä osaamisen varmistaminen ja ylläpito. Työntekijöillä, jotka osallistuvat lääkehoitoon, tulee olla lääkelupa. Lääkeluvan saadakseen on osaaminen varmistettava kirjallisen kokeen ja näyttökokeen avulla. Esimiehen vastuulla on tämän osaamisen varmistaminen ja tarvittava lisäkoulutus. Myös työntekijällä on vastuu siitä, että hänellä on voimassa olevat lääkeluvat sekä lääkkeiden hallintaan liittyvät tiedot ja taidot ennen lääkehoidon toteuttamista. Hoitajilla on suuri rooli hoivayksiköiden lääkehoidon toteutuksessa. Yksiköiden johtajien onkin varmistettava, että on olemassa selkeät ja tehokkaat järjestelmät virheiden minimoimiseksi sekä sen varmistamiseksi, että lääkitys hoidetaan tehokkaasti ja turvallisesti. (Inkinen ym. 2016, 31–32; Wright 2015.) Ennaltaehkäistävässä olevat lääkityksen haittavaikutukset perusterveydenhuollossa vaikuttavat merkittävästi suunnittelemattomaan sairaalahoitoon ja kuolleisuuteen (Rowan-Robinson 2019, 77).

Lääkehoidon ohjaus on tärkeä osa hoitotyötä ja hoidon onnistumista. Keskeisenä tavoitteena on tukea potilasta lääkehoitoon sitoutumisessa sekä varmistaa, että potilaan turvallinen lääkehoito toteutuu. (Salermo 2011.) Härkösen (2013) mukaan ohjaus käsitteenä on vaikea määritellä yksiselitteisesti, eikä sille ole yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Ohjaus voidaan määritellä tiedon antamiseksi, potilaan auttamiseksi tai erilaisiksi hoitotyön toiminnoiksi. Kestoltaan toiminnot voivat olla lyhyitä, pitkiä, kertaluonteisia tai pidempiä.

Härkönen (2013) toteaa, että onnistuneen lääkehoidon perusta on oikea tieto käytetyistä lääkkeistä sekä lääkkeen käyttötarkoituksesta. Salermon (2011) mukaan lääkehoidon ohjauksen merkitys korostuu iäkkäillä henkilöillä, joilla lääkkeiden käyttö on yleistynyt ja iäkkäitä tuetaan asumaan itsenäisesti omissa kodeissaan mahdollisimman pitkään.

Härkösen (2013) mielestä ohjauksen tavoitteena on potilaan terveyttä ja hoitamista koskevan tiedon ja ymmärryksen lisääminen, koska tieto itsessään edistää paranemista ja hoidon onnistumista. Ohjaus kuuluu potilaan oikeuksiin ja sen toteuttaminen hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen. Lääkehoidon onnistumisen tukemisessa on keskeistä myös erilaisten tietolähteiden ja palveluiden hallinta. Ammatillaiset tarvitsevat myös hyviä vuorovaikutustaitoja ja klinisiä haastattelutaitoja asiakaslähtöisen neuvonnan tueksi. Lääkitysohjauksen ja neuvonnan tulisi olla yhteneväistä ja toisiaan täydentävää eri ammattilaisten kesken sekä perustua valtakunnallisiin suosituksiin. Tässä oivallisina apuvälineinä ovat yhteiset sairaus- ja lääketietokannat sekä lääkeinformaatiopalvelut. Näiden apuvälineiden käyttö tulisi jatkossa kuulua kaikkien lääkehoitoa toteuttavien osaamisalueisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

Hyvät ohjaustaidot, vuorovaikutustaidot sekä erilaisten hoitomenetelmien tunteminen ovat keinoja sitoa ikääntynyt turvalliseen lääkehoitoon. Tärkeässä asemassa tässä ovat muistisairaat, joilla kykyyn ymmärtää hoitajien välittämää tietoa vaikuttaa kognitiivinen heikentyminen. Ohjauksen tärkein tehtävä on kannustaa ja motivoida lääkkeitä käyttäviä henkilöitä toimimaan lääkkeiden käytöstä annettujen ohjeiden mukaisesti. (Salermo 2011.)

Tutkimukset paljastavat kuitenkin Salermon (2011) mielestä puutteita hoitohenkilöstön lääkehoitoon liittyvissä tiedoissa ja taidoissa. Puutteet kohdistuvat lähinnä sairaanhoitajiin, koska heillä on keskeinen osa lääkehoidon toteutuksessa ja tutkimukset ovat pääosin kohdistettu heihin. Lähi- ja perushoitajat kuitenkin muodostavat suurimman ikääntyneiden kotiin vietävien palvelujen ammattiryhmän, joten täydennyskoulutukset tulisi järjestää henkilöstön ja sen tarpeen mukaisesti.

Lääkehoito niin kuin hoitotyö ylipäätäänkin, on inhimillistä toimintaa ja se on myös aina alttiina erilaisille virheille. Virheet voivat olla vahingollisia asiakkaille tai ainakin heikentää hoidon tulosta. Mikäli erilaisia lääkehoidon poikkeamia tarkasteltaisiin systemaattisesti, voitaisiin selvittää mitkä tekijät aiheuttavat eniten vaaratilanteita tai haittatapahtumia. Tällaisia poikkeamia voivat olla esimerkiksi töiden organisointi, vastuunjaot, henkilöstömitoitus, tiedonkulku, perehdytys ja osaamisen varmistaminen. Organisaatiolla tulisi olla keinoja tunnistaa omasta toiminnasta johtuvat riskit turvallisen lääkehoidon toteutuksessa ja sen perusteella kehittää ja muokata omaa toimintaansa turvallisemmaksi. Jokaisessa organisaatiossa tulisi olla oma vaaratapahtuma raportointijärjestelmänsä, josta tietoa voidaan jälkikäteen poimia. (Hakoinen ym. 2017, 25–26.)

Yksi yleisesti Suomessa käytössä oleva raportointijärjestelmä on HaiPro-järjestelmä. Sen kehittäminen aloitettiin vuonna 2005 ja se on käytössä yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa kautta maan.

Järjestelmä tarjoaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle hyvän työkalun potilasturvallisuuden kehittämiseen. (Awanic Oy 2020.) Kallion (2017, 15) mukaan raportointijärjestelmän avulla voidaan kerätä tietoa terveydenhuollossa tapahtuneista turvallisuutta vaarantavista poikkeamista, virheistä sekä vaaratilanteista. Sen käyttöön liittyy kuitenkin edelleen puutteita ja näyttää siltä, että terveydenhuollossa ei vielä ole täysin omaksuttu oikeanlaista tapaa oppia virheistä. Suurimpana riskinä on esiin noussut lääkkeiden kirjaamiseen, jakamiseen ja antamiseen liittyviä puutteita. (Hakoinen ym. 2017, 25–26; Pitkänen, Teuho, Ränkimies, Uusitalo, Oja & Kaunonen 2014, 180.)

Lääkehoidon toteutuksessa ja vaikutusten seurannassa on ollut paljon puutteita niin avo- kuin laitosesektorillakin. Seurannan puute aiheuttaa hoitotulosten heikentymistä ja jopa suoranaisia estettävissä olevia haittoja potilaalle. Ilman asianmukaista seurantaa, jotkut lyhytaikaisiksi tarkoitetuista lääkkeistä voivat jäädä pidempiaikaiseen käyttöön. Monilääkitys ja lääkkeiden haitallisten rinnakkaisvaikutusten esiintyminen lisääntyy, jos kokonaisuus ei ole ammattilaisen hallinnassa. (Hakoinen ym. 2017, 22.)

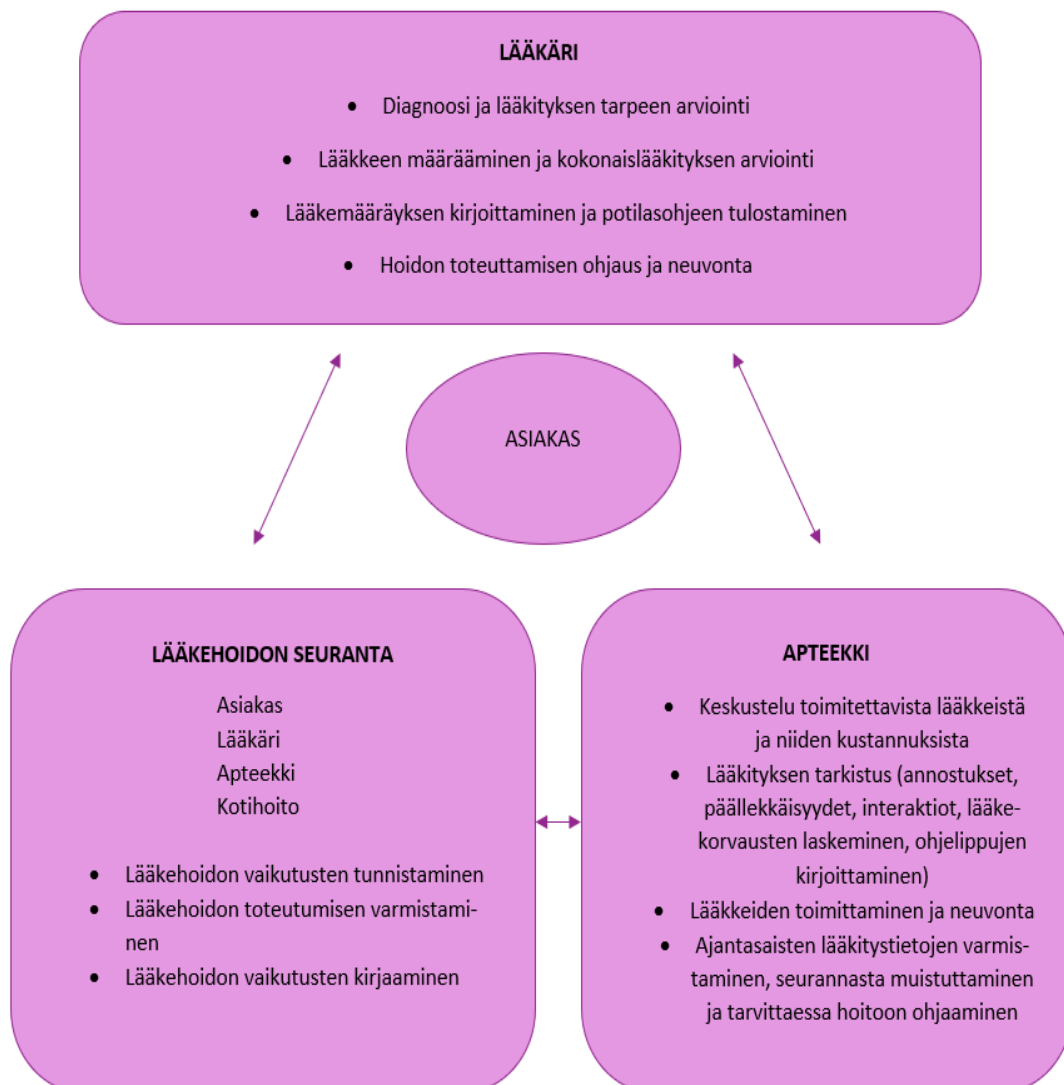
Lääkehoitoon liittyvien haitta- sekä vaaratapahtumien ehkäiseminen tulee olla kaikkien terveydenhuollon palvelujärjestelmien tavoitteena sekä myös eettinen velvollisuus. Lääkehoidon turvallisuuden kehittämiseen tarvitaan tarkkaa tietoa vaaratapahtumista ja siitä, mikä niiden syntyyn on vaikuttanut. Raportoimalla, sekä raportoitujen riskien kartoittamisella voidaan parantaa toimintaa sekä luoda turvallisempi terveydenhuollon palvelujärjestelmä. (Pitkänen ym. 2014, 180.)

Pitkäsen ym. (2014, 186) mukaan lääkehoidon suurimpana haasteena kotihoidossa on usein tiedonkulun ongelmat, jossa lääkemuutokset eivät ole tavoittaneet hoitajaa reaalijasssa. Lääkemuutosten päivittäminen lääkelistalle ja ilmoittaminen apteekkiin ovat hoitajien vastuulla. Se ei välttämättä tapahdu niin nopeasti, että lääkevirheitä voitaisiin kokonaan välttyä. Asiakkaan kotona säilytettävät tarvittaessa annettavat lääkkeet saattavat aiheuttaa myös haasteita lääkitykseen. Tällöin kirjaamisen rooli korostuu. Lääkepoikkeamien syynä voi olla myös kiire ja inhimilliset tekijät, kuten huolimattomuus, unohtaminen tai väsymys. Nämä tekijät voivat edesauttaa vaaratapahtuman syntyä lääkkeitä jaettaessa, annettaessa sekä lääkehoitoa kirjatessa.

Monilääkitys voi olla kotihoidossa lääkehoidon toteuttajan haasteena. Useimmiten lääkitys tarkistetaan hoitavan lääkärin toimesta vuosittain. Päivystyskäyntien jälkeen lääkitystä on voitu muuttaa ja kokonaistarkastelu jää hoidon toteuttajan vastuulle. Asiakkailla voi olla myös omaisten hankkimia itsehoito- ja luontaislääkkeitä hallussaan ja myös näiden yhteisvaikutukset täytyisi kokonaislääkityksessä hoitajan tuoda lääkärin tarkastettavaksi ja arvioitavaksi. (Palmu 2013, 132.)

Lääkehoidon toteutus on moniammatillista yhteistyötä, jolloin eri ammattilaisten vastuualueet, tehtävät ja tiedonkulku eri toimijoiden ja toimipaikkojen välillä tulisi olla hyvin jäsenneiltyä. Potilaan lääkitystietojen ajantasaisuus ja tiedon siirtyminen reaaliajassa ovat avainasemassa turvallisen lääkehoidon toteutuksessa. Kotihoidossa tämä tulee esille erityisesti erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välisessä kanssakäymisessä ja tietojen siirtymisessä niin lääkityksen kuin hoito-ohjeidenkin osalta. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2018.)

Potilaskeskeinen lääkehoito yksinkertaistettuna tarkoittaa sitä, että potilas on kaiken toiminnan keskiössä ja yhteistyöllä moniammatillisen tiimin kanssa toteutetaan mahdollisimman huolellista lääkehoidon prosessia. (KUVA 7). Potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa edistää lääkitysturvallisuutta (Kallio 2017, 8).



KUVA 7. Potilaskeskeinen lääkehoidon toteutusprosessi (mukailen Hakoinen ym. 2017, 23)

4.6 Ikääntyneen lääkehoito

Tepposen (2009, 23–24) mukaan yli 65 - vuotiaita kutsutaan ikääntyviksi, ikääntyneiksi, ikäihmisiksi, senioreiksi sekä seniorikansalaisiksi, mutta myös vanhuksiksi ja vanhoiksi ihmisiksi. Ikäihmisiä kuvaavien käsitteiden moninaisuus osoittaa, etteivät ikääntyneet muodosta yhtenäistä ryhmää. Ihminen onkin vanhana monissa suhteissa yksilöllisempi kuin nuorena ja keski-ikässä tähän liittyikin ikäihmisten palvelutarpeiden eriytyminen ja yksilöllistyminen.

Lääkehoidon osallisuus ja osallistuminen omaan hoitoon on myös ikääntyneen asiakkaan oikeus kotihoidossa. Lääkepolitiikka 2020 -asiakirjan mukaan lääkehoitoa pyritään kehittämään asiakaskeskeisempään suuntaan ja tavoitteena on asiakkaan oman osallisuuden lisääminen. (STM 2011a.) Osallisuutta voidaan arvioida sekä hoitajan että asiakkaan näkökulmasta. Hoitaja pyrkii motivoimaan asiakasta itsestä huolehtimiseen ja sairauden hoitoon opastamalla ja ohjaamalla asiakasta sekä tukemalla omatoimisuutta. Kotihoidossa on hoitajalla keskeinen rooli voimavarojen ja hoitoon sitoutumisen arvioinnissa. (Keskinen 2015, 7–8.)

Tilastokeskuksen (2020) mukaan Suomessa väestö ikääntyy vauhdilla. Yli 75 vuotta täyttäneiden osuus kaksinkertaistuu 20 vuoden sisällä. Vanhenemiseen liittyy muutoksia, jotka tulee huomioida lääkehoidon toteutuksessa (Ahonen 2011). Ikään liittyvät lääkehoidon vaikuttavuuden muutokset asettavat haasteita optimaalisen lääkehoidon toteuttamiseen (Harvorsen, Ruths, Granas & Viktil 2010, 82). Ikääntyneellä ihmisellä veden osuus kokonaispainosta vähenee ja rasvan osuus lisääntyy. Maksan verenkierto heikkenee ja lääkeaineita hajottavien entsyymien toiminta hidastuu. Munuaisten kyky erittää lääkeaineita heikkenee sekä kudosten ja solujen herkkyys lääkkeen vaikutukselle lisääntyy. (Koskinen, Puirava, Salimäki, Puirava & Ojala 2012, 70; Nurminen 2011, 570.)

Ahosen (2011) mielestä muutoksia voi olla hankala havaita, koska ne alkavat vähitellen ja pysyvät pitkään piilossa. Tyypillisiä lääkkeiden haittavaikutuksia ovat verenvuodot, sekavuus, huimaus, kaatumiset sekä käytösoireet. Ennaltaehkäisyn kannalta tärkein keino on lääkeannosten pienentäminen. Annoksen tulisi olla korkeintaan puolet työikäisten lääkeannoksesta.

lääkäät käyttävät lisäksi paljon itsehoitolääkkeitä, vitamiineja ja hivenaineita. Monilääkitys onkin merkittävin vaaratekijä haitta- ja yhteisvaikutuksille. Lääkäiden lääkityksen arvioinnissa on tärkeää huomioida, että monisairaat tarvitsevat useampaa lääkettä, eikä niiden määrän vähentäminen ole itsestäänselvyys. Hallittu monilääkitys on yhä useammin hoidon tavoitteena ja tähän liittyy säännöllinen hoidon seuranta sekä arviointi. Lääkäiden omat terveystavoitteet keskittyvät enemmän elämänlaatuun kuin elämän pidentämiseen. Koska monien iäkkäiden potilaiden elinajanodote on rajallinen, saattaa sairauksien ennaltaehkäisyyn tarkoitettujen lääkkeiden lopettaminen vähentää lääkkeiden yhteisvaikutuksista ilmeneviä haittavaikutuksia ja siten parantaa potilaan hyvinvointia. (Schuling, Gebben, Veehof & Haaijer-Ruskamp 2012; Ahonen 2011.) Viime aikoina onkin tehty lääkkeiden käyttötutkimusta ikääntyneiden lääkkeiden käytöstä ja lääkehoidon epätarkoituksenmukaisuudesta, ongelmista ja riskeistä. Erityisesti tutkimukset, joissa on haettu keinoja tunnistaa, hallita ja ehkäistä lääkehoidon ongelmia ovat yleistyneet. Näissä tutkimuksissa on selvitetty moniammatillisen yhteistyön ja lääkehoitojen arviointien vaikutusta kehittämällä lääkehoidon riskien tunnistamistyökaluja sekä parantamalla sote-henkilöstön lääkehoito-osaamista ja sen koulutusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

Nazarko (2015) toteaa, että vanhukset ovat erityisen alttiita lääkkeiden haittavaikutuksille. Tiedetyt vanhuksilla usein käytetyt lääkkeet kuten esimerkiksi verenohennuslääkkeet tai insuliini ja metformin tuovat erityisen riskin haittavaikutuksille. Hoitajien tulee olla aina valveutuneita lääkehoidon suhteen ja heidän on seurattava asukkaiden vointia etenkin uusien lääkitysten alkaessa. Haittavaikutuksia havaittaessa, tulee tilanteeseen osata puuttua välittömästi. Hoivayksiköissä on oltava valmius kouluttaa henkilökuntaansa ja yksittäisellä hoitajalla tulisi olla vastuu ylläpitää lääke tietouttaan. Koulutettu henkilökunta voi vaikuttaa suurelta osin ihmisen elämänlaatuun vähentämällä lääkehoidon toteutuksen virheitä ja olemalla tietoinen lääkkeiden vaikutuksista (Nazarko 2015.)

Fimea Lääke 75+ -lääkitystietokannasta saa tietoa iäkkäillä vältettävistä lääkkeistä. (Inkinen ym. 2016). Tietojärjestelmissä on suhteellisen vähän tietoja ikääntyneillä käytettävien lääkkeiden hyödyistä verrattuna riskeihin, koska ikääntyneitä ihmisiä ei useinkaan rekrytoida kliinisiin lääketutkimuksiin. Lääkäiden monilääkitys ja turvallisuus ennen kaikkea yhteisvaikutusten osalta on edelleen globaali terveydenhuollon huolenaihe. Pyrkimys tilanteen korjaamiseksi ja huomioimiseksi on tärkeää ja perusteltua. (Castelino, Hilmer, Bajorek, Nishtala & Chen 2010.)

Moniammatillisen yhteistyön toimimattomuus ja hoidon kokonaisuutta koordinoivien työryhmien puute on jo pitkään ollut keskeisimpänä lääkehoidon haasteena. Lääkehoidon toteutukseen liittyvien haasteiden ymmärtämiseksi Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea perusti vuonna 2012 moniammatillisen verkoston, jossa keskityttiin selvittämään moniammatillisen toiminnan haasteita erityisesti ikääntyvien lääkehoidon järjeistämiseksi. Tämän toiminnan seurauksena nousi esiin eri toiminnan tasolla esiintyviä ongelmia. Osa tekijöistä on valtakunnallisen tason tekijöitä, osa paikallisen tason ja osa asiakastason työskentelyn tekijöitä. Keskeiseksi lääkitysongelmien aiheuttajaksi löydettiin hoitojärjestelmien pirstaleisuus ja kokonaiskoordinaation puute. Haasteelliseksi osoittautui myös moniammatillisen yhteistyön ongelmat, puutteet työn organisoinnissa ja resurssoinnissa sekä potilastietojärjestelmien puutteet. Näitä haasteita ilmeni kaikilla toiminnan tasoilla ja niitä aiheuttivat lainsäädäntö, tietojärjestelmät, toimintakäytännöt ja toimintayksiköissä esiin nousseet asenteet. (Hakoinen ym. 2017, 27–29.)

5 Tutkimuksellinen kehittämishanke

5.1 Lähestymistapana toimintatutkimus

Toimintatutkimuksella tarkoitetaan Klemolan (2015, 91–92) mukaan oikeassa elämässä tapahtuvaa pienimuotoista interventiota ja sen vaikutusten lähempää tutkimusta. Toimintatutkimuksella pyritään ratkaisemaan erilaisia käytännön ongelmia, parantamaan käytäntöjä sekä ymmärtämään niitä paremmin työyhteisössä. Toimintatutkimuksessa pyritään vastaamaan käytännön toiminnassa havaittuun ongelmaan tai kehittämään jo olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi. Toimintatutkimus on vaativaa tapaustutkimusta ja sen toteuttamisessa voidaan käyttää kaiken tyyppisiä aineiston keruumenetelmiä. Toimintatutkimuksen tulisi olla reaaliaikaista, mutta se voi olla myös retrospektiivistä eli menneisyyteen suuntautuvaa.

Toimintatutkimuksen toteutus tapahtuu yleensä laadullisilla menetelmillä, mutta mukana voi olla myös määrällisiä menetelmiä. Menetelmien tarkoitus on auttaa pääsemään kehittämistoiminnan tavoitteisiin. Työryhmän osallistaminen mahdollisuuksien mukaan on myös tärkeää. Tällaisia osallistavia menetelmiä voi olla esim. kyselyt, työpajat, ryhmäkeskustelut, haastattelut ja havainnointi. Toimintatutkimuksessa voidaan käyttää myös toimeksiantajan organisaatiossa olevia kirjallisia lähteitä tai muita asiakirjoja. (Salonen ym. 2017, 55–56.)

Kehittämistyössä hyödynnetään sekä laadullisia että määrällisiä menetelmiä tiedon hankkimiseksi. Hankittua tietoa käytetään kehittämisen perustana. Laadullisessa tutkimuksessa tietoa analysoidaan koko prosessin ajan (Kananen 2012, 100–101)

Toimintatutkimuksen kehittämisen prosessi etenee yleensä syklisesti kehässä. Tätä sykliä jatketaan uudelleen ja uudelleen kunnes kehittämistyön tavoitteet saavutetaan. Tässä työssä mukailtiin PDCA-laatusykliä kehittämistyön pohjana. Toimintatutkimuksessa kehittämisen prosessi on usein aikaan sidottu. (Salonen ym. 2017, 35–40.)

5.2 Tutkimus- ja kehittämismenetelmiä

Lahden ammattikorkeakoulun (nykyinen LAB-ammattikorkeakoulu) opinnäytetyön käsikirjan (2019, 2–3) mukaan tutkimuksellisuudella tarkoitetaan sitä, että kehittämishanke yhdistetään aihetta käsittelevään tutkimustietoon. Tutkimuksellisen kehittämishankkeen tietoperusta koostuu sekä tutkimus lähteistä että käytännön tiedosta. Kehittämisellä tarkoitetaan jonkin tietyn prosessin tarkoituksellista muuttamista niin, että lopputuloksena on aiempaa parempi tai tehokkaampi toiminnan tila. Kehittämishankkeen tutkimuksellisuus toteutuu, kun se perustuu tutkittuun tietoon ja sen soveltamiseen hankkeen suunnittelussa ja toteuttamisessa. Lisäksi hankkeessa tulee ilmetä tutkimus- ja kehittämismetodien systemaattista hyödyntämistä.

Kanasen (2012, 25–52) mukaan kehittämistoiminta on yleisesti ottaen prosessi, joka etenee syklisenä toiminta-, tapahtuma- ja tietoketjuna. Kehittämistoiminta sijoittuu tutkimusotteellisesti laadullisen ja määrällisen tutkimuksen välimaastoon, jossa voidaan ottaa vaikutteita molemmista tutkimusotteista. Ojasalo, Moilanen & Ritalahti (2014, 20) toteavat, että tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa ei ole tarkoituksena luoda uutta teoriaa, vaan tuoda uutta tutkimuksellista tietoa käytännön työkentälle hyödynnettäväksi.

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta nähdään menetelmänä, jossa on selkeä muutostarve. Lähtökohdiana voi olla organisaatioista esiin noussut tarve jonkun asian tai toiminnan kehittämiseksi. Kehittäminen koetaan konkreettisena toimintana, jolloin tarkoitus on saavuttaa jokin ennalta määritelty tavoite. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta voidaan nähdä yläkäsitteenä, jonka alla tutkimuksellisuus ja kehittäminen nivoutuvat toisiinsa. Tutkimuksen eli tietoperustan lisäämisen keinoin saadaan selville uusia asioita ja tietoa, jotka sitten sovelletaan käytännön työhön ja sen kehittämiseen. (Toikko & Rantanen 2009, 14–21.) Kehittämissyö on prosessi, joka etenee aiheen perustelun, organisoinnin, toteutuksen ja arvioinnin kautta kohti tavoitetta eli käytännön toimintaa tai muutosta (Toikko & Rantanen 2009, 56–63).

Kehittämistoiminnassa on tavoitteena konkreettisesti muuttaa jotain asiaa tai toimintaa. Kehittämistoiminnalla on rajattu, suunniteltu, arvioitu ja tulosten konkreettiseen hyödyntämiseen liittyvä tehtävä erikseen sovitussa ympäristössä. Työskentelyn keskiössä on yhdessä sovitut säännöt ja toimintatavat. Kehittämistoiminnan tiedonkeruumenetelminä toimivat kyselyt, haastattelut ja havainnoinnit. Lisäksi hyödynnetään aiempaa tutkimustietoa. (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinos 2017, 34–35.)

5.2.1 Avoin haastattelu ja kysely

Haastattelu on hyvä vaihtoehto käytettävänä tutkimusmenetelmänä, kun odotettavissa on, että aihe tuottaa erityyppisiä vastauksia. Haastattelun etuna on joustavuus, koska haastattelun aikana on mahdollisuus selventää kysymyksiä ja käydä keskustelua haastateltavan kanssa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 205.) Avoin haastattelu (*open-ended interview*) muistuttaa lähinnä tavanomaista kahden ihmisen välistä keskustelua, mutta se vaatii haastattelijalta kykyä viedä keskustelua eteenpäin haluamaansa suuntaan ja taitoa tulkita vastauksia. Avoin haastattelu on haastava tutkimusmuoto, joka vaatii tutkijalta paljon. Haastattelijan tulee pitää keskustelu aiheessa, mutta antaa haastateltavan puhua vapaasti. Haastattelutilanteessa tutkijalla tulee olla ennakkokäsitys tutkittavasta aiheesta, eikä kysymykset saa olla liian laajoja. Kysymyksillä ei myöskään saa johdatella haastateltavaa. (Vainionpää 2017, 9; Ojasalo ym. 2015, 41.) Salorannan (2020, 31) mukaan tutkijan on soveliasta tehdä yllättäviä ja intuitiivisiakin väliintuloja keskustelun lomassa. Haastattelussa on tarkoitus jättää tilaa erilaisille mahdollisuuksille kokemuksen kertomiseksi.

Kyselyn avulla saadaan tietoa aiheesta, jos halutaan selvittää esimerkiksi lähtötasoa. Kyselyn etuna on nopeus ja tehokkuus. Kyselyn toteuttamiseen on useita tapoja ja toteuttajan vastuulle jää pohtia, mikä on kuhunkin tilanteeseen sopivin tapa. Kyselylomakkeen suunnittelu kannattaa tehdä vasta, kun aiheeseen on perehdytty riittävästi. Kysymysten tulisi olla selkeitä ja yksiselitteisiä. Kysely ei myöskään saisi olla liian pitkä, koska se vähentää vastaus halukkuutta. Kyselylomake on syytä testata, ennen varsinaista käyttöönottoa. (Ojasalo ym. 2015, 121–133.)

5.2.2 SWOT - analyysi

SWOT-analyysin epäillään syntyneen jo 1960-luvulla, vaikka analyysin kehityksen alkuvaiheista ei olekaan akateemista tietoa. SWOT-analyysi on hyödyllinen ja yksinkertainen suunnittelun väline. Nimi SWOT-analyysi tulee sanoista Strengths, Weaknesses, Opportunities sekä Threats. Analyysissä kirjataan nelikenttään sisäiset vahvuudet (*strengths*), sisäiset heikkoudet (*weaknesses*), ulkoiset mahdollisuudet (*opportunities*) sekä ulkoiset uhat (*threats*). Nelikentän vasempaan puoliskoon kuvataan positiiviset ja oikeaan puoliskoon negatiiviset asiat. Nelikentän yläosa kuvaa nykytilaa ja sisäisiä asioita, alaosa kuvaa tulevaisuutta ja ulkoisia asioita. (Salonen ym. 2017, 57; Karjalainen 2017, 49)

Nyarky & Agyapong (2011) toteavat, että SWOT-analyysi on tärkeä väline esimerkiksi organisaation toimintakykyä tai toimintaympäristöä analysoitaessa. Sitä voidaan käyttää prosessin laatimisessa, oppimisen tai kehittämiskohteiden tunnistamisessa ja arvioinnissa.

Karjalaisen (2017, 50) mukaan analyysi tehdään ajankohtana, jossa tarkasteltavan kokonaisuuden kannalta sisäiset asiat ovat menneisyyttä ja ulkoiset asiat tulevaisuutta. Nykyhetki ja tulevaisuus linkittyvät toisiinsa. Analyysin kohteena voi olla organisaation toiminta kokonaisuutena, tuotteen tai palvelun toiminta tai vaikkapa kilpailija toiminta sekä kilpailukyky. Pöyhönen (2017, 4) toteaa, että SWOT-analyysin pohjalta voidaan tehdä erilaisia päätelmiä siitä, miten vahvuuksia voidaan käyttää hyväksi kehitettäessä, miten heikkoudet muutetaan vahvuuksiksi, miten tulevaisuuden mahdollisuudet hyödynnetään ja miten uhat voitaisiin välttää. Tuloksena saadaan suunnitelma asioiden ja tapahtumien kehittämiseksi.

5.2.3 Learning cafe

Learning cafe -menetelmä on yhteistoiminnallinen oppimismenetelmä, jonka tarkoituksena on luoda yhteinen näkemys aiheesta vastavuoroisen keskustelun avulla. Yhteistoiminnallisen oppimisen hyötynä voidaan ajatella olevan tiedon ja ongelmanratkaisukyvyyn kehittyminen sekä muistin ja kriittisen ajattelun kehittyminen. Learning cafe -menetelmä vaatii ohjaajilta täsmällistä suunnittelua, jotta päästään tavoitteisiin. Kysymysten ja aihepiirien valmistelu on keskeistä onnistumisen kannalta. Kysymysten rajaukseen ja ajankohtaisuuteen tulee kiinnittää erityistä huomiota, ettei keskustelu poikkea aiheesta. (Junnila, Koskinen, Stolt & Salminen 2011, 38–47.)

Tyypillisesti Learning cafe -menetelmässä pöytiin jaetaan paperiarkkeja ja kyniä niin moneen toimintapisteeseen, kun käsiteltäviä aiheita on. Osallistujat jaetaan yhtä suuriin ryhmiin. Ryhmä siirtyy pöydästä toiseen kirjoittaen ideat ja ajatuksensa vapaasti paperille tai keskustellen ryhmänä kysymyksestä tai aiheesta mikä pöydässä on. Jokaisessa pöydässä on puheenjohtaja, joka ei vaihda pöytää. Puheenjohtaja voi tarvittaessa jakaa puheenvuoroja ja varmistaa myös, että keskeisimmät asiat on kirjattu ylös. Lopussa puheenjohtajat esittelevät lopputulokset omasta toimintapisteestään osallistujille. (Salonen ym. 2017, 58; Junnila ym. 2011, 38–47.)

6 Lääkehoitoprosessin kehittämishanke

6.1 Suunnittelu, PLAN - vaihe

Kehittämishanketta aloitettiin työstämään elokuun lopussa 2019. Toimeksianto oli laitettu tarjolle Lahden ammattikorkeakoulun opinnäytetyön aihetiedostoon. Toimeksiantaja oli yksityinen palveluasumisyksikkö. Toimeksiantajaan otettiin yhteyttä puhelimitse ensimmäisen tapaamisen sopimiseksi. Ensimmäiseksi tapaamispäiväksi sovittiin 5.9.2019. Hanketta lähdettiin suunnittelemaan toimeksiantajan puhelimitse antamien ennakkotietojen perusteella. Lääkehoitosuunnitelma ja lääkehoidon kokonaisuus prosessina tarvitsi päivittämistä ja kehittämistä. Tässä vaiheessa syntyi jo käsitys, että lääkehoito tarvitsi paljon ohjausta. Laatujohtaminen sisällytettiin osaksi kehittämishanketta. Johtamiseen tarvittiin tukea ja uusia toimintamalleja.

Tiedonhankinta aloitettiin laatujohtamisen ja lääkehoitoprosessin ymmärtämiseksi. Inkisen ym. (2016) Turvallinen Lääkehoito -opas ohjasi lääkehoitosuunnitelman laatimista ja siihen perehdyttiin huolellisesti. Tässä vaiheessa myös päätettiin PDCA-laatusyklin mukaisesta työskentelytavasta kehittämishankkeen menetelmänä.

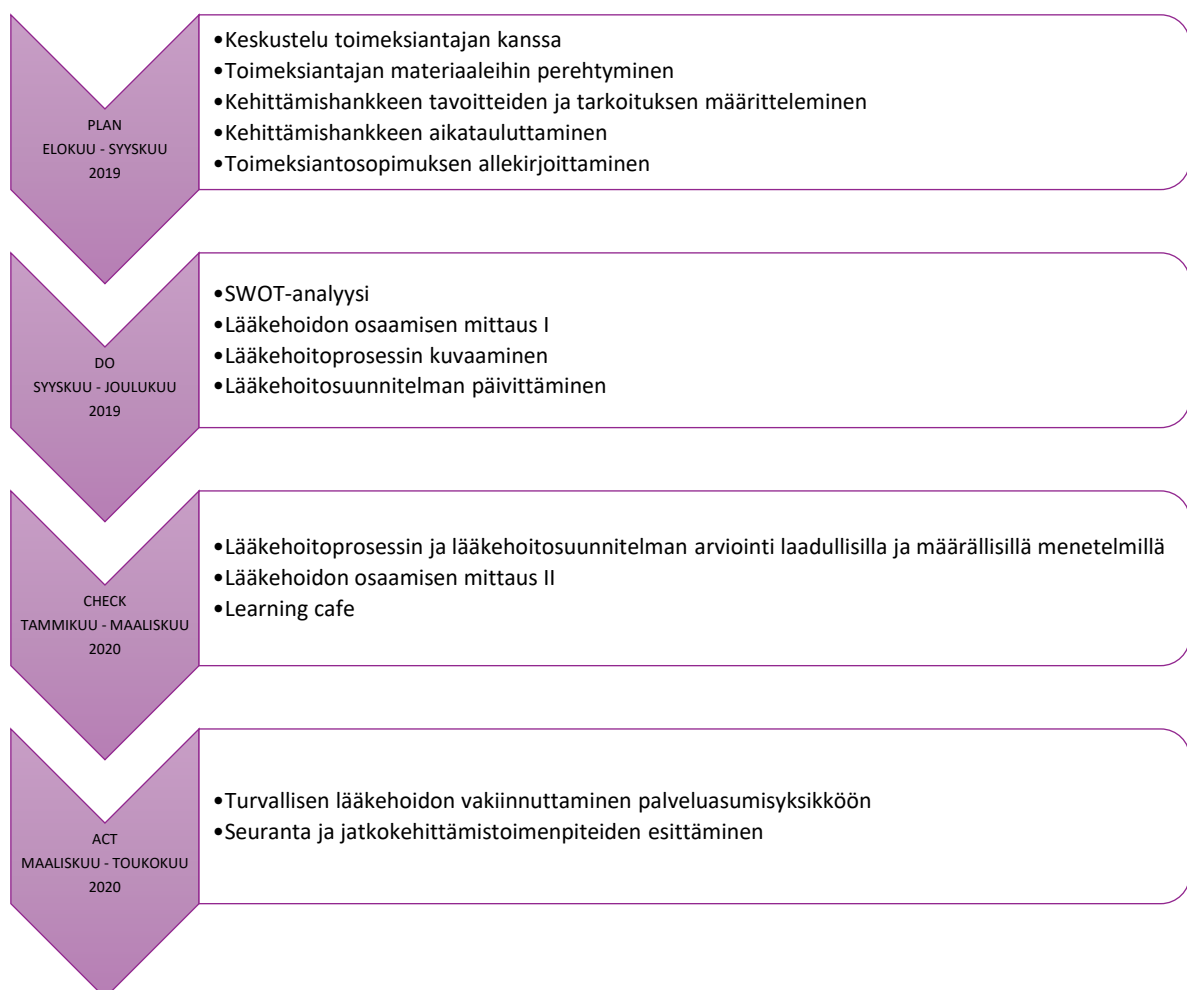
Toimeksiantaja tavattiin ensimmäisen kerran 5.9.2019 ja samalla käytiin ensimmäinen keskustelu, jossa hankkeen toteuttajat kyselivät faktatietoja ja kartoittivat toimeksiantajan näkemyksiä oman suunnittelun tueksi. Hankkeen perustiedot ja muutostavoitteet olivat toimeksiantajan tiedossa ja keskustelun avulla muodostettiin prosessin kokonaiskuva kehittämistyön tekijöille. Varsinaisen prosessin ja toiminnan muuttamiseksi tuli lääkehoitosuunnitelma päivittää ja saattaa ajan tasalle ja vastaamaan laadukkaampaa lääkehoidon toimintaa. Prosessiin tuotiin uusina elementteinä systemaattinen lääkehoidon osaamisen varmistaminen Love -suorituksin sekä niiden ohjaus, valvonta ja toteuttaminen.

Alkutilanteen kartoitukseen ja suunnitelman muodostamiseen käytettiin keskustelua toimintamenetelmänä. Tässä keskustelussa kävi ilmi tavoitteet ja toivottu muutos yksikön lääkehoitoprosessissa. Lääkehoitosuunnitelman laajuus ja tarkkuus perustui yksikössä toteutettavan lääkehoidon tasoon. Kehittämiskohteen johtajan mukaan kotihoidossa toteutettiin pääsääntöisesti pitkäaikaisairauksiin liittyvää lääkehoitoa. Asiakkailla oli dosetit tai Anja-annosjakelupussit, joista hoitajat antoivat lääkkeitä. Käytössä olevat lääkemuodot olivat: enteraalisesti; suuonteloon, nieltävät sekä peräsuoleen annosteltavat lääkkeitä. Parenteraalisen; keuhkoihin, nenään, iholle, silmään, korvaan, emättimeen sekä injektiona ihon alle (s.c.) annosteltavat lääkemuodot. Jatkossa oli pyrkimys, että kaikki asiakkaiden säännölliset lääkkeitä tulivat annosjakelun kautta. Vain tarvittaessa annettavia särkylääkkeitä voitiin antaa asiakkaan omista lääkepakkauksista.

Lääkehoidon turvallisuuden varmistamiseksi kotihoito palvelussa käytettiin Love (Lääkehoidon osaaminen verkossa) -opintoja, joista Mini-LOP (Lääkehoidon osaamisen perusteet lääkehoitoon kouluttamattomille henkilöille) oli ollut vähimmäisvaatimuksena kaikille lääkehoitoon osallistuville. (Laine 2019.)

Näiden esitietojen perusteella suunnitelmaan lisättiin, että jatkossa Love-opinnot tulivat sisältämään myös PKV-osion (pääasiassa keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden lisäosio) kaikille hoitajille, koska yksikössä käsiteltiin PKV-lääkkeitä. Teoriaosuuden jälkeen annettavat näytöt sisällytettiin osaksi lääkehoidon osaamisen varmistamisen kokonaisuutta. Yksikön sairaanhoitaja oli tarkoitus kouluttaa vastaanottamaan lääkehoidon osaamisen näytöt. Osaamista mitattaisiin jatkossa säännöllisesti toistuvilla lääkehoidon Love-tenteillä ja systemaattisesti seurattavien lääkityspoikkeamien ja haitta- ja vaarailmoitusten pohjalta.

Kehittämishankkeelle tehtiin aikataulutettu suunnitelma. (KUVA 8) Suunnitelmaa muodostettaessa aikataulutettiin kehittämishankkeen eteneminen ja tehtiin päätös hankkeessa käytävistä menetelmistä ja niiden sijoittumisesta suunnitelmaan.

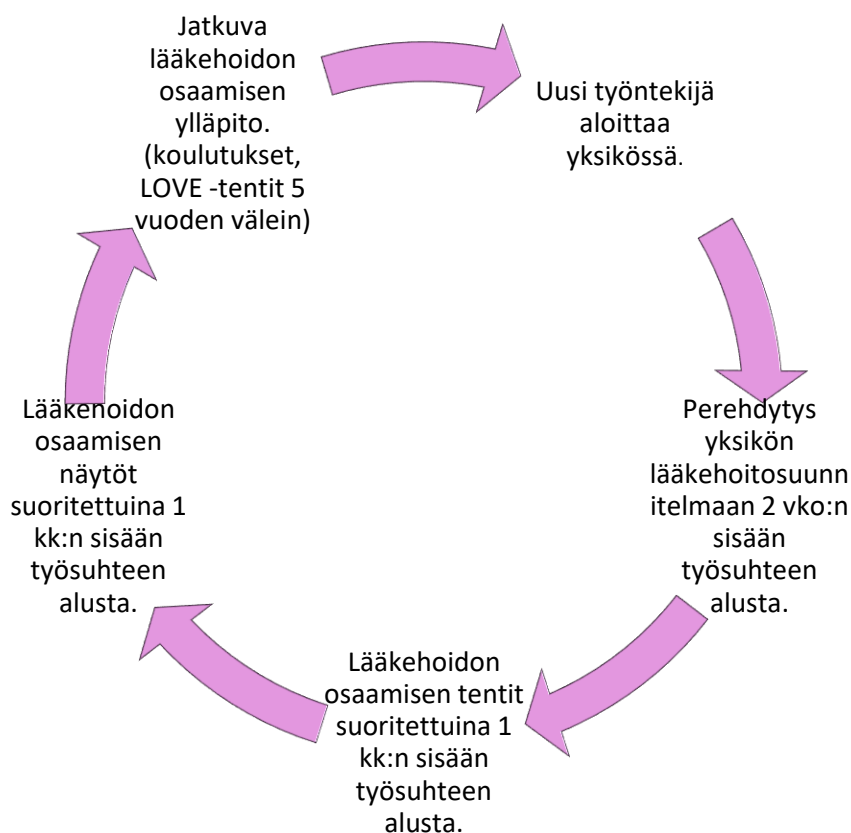


KUVA 8. Kehittämishankkeen suunnitelma

Tässä kehittämishankkeessa aikataulun määritteli toimeksiantajan tarve uuden lääkehoito-suunnitelman valmistumiseksi. Lääkehoitosuunnitelma tuli olla valmiina vuoden 2020 alussa. Toimeksiantosopimus allekirjoitettiin ensimmäisen käynnin yhteydessä ja tekijöiden konkreettiset toimet tuotoksen suhteen käynnistyivät. Käynnin jälkeen toimeksiantaja lähetti 10.9.2019 sähköisesti yksikön edellisen lääkehoitosuunnitelman.

6.2 Toiminta, DO - vaihe

Lääkehoidon uudenlaisen ajattelu- ja toimintatavan ohjaukseen valmistauduttiin suunnitteleamalla osaamisen prosessi teoriassa. (KUVA 9.)



KUVA 9. Yksityisen palveluntuottajan lääkehoidon osaamisen prosessi

Lääkehoidon osaamisen prosessi sisälsi jatkossa, esimerkiksi uuden työntekijän aloittaessa yksikössä, perehtymisen yksikön uuteen lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoitosuunnitelmassa oli tarkasti kerrottu kaikki tämän yksikön lääkehoidon erityispiirteet ja lääkehoidon toteutuksen tarkat yksityiskohdat. Lääkehoitosuunnitelmaan perehtymisen jälkeen suoritettiin osaamisen tentit ja näytöt ennen lääkeluvan saamista yksikössä. Jatkossa lääkehoidon osaamisen päivittäminen ja koulutukset suoritettiin viiden vuoden välein.

Suunnitelmaosuudessa käydyn alkukeskustelun jälkeen toimeksiantajan kanssa tavattiin uudelleen 30.9.2019 ja samaan tilaisuuteen osallistui myös yksi lääkehoitovastaavista. Tässä vaiheessa toimeksiantajaa ohjeistettiin hankkimaan yksikköön erillinen kansio väli-lehdillä, jonne hänen oli kerättävä kaikkien työntekijöiden kopiot lääkehoidon osaamisen todistuksista. Tästä ne olisi helppo viedä jatkossa digitaalisessa muodossa sähköiseen järjestelmään, kun se on saatu osaksi toimintatapaa yksikössä.

Samoin ohjattiin hankkimaan yksikköön lääkehoidon osaamisen koulutusohjelma esimerkiksi ostamalla Awanicilta Love-kurssit tai käyttämällä jotain muuta vastaavan palvelun tarjoajaa. Koko henkilöstön oli tarkoitus suorittaa puuttuvat lääkehoidon koulutukset ja tarvittaessa päivittää jo vanhentuneet suorituksensa tämän ohjelman avulla. Toimeksiantajaa ohjattiin tekemään Excel -taulukko (KUVA 10), johon kerättiin tiedot henkilöstön suorituksista ja vanhenemispäivämääristä. Taulukosta oli helppo seurata koulutustarpeen etene- mistä (eli suoritusten vanhenemista päivämäärien perusteella) ja tiedot olivat aina ajan ta- salla. Johtaja pystyi hyödyntämään jatkossa taulukointia lääkehoidon kehittämistyössään, joka sisälsi lääkehoidon osaamisen päivittämisen. Lääkehoidon systemaattinen kirjaaminen sähköisesti oli osa laatujohtamista ja turvallisen lääkehoidon kehittämistä tässä yksikössä.

Sarake1	Sarake2	Sarake3	Sarake4	Sarake5	Sarake6	Sarake7
Työntekijä	Ammatti	LOVE teori	PKV	Mini-Lop	GER 1	GER 2
Miina Mall	Lähihoitaja	3.4.2025	5.6.2025	5.6.2025	7.10.2025	7.10.2025
Huom! Merkitse taulukkoon viimeinen voimassaolopäivä!						

KUVA 10. Lääkehoidon osaamisen suoritukset

6.2.1 SWOT – analyysin toteutus

Tässä hankkeessa SWOT- analyysi muodostettiin opinnäytetyön tekijöiden toimesta toimeksiantajan ja yhden lääkehoitovastaavan kanssa 30.9.2019 käydyn keskustelun perusteella (LIITE 5) . Yksikössä ei ollut mahdollisuutta haastatella koko henkilöstöä samaan aikaan tai edes samana päivänä, joten SWOT-analyysi muodostettiin keskustelussa esiin nousseiden asioiden pohjalta ohjaamaan lääkehoitosuunnitelman päivittämistä ja lääkehoitoprossin ohjaamista osaksi työskentelyä. (KUVA 12)

NYKYTILA, SISÄISET	<p>Vahvuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lääkehoitosuunnitelman käyttäminen turvallisen lääkehoidon välineenä • Motivoitunut henkilökunta • Palvelun tilaajan tuki • Hyvä työilmapiiri → henkilökunnan pysyvyys 	<p>Heikkoudet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Henkilökunnan suhtautuminen oman osaamisen kehittämiseen • Johtamisen taso, alan tuntemattomuus • Pienen yksikön ”lintukotomaisuus” • Kapea-alainen ammattitaito
TULEVAISUUS, ULKOISET	<p>Mahdollisuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vastaaminen lääkehoidon osaamiskoulutuksen vaatimustasoon • Vastaaminen Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän vaatimustasoon 	<p>Uhat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riittämätön resurssointi • Lääkehoidon osaamisen näyttöjen vastaanottaminen • Muuttuva toimenkuva, uuden toiminnan suunnittelu, toiminnan laajentuminen

KUVA 12. SWOT- analyysi

Tässä hankkeessa SWOT- analyysin keskeisimmäksi informaatioksi nousi tulevaisuudessa olevat mahdollisuudet lääkehoitosuunnitelman käyttämisestä turvallisen lääkehoidon työvälineenä. Erityisesti henkilöstöstä nousi voimakas toive yhdenmukaisesta päivitetystä ohjeistuksesta, johon toiminnassa voisi tukeutua. Uhkana tuli esiin henkilökunnan riittävän vakava suhtautuminen omien taitojen kehittämiseen. Samoin uusien toimintatapojen omaksuminen ja tarvittavat osaamisen tunnistamiseen kehitetyt näytöt ja teoriatiedon opiskelu koettiin jossain määrin pelottavana tai työläänä. Myös siihen vaadittava aika ja opiskelun toteuttaminen työn ohessa herätti kysymyksiä riittävästä resurssoinnista.

Tulevaisuuden epäselvyys ja mahdolliset sosiaalipuolelta terveydenhuollon organisaatioksi siirtymiseen liittyvät muutokset toiminnassa huolestuttivat. Mahdolliset uudistukset ja vaatimukset toiminnan kehittämisessä aiheuttivat epävarmuutta ja uhkatekijöitä uusien asioiden omaksumiseen ja riittävään suorituskykyyn. Koettiin uhkana, että liian paljon uusia asioita samalla kertaa, voi kuormittaa työntekijöitä liikaa.

Swot -analyysin avulla saatiin käsitys henkilökunnan asenteista lääkehoitoprosessin kehittämistä kohtaan. Työyhteisö oli pieni ja pitkään yhdessä toiminut. Vaihtuvuutta ei ollut juuri lainkaan, joten tähän analyysiin koottuja ajatuksia voitiin pitää pääosin työyhteisön yhteisinä näkemyksinä. Yleinen suhtautuminen oli myönteistä asioiden kehittämiseen. Hankkeen toteuttajille tämä analyysi toi ymmärryksen myös siitä, että tässä yksikössä ei ollut mahdollisuutta kokoontua usein yhteiseen suunnitteluun ja toimintaan.

6.2.2 Turvallinen lääkehoito -kysely

Toimeksiantajan ja yhden lääkehoitovastaavan kanssa keskustelua jatkettiin 19.11.2019. Tässä yhteydessä testattiin suunnitellun Turvallinen lääkehoito -kyselyn kaavakkeet. Kysymyksen olivat kahden vastaajan mielestä selkeät ja kyselykaavakkeet jätettiin koko henkilöstölle täytettäväksi.

Kysely toteutettiin koko lääkehoitoon osallistuvalla henkilöstöllä 19.-28.11.2019 mukailleen Turvallinen lääkehoito -mittaria (Karttunen, Kääriäinen, Jokela & Elo, 2017, 92–93). Alkuperäinen Karttusen ym. (2017) tutkimus perustui turvallisen lääkehoidon toteuttamista arvioivan mittarin kehittämiseen. Tässä hankkeessa suoritettussa kyselyssä sisältö laadittiin turvallisen lääkehoidon osa-alueiden mukaisesti. Nämä osa-alueet olivat: oikea lääke, oikea tarve lääkkeelle, oikea annos, oikea potilas, oikea lääkkeen antotapa, oikea lääkkeen käyttökuntoon saattaminen, oikea lääkkeen antoaika, oikea potilaan ohjaus, oikea lääkehoidon seuranta ja vaikutusten arviointi, oikea lääkehoidon dokumentointi ja kirjaaminen sekä oikea aseptiikka. Näistä osa-alueista laadittiin 123 kysymystä käsittävä mittaristo. Mittaria käsittelevä artikkeli on julkaistu Gerontologia lehdessä 2/2017.

Tässä hankkeessa kyselyyn valikoitiin Karttusen ym. pääteemoja mukaillen 10 väittämää. Väittämien valinnassa otettiin huomioon kehittämiskohteen lääkehoidon taso.

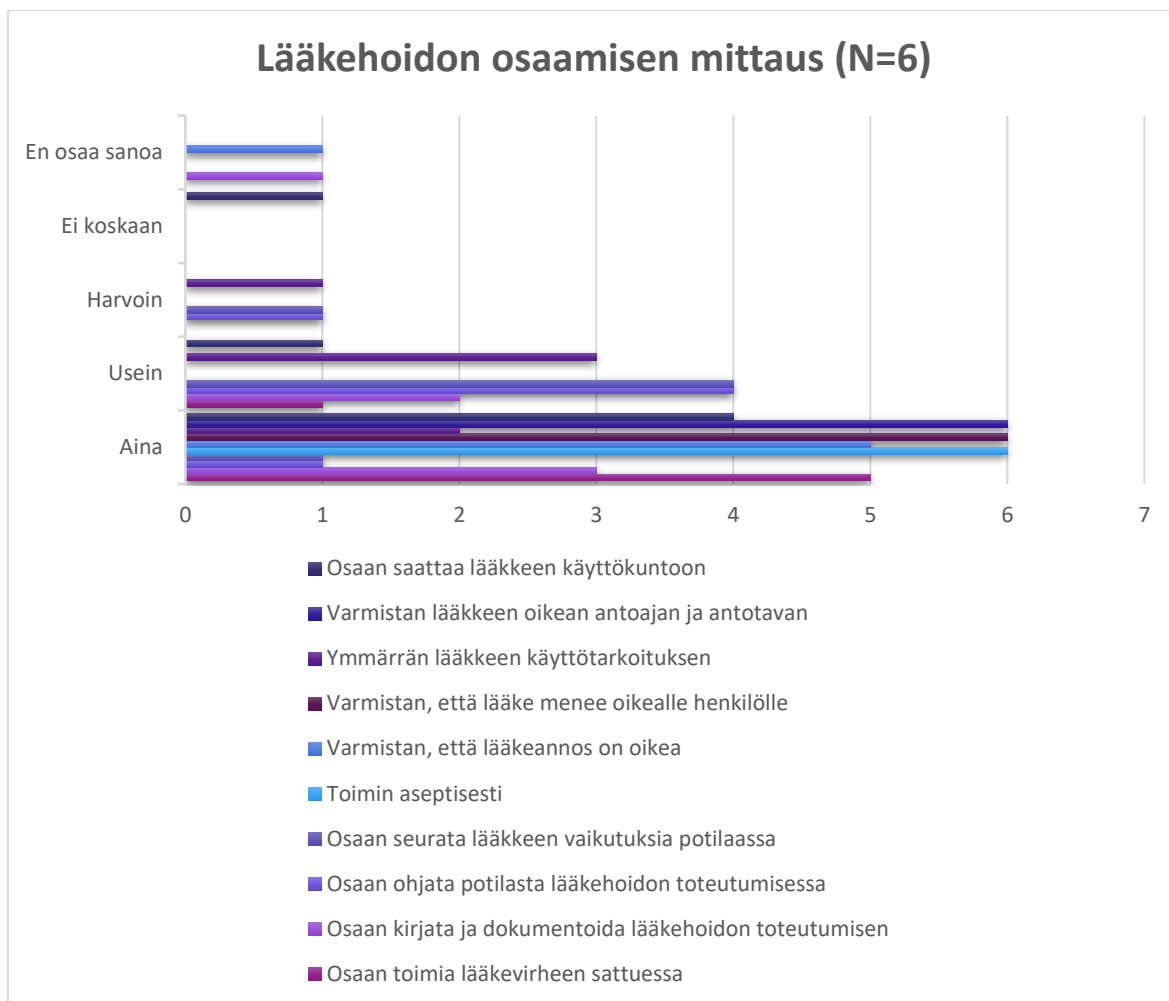
Henkilöstön lääkehoidon osaamista kartoitettiin Turvallisen Lääkehoidon mittari - kyselyn avulla (LIITE 6). Turvallisen lääkehoidon kyselyssä vastaaja arvioi lääkehoidon osaamisen tasoa viiden eri väittämän suhteen. Väittämät, jotka kuvaavat henkilön tapaa toimia ovat: aina, usein, harvoin, ei koskaan, en osaa sanoa.

Kyselyssä kartoitettiin lääkehoidon osaamista seuraavien väittämien kautta:

- Osaan toimia lääkevirheen sattuessa
- Osaan kirjata ja dokumentoida lääkehoidon toteutumisen
- Osaan ohjata potilasta lääkehoidon toteutumisessa
- Osaan seurata lääkkeen vaikutuksia potilaassa
- Toimin aseptisesti
- Varmistan, että lääkeannos on oikea
- Varmistan, että lääke menee oikealle henkilölle
- Ymmärrän lääkkeen käyttötarkoituksen
- Varmistan lääkkeen oikean antoajan ja antotavan
- Osaan saattaa lääkkeen käyttökuntoon

Lomakkeet haettiin toimeksiantajalta 28.11.2019 ja niistä tehtiin yhteenveto. (KUVIO 13).

Henkilöstölle tehdyn Lääkehoidon mittari – kyselyn tulokset analysoitiin ja kuvattiin taulukoon. Kyselyyn vastasi koko lääkehoitoon osallistuva henkilökunta, kuusi työntekijää. Tulokset koottiin yhteen manuaalisesti papereista ja siirrettiin Word-ohjelmaan Yhdistelmäpalkki-mallipohjaa hyväksikäyttäen.



KUVA 13. Lääkehoidon osaamisen mittaus (N=6)

Määrällisessä tutkimuksessa valitaan analyysimenetelmä, joka antaa tietoa tutkitusta aiheesta. Määrällisen tutkimuksen perusanalyysissä käytetään prosentteja, tutkittavien määrää, keskiarvoja ja hajontaa. (Vilka 2020, 119.) Koska osallistujajoukko oli pieni (N=6), ei prosenttilukujen käyttö ollut perusteltua. Tässä kyselyssä hajontaa ei voitu luotettavasti tulkita pienen vastaajamäärän ja kyselyssä olleiden vastausvaihtoehtojen sanallisen muodon vuoksi.

Alkuperäisessä Karttunen ym. (2017) lääkehoidon osa-alueista laadittiin mittari, joka käsitti 123 kysymystä. Asiantuntijapaneeli (n=7) arvioi mittarin sisältöä ja väittämien rakenteita. Pilot-testauksen aineisto kerättiin webropol-kyselynä yhden kaupungin kunnallisissa ikään-tyneiden pitkäaikaishoidon yksiköissä lääkehoitoon osallistuvalla hoitohenkilökunnalta (N = 294).

Tämän kehittämishankkeen kyselyn analyysissä tulokset esitettiin numeerisesti. (TAULUKKO 1) Vilkan (2020, 136–138) mukaan numerotieto on helpoin esittää taulukon muodossa. Taulukko tulee olla numeroitu sekä nimetty otsikolla. Taulukossa on tieto havaintojen lukumäärästä (esimerkiksi N= 6). Tekstin ja taulukon informaation tulee tukea, havainnollistaa ja täydentää toisiaan. Tekstissä taulukon numeraalisia tuloksia ei tarvitse toistaa vaan tulkita niitä. (Vilka 2020, 136–138.)

TAULUKKO 1. Lääkehoidon mittari -tulosten jakauma

N= 6	Aina vastaajien määrä	Usein vastaajien määrä	Harvoin vastaajien määrä	Ei koskaan vastaajien määrä	En osaa sanoa vastaajien määrä
Osaan toimia lääkevirheen sattuessa	5	1	0	0	0
Osaan kirjata ja dokumentoida lääkehoidon toteutumisen	3	2	0	0	1
Osaan ohjata potilasta lääkehoidon toteutumisessa	1	4	1	0	0
Osaan seurata lääkkeen vaikutuksia potilaassa	1	4	1	0	0
Toimin aseptisesti	6	0	0	0	0
Varmistan, että lääkeannos on oikea	5	0	0	0	1
Varmistan, että lääke menee oikealle henkilölle	6	0	0	0	0
Ymmärrän lääkkeen käyttötarkoituksen	2	3	1	0	0
Varmistan lääkkeen oikean antoajan ja antotavan	6	0	0	0	0
Osaan saattaa lääkkeen käyttökuntoon	4	1	0	1	0

Tässä kyselyssä hajontaa ei voitu luotettavasti tulkita pienen vastaajamäärän ja kyselyssä olleiden vastausvaihtoehtojen sanallisen muodon vuoksi. Taulukosta voidaan huomata, että vastaajat arvioivat oman lääkehoito-osaamisensa hyvin samansuuntaisesti. Lääkehoidon osaamista kuvaavassa kymmenessä väittämässä kaikki kuusi vastaajaa arvioivat oman osaamisensa ilmenevän ”aina” kolmella eri mittarin osaamisalueella. Turvallisen lääkehoidon toteutumisen kannalta on merkittävää, että kaikki lääkehoitoa toteuttavat hoitajat eivät aina tiedä antamansa lääkkeen käyttötarkoitusta, eivät tiedä lääkkeen vaikutuksia, eivätkä osaa ohjata asiakasta. Myös lääkehoidon kirjaamisessa koettiin osaamisen vajetta. Kuitenkin kyselykaavakkeen lopussa olevaan avoimeen kysymykseen, ”Missä lääkehoidon asioissa tarvitsee ohjausta ja koulutusta”- kohtaan tuli vain yksi vastaus: ”Tarvitsen lääkehoidon koulutusta ja kertausta.” Tässä kohtaa olisi toivonut vastaajien huomaavan ne osa-alueet mitkä turvallisen lääkehoidon kannalta olivat merkittävästi vajaana.

6.2.3 Lääkehoitosuunnitelman päivitys

Tämä kehittämishankkeena tehty lääkehoitosuunnitelman päivitys tehtiin STM:n suositteleman Turvallinen lääkehoito -opas (Inkinen ym. 2016) mukaisesti. Oppaassa oli tarkoituksenmukaisesti ja konkreettisesti selkeytetty lääkehoidon kokonaisuuden suunnittelu ja lääkepoikkeamien osuus seurannassa ja raportoinnissa. Henkilöstön ohjausta toteutettiin tämän oppaan ohjeisiin perustuen. Yksikköön ohjattiin lääkehoitosuunnitelman päivityksen lisäksi sähköinen dokumentointi haittatapahtumien kirjaamiseksi ja toimintatapa näiden tapahtumien läpikäymiseksi. Kehittämishankkeessa oli tavoitteena myös selkeyttää vastuunjako laadukkaassa lääkehoidon prosessissa. Tätä varten yksikköön laadittiin prosessikuvaus tehtävien selkeyttämiseksi.

Toimeksiantajalla oli olemassa lääkehoitosuunnitelma, joka tarvitsi päivitystä ja muokkausta vastaamaan siirtymistä sosiaalialan yksiköstä terveystalouden yksiköksi. Inkisen ym.(2015, 12) mukaan lääkehoitosuunnitelma on keskeinen osa lääkehoitoon osallistuvien henkilöiden perehdytystä sekä lääkehoidon laadun ja turvallisuuden varmistamista. Lääkehoitosuunnitelma muokattiin kokonaan uudelleen ja pohjana käytettiin Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän Lääkehoidon turvallinen toteutus -mallipohjaa (PHHYKY 2020). Lääkehoitosuunnitelma muokattiin vastaamaan tämän yksikön tarpeita. (LIITE 7)

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän lääkehoitosuunnitelma -pohja oli rakennettu yhdentoista eri pääteeman alle. Johdanto-osassa kerrottiin Lääkehoidon turvallinen toteutus -mallipohjan perustuvan Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitoksen (2016) Turvallinen lääkehoito -opas ohjeistukseen. Lääkehoitosuunnitelman tekemistä ja suunnittelua ohjattiin tässä luvussa.

Toisessa osassa määriteltiin lääkehoidon toteutuksen vaatavuus, vastuut ja velvollisuudet. Lääkehoidon toteutumisen vaatavuuteen vaikuttivat toiminnan kuvaus, palvelua saavien asiakkaiden lukumäärä, ikä sairaudet ja toimintakyky. Lääkehoitoa toteuttava henkilöstö eri vuoroissa tuotiin näkyväksi. Konsultaatiomahdollisuudet ja käytössä olevat lääkemuodot ja riskiprosessit määriteltiin. Lääkärin, sairaanhoitajan, lähihoitajan, hoiva-avustajan, kouluttamattoman henkilön ja sijaisten/opiskelijoiden vastuut ja toiminta lääkehoidon prosessissa määriteltiin erikseen. Kolmas luku käsitteli lääkehoidon täydennyskoulutusta ja henkilöstön velvollisuutta ammattitaidon ylläpitämiseen osallistumalla työnantajan järjestämään lääkehoidon täydennyskoulutukseen. Tässä luvussa määriteltiin taulukon avulla selkeästi, mitkä ovat ammattiryhmien minimivaatimukset lääkehoidon osaamisen ja täydennyskoulutusten suhteen.

Lääkkeet -osiossa nostettiin esiin juuri tässä yksikössä käytettävät erityislupavalmisteet ja niiden käsittely ja säilytys. Tällaisia valmisteita olivat PKV-lääkkeet, huumausaineiksi luokiteltavat N-lääkkeet, rokotteet, riskilääkkeet ja asiakkaan henkilökohtaiset lääkkeet. Apteekki -osassa kuvattiin yhteistyö apteekin kanssa ja apteekin yhteystiedot kirjoitettiin suunnitelmaan. Kuudes osio suunnitelmassa oli lääkehuolto ja siinä määriteltiin tarkasti lääkkeiden tilauksen, toimituksen, vastaanoton, annosjakelun, lääkkeiden luvattoman käytön, säilytyksen, dokumentoinnin ja hävittämisen toimintaperiaatteet tässä yksikössä. Tässä luvussa kirjoitettiin erikseen myös lääkevastaavien tehtävät. Lääkehoidon toteutus -osassa eriteltiin vastuut ja tehtävät seuraavissa aiheissa: lääkehoidon suunnitelman laatiminen ja lääkelistan päivitys, lääkityksen tarkistus, lääkehoidon kokonaisarvioinnin toteutus ja vastuuhenkilöt, lääkkeen määrääminen ja kirjaaminen, lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen, turvallisen lääkkeenjaon toimintatavat, suun kautta otettavien lääkkeiden jakamisen ja annosjakelulääkkeiden toimintatavat, kaksoistarkastuksen toteutus, asiakkaan tunnistaminen, lääkehoidon vaikutuksen arvioiminen, lääkehoidon ohjauksen toteutuminen ja haittatapahtumista kertominen ja informointi.

Kahdeksas osio käsitteli lääkehoidon vaaratilanteita ja toimintatapoja kyseisissä tilanteissa. Lääkehoitosuunnitelmaan oli tarkasti kirjattu informoitavat tahot ja sähköiset järjestelmät missä haittatapahtumista tulee ilmoittaa. Lääkehuollon tekniset ratkaisut -osassa kirjattiin tämän yksikön osalta käytössä olevien injektioarvikkeiden säilytys ja muiden lääkkeen antamisessa käytettävien laitteiden ja teknisten apuvälineiden säilytys ja henkilöstön perehdytys niihin. Lääkehoidon riskien hallinta käsitti tämän yksikön toimintatavat lääkehoidon toteutuksen riskien osalta sekä tunnistamisen ja arvioinnin osalta. Lääkitysturvallisuuden auditointi ja omavalvontasuunnitelman päivitys määriteltiin myös tässä luvussa. Viimeisimpänä osiona tässä lääkehoitosuunnitelmassa tarkasteltiin lääkehoidon erityistilanteita ja taruntatautilain mukaista lääkehoitoa ja toimintatapoja.

Uuteen lääkehoitosuunnitelmaan määriteltiin kaikki tässä yksikössä tapahtuvat lääkehoidolliset asiat. Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja sen dokumentointi oli myös osa uutta lääkehoitosuunnitelmaa. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän mallipohja sisälsi paljon kohtia, jotka tässä yksikössä eivät toteudu ja ne jätettiin tässä lopullisessa suunnitelmassa pois. Jokainen Lääkehoidon turvallinen toteutus -mallipohjan kohta oli kuitenkin käyty läpi niin kuin lääkehoitosuunnitelman johdannossa ohjeistettiin ja sen jälkeen valittu lopulliseen suunnitelmaan jäävät kohdat perustuen tämän yksikön lääkehoidon toteutukseen. Tässä yksikössä toteutettiin pääasiassa suun kautta tapahtuvaa lääkitystä ja vain insuliinin pistäminen tai rokotteet toteutuivat ihon alaisena tai lihakseen pistettävänä injektiona.

6.2.4 Turvallisen lääkehoidon prosessikuvaus

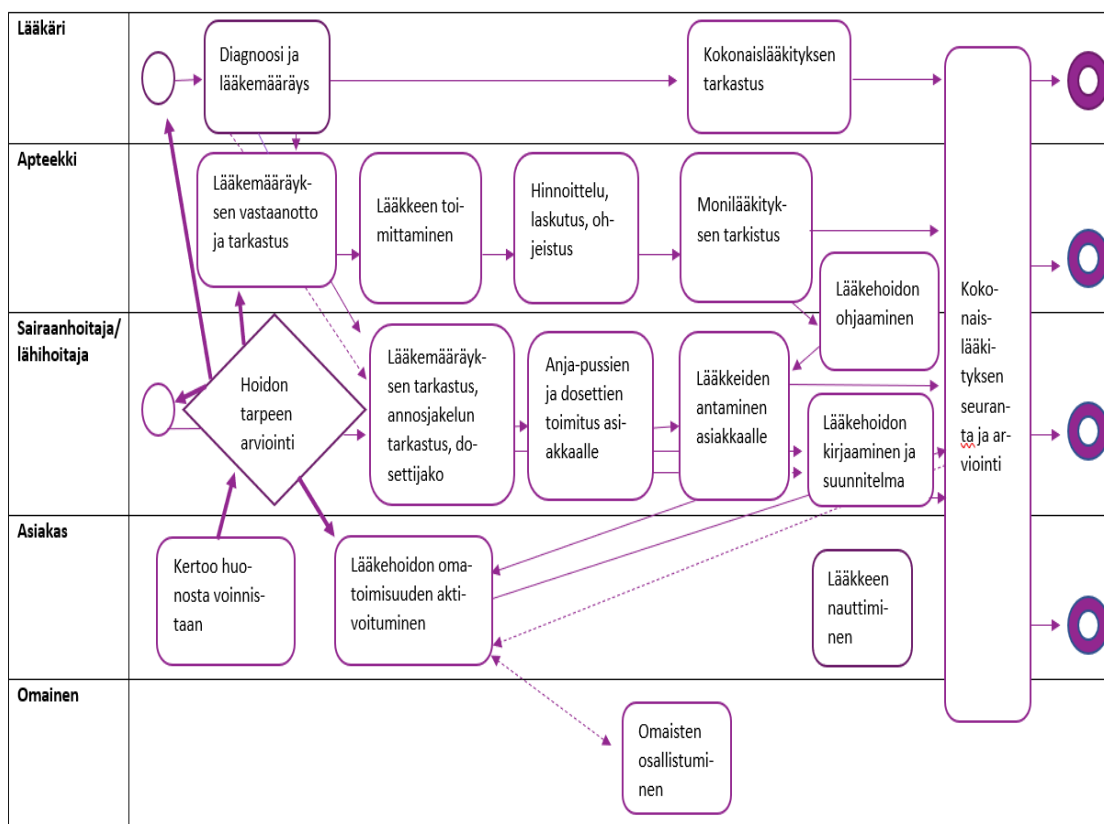
Inkinen ym. (2016) korostavat, että turvallinen lääkehoito edellyttää yhteistyötä sekä eri ammattiryhmien kesken että hoitoa saavan asiakkaan kanssa. Tarkoituksena on yhtenäistää laadukkaan lääkehoidon toteuttamisen periaatteita ja selkeyttää vastuita lääkehoidon organisoinnissa, toteuttamisessa, seurannassa ja valvonnassa. Tähän perustuen yksikön lääkehoidosta muodostettiin kolmisivutekniikan keinoin prosessikuvaus, jossa konkreettisesti ja selkeästi kuvataan kunkin toimijan vastuut ja tehtävät lääkehoitoprosessissa.

Kolmisivumallinnuksen ensimmäisellä sivulla (LIITE 1), joka oli prosessin perustietojen keräyslomake, määriteltiin prosessin nimi ja omistaja. Tässä kehittämishankkeessa prosessin nimeksi muodostui yksityisen palveluasumisyksikön lääkehoitoprosessi. Prosessin lähtötiedot eli syötteet määriteltiin. Tarve oli kehittää turvallisen lääkehoitoprosessin kulkua sujuvammaksi ja tehokkaammaksi sekä hahmottaa ja selkiyttää prosessin kulkua henkilöstön välillä. Kolmisivumallinnuksen ensimmäisellä sivulla arvioitiin myös koko prosessin edellyttämät keskeiset resurssit, jakaen ne yksityiskohtaisiin määritelmiin henkilöstön, välineiden ja laitteiden sekä järjestelmien suhteen. Perustietojen kerääminen sisälsi prosessin asiakkaiden määrittelyn ulkoisten ja sisäisten sidosryhmien avulla. Prosessille määriteltiin alku ja loppu. Prosessi käynnistyi siitä, kun asiakkaalla havaittiin ongelma ja hoitaja teki hoidon tarpeen arvioinnin. Prosessi päättyi, kun lääkitys loppui asiakkaan poistuessa prosessista. Prosessin tuotokset muodostettiin sekä ulkoisen että sisäisen toimijan suhteen. Tämän prosessin tuotoksena syntyi päivitetty lääkehoitosuunnitelma. Asiakkaalle se toi toimintakykyä ja hyvinvointia ja henkilöstölle osaamisen vahvistumista. Perustietojen keräyslomakkeessa kirjoitettiin koko prosessin tavoitteet ja prosessin ja sen tuotosten mittarit tarkasteltuna asiakasnäkökulmasta, henkilöstönäkökulmasta ja prosessin suorituskyvyn näkökulmasta. Prosessin arviointitavaksi suunniteltiin lääkevirheiden, monilääkittyjen asiakkaiden sekä läheltä piti-tilanteiden määrää. Asiakaspalautteet olivat olleet yksi arvioinnin menetelmä ja henkilöstön osalta lääkekoulutusten määrä ja osaamiskartoitukset.

Kolmisivumallinnuksen toinen sivu (LIITE 2) oli seliteosa. Seliteosassa jokainen lääkehoitoprosessin vaihe määriteltiin erikseen samoin kuin vaiheiden sisältö kullekin prosessissa toimijalle. Prosessin vaiheet olivat: toimijan määrittely, kriittiset tekijät prosessissa eli mikä olisi voinut epäonnistua, käytetyt menetelmät, työohjeet, lomakkeet, laitteet, tietojärjestelmät sekä niiden ohjaus ja valvonta, input tietojen hallinta eli mitä tietoa tarvittiin vaiheen läpiviemisessä ja output tietojen hallinta eli mitä dokumentteja ja dataa tuli vaiheesta ulos. Prosessin toimijoiksi nimettiin lääkäri, apteekki, sairaanhoitaja/lähihoitaja ja asiakas.

Kolmannella sivulla (LIITE 3) esitettiin graafinen kuvaus tehtävien ja vastuiden jakautumisesta seliteosassa määriteltyjen toimijoiden kesken. Tämän graafisen kuvauksen oli tarkoitus selkeyttää visuaalisesti turvallisen lääkehoidon tehtävien jakoa ja vastuita lääkehoitoprosessissa palveluasumisyksikössä. Turvallisen lääkehoidon prosessikuvaus toimitettiin tammikuussa 2020 toimeksiantajalle ohjaamaan henkilöstön turvallisen lääkehoidon toteutusta.

Turvallisesta lääkehoidosta syntyi prosessikuvaus. Tässä prosessikuvauksessa oli määritelty kunkin toimijan vastuut ja velvollisuudet. (KUVA 14)



KUVA 14. Turvallisen lääkehoidon prosessikuvaus

Turvallisen lääkehoidon prosessissa lääkäri antaa ensin lääkemääräyksen asiakkaan diagnoosin tai kokonaislääkityksen tarkastuksen yhteydessä. Lääkäri on perehtynyt asiakkaan perussairauksiin ja sairaushistoriaan ja käytössä oleviin lääkkeisiin, joko asiakkaan mukana olevan ajantasaisen lääkelistan tai reseptikeskuksen kautta. Apteekki vastaanottaa, tarkastaa ja käsittelee lääkemääräyksen. Apteekki tarkastaa reseptin oikeellisuuden esimerkiksi lääkkeen annoksen ja vahvuuden suhteen ja tarvittaessa ottaa yhteyttä reseptin kirjoittaneeseen lääkäriin, mikäli havaitsee jotain tavallisuudesta poikkeavaa. Apteekki toimittaa lääkkeen siihen liittyvän protokollan mukaisesti ja tarkastaa myös mahdollisen monilääkityksen ja sen tarkoituksenmukaisuuden. Sairaanhoidaja tai lähihoitaja tarkastaa lääkemääräyksestä, että apteekin toimittaman annosjakelupussin tai dosettiin jaettavaan lääkityksen sisältö on oikea, lääke on oikealle henkilölle ja annos oikea. Hoitaja toimittaa tarkastamansa lääkkeet asiakkaalle. Tässä yhteydessä hoitaja tarkastaa jälleen, että Anja-pussissa on oikean asiakkaan nimi ja antoajankohta on oikea. Hoitaja antaa lääkkeen asiakkaalle suuhun tai ohjaa sen omatoimisesti ottamaan. Muissa kuin suun kautta annosteltavissa lääkkeissä hoitaja toteuttaa yleensä lääkehoidon asiakkaan puolesta, esimerkiksi laittaa silmätipat. Tavoitteena on, että ohjauksen jälkeen asiakas ymmärtää lääkehoidon merkityksen ja saa aina ajantasaisen tiedon lääkityksestä sekä siihen tulleista muutoksista ja indikaatioista. Asiakkaan tehtävänä on kertoa mahdollisuuksien mukaan huonosta voinnista tai esimerkiksi kokemistaan lääkkeiden vaikutuksista. Asiakkaan odotetaan suhtautuvan myönteisesti omaan lääkehoitoonsa ja ohjauksen jälkeen ymmärtävän sen omaa terveyttä edistäväksi toimintatavaksi.

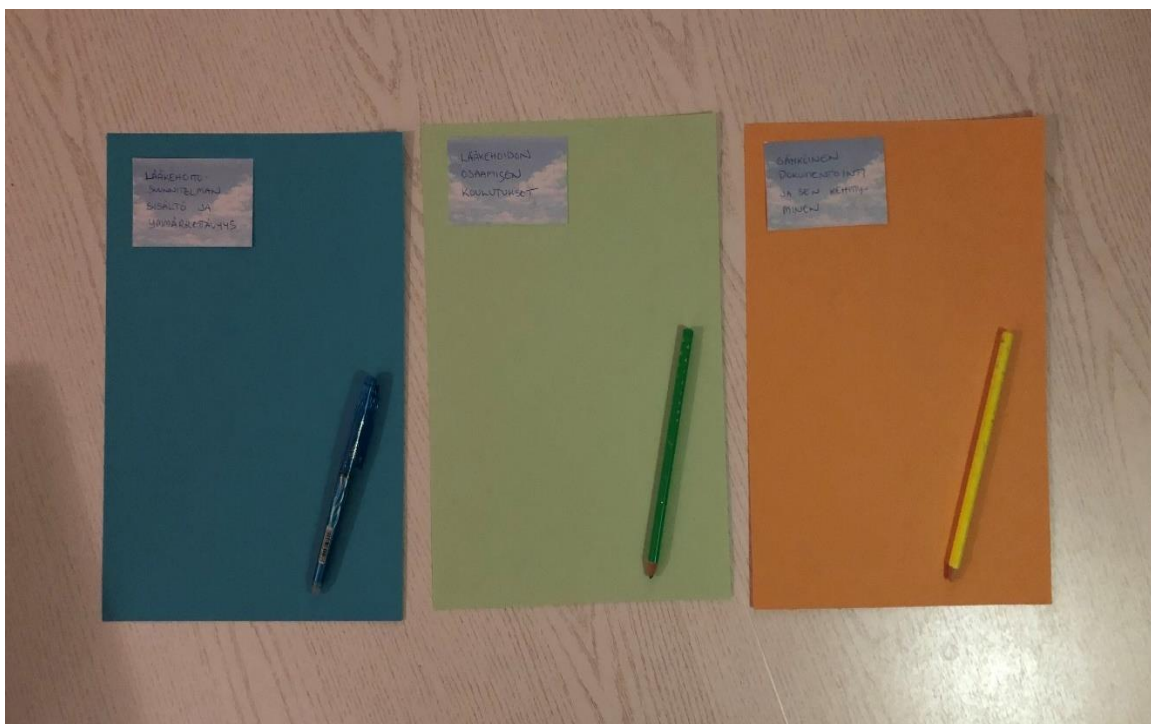
Kaikki lääkehoitoon osallistuvat tahot yhteisesti ovat velvollisia suorittamaan kokonaislääkityksen arviointia. Lääkityksen arviointi edellyttää riittävää tiedollista osaamista ja lääkehoitoon perehtyneisyyttä. Lääkehoidon osaamisen varmistava koulutus, sen jatkuva ja asianmukainen päivittäminen ja tarvittavat lisäkoulutukset tuovat osaamista ja varmuutta havainnointiin ja arviointiin. Raportointi kaikista havainnoista tulee kirjata viipymättä ja tarvittaessa konsultoida asiassa esimerkiksi lääkäriä puhelimitse. Lääkehoidon vaikuttavuudesta, yhteisvaikutuksista tai haittatapahtumista tiedottaminen muille lääkehoidon kokonaisuuteen osallistuville tahoille on oltava täsmällistä ja ajantasaista. Se on keskeinen osa lääkitysturvallisuutta ja potilasturvallisuutta. Lääkkeiden ja rokotteiden haittailmoitukset tekee lääkäri hoitajan antamien esitietojen perusteella. Haittailmoitukset tehdään Fimeaan (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus), lääkehoitosuunnitelmassa esitetyn ohjeen mukaisesti. Lääkäri siis raportoi havaitusta lääkkeen tai rokotteen aiheuttamasta haitallisesta tai muusta kuin aiotusta vaikutuksesta sähköisesti ja tekee vaaratapahtumailmoituksen lääkehoitoon liittyvästä haittatapahtumasta tai läheltä piti –tilanteesta.

6.3 Tarkastelu ja juurruttaminen, CHECK - ja ACT- vaiheet

Tarkasteluvaiheessa oli tarkoitus toteuttaa Turvallisen lääkehoidon osaamisen kysely uudelleen ja arvioida uuden lääkehoitosuunnitelman käyttökokemuksen jälkeen työntekijöiden valmiuksia ja turvallisuuden tunteen lisääntymistä. Tämä kysely ei kuitenkaan toteutunut, koska prosessi keskeytyi ennen tämän vaiheen toteutumista.

Learning cafe menetelmän toteutussuunnitelma

Lääkehoitosuunnitelman toimittamisen ja lyhyen käyttökokemuksen jälkeen tarkoituksena oli kokoontua arvioimaan ja kokoamaan yhteen käyttökokemuksia päivitetystä lääkehoitosuunnitelmasta. Learning cafe oli tarkoitus toteuttaa valmiiksi otsikoitujen teemojen alle. Sininen teema oli lääkehoitosuunnitelman sisältö ja ymmärrettävyys. Vihreä teema oli lääkehoidon osaamisen koulutukset ja niiden toteutuminen. Keltainen teema oli lääkehoidon sekä haitta- ja vaaratapahtumien sähköinen dokumentointi ja sen kehittyminen. Tarkoituksena oli, että kukin työntekijä kiertää pisteet läpi ja kirjoittaa omat näkemyksensä teemapaperille. (KUVA 15).



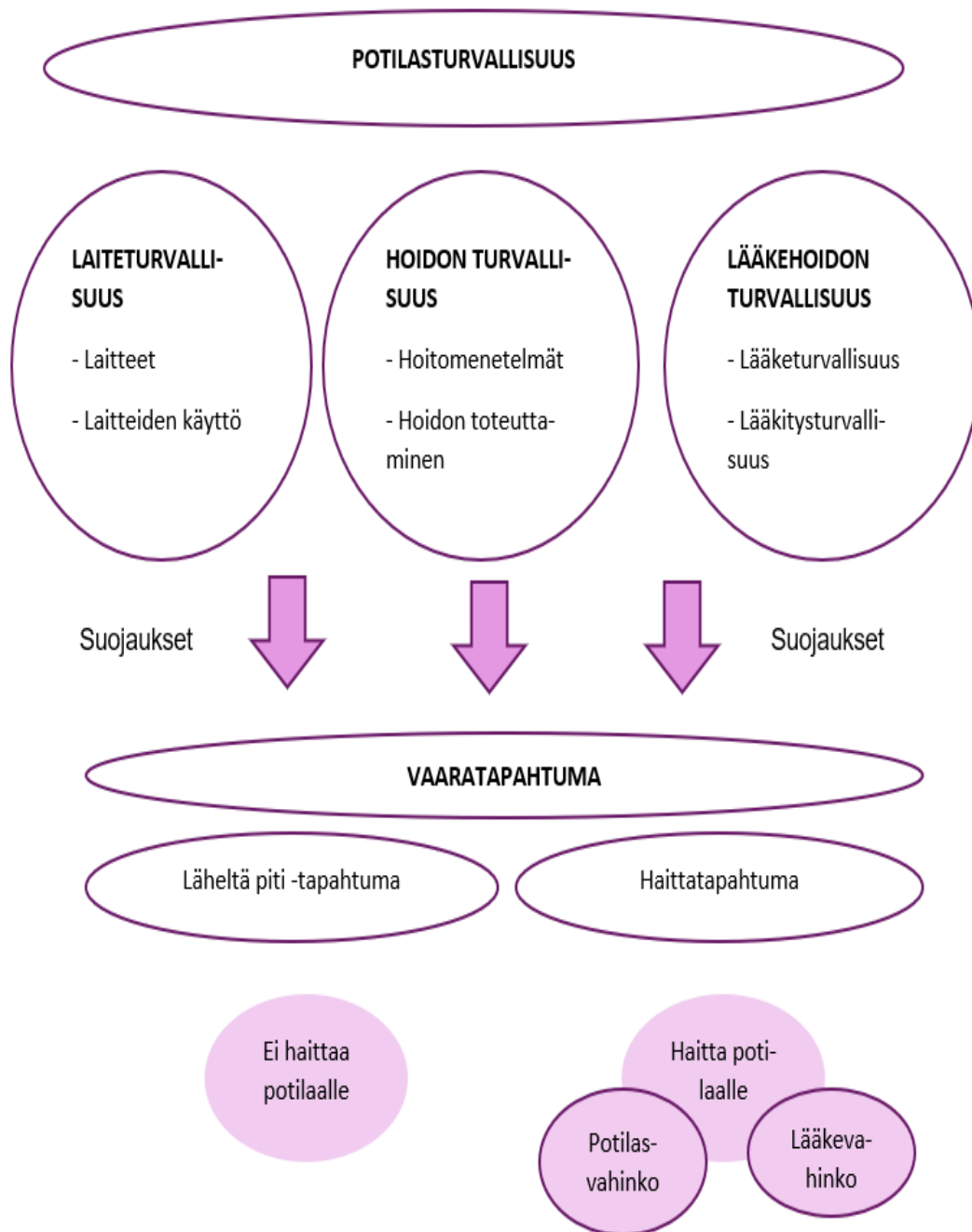
KUVA 15. Learning cafen teemapaperit

Hankkeen toteuttajat olisivat suorittaneet yhteenvedon, joka olisi esitelty osallistujille. Yhteinen koonti ja loppukeskustelu päivitetystä lääkehoitosuunnitelmasta oli tarkoitus toteuttaa päiväkahvien merkeissä työvuorojen vaihtumisen taitteessa niin, että kaikki voivat osallistua. Toimeksiantajalta tähän oli jo alustava lupaus työvuorosuunnittelullisestikin. Päiväkahvien oheen suunnitellut toiminnot olivat mietittyinä ja muutoinkin tapahtumaan valmistauduttu huolellisesti. Käytännössä tämä tapaaminen kuitenkin peruuntui ensin aikataulujen yhteensovittamisen vaikeuksien myötä ja myöhemmässä vaiheessa kävikin ilmi yrityksen sulautuminen isompaan konserniin ja jatkossa lääkehoitosuunnitelmat tulisivat konsernista. Työntekijöillä ei olisi ollut käyttökokemusta hankkeen toteuttajien päivittämästä lääkehoitosuunnitelmasta, joten sen pohjalta tehdyt ohjauksen tehostamisen alueet olisi ollut mahdoton selvittää.

Tässä hankkeessa varsinainen arviointivaihe ja juurruttamisvaihe eivät toteutuneet, mutta arviointia prosessin etenemisestä ja toimeksiannon läpiviemisestä toteutettiin jatkuvan arvioinnin periaatteilla. Hankkeen toimeksiantaja oli mukana aluksi keskustelemassa ja esittämässä näkemyksiä ollaanko etenemässä oikeaan suuntaan. Hän oli helposti lähestyttävä ja tavoitettavissa, joten joustava päätöksenteko ja hankkeen eteneminen oli koko ajan mahdollista. Tietoperustaan oli perehdytty jo ennen hankkeen toteuttamista. Ohjaajan näkemyksiä ja kommentteja pyydettiin suunnitteluvaiheessa tiheästi, että hanke eteni yhteistyössä ja oppimista oli mahdollista tapahtua koko kaaren ajan. Toimeksiantajan kanssa käytiin erikseen läpi lääkehoitosuunnitelman laatimiseen liittyvät yksityiskohdat juuri tämän organisaation osalta.

Seurantavaihe ja toiminnan kehittäminen ja vakiinnuttaminen käytännön tasolla jäi tässä projektissa toteutumatta yksikön toimintaan tulleiden muutosten takia. Tämän hankkeen tuotoksena päivitetty lääkehoitosuunnitelma ei tullut toimeksiantajalle käyttöön, koska fuusion myötä käyttöön tulee uuden toimijan jo olemassa oleva lääkehoitosuunnitelma. Myös lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja koulutus sekä valvonta tulee jatkossa olemaan uuden organisaation alaista toimintaa. Laadukkaan ja turvallisen lääkehoidon prosessikuvaus ja lääkehoitosuunnitelma, jotka olivat tämän kehittämishankkeen tuotokset, eivät ole jälkikäteen arvioitavissa.

Lääkehoidon turvallisuutta voidaan kuitenkin arvioida kirjallisuuden kautta osana potilasturvallisuutta (KUVA16).



KUVA 16. Lääkehoidon turvallisuus osana potilasturvallisuutta (Inkinen ym. 2015, 16)

Kirjallisuuden valossa arviointia muodostettaessa nostettiin ensin potilasturvallisuus yläkäsitteeksi. Potilasturvallisuus käsitti laiteturvallisuuden, hoidon turvallisuuden ja lääkehoidon turvallisuuden. Hoidon turvallisuuden toteutuminen oli osa hoitotyön laatua ja varsinaisen hoitoyksiköiden olemassaolon tarkoitus. Lääkehoidon turvallisuus sisälsi lääketurvallisuuden ja lääkitysturvallisuuden. Vaaratapahtumat sisälsivät sekä läheltä piti -tapahtumat että varsinaiset haittatapahtumat. Niiden arvioiminen asiakkaan näkökulmasta tarkoitti varsinaisen haitan arvioimista. Mikäli tapahtumasta oli haittaa potilaalle, tuli arvioida vielä, onko kyse potilasvahingosta vai lääkevahingosta.

Lääkehoitosuunnitelman päivitys ja lääkehoitoprosessin muokkaaminen olivat keskeiset toimenpiteet lääkehoidon turvallisuuden tason nostamiseksi tässä hankkeessa. Haittatapahtumien aktiivisen kirjaamisen ja raportoinnin tuominen osaksi lääkehoidon toteutusta oli yksi osa prosessia. Alkuperäisen suunnitelman mukaisesti lääkevirheiden määrää olisi voitu tässä vaiheessa arvioida raportoitujen vaaratapahtumien tai läheltä piti tilanteiden pohjalta. Tätä olisi voitu pitää tärkeänä mittarina prosessin omaksumisen ja toteuttamisen kannalta. Lääkehoidon turvallisuutta olisi voinut arvioida myös haittatapahtumien lukumäärän perusteella, mikäli ne oli dokumentoitu asianmukaisesti.

Jauhonen & Jyrkkä (2020) määrittelevät artikkelissaan monilääkityiksi potilaat, joilla on käytössä vähintään kymmenen eri lääkettä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2020) määrittää monilääkityksen määräksi yhdeksän lääkettä. Monilääkitykseen liittyy useita riskejä kuten huono toimintakyky, sairaalahoidon tarve sekä kuolleisuus. Monilääkitys saattaa kuitenkin olla välttämätöntä ja hyödyllistä potilaalle, jos se on määrätty asianmukaisesti. Vain potilaalle sopimatonta monilääkitystä tulisi välttää. (Castioni, Marques-Vidal, Abolhassani, Voltenweider & Waeber 2017.) Monilääkittyjen potilaiden määrää olisi voitu arvioida havaintojen ja kirjausten pohjalta. Tässä yhteydessä olisi tarkastettu jokaisen tällaisen asukkaan kokonaislääkitys ja arvioitu monilääkityksen haitat ja hyödyt. Asiakaspalautteista olisi voitu tehdä johtopäätöksiä turvallisen lääkehoidon toteutumiseen liittyen. Asukkaan kokema turvallisuus ja hyvinvointi kertoivat onnistumisesta. Tätä olisi voitu arvioida esimerkiksi asiakaskyselyn avulla, johon olisi voinut vastata asukkaiden lisäksi myös omaiset.

Lääkehoidon koulutusten määrästä olisi voitu päätellä alkuperäisten tavoitteiden toteutusta. Verkkokoulutuksina oli hankittavissa myös paljon lisäkoulutuksia esimerkiksi turvallisen lääkehoidon ohjauksesta, lääkehoidon seurannasta ja arvioinnista, iäkkään monilääkityksestä ja sen seurannasta. Nämä olisi ollut hyvä ohjata tarkastelu- ja juurruttamisvaiheen jälkeen tehostamaan turvallisen lääkehoidon toteutusta. Näyttöön perustuvan tiedon lisääminen, tuo varmuutta osaamiseen ja turvallisuuden tunteen myös hoitohenkilökunnalle oman työn tekemiseen.

Lääkehoitosuunnitelman käytön jälkeen oli tarkoitus arvioida uudelleen Turvallisen lääkehoidon mittari -kyselyn avulla, oliko uusi lääkehoitoprosessi tuonut yksikköön toivottua selkeyttä lääkehoidon toteutukseen. Uusi lääkehoitosuunnitelma ja prosessikuvaus olisivat selvästi määritelleet vastuut ja velvollisuudet. Myös lääkehoidon osaamisen varmistamisen malli ja toimintatapa olisi ohjannut henkilökunnan syventämään omaa osaamistaan lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä. Näin olisi varmistettu ajantasaisen tiedon olemassaolo yksikön työskentelyssä. Lääkehoidon prosessikuvauksen perusteella oletetaan, että kaikki lääkehoidon prosessissa työskentelevät olisivat tiedostaneet lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin ja siitä raportoinnin merkittäväksi osaksi lääkehoidon laadukasta toteutusta.

7 Johtopäätökset ja pohdinta

7.1 Yhteenveto

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli luoda turvallisen lääkehoidon prosessi yksityisen asumisyksikön asiakkaille. Kehittämistyön tuloksena syntyi prosessikuvaus, jossa lääkehoitoon osallistuvat toimijat sekä heidän tehtävänsä ja vastuunsa kuvattiin. Prosessin ohjauksen välineenä toimi yksikön lääkehoitosuunnitelma, joka tässä kehittämistyössä päivitettiin. Prosessiin sisältyvän lääkehoitosuunnitelman tarkoitus oli toimia turvallisenä työvälineenä ja yhtenäistää käytäntöjä lääkehoitoprosessin toteuttamiseksi.

Lääkehoidon turvallisuus nostettiin merkittäväksi kehittämisen kohteeksi ja toimeksiantajaa ohjattiin lääkepoikkeamien ja haittatapahtumien tarkkailuun, systemaattiseen kirjaamiseen ja niistä raportoimiseen. Tarkoituksena oli, että kaikki haittatapahtumat käytäisiin yhdessä työyhteisön kanssa läpi säännöllisesti. Niistä voisi koko työyhteisö oppia ja asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan turvallisuuden tunne lisääntyisi. Lisäksi haittatapahtumien raportointi kuului osana laatusuosituksen mukaiseen turvallisen lääkehoidon prosessiin.

Systemaattinen laatutyön merkitys nostettiin keskeiseksi lääkehoidon turvallisuutta ohjaavaksi näkemykseksi. Systemaattisessa laatutyössä kehittämissykli alkaa aina alusta arvioinnin ja uusien kehittämiskohteiden ilmentyessä. Laadun kehittäminen ja johtaminen tarkoittivat uusien kehittämistarpeiden aktiivisista tunnistamista ja tarvittavien toimenpiteiden käynnistämistä PDCA laatuympyrän mukaisesti.

7.2 Kehittämishankkeen tulosten arviointia

Systemaattinen laatutyö ja laadun kehittäminen

Systemaattinen laatutyö ja laadun kehittäminen nousivat tämän hankkeen myötä yksityisen asumispalveluyksikön tavoiteltavaksi toimintamalliksi. Laadun johtamiseen ohjattiin uusia näkökulmia. Nopeasti muuttuvat tilanteet ja olosuhteiden muutosten konkretisoituminen toi uudenlaisia haasteita laadun kehittämiseen hankkeen aikana. Jatkuvasti kehittyvä sote-ala tulee jatkossa tarvitsemaan muutos- ja kehitysorientaatioon suuntautuneita johtajia. Valtioneuvoston (2020) mukaan sote-uudistuksen tavoitteenakin on sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden ja johtamisen kehittäminen. Tämä kehittäminen edellyttää tutkittua tietoa ja tiedolla johtamista. Sote-palveluiden yhteensovittamisen tavoitteena on saumaton yhteistyö eri ammattiryhmien välillä ja yhtenäiset palveluketjut sekä kotiin vietävien palvelujen lisääminen ja kehittäminen.

Tässä hankkeessa laadun merkitys osana hoivayksikön johtamista korostui. Laatutyö on pitkäjänteinen prosessi ja vaatii jatkuvaa kehittymistä eri osa-alueiden suhteen. Yksikköön luotiin turvallinen lääkehoidon prosessi, joka on yksi osa laadun kehittämistä. Vaikka tämä lääkehoitosuunnitelma ja prosessi ei tullut käyttöön, ohjasi se kuitenkin jo suunnittelun ja toteutuksen vaiheissa ajattelua turvallisuuden näkökulmiin.

Koska korkeatasoiseen laatuun tarvitaan organisaation ja yrityksen kokonaisvaltaista johtamista, ei laatu synny yhdellä toimenpiteellä eikä hetkessä. Tarvitaan pitkäjänteistä ja määrätietoista työtä, jotta tavoiteltava laatutaso saavutetaan ja pidetään yllä. Sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallinen sekä sairaanhoitopiirien alueellinen ohjaus systemaattiseen laadunhallintaan on erittäin tärkeä tuki pienille yrityksille. Samat laatujärjestelmät sekä julkisessa että yksityisessä palvelutuotannossa tekevät mahdolliseksi laadun arvioinnin yhteneväisillä mittareilla sekä laadun vertailun eri palveluntuottajien välillä. Laadulla kilpailusta hyötyvät niin palvelun tuottaja kuin palvelun loppukäyttäjänkin. Kotiympäristössä hyväksi koettu laatu parantaa sekä asiakkaan elämän laatua että työntekijän hyvinvointia, kuten Piirainen (2018, 37, 40) toteaa.

Läkehoidon kokonaisuutta avattiin osana systemaattista laadun kehittämistä niin henkilöstölle kuin johdollekin. Johtamisen taitojen ja laadun merkityksen hyödynnettävyys on tärkeä askel tämän yksityisen palveluasumisyksikön toiminnassa. Laatutyö on jatkuvaa kehittämistä ja uusien tavoitteiden muodostamista. Niin kuin Nylander (2010, 18–19) toteaa, jatkuvassa kehittämisessä on kyse siitä, että toimintaa kyseenalaistetaan säännöllisesti. Laatujohdamisen (Total Quality Management, TQM) tavoitteena on Kosken (2017, 24) mukaan prosessien jatkuva parantaminen ja kehittäminen tehokkaiksi. Tässä hankkeessa tarkasteltiin erityisesti lääkehoitoprosessin sujuvuutta ja yhdistettiin siihen jatkuvan kehittämisen periaatteita PDCA laatusykliä mukaillen.

Yksi prosessien kehittämisen työkalu oli kolmisivumallinnuksen avulla tehty prosessikuvaus. Tässä kehittämishankkeessa toimeksiantaja oli tunnistanut jo kehittämistarpeen. Yhdessä toimeksiantajan kanssa kehittämistyön toteuttajat keskustelivat ja suunnittelivat, millä keinoin tavoitteisiin voitaisiin päästä. Prosessin alkutilanne määriteltiin. Toimeksiantajan kanssa määriteltiin myös prosessin loppu niin aikataulullisesti kuin tuotoksen osaltakin. Kolmisivumallinnuksen avulla määriteltiin prosessissa käytettävät mittarit ja toimintatavat. Prosessin vastuuhenkilöiden tehtävät ja toimenkuvat selkeytettiin. Prosessien ymmärtäminen ja työstä nousevien tarpeiden kautta työn kehittäminen prosessikuvausten avulla on nykypäivää ja osa laadun johtamista. Kolmisivumallinnuksen avulla tehtävä prosessikuvaus on jatkossakin käyttökelpoinen työväline kehittämistoiminnassa. Tässä yksikössä taidon hyödynnettävyys tulevia kehittämistehtäviä ajatellen oli merkittävä osa laadun johtamista.

Prosessien tunnistaminen voidaan jakaa neljään vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa asiakas ja asiakkaan keskeiset tarpeet tunnistetaan. Toisessa vaiheessa pohditaan mihin asiakkaan tarpeisiin pyritään vastaamaan. Kolmantena on tunnistettava prosessin alku ja loppu sekä selvitettävä mitkä ovat ne palvelut tai työskentelytavat millä tavoitteeseen päästään. Neljäs, viimeinen vaihe on prosessien nimeäminen, jonka tavoitteena on tunnistaa prosessin lopputila sekä määrittää prosessin liikkeelle laittavat voimat. (Suomalainen 2018, 19–20; Räsänen 2018, 39–42.) Tässä hankkeessa oli oppimisen näkökulmasta merkityksellistä käydä prosessi tarkasti läpi heti suunnitteluvaiheen aluksi, että tekijöillä ja toimeksiantajalla oli varmasti yhtenevä käsitys prosessin alku- ja lopputilasta.

Kehittämishankkeessa kuvattiin lääkehoitoprosessi kolmisivumallinnuksen avulla. Lääkehoidon johtaminen prosessityökalun avulla teki näkyväksi toiminnot, jotka turvallinen lääkehoito vaatii pienessä kotihoitoyksikössä. Palveluntuottaja pystyi prosessimallinnuksen avulla tarkastelemaan prosessin kriittisiä kohtia ja sujuvoittamaan prosessia. Myös Kankainen (2014, 87) on todennut, että prosessijohtaminen soveltuu kotihoidon ympäristöön hyvin. Kankainen havaitsi tutkimuksessaan samoja haasteita kuin tässäkin hankkeessa ilmeni: tietojärjestelmien puutteet ja asiakasnäkökulman hämärtyminen.

Lääketurvallisuus palveluasumisyksikössä

Lääketurvallisuus oli pienessä palveluasumisyksikössä keskeisin laadukkaan hoitotyön osa-alue ja toimi myös kilpailuvalttina asiakkaita tavoiteltaessa. Laadukkaan ja turvallisen lääkehoitoprosessin opettelu ja omaksumisen hyödyntäminen osana laadukasta hoitotyötä oli merkittävä askel koko yksikön hoitotyön kehittämisessä. Uudet toiminta- ja ajatusmallit olivat suoraan hyödynnettävissä toiminnan tasolla, olipa lääkehoitosuunnitelma minkä pääorganisaation tahansa.

Lääkehoitosuunnitelman päivittäminen on hyvä keino miettiä yksikön lääkehoitoprosessin ongelmakohtia sekä etsiä niihin ratkaisuja. Laadukas lääkehoito perustuu kokonaistilanteen kartoitukseen ja moniammatillisesti laadittuun lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoitosuunnitelman laatimiseen osallistuvilla henkilöillä tulisi olla samat tavoitteet ja tiedot turvallisen lääkehoidon toteutumiseksi. (Nylander 2010, 18–19.) Laadun parantamisen kannalta tärkeitä kokonaisuuksia ovat esimerkiksi henkilöstön osaaminen, lääkevirheet osana asiakas/potilasturvallisuutta (STM 2020, 59).

Lääkehoitoprosessin läpikäyminen yksikössä oli tulevaisuutta ajatellen hyödyllistä. Myös muissa vastaavanlaisissa toimintayksiköissä lääkitysturvallisuuden esiin nostaminen ja kehittäminen olisi hyödynnettävissä tämän kaltaisen toimintamallin kautta, koska turvallisuus on erityisen merkittävässä roolissa yhteiskunnan tämänhetkissä keskusteluissa.

Lääkehoitosuunnitelma loi perustan kaikelle lääkehoidolle. Se roolitti toiminnan ja määritteli vastuut ja velvollisuudet. Haasteena oli mahdollisesti ensi alkuun ymmärrettävyys ja tiedon ja osaamisen kehittyminen riittävän nopeasti toivotulle tasolle. Uusien toimintamallien omaksuminen ja esimerkiksi sähköisten järjestelmien käytön oppiminen saattoi tuoda alkuun haasteita. Sähköisten järjestelmien hyödyntäminen oman työn tukena oli kuitenkin tulevaisuuden toimintatapa ja sen harjoittelu ja systemaattinen käyttöönotto oli tärkeää.

Käyttökelpoisia järjestelmiä ovat esimerkiksi Terveystietojärjestelmien tietokannat, joista löytyy näyttöön perustuvaa tietoa niin sairauksien hoitosuosituksista kuin lääkkeiden merkityksestä sairauksien hoidossa. Viime aikoina on kehitetty myös paljon erilaisia lääkitysriskien tunnistamisessa avustavia sähköisiä tietokantoja ja sovelluksia. Niiden avulla voidaan tunnistaa merkittäviä lääkitysriskejä, haitallisia yhteisvaikutuksia ja iäkkäille haitallisia lääkkeitä. Seurantatutkimuksia näiden digitaalisten ratkaisujen käytöstä ja hyödyllisyydestä ei vielä ole saatavilla. (Hakoinen ym. 2017, 33–34.)

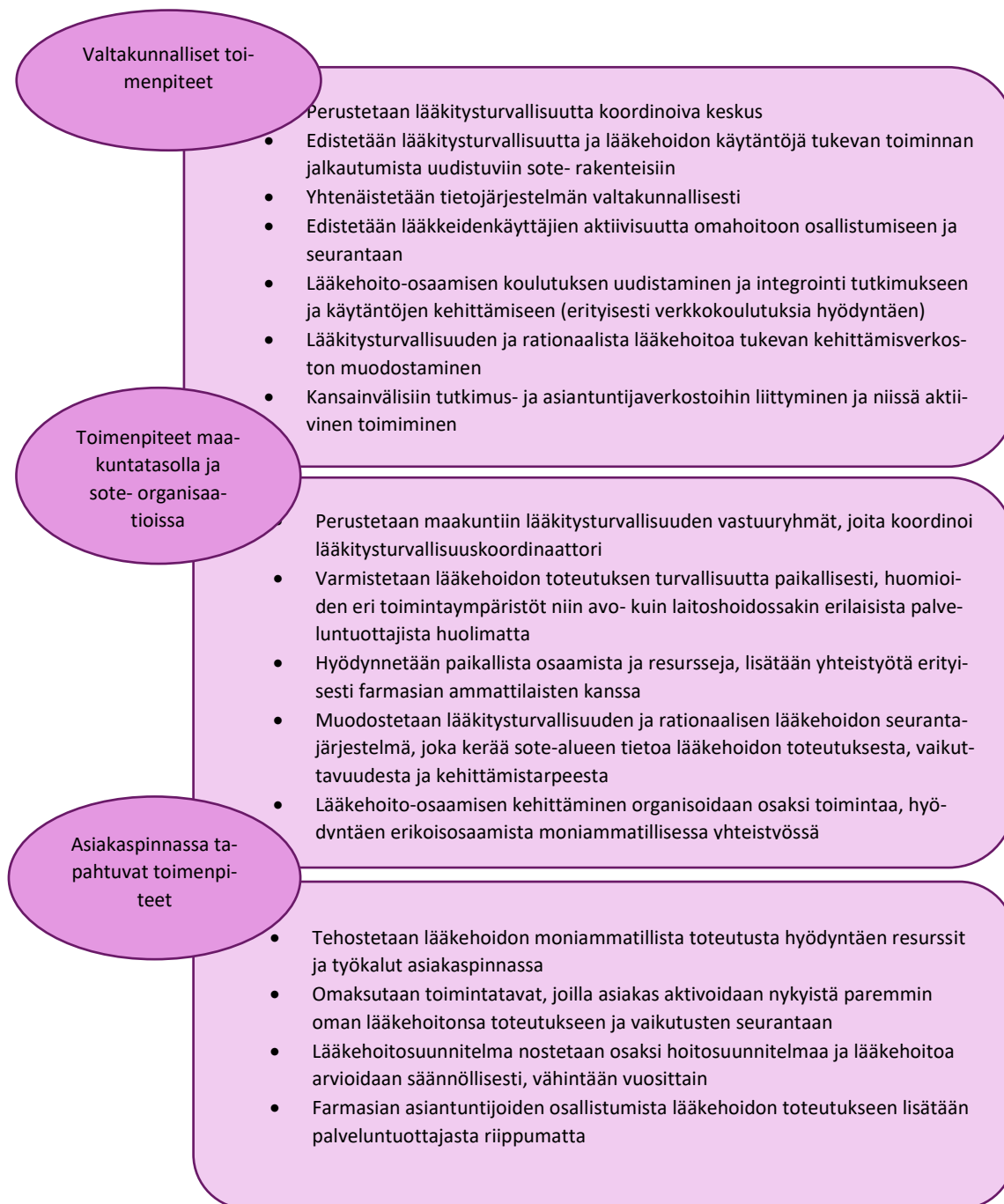
Systemaattinen ja sähköinen kirjaaminen ja lääkepoikkeamien esiin tuominen oli yhtenä kehittämiskohteena organisaatiossa. Toimeksiantajalle ohjattiin yksinkertainen tapa asioiden kirjaamiseen ja luotiin toimintaperiaate, miten lääkepoikkeamat tulisi käsitellä osana oppimista ja turvallisempaa lääkehoitoa. Lääkehoidon osaamisen varmistamiseen luotiin myös toimintaperiaatteet. Lääkehoidon lisä- ja täydennyskoulutukset tuotiin osaksi lääkehoidon osaamisen laatua. Sähköisten järjestelmien hallinta ja sovellusten käyttö osana turvallista lääkehoitoa tuli jatkossa sisältyä yksikön toimintaan.

Lääkehoidon turvallisuuden kehittäminen tulevaisuudessa - konkreettiset esimerkit

Turvallisen lääkehoidon kategoriasta löytyy vielä runsaasti työstettävää ja jatkotutkimus- ja kehittämiskohteita. Lääkehoidon turvallisuuden kehittäminen ja sen hyödynnettävyys osana potilasturvallisuutta on tulevaisuutta kaikilla sote-rakenteiden tasoilla. Sosiaali- ja terveysministeriö (2018) on myös suositellut, että jatkossa tutkimus, kehittäminen ja koulutus tulee kuulua osaksi uutta sote-järjestelmää.

Tässä yksityisessä palveluasumisyksikössä hankkeen hyödynnettävyys jatkossa perustuu lääkehoidon kehittämiseen osana laatujohtamisen kokonaisuutta. Lääkehoitosuunnitelman käyttö potilasturvallisuustyön pohjana on yksi osa laadukasta johtamista. Lääkehoitoprosessin käyttöönotto ja systemaattisen kirjaamisen ja haittatapahtumien dokumentoimisen jälkeinen seuranta ja arviointi olisivat mielenkiintoisia kehittämisen kohteita jatkossa. Lääkehoidon lisäkoulutusten järjestäminen osana turvallisen lääkehoidon prosessia ja niiden toteutuminen olisivat myös hyviä seurannan ja osaamisen kehittämisen mittareita. Sähköisten järjestelmien ja digitaalisten palvelujen ja tietolähteiden käyttö osana toimintaa olisi merkittävä kehitysaskel kohti uudistuvaa sote-kulttuuria myös tässä yksikössä.

Sosiaali- ja terveystalvuujuja uudistettaessa on oleellista lääkehoitokäytäntöjen ja -osaamisen kehittäminen. Näiden yhdistäminen potilasturvallisuustyöhön ja hoidon laatuun on keskeistä. (Hakoinen ym. 2017, 81–83.) Seuraavaksi (KUVA 17) on esitetty toimenpiteitä niin valtakunnallisella kuin maakuntien sote-organisaatioitasolla ja asiakaspinnassa tapahtuviksi toimenpiteiksi lähitulevaisuudessa. Potilasturvallisuuteen panostaminen ja sen kehittäminen ovat tulevaisuutta.



KUVA 17. Toimenpidesuosituksat lääkekaaoksen hallintaan uudistuvien sote-rakenteiden eri tasoilla (mukaillen Hakoinen ym. 2017, 81–83)

7.3 Kehittämishankkeen menetelmien arviointia

Avoin haastattelu on Järvisen (2019, 18) mukaan keskustelua, jossa asiat esitetään siten, kun ne aidossakin keskustelussa tulevat esille. Keskustelu etenee ilman tarkkaa ennakkosuunnitelmaa ja haastateltavan ehdoilla.

Avoin haastattelu muistutti tässä hankkeessa enemmänkin keskustelua. Aiheet ja asiat mitä keskustelussa selvitettiin, oli kyllä etukäteen mietitty, mutta keskustelu saattoi edetä rauhallisesti eteenpäin. Toimeksiantajan kanssa oli helppo keskustella ja hän kertoi avoimesti kaikista hankkeen taustoista ja lähtökohdista. Kehittämishankkeen tavoitteet ja aikataulu saatiin keskustellen selville. Keskustelu oli tässä hankkeessa erittäin toimiva menetelmä.

Swot -analyysissä Lylynojan (2020, 16–17) mukaan työkaluna toimii nelikenttä, jonka avulla kartoitetaan kohdetta. Analyysia tehdessä saattavat samat asiat näyttäytyä sekä vahvuutena että heikkoutena. Tuloksia voidaan käyttää esimerkiksi toiminnan kehittämisessä arvioiden, miten vahvuuksia voidaan hyödyntää ja heikkoudet käännetään vahvuuksiksi. Samalla arvioidaan, miten uhat vältetään ja mahdollisuuksia voidaan hyödyntää parhaiten.

Swot -analyysi toimi tässä hankkeessa menetelmänä hyvin. Analyysi oli muodostettavissa keskustelun pohjalta, vaikka henkilökuntarakenne oli hyvin pieni. Swot antoi hyvän pohjan kehittämistyölle ja loi selkeät suuntaviivat nykyhetkestä ja tulevaisuudesta.

Turvallisen Lääkehoidon -kysely oli jälkikäteen mietittynä hieman haastava analysoitava, koska otos oli todella pieni. Keskihajontaa ei pystynyt laskemaan vastausvaihtoehtojen valinnan takia. Kyselyn alkuperäinen tarkoitus oli selvittää osaamisen tasoa ja tunnetta ennen ja jälkeen uuden lääkehoitosuunnitelman. Koska jälkimmäinen kysely ei toteutunut lainkaan, jäi koko kyselyn informaatio heikoksi kehittämistyön tekijöiden kannalta. Jos tilanne olisi ollut ennakoitavissa, olisi kyselyn sijaan valittu ehdottomasti joku toinen menetelmä.

Learning cafe oli suunnitelma vaiheessa käyttökelpoisen tuntuinen vaihtoehto. Sen tarkoitus oli tässä hankkeessa koota koko henkilöstö ikään kuin yhteiseen päätöstilaisuuteen kahvittelun merkeissä. Kehittämistyön tekijöille oli tarkoitus tuottaa kootusti ja yhteisen toiminnan ja tekemisen kautta arviointia hankkeesta ja uudesta lääkehoitosuunnitelmasta käytännössä. Se olisi ollut tärkeä itsearvioinnin ja palautteen menetelmä. Valitettavasti hanke keskeytyi jo ennen tätä vaihetta organisaatorakenteen muutoksen vuoksi. Toimeksiannon toteuttajille tämä oli valitettavaa, koska tämän menetelmän toimivuuteen uskottiin ja sitä pidettiin hyvänä palautteen keräämisen menetelmänä.

Toimintatutkimus on käytännönläheinen tutkimustapa, jonka tuloksia voidaan soveltaa käytäntöön välittömästi. Toimintatutkimuksessa pyritään selvittämään jokin työyhteisöä koskeva ongelma ja muuttamaan vallitsevia toimintatapoja. Tutkimuksen avulla kehitetyssä toiminnassa tuotetaan usein toimintamalli, jolla kuvataan tavoitteet, toimintamenetelmät, toimijat ja kohderyhmät. Malli voi olla esimerkiksi toiminnanohje tai prosessikaavio. (Koski 2017, 42–43.)

Toimintatutkimus oli suunnitteluvaiheessa menetelmänä käyttökelpoinen erityisesti työelämälähtöisen kehittämishankkeen toteutukseen. Tässä hankkeessa pyrkimyksenä oli muuttaa yksikön toimintatapaa lääkehoitoprosessissa ja vahvistaa osaamista lääkehoitoprosessissa. Toimintatutkimuksessa oli tavoitteena tuottaa uusi toimintamalli, jossa menetelmät ja toimijat kuvattiin ja tässä hankkeessa ne kuvattiin kolmisivumallinnuksen avulla tehtävällä prosessikuvauksella. Siinä vaiheessa, kun hanke tavallaan keskeytyi, olisi näkökulma raporttiin ehkä pitänyt muuttaa kirjallisuuskatsauksen muotoon tai vaihtaa kokonaan aihetta tai toimeksiantajaa. Toimintatutkimuksen periaatteet toteutuivat toimeksiantajan näkökulmasta tarkasteltuna ainakin osittain, mutta kehittämishankkeen toteuttajille muuttunut tilanne aiheutti merkittävän haasteen. Toimintatutkimuksen hankeraportin kirjoittaminen oli todella vaikeaa, koska toiminta- ja juurruttamisvaihe ei ollut jälkikäteen arvioitavissa, kun kirjallisuuden kautta. Toiminnallinen osuus jäi käytännön tasolla keskeneräiseksi. Arvioinnin tekeminen yhteistoiminnallisten menetelmien kautta jäi kokonaan suunnitteluasteelle, joten toimintatutkimus ei ollut jälkikäteen arvioiden kovin toimiva menetelmä tässä kehittämishankkeessa.

7.4 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkijan etiikka tarkoittaa eettisiä periaatteita, sääntöjä, normeja, arvoja ja hyveitä, joita tutkijan tulisi noudattaa ammittaan harjoittaessaan. Tutkijan perustehtävä onkin luotettavan tiedon tuottamista todellisuudesta kuvaamalla ja tulkitsemalla ilmiöitä. Tutkimusetiikkaan kuuluu myös julkistamisen ja tiedon käytön etiikka. (Dooly, Moore & Vallejo 2017, 351; Tepponen 2009, 74.) Myös anonyymien tiedon kerääminen on suunniteltava huolellisesti. Tietoja tutkimuksesta voidaan antaa tutkittaville joko suullisesti tai kirjallisesti. (Bonsdorff, Järvenivu & Bonsdorff 2018.)

Tätä työtä tehdessä noudatettiin eettisiä periaatteita ja toimittiin sääntöjen sekä normien mukaisesti. Haastateltavia ja keskusteluihin osallistuneita henkilöitä tiedotettiin osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Heti ensimmäisessä tapaamisessa tiedotettiin, että lääkehoidon mittari -kyselyyn vastanneiden työntekijöiden tulokset analysoitiin nimettöminä. Kyselyyn vastanneiden anonymiteetti otettiin huomioon aineiston käsittelyssä ja tulosten esittelyssä.

Aineisto säilytettiin lukitussa kaapissa ja hävitettiin asianmukaisesti tietosuojajätteisiin. Kyselystä saadut tulokset esitettiin rehellisesti, kyselylomakkeen mukaisesti. Lähdeviitteet merkittiin ohjeiden mukaisesti raporttiin.

Kehittämishanke toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hankkeessa sovellettiin tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä toimintatapoja avoimesti ja vastuullisesti. Muiden tutkijoiden tekemää työtä kunnioitettiin ja julkaisuihin viitattiin asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014.) Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että tutkija noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä sekä tutkimustulosten esittämisessä (Vilka 2015, 27). Hanke suunniteltiin, toteutettiin ja raportoitettiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Työn vaiheet pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman tarkasti ja läpinäkyvästi.

Luotettavuutta voidaan pitää tieteellisen tiedon tunnusmerkkinä. Kehittämistoiminnassa luotettavuus on lähinnä käyttökelpoisuutta ja tuotetun tiedon hyödynnettävyyttä. Syntyvä tieto tulee olla totuudenmukaista ja hyödyllistä. Luotettavuutta voidaan arvioida myös hankkeeseen osallistujien sitoutumisen näkökulmasta. (Toikko & Rantanen 2009, 121–124.)

Asiantuntijatiedon keskeinen osa-alue on tieteellinen tieto. Tiedon perustana on oletamus siitä, että voimme hankkia tietoa maailman ilmiöistä, jotka ovat olemassa mielipiteistämme huolimatta. Tätä näkemystä kutsutaan tieteelliseksi realismiksi. Ammatillisen ongelmanratkaisun tulee perustua totuudelliseen tietoon eli faktoihin ja se on eettisen ongelmanratkaisun ehtona. (Juujaervi, Myyry & Pessa 2011, 16.)

Omia aikaisempia oppimistehtäviä hyödynnettiin osittain tätä työtä tehdessä. Lähdemateriaaliksi pyrittiin hankkimaan mahdollisimman uutta tutkimustietoa. Samoin tutustuttiin valtakunnallisiin ajankohtaisiin hankkeisiin, jotka käsittelivät kehittämishankkeen aihepiiriä.

Kehittämishankkeen tietoperusta tulee Vilkan (2015, 88–90) mukaan pohjautua tieteelliseen kirjallisuuteen. Hankkeen toteuttajien tulee osoittaa laadukkaiden tutkimusmenetelmien, tiedonhankinnan ja tutkimustulosten hallintaa. Nämä lisäävät osaltaan hankkeen luotettavuutta. Tutkimuksen tulisi tuottaa uutta tietoa tutkitta-vasta ilmiöstä tai kehittää keinoja jo olemassa olevan tiedon hyödynnettävyydestä uusin menetelmin.

Tietoperustaa hankittiin koulun informaation ohjaamana ja pyrittiin valikoimaan mahdollisimman tuoreita julkaisuja. Lähdeviittauksiin kiinnitettiin erityistä huomiota LAMK:n opinnäytetyön ohjeita 1/2019 noudattaen. Ongelmana oli lähinnä viime hetkillä tapahtunut mallipohjan päivittyminen ja olemassa olevan tuotoksen siirtyminen siihen kaikkien normien mukaisesti. Tietoperustaa hankittiin melko runsaasti jo hankkeen suunnitteluvaiheessa, jotta toteutus onnistuisi mahdollisimman hyvin.

Tietoa haettiin Medic-tietokannasta asiasanoilla lääkehoito, potilasturvallisuus, ikääntyneet ja laatujohtaminen (LIITE 8). Haku rajattiin vuosivälille 2009–2019. Asiasanalla lääkehoito tuli tuloksia 2318. Sanoilla lääkehoito AND potilasturvallis* tuloksia tuli 30 osumaa. Lääkehoito AND ikäänt* asiasanoilla tuli 149 osumaa. Laatujohtaminen asiasanalla suoritettiin haku finna.fi tietokantaan, jolloin osumia 562. Laatujohtaminen AND lääkeh* asiasanoilla tuli osumia 4.

Lisäksi tehtiin haku Cinahl-tietokantaan hakusanoilla medication errors (998 osumaa), "medication errors" and "nursing homes" (23 osumaa), "medication errors" OR drug error and "care homes OR residential care or nursing homes" (43 osumaa), Drug safety OR Medication safety AND care homes or residential care or nursing homes (16 osumaa) ja Drug management OR medication management and care homes or residential care or nursing homes (49 osumaa).

Tutkimustulosten luotettavuuden varmistamiseksi avoimesta haastattelusta tehtiin muistiinpanot, koska tällöin ei olla opinnäytetyön tekijöiden muistin varassa ja tutkimuksen puolueettomuus on paremmin turvattu. Tutkimusaihe oli haastateltavien työhön liittyvä, eikä henkilökohtaisia asioita tai kokemuseräistä. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta (Vainionpää 2017, 9). Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi myös se, että tutkimusaineisto oli itse kerättyä. Avoimen haastattelun runko oli muodostettu valmiiksi (LIITE 9), mutta etukäteen mietittyjä kysymyksiä ei ollut ja keskustelu eteni omalla painollaan.

Lähteet

- Ahonen, J. 2011. Iäkkäiden lääkehoito. Vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 19.10.2019. Saatavissa https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0500-0/urn_isbn_978-952-61-0500-0.pdf
- Alila, K. 2013. Varhaiskasvatuksen laadun ohjaus ja ohjauksen laatu. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 28.5.2020. Saatavissa <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/68120/978-951-44-9115-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Anttila, J. 2016. Mitä laatu on? Suomen Standardisoimisliitto. Viitattu 28.5.2020. Saatavissa <https://sfs.fi/mita-laatu-on/>
- Awanic. 2019. Tuotteet ja palvelut. Viitattu 4.10.2020. Saatavissa <http://awanic.fi/tuotteet-ja-palvelut/>
- Bonsdorff, M., Järvensivu, A. & Bonsdorff, M. 2018. Tutkimusetiikka yhä tärkeämpää työelämän tutkimuksessa. Työelämän tutkimus – Arbetslivsforskning. Vol 16 Nro 1/2018. Viitattu 20.10.2020. Saatavissa <https://www.google.com/url?q=https://journal.fi/tyoelamantutkimus/article/view/85262&sa=D&source=hangouts&ust=1606237757323000&usq=AFQjCNHZTFesu6OdeulbsQ7lyxKuHcCPWg>
- Castelino, R., Hilmer, S., Bajorek, B., Nishtala, P. & Chen, T. 2010. Drug Burden Index and Potentially Inappropriate Medications in Community-Dwelling Older People. *Drugs and Aging*. Nro 27/2010. Viitattu 19.7.2020. Saatavissa <https://www.google.com/url?q=https://link.springer.com/article/10.2165/11531560-000000000-00000&sa=D&source=hangouts&ust=1606238233436000&usq=AFQjCNHBh21WBjzDEny6agMLEbY0yEUC4A>
- Castioni, J., Marques-Vidal, P., Abolhassani, N., Vollenweider, P., Waeber, G. 2017. Prevalence and determinants of polypharmacy in Switzerland: data from the CoLaus study. *BMC Health Services Research*, 17:840 Viitattu 31.10.2019. Saatavissa https://www.google.com/url?q=https://www.researchgate.net/publication/321984410_Prevalence_and_determinants_of_polypharmacy_in_Switzerland_Data_from_the_CoLaus_study&sa=D&source=hangouts&ust=1606238385755000&usq=AFQjCNGZbC2CCRKL71HVe7NjGzKa-jaAEg

- Chen, Y., Li, H. 2019. Research on Engineering Quality Management Based on PDCA Cycle. IOP Conference Series: Materials Science and Engineering, 490 Viitattu 4.10.2020. Saatavissa <https://www.google.com/url?q=https://iopscience.iop.org/article/10.1088/1757-899X/490/6/062033/pdf&sa=D&source=hangouts&ust=1606238657458000&usg=AFQjCN EsGlyrSkS5phlwWkpuNuuEGSiuSQ>
- Dooly, M., Moore, E., Vallejo, C. 2017. Research Ethics. Qualitative approaches to research on plurilingual education. Viitattu 19.10.2020. Saatavissa <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED573618.pdf>
- Hakoinen, S., Laitinen-Parkkonen, P. & Airaksinen, M. 2017. Lääkekaoksen hallinta sote-muutoksessa - nykytila, haasteet ja ratkaisuehdotukset. KAKS - kunnallisalan kehittämissäätö. Tutkimusjulkaisu – sarjan julkaisu nro 106. Viitattu 23.7.2020. Saatavissa https://kaks.fi/wp-content/uploads/2017/09/tutkimusjulkaisu_106.pdf
- Halvorsen, K., Ruths, S., Granas, A. & Viktil, K. 2010. Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 28:2. Viitattu 8.10.2020. Saatavissa <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/02813431003765455?needAccess=true>
- Henrique, D. & Filho, M. 2018. A systematic literature review of empirical research in Lean and Six Sigma in healthcare. Total Quality Management & Business Excellence. Volume 31/2020, 429-449. Viitattu 21.9.2020. Saatavissa <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14783363.2018.1429259?scroll=top&needAccess=true>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 19. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hitonen, H. 2013. Lääkehoitosuunnitelmat lääkitysturvallisuustyökaluna. Pro gradu – tutkielma. Helsingin yliopisto. Viitattu 20.10.2019. Saatavissa <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/40060/Hitonen%20Heidi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Härkönen, S. 2013. Tarkistuslista –sairaanhoitajan työkalu potilaan kotiutustilanteen lääkehoidon ohjauksen kehittämisessä. Opinnäytetyö YAMK. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 19.10.2019. Saatavissa <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/59395/Sari%20Harkonen.pdf?sequence=1>

Ikola-Norrbacka, I. 2010. Johtamisen eettisyys terveydenhuollossa. Esimiestyön ja hallinnon eettiset arvot julkisen terveydenhuollon kahdessa professionissa. Väitöskirja. Vaasan yliopisto. Viitattu 8.6.2020. Saatavissa http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-301-1.pdf

Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4. uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. 2016. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Viitattu 19.10.2019. Saatavissa https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf

Jauhonen, H-M. & Jyrkkä, J. 2020. Monilääkitys ja lääkekustannukset kasvussa iäkkäillä. Lääkehoitojen arviointi, 3. Viitattu 31.10.2020. Saatavissa <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140560/Monil%C3%A4%C3%A4kitys%20ja%20%C3%A4%C3%A4kekustannukset%20kasvussa%20i%C3%A4kk%C3%A4ill%C3%A4%20-%20Sic!.pdf?sequence=1>

Juujärvi, S., Myyry, L. & Pessa, K. 2011. Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa. Jyväskylä: Bookwell Oy.

Johnson, C N. 2002. The Benefits of PDCA. Back to Basics, 35. Viitattu 18.7.2020.

Johnson, K. 2012. Reducing administration errors: a case study. Nursing and Residential Care, 14(6). Viitattu 3.5.2020.

JUHTA - julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. 2012. JHS 152 Prosessien kuvaaminen. Viitattu 23.7.2020. Saatavissa <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.pdf>

Junnila, R., Koskinen, S., Stolt, M. & Salminen, L. 2011. Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen. Turku: Turun yliopisto.

Jääskeläinen, A. 2010. Productivity Measurement and Management in Large Public Service Organizations. Väitöskirja. Tampere: University of Technology.

Järvinen, H. 2019. Kehon ja kehollisuuden merkityksiä kroonista masennusta sairastavan elämässä. Fenomenologinen tutkimus. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 31.10.2020. Saatavissa <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/63310/URN%20NBN%20fi%20jyu-201903271991.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Kallio, R. 2017. Lääkityslistat ja lääkehoidon suojaukset Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymän kunnissa. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. Viitattu 4.10.2020. Saatavissa

https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/230827/Rosanna%20Kallio_Pro%20gradu.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisuja 134. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Kankainen, J. Prosessijohtaminen kotihoidon asiakasturvallisuuden kehittämistyössä. Pro gradu -tutkielma. Vaasan yliopisto. Viitattu 10.11.2020 Saatavissa https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/1384/osuva_5906.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Karjalainen, T. 2017. Uuden strategisen johtamismallin luominen ja jalkauttaminen PK-kasvuyrityksessä - Toimintatutkimus teknisessä suunnittelutoimistossa. Diplomityö. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Viitattu 30.8.2020. Saatavissa https://lutpub.lut.fi/bitstream/handle/10024/147745/Diplomityo_Karjalainen_Tomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Karttunen, J. 2019. SFS-EN ISO 9001 mukaisen laadunhallintajärjestelmän päivittäminen pienelle kasvuyritykselle ja sen tytäryhtiölle. Diplomityö. LUT-yliopisto. Viitattu 1.9.2020. Saatavissa https://lutpub.lut.fi/bitstream/handle/10024/159121/Diplomityo%c3%b6_Karttunen_Jani.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Karttunen, M., Kääriäinen, M., Jokelainen, J. & Elo, S. 2017. Ikääntyneiden turvallinen lääkehoito -mittarin kehittämisprosessi. Gerontologia. Vol 31 Nro 2/2017, 87-99. Viitattu 18.10.2019. Saatavissa <https://doi.org/10.23989/gerontologia.63086>

Keskinen, T. 2015. Ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden osallisuus omaan lääkehoitoonsa. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 2.11.2019. Saatavissa <https://core.ac.uk/download/pdf/32429818.pdf>

Khalil, H., Bell, B., Chambers, H., Sheikh, A., Averym A. 2017. Professional, structural and organisational interventions in primary care for reducing medication errors. The Cochrane database of systematic reviews. Viitattu 19.7.2020. Saatavissa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6485628/>

- Kiviluoto, K. 2014. Potilas moniammatillisen lääkehoitoprosessin keskiössä - lainsäädännön viitoittamat toimintamahdollisuudet. Pro gradu –tutkielma. Helsingin yliopisto
Viitattu 20.10.2019. Saatavissa https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/135749/Pro%20gradu_Kiviluoto.pdf?sequence=1
- Kivelä, S-L., Puustinen, J. & Nurminen, J. 2005. Suosituksia vanhusten lääkehoidosta. Tabu, 5. Viitattu 19.10.2019. Saatavissa <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/133979/tabu52005kk.pdf?sequence=1>
- Klemola, K., 2015. Tuottavuuden, vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi alueellisesti integroiduissa sosiaali- ja terveystaloudissa – palvelujen käyttöön perustuva malli ja esimerkkejä. Väitöskirja. Lappeenrannan yliopisto. Viitattu 26.10.2020. Saatavissa <https://lutpub.lut.fi/bitstream/handle/10024/117767/Katja%20Klemola%20A4.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Koivuranta, P. (toim.) Terveystalouden laatuopas. 2019. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Viitattu 28.5.2020. Saatavissa http://shop.kuntaliitto.fi/product_details.php?p=3584
- Korpela, T. 2010. Laatu henkilöstön käsityksinä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto
Viitattu 28.5.2020.
- Korpela, T. 2017. Palvelun merkityksellistäminen sensemaking-näkökulman valossa. Tutkimus sairaalan hoitoprosessista. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 11.11.2020. Saatavissa <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/102313/978-952-03-0577-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Koski, J. 2017. Sairaalaan kotihoitoon. Toimintatutkimus kotiutusprosessin kehittämisestä lean-menetelmiä hyödyntäen. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 31.10.2020. Saatavissa https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170394/urn_nbn_fi_uef-20170394.pdf
- Koskinen, T., Puirava, A., Salimäki, J., Puirava, P. & Ojala, R. 2012. Lääketietoa ammattilaisille. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 9.6.2020. Saatavissa <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/67266/951-44-5605-X.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Viitattu 8.6.2020. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:951-27-0062-X>

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Viitattu 5.8.2020. Saatavissa <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>

Laapio-Rapi, E. 2020. Sairaanhoidajien rajatun lääkkeenmääräämistoiminnan tuottavuuden, tehokkuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi perusterveydenhuollon avohoidon palveluprosessissa. Väitöskirja. LUT yliopisto. Viitattu 12.9.2020. Saatavissa <https://lutpub.lut.fi/bitstream/handle/10024/160751/Emilia%20Laapio-Rapi%20A4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Laine, T. Toimitusjohtaja. Haastattelu 30.9.2019.

LAMK 2019. YAMK-opinnäytetyöprosessin käsikirja sosiaali- ja terveysalalla viitattu 1.7.2020. Saatavissa https://lut.sharepoint.com/sites/lamk/intranet/Dokumentit%20%20Ohje/yamk_opinnaytetyo_ohje.pdf

Lillrank, P. 2015. Small and big quality in health care. International Journal of Health Care Quality Assurance. Vol 28 Nro 4/2015, 356-366. Viitattu 28.9.2020. Saatavissa <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2014-0068>

Luukkonen, I., Mykkänen, M., Itälä, T., Savolainen, S. & Tamminen, M. 2012. Toiminnan prosessien mallintaminen. Tasot, näkökulmat ja esimerkit. Itä-Suomen yliopisto ja Aalto-yliopisto. Viitattu 26.9.2020. Saatavissa https://www.researchgate.net/profile/Irmeli_Luukkonen/publication/257528716_Toiminnan_ja_prosessien_mallintaminen_Tasot_nakokulmat_ja_esimerkit/links/0deec525629e48fdc5000000/Toiminnan-ja-prosessien-mallintaminen-Tasot-naekoekulmat-ja-esimerkit.pdf

Lylynoja, R. 2020. Arvokas kohtaaminen. Taidemuseoiden kokemuksia peruskouluyhteistyön tilasta ja tulevaisuudesta. Kandidaatintutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 31.10.2020. Saatavissa <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/119929/LylynojaRoosa.pdf?sequence=2>

Méndez, D., Ramírez, R. & Serrano, E. 2020. Impact of the PDCA cycle on the implementation of an occupational health and safety management system. Journal of Xi'an University of Architecture & Technology. ISSN Nro 1006-7930. Viitattu 4.10.2020. Saatavissa <https://www.xajzkjdx.cn/gallery/49-sep2020.pdf>

- Meriläinen, M., Koivisto, K., Sirviö, P. & Tensing, M. 2016. Hoitotyön johtaminen. Teoksessa Koivisto, K. & Sandelin, P. (toim.) Sairaanhoidajakoulutusta 120 vuotta Oulussa – Aputyöstä asiantuntijaksi -juhla-julkaisu. ePooki, Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut. Nro 33/2016. Viitattu 12.5.2020. Saatavissa <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2016112930047>.
- Mäki, T. 2004. Laadun informaatio -ohjauksen haasteet. Kuopion yliopiston julkaisuja e. yhteiskuntatieteet 109. Viitattu 28.5.2020. Saatavissa <http://www.oppi.uef.fi/uku/vaitokset/vaitokset/2004/isbn951-781-948-X.pdf>
- Nazarko, L. 2015. Medication management: eliminating errors. Nursing and Residential Care. Vol 17 Nro 11/2015. Viitattu 11.5.2020. Saatavissa <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/nrec.2015.17.11.625>
- Niiranen, V. 2011. Moniammatillisten verkostojen johtaminen. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 97–103.
- Niskanen, J. & Tuomi, V. 2000. Balansoituun mittaristoon pohjautuva laadunhallinta: esimerkkimalli perusterveydenhuoltoon. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 4.
- Nurminen, M-L. 2011. Lääkehoito. 10. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Nyarku, K. & Agyapong, G. 2011. Rediscovering SWOT analysis: The Extended Version. Academic Leadership: The Online Journal. Vol 9 Nro 2/2011 Article 28. Viitattu 5.8.2020. Saatavissa <https://scholars.fhsu.edu/cqi/viewcontent.cgi?article=1666&context=ali>
- Nylander, M. 2010. Turvallinen lääkehoito – lääkehoitosuunnitelmanmallin laatiminen ja sen pilotointi sosiaalihuollon yksiköissä. PD-Projektityö. Helsingin yliopisto. Viitattu 31.10.2020. Saatavissa <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/304434/Nylander.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ojala, J. 2007. Toiminnan laadun parantaminen organisaation itsearvioinnilla -tutkimus Suomen puolustusvoimien tulosityksiköissä. Väitöskirja. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Viitattu 30.8.2020. Saatavissa <https://lutpub.lut.fi/bitstream/handle/10024/37326/isbn9789512517831.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät: uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro.

Palmu, T. Lääkehoito kotihoidossa. 2013. Teoksessa Sulosaari, V., Hahtela, N. & Ranta, I. 2009. Hoitotyön vuosikirja 2013. Sairaanhoidaja & Lääkehoito. Helsinki: Fioca Oy.

PHHYKY. 2020. Yksityisten palveluntuottajien lääkehoitosuunnitelma. Viitattu 19.10.2020. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/ammattilaisille/yksityisten-palveluntuottajien-ohjeet/yksityisten-palveluntuottajien-laakehoitosuunnitelma/>

Pekurinen, M., Räikkönen, O. & Leinonen, T. 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakesin raportteja 38/2008. Viitattu 12.9.2020. Saatavissa <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76850/R382008-VERKKO.pdf?sequence=1>

Petersson, P., Olsson, B., Lundström, T., Johansson, O., Broman, M., Blucher, D. & Alsterman, H. 2018. Lean: Muuta poikkeamat menestykseksi! Bromma: Part Media.

Pitkänen, A., Uusitalo, M., Teuvo, S., Oja, K., Ränkimies, M. & Kaunonen, M. 2014. Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien taustalla olevat tekijät. Hoitotiede, 26: 3, 177-189. Viitattu 12.11.2020. Saatavissa <https://www.doria.fi/handle/10024/122488>

Piirainen, M. 2018. Kotihoidon laatu hoitohenkilökunnan arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 6.10.2020. Saatavissa https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20180244/urn_nbn_fi_uef-20180244.pdf

Pöyhönen, J. 2017. SWOT-analyysin soveltaminen yrityksen kyberturvallisuuden tilannekuvan muodostamiseen. Tutkimusmenetelmäkuvaus. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 5.8.2020. Saatavissa https://www.jyu.fi/it/fi/tutkimus/julkaisut/it-julkaisut/swot-kybertilannekuva_verkkojulkaisu.pdf

Ranta, I. 2009. Hoitotyön vuosikirja 2013. Sairaanhoidaja & Lääkehoito. Helsinki: Fioca Oy.

Realyvásquez-Vargas, A., Arredondo-Soto, K., Carrilo-Gutiérrez, T. & Ravelo, G. 2018. Applying the Plan-Do-Check-Act (PDCA) Cycle to Reduce the Defects in the Manufacturing Industry. A Case Study. Applied Sciences, 8:11. Viitattu 4.10.2020. Saatavissa <https://www.mdpi.com/2076-3417/8/11/2181/htm>

Riepula, H. 2014. Terveyspalveluiden laadun kehittäminen asiakastytyväisyysmittauksen keinoin. Pro gradu -tutkielma. Vaasan yliopisto. Viitattu 28.5.2020. Saatavissa https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/4718/osuva_5677.pdf?sequence=1&isAlloWed=y

Roine, R. 2016. Hoidon vaikuttavuuden arviointi 15D-mittarilla. Duodecim. Nro 17/2016; 132/1537-42. Viitattu 1.10.2020. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo13286>

Ruusumo, H. 2016. Palvelun laadun johtaminen terveydenhuoltoalalla, julkisen ja yksityisen sektorin välisessä kumppanuudessa. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Viitattu 8.6.2020. Saatavissa

<https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/125419/TSEgradu%202016%20Ruusumo.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Räsänen, S. 2018. Asiakaskokemuksen johtaminen. Analyysi prosessijohtamisen merkityksestä asiakastytyväiseen ja -kokemukseen terveystalouden case-yrityksissä. Pro gradu -tutkielma. Vaasan yliopisto. Viitattu 1.11.2020. Saatavissa

https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/9516/osuva_8257.pdf?sequence=1

Sairanen, J. 2015. Tuotteiden kehittämisprosessin analysointi ja uuden toimintamallin määrittely. Diplomityö. Tampereen teknillinen yliopisto. Viitattu 19.10.2020. Saatavissa

<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/123456789/24416/Sairanen.pdf?sequence=4>

Saloranta, T. 2020. Sosiaalityöntekijän työssä kokema väkivalta. Kokemuksia rikosprosessista ja organisaation tarjoamasta tuesta. Maisterintutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 26.10.2020. Saatavissa

<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/71951/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-202010016031.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 19.10.2019. Saatavissa

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>

Salerno, E. 2011. Lähi- ja perushoitajien lääkehoito-osaaminen vanhustyössä. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 19.10.2019. Saatavissa

<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/27151/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-2011061310989.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Schuling, J., Gebben, H., Veehof, L. & Haaijer-Ruskamp, F. 2012. Deprescribing medication in very elderly patients with multiorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. BMC Family Practice 13. Nro 56/2012. Viitattu 4.10.2020. Saatavissa

<https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2296-13-56>

Steenbergen, R. 2020. Healthy lifestyle of people with intellectual disabilities. Implementation and maintenance of lifestyle approaches within healthcare organizations. Rijksuniversiteit Groningen. Viitattu 4.10.2020. Saatavissa

https://www.hanze.nl/assets/kc-cares/transparante-zorgverlening/Documents/Public/145683-Steenbergen_COM_email.pdf#page=135

Sokovic, M., Pavletic, D. & Pipan, K. K. 2010. Quality improvement methodologies—PDCA cycle, RADAR matrix, DMAIC and DFSS. Journal of Achievements in Materials and Manufacturing Engineering, Vol 43, 476-483. Viitattu 08.10.2020. Saatavissa http://jamme.acmsse.h2.pl/papers_vol43_1/43155.pdf

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Viitattu 6.10.2020. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 18. Viitattu 11.5.2020. Saatavissa <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN%3aNBN%3afi-fe201504226780.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011a. Lääkepolitiikka 2020. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:2. Viitattu 2.11.2019. Saatavissa <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71829/URN:NBN:fi-fe201504226219.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011b. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011. Viitattu 29.10.2019. Saatavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/kokoelma/2011/20110341.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 7/2018. Tutkimustieto hyötykäyttöön: Rationaalisen lääkehoidon tutkimusstrategia 2018–2022. Viitattu 23.7.2020. Saatavissa http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160656/STM_rap_7_2018_Tutkimustieto_hyotykayttoon.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019a. Kotihoito ja kotipalvelu. Viitattu 19.10.2019. Saatavissa <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019b. Lääkehoidon arvoketju. Viitattu 20.10.2019. Saatavissa <https://stm.fi/laakehoidon-arvoketju>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019c. Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016-2018. Tuloksia ja toimintamalleja. Viitattu 20.9.2020. Saatavissa https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161532/29_2019_Ikaihminen%20Kotihoidon%20ja%20kaikenikaisten%20omaishoidon%20uudistus%2020162018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Viitattu 31.10.2020. Saatavissa https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sneck, S. 2016. Sairaanhoidajien lääkehoidon osaaminen ja osaamisen varmistaminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Viitattu 19.10.2019. Saatavissa <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526210667.pdf>

Suomalainen, A. 2018. Hallinnon tukipalvelut matriisirakenteina kuntaorganisaatiossa. Pro gradu -tutkielma. Lapin yliopisto. Viitattu 1.11.2020. Saatavissa <https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/63395/Suomalainen.Anna.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Suvikas-Peltonen, E. 2017. Lääkkeiden turvallisen käyttökuntoon saattamisen edistäminen sairaaloiden osastoilla. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Viitattu 30.8.2020. Saatavissa <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/214052/LAAKKEID.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 1326/2010. Viitattu 19.10.2019. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2020. Muutokset RAI -vertailutiedoissa. Viitattu 7.11.2020. Saatavissa <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-vertailutietokannat/muutokset-rai-vertailutiedossa>

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja -talouden laitos. Viitattu 5.8.2020. Saatavissa https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1301-1/urn_isbn_978-951-27-1301-1.pdf

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Tilastokeskus. 2020. Väestö. Viitattu 25.10.2020. Saatavissa https://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#V%C3%A4est%C3%B6n%20ik%C3%A4rakenne%2031.12.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012–2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 19.10.2019. Saatavissa <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Vainionpää, J. 2017. Projektipäälliköiden kokemuksia sosiaali- ja terveysalan suurten projektien vaikuttavuudesta. Pro -gradu tutkielma. Oulun yliopisto. Viitattu 26.10.2020. Saatavissa <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201705252147.pdf>

Valtioneuvosto. 2020. ”Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopistettä siirretään perustason palveluihin ja ennaltaehkäisevään toimintaan”. 3.6.1 Sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenneuudistus. Viitattu 10.11.2020 Saatavissa <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma/sosiaali-ja-terveyspalveluiden-rakenneuudistus>

Valtioneuvosto. 2017. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 68/2017. Uudistuva palvelukokonaisuus – kuntouttava kotihoito ja asiakaslähtöinen kotona asumisen tuki. Kuntouttavat mallit iäkkäiden palveluissa (TEAS) -hankkeen loppuraportti. Viitattu 29.10.2019. Saatavissa http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160245/68_Kuntouttavat%20toimintamallit%20iakkaiden%20palveluissa_loppuraportti3010.pdf

Valvira. 2019. Kotiin annettavat palvelut. Viitattu 19.10.2019. Saatavissa <https://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-palvelut/kotiin-annettavat-palvelut>

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS- kustannus.

Vilkka, H. 2020. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Viitattu 11.11.2020. Saatavissa <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Wright, K. 2015. Medicines management: what nurses need to know. Nursing and residential care 09/02/2015. Vol 17 Nro 9/2015, 507-511. Viitattu 3.5.2020. Saatavissa <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.saimia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=7be869b1-9eaa-405c-a2ab-629743ea034a%40sessionmgr103>.

Liite 1. Prosessin perustietojen keräyslomake

1. Prosessin nimi:	Yksityisen palveluasumisyksikön lääkehoitoprosessi.
2. Prosessin omistaja:	XX
3. Prosessin lähtötiedot (syötteet):	Tarve selkeyttää vastuita lääkehoitoprosessissa ja parantaa lääketurvallisuutta.
4. Koko prosessin edellyttämät keskeiset resurssit:	<p>Henkilöstö: Lääkäri, apteekkihenkilökunta, hoitohenkilökunta, hoiva-apulaiset, siistijät</p> <p>Välineet ja laitteet: Asukkaiden kodin välineistö, toimiston tietokone, puhelimet, doositit, Anja-pussien säilytyslaatikot, lääkkeenjakovälineistö</p> <p>Järjestelmät: Tulossa oleva sähköinen tietojärjestelmä</p>
5. Prosessin asiakkaat:	<p>Ulkoiset sidosryhmät: PHHYKY, apteekki, asiakkaat, omaiset</p> <p>Sisäiset sidosryhmät: Lääkäri, hoitohenkilökunta, johtaja</p>
6. Mistä prosessi alkaa:	Prosessi alkaa siitä, kun asiakkaalla on oire/ongelma ja hoitaja tekee hoidontarpeen arvioinnin.
7. Mihin prosessi päättyy:	Prosessi päättyy, kun lääkitys loppuu, asiakas siirtyy muualle tai kuolee.

<p>8. Prosessin tuotokset ulkoiselle tai sisäiselle toimijalle:</p>	<p>Prosessin tuotoksena syntyy päivitetty lääkehoitosuunnitelma ja prosessikuvaus. Asiakkaalle se tuo toimintakykyä ja hyvinvointia ja henkilöstölle lääkehoidon osaamisen kehittymistä.</p>
<p>9. Koko prosessin tavoitteet ja prosessin sekä sen tuotosten mittarit tarkasteltuna seuraavista näkökulmista:</p>	<p>Asiakasnäkökulma: Turvallinen lääkehoidon prosessi ja toimiva palveluprosessi.</p> <p>Henkilöstönäkökulma: Henkilökunta toimii palveluprosessin mukaisesti sekä tunnistaa lääketurvallisuuden merkityksen.</p> <p>Prosessin suoristuskyky näkökulma: Sujuva ja turvallinen palveluprosessi.</p>
<p>10. Prosessin arviointitapa ja palautteen hankintatapa:</p>	<p>Prosessia arvioidaan lääkevirheiden- ja monilääkittyjen potilaiden määrällä sekä läheltä-piti-tilanteiden määrällä. Asiakaspaute on myös yksi arviointitapa. Henkilöstön osalta prosessia voidaan arvioida lääkekoulutusten määrällä ja henkilöstön osaamiskartoituksin.</p>

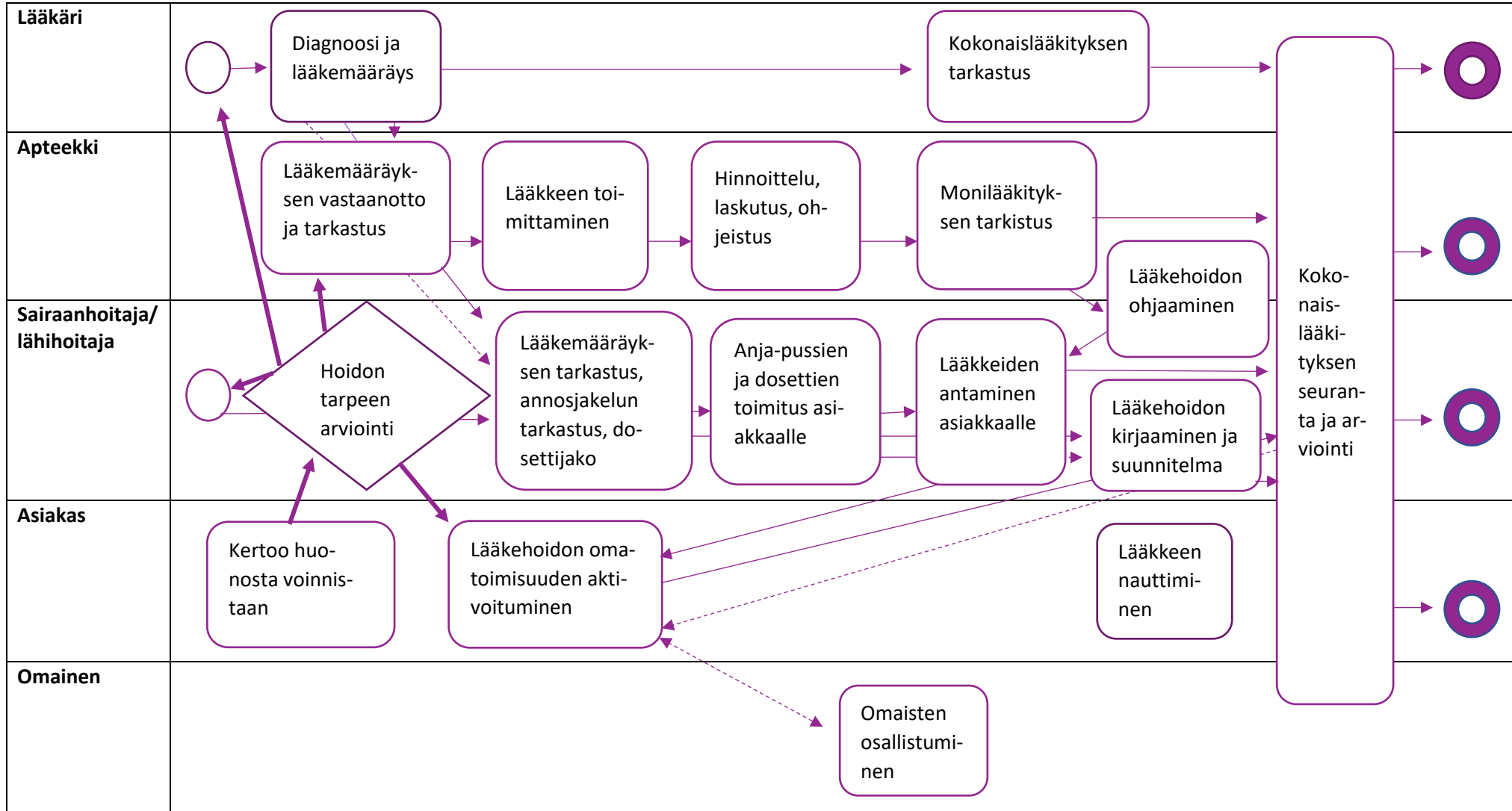
Liite 2. Prosessin seliteosa

1. Vaihe/ tehtävä	2. Kriittiset tekijä	3. Menetelmät, työ- ohjeet, lomakkeet, laitteet, tietojärjes- telmät jne, ohjaus ja valvonta	4. Tietojen hallinta	5. Tietojen hallinta
Lääkäri: - antaa asi- akkaalle diagnoosin sekä lääke- määräyk- sen - tarkistaa kokonais- lääkityksen	-lääkärillä ei ole kokonaislääkityk- set faktat käytet- tävissä -tieto ei kulje asi- akkaan asumisyk- sikköön - ajantasaisen tie- don siirtyminen reaaliajassa päi- vystyskäyntien yhteydessä usein ongelmallista	-tietokone -tulostin -potilastietojärjes- telmä -reseptikeskus - Kanta-arkisto -asukaskansio	-asiakkaan perussai- raudet -nykylääkitys -käyntiin liittyvät tutki- mustulokset -sosiaalinen status -asiakkaan käytettä- vissä olevat oheispal- velut	-epikriisi -sähköisen lääkemääräyk- sen tuloste -käyntimaksu -haittavaikutusilmoitukset Fimeaan

<p>Apteekki:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vastaanottaa lääkemääräyksen - hinnoittelee sekä toimittaa tuotteen - tarkistaa monilääkityksen - ohjaa lääkehoidon 	<ul style="list-style-type: none"> -lääkemääräys on puutteellinen -käytössä olevia lääkkeitä ei ole huomioitu -lääkettä ei voida toimittaa (loppu tukkuliikkeistä) - rinnakkaisvalmisteseen vaihtaminen -ohjaaminen lääkkeiden toimitustilanteessa 	<ul style="list-style-type: none"> -tietokone -tulostin -apteekin oma tietojärjestelmä -reseptikeskus -annosjakelulaitteisto -apteekkisopimukset -Kanta-arkiston käytölupa -asiakkaan lääkityskoosteet -Kela-korvattavuuksien seurantajärjestelmä 	<ul style="list-style-type: none"> -lääkemääräys -nykyinen lääkitys ja interaktiot - apteekkisopimus asiakkaan kanssa -farmasian ammattitaito 	<ul style="list-style-type: none"> -annosjakelun lääkityskortti -erittely lääkkeitä -lääkehoidon interaktio-ohjeistus -lasku
<p>Sairaanhoidaja/lähihoitaja:</p> <ul style="list-style-type: none"> -tarkastaa lääkemääräyksen -tarvittaessa jako dosettiin -anjanpuussin toimitus asiakkaalle -lääkkeiden antaminen asiakkaalle -kokonaislääkityksen seuranta ja arviointi -lääkehoidon ohjaus asiakkaalle 	<ul style="list-style-type: none"> -turvallisuus ei toteudu, kaksoistarkastus ei toteudu, kirjaaminen on puutteellista, lääkkeiden tarkastus ja käsittely rauhallisessa ympäristössä virheiden vähentämiseksi, lääkevirheiden raportointi, asiakkaan tunnistaminen, lääkehoidon osaaminen, ohjaustaidot 	<ul style="list-style-type: none"> -tietokone -tulostin -lääkkeiden dosettijakoon liittyvä välineistö -aseptisen työskentelyn varusteet -asukaskansiot 	<ul style="list-style-type: none"> -ajantasainen lääkelista -apteekin ohjeistus interaktioista -asukastiedot 	<ul style="list-style-type: none"> -merkinnät asukaskansioon -ilmoitukset läheltä tapahtumista

<p>Asiakas: -osallistuu mahdollisuuksien mukaan omaan lääkehoitoonsa -aktivoituu omaan lääkehoitoon seuraamalla vointiaan ja lääkkeen vaikutuksia</p>	<p>-lääkekielteisyyys -perussairaudet esim. muistisairaus -passiivinen asenne</p>	<p>-Anja-pussit -lääkkeiden säilytys -kirjalliset ohjeet -suullinen ohjaus -henkilökohtaiset apuvälineet -ostopalvelun sisältö</p>	<p>-ajantasainen lääke- lista -ohjeistus interaktiivista -lääkkeenottoajat -ostopalvelun käyntiajat ja sisältö</p>	<p>-lääkkeiden käyttökokemus -oman voinnin arviointi -ostopalvelun palaute -mahdollinen lisäpalvelun tarve</p>
--	---	---	--	--

Liite 3. Prosessikaavio



Liite 4. Lääkehoitolupa

LÄÄKEHOITOLUPA

Nimi:
Pv:
Tehtävänimike:

LOP (Lääkehoidon osaamisen perusteet)	Pvm.	Terveystieteiden vastualueen johtajan allekirjoitus
Teoria		
Laskut		
Näyttö: injektio (sc., sh:t myös im.)		
Näyttö: antaminen po		
LOP-PKV (Pääasiassa keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet)		
Teoria		
Näyttö: jakaminen ja antaminen		
Seurantalomakkeen käyttö		
N-lääkkeet		
Näyttö: jakaminen ja antaminen		
Näyttö: huumelaastarin vaihtaminen		
LOP-ROKOTE (Rokotusosio, vain sh:t)		
Teoria		
Näyttö: injektio		
MiniLOP (Lääkehoidon osaamisen perusteet lääkehoitoon kouluttamattomille)		
Teoria		
Laskut		

Näytön suorittajan allekirjoitus ja päivämäärä

Näytön hyväksyjän allekirjoitus ja päivämäärä

Liite 5. Swot muistiinpanot

Keskustelu 30.9.2019 (muistiinpanot)

VAHVUUKSET

NYT - SISÄISET

LÄÄKEHOITOSUUNNITELMA,
APU, TUKI
MOTIVAATIO
"APUA" YLEMMALTÄ
TASOLTA (PHHYKY)
HYVÄ PORUKKA,
ALKUPERÄINEN TIIMI,
MUKAVA TYÖPAIKKA

HEIKKOUEDET

EI JAKSA PALJON MUUTOKSIA
JOHTAJALLA EI TERV. HUOLLON
KOULUTUSTA → SH:n KUOR-
MITTUMINEN
PIENI YKSIKÖ JA TYÖYHTEISÖ,
EI OLE TARUITTU KOVIN LAAJAA
OSAAMISTA, HYVÄ PERUS-
HOITO JA KODINOMAISUUS
KESKIÖSSÄ

MAHDOLLISUUDET

ULKOISET

LOVET LAAJENNUKSIIN
LÄÄKEHOIDON TASO ↑
PHHYKYN VAATIMUKSET
↳ TASON NOSTO

UHAT

HUOMENNA

RESURSSIT
NÄYTTÖJEN VAST. OTTO
↳ LIIKAA KUORMITUSTA
SH:lle ?
MUUTUVAT TOIMENKUVAT
TOIMINNAN LAAJENTUMINEN
(milloin, miten)
SIIHEN LIITTYVÄ SUUNNITELMA
JA VOIMAVARAT

LÄÄKEHOIDON TURVALLINEN TOTEUTUS 2020–2021

Palveluntuottaja	XXX
Laatijat	Järvinen, Marika Tikkala, Tarja
Lääkehoitosuunnitelma hyväksytty	XXX
Hyväksyjä	
Päivitetty	

Sisällys

- 1 Johdanto
- 2 Lääkehoidon toteutuksen vaativuus, vastuut ja velvollisuudet
- 3 Lääkehoidon täydennyskoulutus
- 4 Lääkkeet
- 5 Apteekki
- 6 Lääkehuolto
- 7 Lääkehoidon toteutus
- 8 Lääkehoidon vaaratilanne
- 9 Lääkehuollon tekniset ratkaisut
- 10 Lääkehoidon riskien hallinta
- 11 Lääkehoidon erityistilanteet

1 Johdanto

Lääkehoidon turvallinen toteutus 2020–2021 pohjautuu Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ”Turvallinen lääkehoito –opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa (2016)”.

Täydennettävän lääkehoitosuunnitelman jokainen kohta on huomioitava suunnitelmaa täytettäessä. Niiden asioiden kohdalla, joita ei yksikössä toteuteta/tapahdu, kirjataan sarakkeeseen ”ei koske tätä yksikköä”. Tässä suunnitelmassa toteutumattomat kohdat on huomioimisen jälkeen poistettu.

2 Lääkehoidon toteutuksen vaativuus, vastuut ja velvollisuudet

Lääkehoidon toteutumisen vaativuuteen vaikuttavat asiat

- toiminnan kuvaus
- palvelua saavien lukumäärä, hoitoajat, vaihtuvuus, sairaudet, ikä, toimintakyky, ikä, toimenpiteet
- lääkehoitoa toteuttava henkilöstö ja määrä eri vuorokauden aikana
- konsultaatiomahdollisuudet
- lääkärin tavoitettavuus (virka-aikana ja sen ulkopuolella)
- käytössä olevat lääke- muodot ja lääkkeen antotavat
- riskilääkkeet, riskipotilaat, riskiprosessit

- Yksityisen palveluntuottajan yksikössä huoneistoja on 16 kpl. Asiakkaiden määrä on 16.
- Kotihoidon henkilöstö työskentelee aamu- ja iltavuoroissa kaikkina viikonpäivinä. Yöaikaan asiakkaat turvautuvat itse hankkimaansa turvarannekepalveluun. Palvelua tarjotaan asiakaskohtaisen hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti.
- Asiakkaat ovat pääsääntöisesti iäkkäitä ja heidän toimintakykynsä on alentunut. Monilääkitys on yleistä. Asiakkaista osalla on muistihäiriöitä ja tämä huomioidaan lääkehoidon toteuttamisessa.
- Aamuvuorossa vahvuus 2-3 hoitajaa tai 1-2 hoitaja(a) + kodinhoitaja/hoiva-avustaja, iltavuorossa 1 hoitaja + tarvittaessa kodinhoitaja/hoiva-avustaja. Viikonloppuisin vahvuus 1+1 sekä tarvittaessa kodinhoitaja/hoiva-avustaja.
- Henkilökuntaan kuuluu sairaanhoitajia, lähihoitajia, perushoitaja sekä kodinhoitaja.
- X terveyskeskuksen lääkärit ovat tavoitettavissa virka-aikana. Iltaisin ja viikonloppuisin konsultoidaan Akuutti24 päivystyksen lääkäreitä.
- Käytössä olevat lääke- muodot ovat: enterotabletti, depot- tabletti, resoritabletti, kapseli, voide, suihke, peräpuikko, peräruiske, emätinpuikko, lääke- shampoo
- Käytössä olevat antotavat ovat: enteraalinen: p.o (suun kautta), bukkalisesti (posken limakalvoille), sublinguaalisesti (kielen alle limakalvoille), intraoraalisesti (suunsisäisesti limakalvoille) sekä per rectum (peräsuolen kautta). Parenteraalinen: s.c (ihonalaisesti), i.m (lihaksensisäisesti), inhal. (sisäänhengitys), topikaalisesti (ihon kautta imeytyvä), iholle paikallisesti, emättimeen, silmään, korvaan tai nenään.
- Riskilääkkeitä ovat mm. metotreksaatti, opioidit, digoksiini, teofylliini, suorat ja epäsuorat antikoagulantit, tulehduskipulääkkeet, beetasalpaajat, antibiootit, diabeteslääkkeet, sedatiiviset tai antikolinergisesti vaikuttavat sekä näköisnimiset lääkkeet (LASA = Look-Alike, Sound-Alike)

	<p>- Huomioitavia riskipotilaita ovat iäkkäät sekä maksan ja munuaisten vajaatoimintaa sairastavat asiakkaat.</p>
Lääkäri	<ul style="list-style-type: none"> - vastaa lääkehoidon kokonaisuudesta ja potilaalle annettavasta lääkehoidosta - vastaa lääkkeen määräämisestä ja lääkemääräyksen kirjaamisesta potilasasiakirjoihin yhtymän ohjeiden mukaisesti STM:n asetus lääkkeen määräämisestä (1088/2010) - vastaa yhteistyössä lääkehoidon koulutuksen saaneen terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa hoidon tarpeen arvioinnista, lääkehoidon ohjauksesta, neuvonnasta ja vaikuttavuuden arvioinnista - huomioi lääkehoidon toteutettavuuden lääkettä määrätessään (lääkehoidon osaamisen yksikössä ja lääkkeen käyttäjän kyvyn ottaa lääkettä) - raportoi havaitusta lääkkeen tai rokotteen aiheuttamasta haitallisesta tai muusta kuin aiotusta vaikutuksesta http://www.fimea.fi/valvonta/laaketurvatoiminta/haittavaikutusten_raportointi - osallistuu vastuuyksikkönsä lääkehoidon vaaratapahtumien analyysiin velvollisuuksiensa mukaisesti. <p>Lääkäreillä on mahdollisuus suorittaa Lääkeosaaminen verkossa (LOVe) kursseja.</p>

<p>Terveysthuollon laillistettu ammattihenkilö (sairaanhoidaja, kättilö, terveydenhoitaja, ensihoidaja AMK)</p>	<p>Terveysthuollon laillistettu ammattihenkilö (sairaanhoidaja, terveydenhoitaja)</p> <ul style="list-style-type: none">- vastaa yhteistyössä laillistetun lääkärin kanssa lääkehoidon tarpeen arvioinnista, lääkehoidon ohjauksesta, neuvonnasta ja vaikuttavuuden arvioinnista- tarkistaa potilaan lääkityksen ja riskitiedot- tunnistaa lääkehoidon tarpeen ja muutostarpeen- toteuttaa lääkehoitoa suunnitelman mukaisesti- seuraa lääkehoidon toteutumista- arvioi lääkehoidon vaikutusta- kirjaa lääkehoidon ohjeiden mukaisesti- ohjaa ja opastaa lääkkeen käyttäjää- välittää tietoa lääkehoidon toteutumisesta lääkärille, kollegoille, potilaille ja läheisille. <p>Lääkehoidon toteutus</p> <ul style="list-style-type: none">- lääkkeiden tilaaminen, lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen ja jakaminen potilaskohtaisiksi annoksiksi- luonnollista tietä annettava lääkehoito- injektiot ihonsisäisesti, ihon alle ja lihakseen- rokottaminen
---	---

<p>Lääkehoidon koulutuksen saanut nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö / sosiaali- ja terveydenhuollon tutkintotoimittaisen ammattitutkinnon suorittanut henkilö</p>	<p>Lääkehoidon koulutuksen saanut nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö (kuten lähihoitajat, perushoitajat) vastaa yhteistyössä laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa lääkehoidon toteutuksesta:</p> <ul style="list-style-type: none">-tarkistaa potilaan lääkityksen ja riskitiedot-tunnistaa lääkehoidon tarpeen ja muutostarpeen-toteuttaa lääkehoitoa suunnitelman mukaisesti-seuraa lääkehoidon toteutumista-arvioi lääkehoidon vaikutusta-kirjaa lääkehoidon ohjeiden mukaisesti-ohjaa ja opastaa lääkkeen käyttäjää-välittää tietoa lääkehoidon toteutumisesta lääkärille, kollegoille, potilaille ja läheisille. <p>Lääkehoidon toteutus</p> <ul style="list-style-type: none">-lääkkeiden jakaminen potilaskohtaisiksi annoksiksi-luonnollista tietä annettava lääkehoito-injektiot ihon alle ja lihakseen-luonnollista tietä annettavan pääasiassa keskushermostoon vaikuttavan lääkehoidon toteuttaminen. <p>Poikkeustapaukset N-lääkehoidon toteutukseen kts. kohta 4 (Huumausaineeksi luokiteltavat lääkkeet, N-lääkkeet)</p>
--	---

<p>Lääkehoitoon koulutusta vähintään lähihoitajakoulutusta vastaavat lääkehoidon opinnot saanut sosiaalihuollon ammatillinen henkilöstö</p>	<p>Sosiaalihuollon ammatillinen henkilöstö, jonka koulutukseen on kuulunut laajuudeltaan vähintään lähihoitajakoulutusta vastaavat lääkehoidon opinnot, vastaa yhteistyössä laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa lääkehoidon toteutumisesta:</p> <ul style="list-style-type: none">-tarkistaa potilaan lääkityksen ja riskitiedot-tunnistaa lääkehoidon tarpeen ja muutostarpeen-toteuttaa lääkehoitoa suunnitelman mukaisesti-seuraa lääkehoidon toteutumista-arvioi lääkehoidon vaikutusta-kirjaa lääkehoidon ohjeiden mukaisesti-ohjaa ja opastaa lääkkeen käyttäjää-välittää tietoa lääkehoidon toteutumisesta lääkärille, kollegoille, potilaille ja läheisille. <p>Lääkehoidon toteutus</p> <ul style="list-style-type: none">-lääkkeiden jakaminen potilaskohtaisiksi annoksiksi-luonnollista tietä annettava lääkehoito-injektiot ihon alle ja lihakseen-luonnollista tietä annettavan pääasiassa keskushermostoon vaikuttavan lääkehoidon toteuttaminen <p>Terveydenhuollosta vastaavan johtajan tulee tarkistaa mitä työntekijän lääkehoidon opinnot sisälsivät. Opintojen sisältö vaikuttaa siihen, mitä lääkehoidon toteutusta työntekijä voi suorittaa.</p>
---	--

<p>Lääkehoitoon kouluttamaton henkilöstö osaaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - vastuu ja tehtävät 	<p>Koulutuksen jälkeen työntekijä voi osaamisen varmistamisen jälkeen ja kirjallisen luvan saatuaan</p> <ul style="list-style-type: none"> - antaa valmiiksi jaettuja lääkkeitä luonnollista tietä - jos tämän lisäksi on välttämätöntä työntekijän toteuttaa vaativampaa lääkehoitoa (esim. insuliinihoito) <p>Lääkehoitoon kouluttamattoman työntekijän lääkehoitolupa on potilas, lääke- tai antoreittikohtainen.</p>
<p>Lyhytaikaiset sijaiset</p> <ul style="list-style-type: none"> - vastuu ja tehtävät - osaamisen varmistus 	<ul style="list-style-type: none"> - Saa antaa valmiiksi jaettuja lääkkeitä luonnollista tietä - Suoritettu lääkehoito-osio ja tentti. LOVen näyttökriteerien mukaiset näytöt lääkkeen jakamisessa, antamisessa sekä s.c injektion pistosta. Määräaikainen kirjallinen lupa.
<p>Laillistetun terveydenhuollon ammattiin opiskeleva työsuhteessa</p> <ul style="list-style-type: none"> - vastuu ja tehtävät - osaamisen varmistus 	<ul style="list-style-type: none"> - Saa antaa valmiiksi jaettuja lääkkeitä luonnollista tietä - Lh-opiskelija: hohu -jakson sekä lääkehoitoteorian ja tentin suoritettuaan antaa LOVE:n näyttökriteerien mukaiset näytöt lääkkeen jakamisessa, antamisessa sekä s.c injektion pistosta (insuliini). Määräaikainen kirjallinen lupa.
<p>Nimikesuojatun terveydenhuollon ammattiin opiskeleva työsuhteessa</p> <ul style="list-style-type: none"> - osaaminen varmistus - vastuu ja tehtävät 	<ul style="list-style-type: none"> - Saa antaa valmiiksi jaettuja lääkkeitä luonnollista tietä - Sh/th-opiskelija: suoritettu lääkehoito-osio ja tentti. LOVE:n näyttökriteerien mukaiset näytöt lääkkeen jakamisessa, antamisessa sekä s.c injektion pistosta (insuliini). Määräaikainen kirjallinen lupa.
<p>Oppisopimus opiskelijat</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Saa antaa valmiiksi jaettuja lääkkeitä luonnollista tietä - Lh-opiskelija: hohu -jakson sekä lääkehoitoteorian ja tentin suoritettuaan antaa LOVE:n näyttökriteerien mukaiset näytöt lääkkeen jakamisessa, antamisessa sekä s.c injektion pistosta (insuliini). Määräaikainen kirjallinen lupa.
<p>Opiskelijan osallistuminen lääkehoidon toteutukseen ohjatun harjoittelun ja työssäoppimisen aikana</p>	<p>Koulutuksen mukaiseen lääkehoidon toteuttamiseen ohjaajan valvonnassa.</p>
<p>Varfariinihoidon INR –seuranta ja varfariiniannoksen määrittäminen, yksikön laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka määrityksiä tekevät</p>	<p>Lääkäri tai terveyskeskuksen sairaanhoitaja määrittää annoksen, yksikön lähihoitaja tai sairaanhoitaja jakaa lääkkeen dosettiin. Sairaanhoitaja ottaa inr-kokeet ja toimittaa laboratorioon.</p>

3 Lääkehoidon täydennyskoulutus			
Lääkehoitoa toteuttava henkilöstö on velvollinen ylläpitämään ammattitaitoaan sekä osallistumaan työnantajan järjestämään lääkehoidon täydennyskoulutukseen.			
Työntekijät sitoutuvat noudattamaan työyksikön lääkehoitosuunnitelmaa sekä yksikön lääkehoito-ohjeita.			
Terveystieteiden vastualueen johtajan tehtävät	Varmistaa, että työntekijä on osallistunut lääkehoidon täydennyskoulutuksiin sekä vahvistaa lääkehoitotietoa yhdessä lääkärin kanssa.		
Lääkehoidon perehdyttämisen toteutus ja dokumentointi	Henkilökohtainen seurantalista, nimetty perehdyttäjä.		
Luotettavien lääkeinformaatiolähteiden perehdytys ja käyttö	Nimetty perehdyttäjä.		
Työyksikön tentinvalvoja /-t	Yksikön sairaanhoitaja.		
Työyksikön lääkehoidon näytönvastaanottaja/-t	Yksikön sairaanhoitaja.		
Osaamisen varmistaminen	Rastilla merkitään oheiseen taulukkoon kunkin ammattiryhmän lääkehoidon teoriaopiskelun (LOVe) suoritusvaatimukset.		
Ammatti	Lähihoitaja, perushoitaja	Sairaanhoitaja	Terveystieteiden vastualueen johtaja
Lääkehoidon teoria, LOVe- kurssit			
MiniLOP			
LOP	X	X	X
PKV	X	X	X
Rokotus		X	
GER 1	X	X	
GER 2	X	X	
PSYK	X	X	
KIPU 1	X	X	
KIPU 2	X	X	

Lääkehoidon näytöt			
Luonnollista tietä annettavien lääkkeiden jakaminen	X	X	X
Luonnollista tietä otettavien lääkkeiden antaminen potilaalle	X	X	X
Inhaloitavan lääkkeen antaminen	X	X	X
Lääkelaastarin laittaminen/poistaminen /hävittäminen	X	X	X
PKV- lääkehoidon toteutus	X	X	X
Lääkkeen antaminen ihon alle	X	X	X
Lääkkeen antaminen lihakseen	(X)	X	X
Lääkkeiden antaminen enteraalisen ravitsemuksen yhteydessä	X	X	X
Rokotteen käyttökuntoon saattaminen ja antaminen		X	
Muu näyttö, mikä			
Muu näyttö, mikä			
Lääkehoitolupaan liittyvän keskustelun sisältö terveydenhuollosta vastaavan johtajan ja/tai lääkärin kanssa			

4 Lääkkeet	
Erityislupavalmisteet	Asiakaskohtaisia.
Pääasiassa keskushermostoon vaikuttavat (PKV) lääkkeet - lääkkeiden käytön ja kulutuksen seurannan toteutus	Asiakaskohtaisia. Käytön ja kulutuksen seuranta kirjallisesti, kaksoistarkistus. Seurantalomakkeiden kuittaus ja valvonta: yksikön sairaanhoitaja. Säilytys XX lukitussa lääkelaatikossa.
Huumausaineeksi luokiteltavat lääkkeet (N-lääkkeet)	Asiakaskohtaisia. Käytön ja kulutuksen seuranta kirjallisesti, kaksoistarkistus. Seurantalomakkeen kuittaus ja valvonta: lääkäri. Säilytys XX lukitussa lääkelaatikossa.
Rokotteet, säilytys ja kestoajan seuranta, vastuuhenkilö (www.thl.fi → rokottaminen)	Säilytys yleisten tilojen jääkaapissa. Seurannasta ja käytöstä vastaa yksikön sairaanhoitaja.
Riskilääkkeet, niihin liittyvät riskit sekä toimintatavat ja suojaukset riskien poistamiseksi	Säilytys asianmukaisesti ohjeiden mukaan, tarvittaessa lukitussa kaapissa.
Potilaan henkilökohtaisten lääkkeiden käyttö, säilytys ja kirjaaminen (muut kuin kotona säilytettävät)	Kaikki asiakaskohtaiset lääkkeet säilytään XX.
5 Apteekki	
Apteekin yhteystiedot ja yhteistyö apteekin kanssa	XXX
6 Lääkehuolto	
Lääkkeiden tilaus - tilaaja - aikataulu - toiminta poikkeustilanteissa	Asiakaskohtaiset lääkkeet tilataan asiakkaan tarpeen mukaan XX apteekista, joka toimittaa ne yksikköön. Tilaajana yksikön sairaanhoitaja tai lähihoitaja. Tilaus kirjallisesti tai tarpeen mukaan puhelimitse. Annosjakelupussit tilataan kahden viikon välein, apteekin kanssa ennalta sovittuna päivänä. Poikkeustilanteissa (lisätilaukset, kuurilääkkeet) noudataan erikseen apteekista.
Lääkkeiden saanti apteekin ollessa suljettu	Päivystävä apteekki Yliopiston Apteekki, XX.
Lääkkeiden toimitus (kylmäsäilytystuotteet, paikka, vastaanottaja, vastuuhenkilö)	Apteekin henkilökunta toimittaa lääkkeet yksikön toimintaan ennalta sovittuna päivänä. Lääketilauksen vastaanottaa vuorossa oleva lh/sh. Lääkkeet viedään välittömästi asiakaskohtaisesti XX. Kylmäsäilytystuotteet XX jääkaappiin.

Lääkkeiden vastaanotto (kuka tarkistaa ja koska)	Vuorossa oleva lähihoitaja/sairaanhoitaja tarkistaa lääketilauksen heti sen saavuttua yksikköön.
Annosjakelun käytännöt	Asiakas tekee apteekki- ja annosjakelusopimuksen XX apteekin kanssa. Tämän jälkeen lääkkeet tilataan apteekista ajantasaisen lääkelistan mukaisesti, kahden viikon annoksissa. Lääkemuutokset ilmoitetaan apteekkiin puhelimitse sekä toimittamalla ajantasainen lääkelista.
Lääkkeiden luvaton käyttö - toiminta huumausainekulutuskorttiin liittyvissä epäselvyyksissä	Selvitys yksikön esimiehen, terveydenhuollosta vastaavan johtajan sekä lääkärin kanssa. Kaksoistarkastus käytössä.
Lääkkeiden säilytys	Asiakaskohtaisesti huoneistoissa.
Lääkkeiden säilytys kotihoidossa ja asumisyksiköissä, huomioiden säilytysolosuhteet	Asiakaskohtaisesti huoneistoissa.
Lääkkeiden (myös huumauslääkkeet) palautus apteekkiin ja sen dokumentointi	Kaikki käyttämättä jääneet ja/tai vanhentuneet lääkkeet sekä käytetyt lääkelaastarit toimitetaan XX apteekkiin hävitettäväksi.
Lääkkeiden hävitys ja lääkejätteen käsittely	Kaikki käyttämättä jääneet ja/tai vanhentuneet lääkkeet sekä käytetyt lääkelaastarit kerätään lääkejäteastiaan ja toimitetaan XX apteekkiin hävitettäväksi.
Toiminta tuotevirhe-epäilyssä	Välitön yhteys XX apteekkiin ja ilmoitus Fimeaan.
Työyksikön lääkevastaava / työvuorossa oleva lääkevastaava - nimetyt lääkevastaavat - lääkevastaavien tehtävät	<p>-Lääkäri vastaa lääkehoidon kokonaisuudesta, lääkehoidon toteuttamisen edellyttämän osaamisen ja lisäkoulutuksen tason määrittämisestä sekä tarvittavien lupien myöntämisestä. Lääkäri päättää lääkehoidon aloittamisesta ja lopettamisesta.</p> <p>-Lääkehoidon koulutuksen saaneet laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt (sairaanhoitaja) kantavat kokonaisvastuun lääkehoidon toteuttamisesta yhdessä lääkärin ja yksikön terveydenhuollosta vastaavan johtajan kanssa.</p> <p>-Lääkehoidon koulutuksen saanut nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö (lähihoitaja) vastaa omasta toiminnastaan.</p> <p>-Jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen osallistuva vastaa omasta toiminnastaan.</p> <p>-Erikseen nimettyä lääkevastaavaa ei yksikössä ole, vaan kaikki lääkehoidon toteuttajat kuuluvat vastuuryhmään.</p>

7 Lääkehoidon toteutus	
Potilaan lääkehoidon suunnitelman laatiminen – lääkelistän päivitys	Sairaanhoitaja laatii ja päivittää asiakkaan lääkehoidon suunnitelman yhteistyössä lääkärin ja asiakkaan kanssa.
Lääkityksen tarkistus, lääkehoidon arviointi ja lääkehoidon kokonaisarvioinnin toteutus ja vastuuhenkilöt	Lääkitys tarkistetaan aina tarvittaessa tai vähintään 6kk:n välein. Vastuuhenkilönä yksikön sairaanhoitaja sekä lääkäri.
Lääkkeen määrääminen ja kirjaaminen tietojärjestelmään sekä oikeudet ja vastuut.	Yksikön vastuulääkäri.
Lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen (aseptiikka, työturvallisuus)	Lääkkeitä käsiteltäessä noudatetaan aseptista työtapaa: huolehditaan käsihygieniasta sekä käytettävien välineiden ja työskentelytasojen puhtaudesta.
Turvallisen lääkkeenjaon toimintatavat	Lääkkeet jaetaan asiakaskohtaisiin annoksiin ajantasaisen lääkityslistan mukaisesti. PKV ja N-lääkkeissä käytetään lääkkeen ja annoksen kaksoistarkastusta.
Suun kautta otettavien lääkkeiden jakamisen toimintatavat Valmiiksi jaettujen ja käyttökuntoon saatetut lääkkeiden säilytys, mikäli niitä ei heti anneta potilaille	Käytössä annosjakelupussit, pussien tarkastus aina uusien saapuessa. Tarvittaessa dosettiin jaettujen lääkkeiden kaksoistarkastus. Säilytys XX.
Kaksoistarkastuksen toteutus	Dosettiin jaettavien lääkkeiden osalta kaksoistarkastus.
Turvallisesti toteutettu lääkkeiden antaminen - enteraalisen ravitsemusletkun kautta - lääkkeenanto injektiona (insuliini, lihasi-injektio)	Ihon alle ja lihakseen annettavan pistoksen edellyttävän pistotekniikan ja toimenpiteiden (annostelun, aseptiikan) hallinta.
Potilaan tunnistaminen lääkettä annettaessa	Asiakkaan tunnistetietojen tarkistaminen lääkettä annettaessa kysymällä henkilön nimi.
Lääkehoidon vaikutuksen arviointi ja kirjaaminen	Lääkehoidon toteutuksen yhteydessä arvioidaan lääkityksen tarkoituksenmukaisuus, toivotut hyödyt ja myönteiset vaikutukset. Lääkityksen kokonaisvaltaisesta arvioinnista vastaa hoitava lääkäri. Lisäksi lääkehoitoon osallistuvien hoitajien tehtävänä on arvioida lääkkeiden vaikutuksia asiakkaiden sairauden hoitoon. Apteekki voi myös huolehtia osaltaan päällekkäisyyksien poistamisesta. Kirjaus asiakaspapereihin.

Lääkärin informointi ja sen dokumentointi	Lääkärinä informoidaan tarvittaessa ja dokumentoidaan asianmukaisesti asiakaspapereihin/potilastietojärjestelmään.
Lääkehoidon ohjauksen toteutus	Lääkityksestä informoidaan sekä suullisesti sekä kirjallisesti asiakasta ja omaisia. Ohjausta toteutetaan kaikkien asiakaskäyntien yhteydessä.
Lääkehoidon haittatapahtumasta kertominen ja kirjaaminen	Lääkepoikkeamisista ja niihin liittyvistä vaikutuksista informoidaan asiakasta ja hänen omaisiaan heti kun se on tilannekohtaisesti mahdollista. Lääkepoikkeamatilanteissa otetaan aina yhteyttä lääkäriin. Tapahtuma kirjaetaan myös asiakkaan kirjausvihkoon. Poikkeamat käsitellään työyhteisössä välittömästi.
Potilaan lääkehoidon jatkuvuuden varmistaminen siirryttäessä jatkohoitoon tai kotiutuksessa	Ajantasainen lääkelista mukaan jatkohoitoon siirryttäessä.
8 Lääkehoidon vaaratilanne	
Vaaratapahtumasta ilmoittaminen	Välittömästi asiakkaalle, omaiselle sekä lääkärille. Voimakkaiden oireiden ilmaantuessa yhteys 112. Soita tarvittaessa Myrkytystietokeskukseen (puh. 09- 471 977). Kirjaus viivytyksettä asiakastietoihin.
Toimenpiteet potilaan saadessa virheellisen lääkityksen ja sen dokumentointi	Yhteys lääkäriin, asianmukainen kirjaus asiakastietoihin. Tiedon lisääminen haittatapahtumien raportoinnin excel- taulukkoon.
Lääkkeiden ja rokotusten haittavaikutuksista ilmoittaminen	Ilmoitus yksikön lääkärille sekä tarvittaessa Terveiden ja hyvinvoinninlaitokseen (THL) sekä Fimeaan. https://www.fimea.fi/laaketurvallisuus_ja_tieto/laakkeiden_turvallisuus/haittavaikutuksista_ilmoittaminen
Terveystieteiden laitteen ja tarvikkeiden vaaratilanteiden ilmoittaminen	Ilmoitus Valviraan niin pian kuin mahdollista. https://www.valvira.fi/documents/14444/42787/Vaaratilanneilmoitus.pdf

9 Lääkehuollon tekniset ratkaisut	
Käytössä olevat injektio- tarvikkeet sekä niiden säilytys	Asiakaskohtaiset, säilytys XX.
Lääkkeen antamisessa käytettävät laitteet ja muut tekniset apuvälineet - säilytyspaikka - henkilöstön perehtyminen ja sen dokumentointi	Asiakaskohtaiset, säilytys XX. Henkilöstön osaamisen varmistaminen lääkehoidon näytöin.
10 Lääkehoidon riskien hallinta	
Lääkehoidon toteutuksen riskitekijät, tunnistaminen ja arviointi	<p>Yksikkö arvioi toimintaansa liittyviä riskejä henkilökunnan ja asiakkaiden tekemien vaaratapahtumailmoitusten ja muilla keinoilla tietoon tulleiden, omassa työpaikassa sattuneiden vaaratapahtumien perusteella.</p> <p>Yleistä tietoa riskeistä saa myös julkaisuista, joissa käsitellään muualla raportoituja lääkkeisiin ja lääkkeenantotapoihin liittyviä vaaratapahtumia.</p> <p>Riskien hallinnalla tarkoitetaan järjestelmällisiä menettelyjä, joiden avulla tunnistetaan ja arvioidaan toimintaan liittyviä riskejä sekä määritellään toimintatavat riskien hallitsemiseksi, valvomiseksi ja säännönmukaiseksi raportoimiseksi.</p> <p>Riskien hallinnassa keskeistä on, että toimintayksikkö tunnistaa omaan toimintaansa liittyvät riskit ja arvioi riskien vakavuutta ja toteutumisen todennäköisyyttä. Tämän perusteella määritetään toimet riskien hallitsemiseksi.</p> <p>Yksikön lääkehoitosuunnitelma pohjautuu näihin tunnistettuihin toimiin.</p>
Lääkitysturvallisuuden auditointi tai omavalvontasuunnitelma	Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden, organisaatioiden sekä toimijoiden toimintaa valvovat Valvira sekä aluehallintovirastot (sairaala-apteekkeja ja lääkekeskuksia valvoo Fimea). Viranomaisvalvonnan lisäksi on hyvin tärkeää, että toimintayksikkö itse tarkastelee säännöllisesti omia prosessejaan ja korjaa niissä havaittavia puutteita jo ennen mahdollisia virhetilanteita. Oma- valvontasuunnitelma päivitetään vuosittain ja on nähtävillä yksikön verkkosivuilla.

11 Lääkehoidon erityistilanteet	
Tartuntatautilain mukainen lääkehoito (potilaalle maksuttomat lääkkeet)	Kunnan on järjestettävä yleisiä pakollisia rokotuksia estämään sellaisten tartuntatautiin leviämisen, jotka voivat saada aikaan huomattavaa vahinkoa väestön tai sen osan terveydelle taikka muusta terveydenhoidollisesti tärkeästä syystä (Tartuntatautilaki 583/1986). Terveyskeskuksen tartuntataudeista vastaavan lääkärin on tarvittaessa ohjattava tautiin sairastunut asianmukaiseen hoitoon. Yleisvaaralliseen tartuntatautiin sairastuneelle voidaan antaa taudin leviämisen estämiseksi välttämätön hoito hänen tahdostaan riippumatta (583/1986).

Liite 8. Tiedonhaun kuvaus

	Hakusana: lääkehoito	Medic N=2318	Cinahl	Finna
	Hakusanat: lääkehoito AND potilas- turvallis*	Medic N=30	Cinahl	Finna
	Hakusanat: lääkehoito AND ikäant*	Medic N=149	Cinahl	Finna
	Hakusana: laatujohtaminen	Medic	Cinahl	Finna N=562
	Hakusanat: laatujohtaminen AND lääkeh*	Medic	Cinahl	Finna N=4
	Hakusana: medication errors	Medic	Cinahl N=998	Finna
	Hakusanat: "medication errors" and "nursing homes"	Medic	Cinahl N=23	Finna
	Hakusanat: "medication errors" OR drug error and "care homes OR residential care or nursing homes"	Medic	Cinahl N=43	Finna
	Hakusanat: Drug safety OR Medica- tion safety AND care homes or residential care or nursing homes	Medic	Cinahl N=16	Finna
	Hakusanat: Drug management OR medication management and care homes or resi- dential care or nursing homes	Medic	Cinahl N=49	Finna

Liite 9. Avoin haastattelu muistiinpanot

