



LAUREA

# Turvallisen lääkehoidon toteutumisen kartoittaminen Ojamon kotihoidossa



Kumpulainen, Susanna

Lindqvist, Satu

2010 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja

## TURVALLISEN LÄÄKEHOIDON TOTEUTUMISEN KARTOITTAMINEN OJAMON KOTIHOIDOSSA

Susanna Kumpulainen  
Satu Lindqvist  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Toukokuu, 2010

Susanna Kumpulainen, Satu Lindqvist

Turvallisen lääkehoidon toteutumisen kartoittaminen Ojamon kotihoidossa

Vuosi 2010 Sivumäärä 67

---

Tämä opinnäyte on osa Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulussa toteutetusta Turvallisen lääkehoidon kehittämishankkeesta. Yhteistyökumppanina sekä kehittämiskohteena oli Lohjan kaupungissa sijaitseva Ojamon kotihoito. Yhteistyö Laurea-ammattikorkeakoulun, sairaanhoitajaopiskelijoiden ja Ojamon kotihoidon kanssa alkoi keväällä 2008. Lääkehoidon kehittämishankkeen tavoitteena oli kehittää kotihoidon lääkehoitoa turvallisiksi.

Opinnäytetyö pohjautuu teoreettiselta pohjaltaan Sosiaali- ja terveysministeriön turvallisen lääkehoidon valtakunnalliseen oppaaseen lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Oppaaseen, jonka tarkoituksena ja tavoitteena on yhtenäistää ja selkeyttää laadukkaasti lääkehoidon toteuttamisen periaatteet sekä selkeyttää lääkehoidon vastuunjako ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä.

Työn tarkoituksena oli tehdä kartoitus Ojamon kotihoidossa tapahtuvasta lääkehoidon nykytilasta ja juurruttamisen ensimmäisten kierrosten mukaisesti saaden hiljaista tietoa näkyväksi. Näin pystyttiin kirjaamaan voimassa olevia lääkehoitoprosessin toimintamalleja, hyviksi käytänteiksi todettua toimintaa sekä havaittuja kehittämiskohteita. Nykytilan kartoittaminen tehtiin ryhmähaastattelulla, johon osallistui Ojamon kotihoidosta yksi sairaanhoitaja ja yksi lähihoitaja. Tämän haastattelun informaation pohjalta luotu kalanruotomalli käytiin läpi yhdessä osastotunnilla Ojamon henkilöstön kanssa. Hyviä käytänteitä löytyi useita kuin myös kehityskohteita, mutta lääkehoitosuunnitelman luomisen rinnalle lopulliseksi kehityskohteeksi Ojamon kotihoito valitsi tiedonkulun kehittämisen eri toimijoiden välillä. Lopulliset kehittämisen kohteet valittiin turvallinen lääkehoito -hankkeen loppuseminaarissa huhtikuussa 2009.

Kehittämiprojektin toteuttamisen arvioinnin lähtökohtana olivat Ojamon kotihoidon henkilöstön vastaukset arviointilomakkeelle. Vastausten mukaan työryhmä oli onnistunut hyvin vuoro-vaikutuksen ja keskinäisen keskustelun avaajana ja muilta osin työryhmä oli jonkin verran onnistunut viemään asioita eteenpäin projektin aikana.

Opinnäytetyön nykytilanteen kuvausta apuna käyttäen on tavoitteena luoda lääkehoitosuunnitelma Ojamon kotihoitoon yhteisten lääkehuollon toimintamallien saavuttamiseksi.

Asiasanat: turvallinen lääkehoito, juurruttaminen, lupakäytännöt, ikääntyneet, kotihoito ja potilasturvallisuus

Susanna Kumpulainen, Satu Lindqvist

Safe medicinal care realisation survey in Ojamo home care

Year	2010	Pages	67
------	------	-------	----

---

This thesis is part of development project of safe medicinal care carried out by Laurea University of Applied Sciences in Lohja. Working partner and development object was Ojamo home care which is located in Lohja city. Team's collaboration started in Spring 2008 by making an agreement between Lohja city, Laurea University of Applied Sciences and registered nursing students. The purpose of medicinal care development project was to develop home care medicinal care safety.

Thesis' theoretical part is based on Safe medicinal care national guide of the Ministry of Social Affairs and Health, on how to use medicines safely in social and health care. The guide book's purpose and ambitions are to integrate and qualify medical care's actualised principles and clarify the responsibilities of medical service and measure the minimum requirements which should be fulfilled in all units where safe medical care is used.

The priority of this thesis was to make a survey of present state of medicinal care used in Ojamo home care and carry out first rounds of dissemination work to make tacit knowledge observable. In this way the good practices already used and medicinal care process customs can be charted and targets for development detected. Present state survey was carried out by a group interview attended by one registered nurse and one practical nurse in Ojamo home care. The interview information was used to create a fishbone model which was reviewed with staff at unit hour in Ojamo home care. Good medicinal care process practices were identified and development targets detected, but finally the chosen target, alongside a medicinal care plan, was passing of information between all workers. In May 2009, final development targets were chosen in concluding seminar of safe medicinal care project.

Development project evaluation was based on evaluation form answers by Ojamo home care staff. According to the answers, the work group succeeded well in opening interaction and open conversation. As far as other part of the project were concerned, the work group succeeded in furthering them moderately.

The present state captured by the thesis will be used to create a medicinal care program in Ojamo home care to realize joint medicinal care model requirements.

Key words: safe medical care, dissemination, license practice, the ageing, home care and patient safety

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Kehittämistoiminnan menetelmät .....	8
2.1	Juurruttaminen .....	8
2.2	Hiljainen tieto .....	12
2.3	Ba .....	13
2.4	Sisällön analyysi ja kalanruotomalli .....	14
2.5	Ryhmäteemahaastattelu .....	15
2.6	Tutkimustyön etiikka .....	16
3	Kehittämistoiminnan haasteet .....	17
3.1	Muutos työyhteisössä .....	17
3.2	Muutosvastarinta .....	18
3.3	Muutoksen johtaminen .....	19
3.4	Organisaation oppiminen .....	20
4	Kehittämistoiminnan ympäristö .....	21
4.1	Lohjan kaupungin kotihoidon järjestelmä .....	22
4.2	Ojamon kotihoito .....	23
4.3	Strategiat ja arvot .....	23
4.4	Henkilökunta, asiakasmäärä, tilat .....	23
5	Kehitettävän toiminnan perusteet .....	24
5.1	Kotihoito .....	24
5.2	Turvallinen lääkehoito .....	25
5.3	Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat .....	26
5.4	Lääkehoidon toteuttaminen .....	27
5.5	Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpito .....	28
5.6	Henkilöstön vastuu, velvollisuudet ja työnjako .....	29
5.7	Lupakäytännöt .....	29
5.8	Lääkehuolto .....	30
5.9	Lääkkeiden jakaminen ja antaminen .....	31
5.10	Potilaiden informointi ja neuvonta .....	31
5.11	Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi .....	32
5.12	Dokumentointi ja tiedonkulku .....	33
5.13	Seuranta- ja palautejärjestelmät .....	34
5.14	Toiminnan etiikka .....	35
6	Kehittämistoiminnan toteutus ja lähtökohdat .....	36
6.1	Ojamon kotihoidon lääkehoidon nykytilanteen kuvaus .....	36
7	Kehittämistoiminnan tuotos .....	41
8	Kehittämistoiminnan arviointi .....	45
8.1	Työyhteisön toiminnan arviointi .....	45

8.2 Opiskelijoiden arviointi kehittämistoiminnasta.....	<u>52</u>
KUVIOT .....	<u>54</u>
LÄHTEET .....	<u>55</u>
LIITE 1.....	<u>58</u>
LIITE 2.....	<u>60</u>
LIITE 3.....	<u>61</u>
LIITE 4.....	<u>62</u>
LIITE 5.....	<u>65</u>
LIITE 6.....	<u>67</u>

## 1 Johdanto

Wenger (2000) esittää artikkelissaan "Communities of Practice and Social Learning Systems", että organisaatioiden menestys riippuu niiden kyvystä rakentaa itsestään sosiaalisia oppimissysteemejä ja kyvystä osallistua laajempiin oppimissysteemeihin. Tätä ajatusta ammattikorkeakoulut ovat lähteneet yhteistyössä eri yhteistyötahojen kanssa kehittämään tuottaakseen yrityksille valmiimpia osaajia sekä uuden tiedon ammattilaisia. Yhteiset kehittämissuunnitelmat ovat haastavia. Erilaiset toimintakulttuurit kunnallisorganisaatioiden ja oppilaitosten välillä saattavat vaikeuttaa yhteistyötä. Korkeakoulu omine "lainalaisuuksineen" on aika joustamaton, kuten kunnallinenkin toimiala. Toimivien ja molempia puolia tukevien toimintamallien löytäminen ei aina ole helppoa. Kehittämissuunnitelmat vaativat myös ajallista panostusta ja mikäli tämä ymmärretään molemmissa yhteistyöaloissa, voidaan saavuttaa hyviäkin tuloksia. Nämä aidot toiminnan kehittämiseen liittyvät projektit ovat hyvä keino muodostaa uutta tietoa ja tietämystä olemassa olevista toimintamalleista sekä alan suuntauksista ja ilmiöistä. (Wenger 2000.)

Tämä opinnäytetyö on tehty ja toteutettu edellä mainitulla tavalla pohjautuen Sosiaali- ja terveysministeriön turvallisen lääkehoidon valtakunnalliseen oppaaseen. Opinnäytetyö kuuluu osana Laurea-ammattikorkeakoulun turvallisen lääkehoidon tutkimus- ja kehittämissuunnitelmaan ja sen tarkoituksena on tuoda esiin nykyisiä käytänteitä ja toimintamalleja sekä tehdä hiljaisista tiedoista näkyväksi. Tarkoituksena ja tavoitteena on myöhemmin luoda yhtenäiset ja selkeät laadukkaat lääkehoidon toteuttamisen periaatteet sekä määritellä lääkehoidon vastuunjako ja sitä koskevat vähimmäisvaatimukset. Näiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005:32, 11.)

Yhteistyökumppanina oli Lohjan kaupungissa sijaitsevan Ojamon kotihoidon henkilökunta ja projekti aloitettiin 2008 keväällä. Yhteistyöprojektiin kuuluivat Ojamon kotihoidon henkilökunnasta yksi sairaanhoitaja sekä lähihoitaja. Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulusta mukana oli kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa. Ammattitaitoa edistävä työharjoittelujakso, kolme (3) viikkoa, suoritettiin yhteistyöprojektin kotihoidossa. Tällöin pystyi luomaan paremman käsityksen päivittäisestä toiminnasta ja mahdollisuuden perehtyä paremmin kotihoidon toimintaan osana vallitsevaa hoitoketjua ja muodostuneita hoito käytänteitä. Päivittäisen toiminnan ohessa perehdyttiin kirjalliseen aineistoon ja kotihoidolle asetettuihin minimi vaatimuksiin hoidon ja palvelujen suhteen. Nykyistä toimintaa seuraamalla ja vaatimuksia vertaamalla tuli opiskelijoiden etsiä mahdollisia kehityskohteita ja parannusehdotuksia ja luoda niistä näkyviä ja kirjattuja ehdotuksia, joista kotihoidon osastotunnilla on hyvä yhdessä keskustella.

Lääkehoito on monissa sairauksissa keskeisin hoitokeino ja uusia lääkkeitä tulee markkinoille jatkuvasti. Kotihoidon asiakkaat ovat tänä päivänä yhä sairaampia ja se tuo mukanaan laa-

jempia lääkekokonaisuuksia ja vahvempia lääkevalmisteita hoitomuodoiksi. Lääkkeiden monipuolisuus ja käyttö ovat näin lisääntyneet huomattavasti, samalla lääkehoidon toteuttamisessa tapahtuvat virheetkin ovat määrällisesti kasvamassa. Tähän pyritään vaikuttamaan koulutuksella, niin peruskoulutuksessa kuin työpaikoillakin. Turvallinen lääkehoito-opas on osaltaan ohjaamassa ja tukemassa keskeisiä kohtia lääkehoidon toteuttamisessa. Osanaan virheiden määrään vaikuttaa myös henkilökunnan määrä ja eri ammattinimikkeiden saamat perusoikeudet sekä vastuunjakojen epäselvyydet. Työyksikössä on aina etsittävä myös lääkehoitoon parhaat käytännöt ja huolehdittava sen toteutumisesta sekä varmistettava jatkuva kehittyminen ja alan asianmukainen osaaminen. (Tehy 2004; 2007.)

Opinnäytetyönä syntyneet kotihoidon lääkehoidon nykytilan kuvaus kalanruotokaaviona esitetynä luo pohjan lääkehoitosuunnitelman luomiselle Ojamon kotihoidossa ja toimii pohjana uusien toimintamallien mahdollisuuksille.



## 2 Kehittämistoiminnan menetelmät

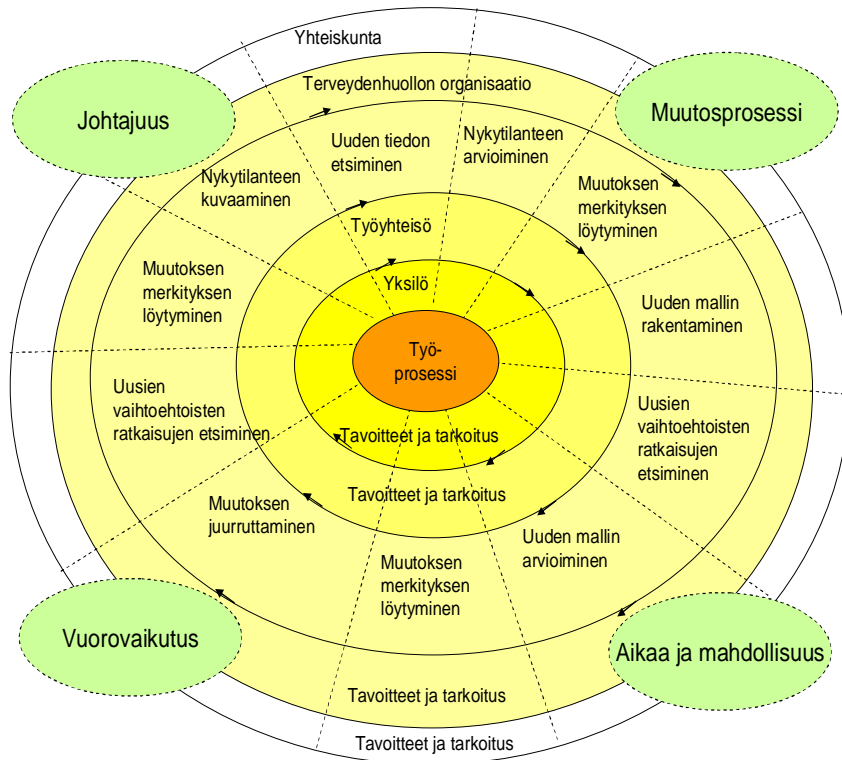
### 2.1 Juurruttaminen

Juuruttamista menetelmänä on käytetty useissa maissa esimerkiksi uuden tiedon tuottamisessa, teknologisten innovaatioiden kehittämisessä, uusien teknologiaa hyödyntävien sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamallien kehittämisessä ja käyttöönotossa sekä hoitotyön tutkimuksellisen tiedon muuttamisessa yhteisön toiminnaksi. Tutkimus- ja kehittämistoimintaa jäsenteleenä menetelmänä juurruttaminen on prosessi, jossa ammattialan työtoiminnan tavoiteltu muutos ja toiminnan ympäristö muokkaantuvat toisiinsa sopiviksi jo prosessin aikana. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4-7.)

Juuruttamisessa on kyse siis innovaation ja sen toimintaympäristön molemminpuolisesta sopeuttamisprosessista, se tuleekin suunnitella ja toteuttaa osana kehittämistyötä. Juurruttaminen edellyttää käyttöönottoa, jolloin aiempi toiminta on luonut tietoa, näyttöä ja ymmärrystä innovaatioon sekä ympäristön kitkatekijöistä ja muutostarpeista. Tässä tulee tuntee yhteisö ja sen toimintatavat ennen juurruttamisen aloittamista. Jos aiottu kehittämistyö on täysin irrallinen sekä sopimaton tai liian lähellä jo nykyisiä toiminta malleja, jää vakiinnuttaminen usein toteutumatta. (Peltola & Vuorento 2007, 58-99.)

Juuruttaminen perustuu oletukselle tiedon kahdenlaisesta luonteesta. Toisaalta tieto on toimintaan kytkeytyvää ja toiminnassa olevaa äänetöntä tietoa ja toisaalta se nähdään hiljaisena, subjektiivisen, intuitiivisen ja henkilösidonlaisena, jolloin tieto ei välttämättä ole muutettavissa näkyviksi sanoiksi, vaan se on näytettävä muulla tavoin. (Ahonen ym. 2005, 4-7.)

Juuruttamisessa tuotetaan uutta tietoa käytännön hiljaisen tiedon, tutkitun tiedon ja teoreettisen tiedon välisessä vertailussa josta johdetaan osaamisen kehittämistä. Toiminnan toimijat ja ympäristö vaikuttavat kerättyyn tietoon sekä sen käyttöön ja käsittelyyn. Juuri siksi runsas vuorovaikutus toimijoiden kesken on juurruttamisen keskeisimpiä elementtejä. Sen mahdollistaminen, salliminen ja edistäminen ovat haasteellisia johtamisen tehtäviä tämän päivän terveydenhuollossa ja organisaatioissa. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16-19.)



Kuvio1: Juurruttamisen malli 2.0  
(Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)

Juuruttamisen mallissa (kuvio1) on kyse monivaiheisesta oppimisen kehästä. Ensimmäisen kierroksen tarkoituksena on nykytilan kuvaus eli tehdään hiljainen tieto näkyväksi. Toisella kierroksella jäsennetään toiminta käsitteelliselle tasolle eli hiljaisesta tiedosta eksplisiittiseksi eli näkyväksi tiedoksi. Juurruttamisen kolmannella kierroksella tarkastellaan hiljaista tietoa teoreettiselle tasolle jäsennettyinä ja verrataan sitä tutkittuun sekä teoreettiseen tietoon. Tutkitun ja teoreettisen tiedon perusteella tuotetaan ehdotus uudeksi toimintamalliksi. Viimeisellä eli neljännellä kierroksella toteutetaan uutta syntynyttä toimintamallia, josta kasvaa uusi ammatillinen osaaminen. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007, 27-29; Kivisaari 2001, 18.)

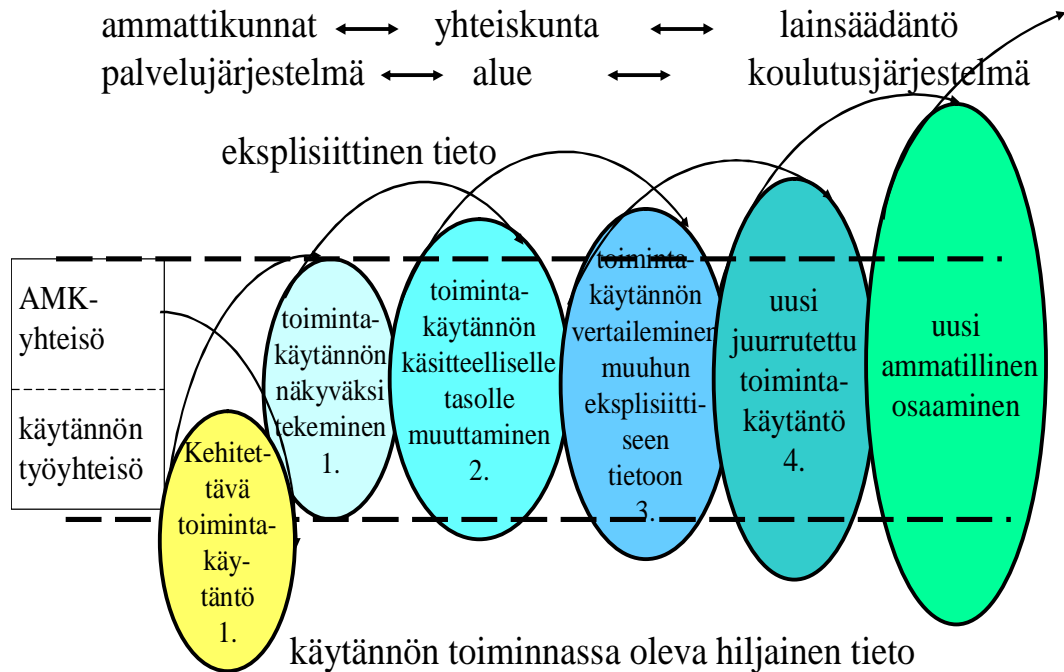
Tutkija perehtyy ensin itse työprosessiin ja sitä ohjaaviin normeihin sekä teoreettiseen tietoon työn toteuttamisesta. Sen jälkeen on helpompi seurata ja tarkkailla kuinka työntekijät kukin omalla tavallaan toteuttavat työtään ja ovat luoneet omia käytänteitä toimintaansa. Tällöin saadaan havaintoja hiljaisesta tiedosta sekä sen toteutumisesta yksilöllisellä tasolla. Esiin ei tuoda nimettyjä tai yksilöityjä havaintoja vaan niitä tarkastellaan koko työyhteisön kautta. Tässä kehittämistyössä on kolmen ensimmäisen kierroksen avulla selvitetty työyhteisön lääkehoidon nykytilaa, jota kuvataan myöhemmin tässä työssä kalanruoto-mallin avulla,

sekä etsimme hyviä käytänteitä sekä ongelmakohtia päivittäisessä toiminnassa. Tätä kautta pyrimme yhteistyössä työyhteisön kanssa tekemään hiljaista tietoa näkyväksi sekä löytämään toimintamallien muutoksen merkityksen. Teoreettiset tiedot asioista päivittyvät sekä tarkentuvat jatkuvasti ja päivitetyn tiedon tarjoaminen ja tuominen työyhteisöihin on tervetullutta. Yhdessä työyhteisön ja ajan kanssa toteutettu kartoitus nykytilanteesta on hyvä tapa tuoda esiin, miten monella eri tavalla asioita voi tehdä. Esiintuoduista tavoista jokainen voi myöhemmin vapaasti poimia itselleen sopivia tapoja sekä kokeilla erilaisia toimintamalleja, josta jokaiselle muodostuu näin uutta toimintaa. Kun jokainen saa omaan tahtiin kokeilla erilaisia tapoja, muodostuu kokeilusta miellyttävä ja oppimista edistävä tilanne. Osastotunneilla käydään läpi työyhteisön tuntemuksia kokeiluista sekä kannustetaan toisia.

Ilman muutoksen ymmärtämistä ei juurruttamisen kierrokset voi jatkua ja kehitys pysähtyy. Juurruttamisen tulisi olla pitkäkestoista ja jokaisen työntekijän tulisi olla sitoutunut jatkuvaan kehittämiseen. Tämän onnistumiseen vaikuttaa koko organisaation yleinen ilmapiiri ja kun kehittämistarve tulee henkilöstöltä, sekä tätä varten varattu ylimääräinen työaika. Monet organisaatiot toimivat henkilöstö tasolla minimi miehityksellä ja oman työn ohella vapaa-aikana ei haluta miettiä työasioita. Usein tähän varattu toteuttamisen aikataulu on liian lyhyt ja henkilöstön mielenkiinto projektia kohtaan on negatiivinen, varsinkin kun kehittämissuositus tulee organisaation ylemmältä tasolta tai ulkopuoliselta taholta. (Sosiaaliturva 2006.)

Juuruttamisen tiedonkäsittelyn kierrokset voidaan jakaa työryhmän toiminnan vaiheisiin (Kuvio 2), jota työryhmä käyttää tutkimus- ja kehittämistoiminnan juurruttamisen apuna helpottaakseen prosessin läpivientiä (Ahonen ym. 2007, 27-29).

Toiminnan vaiheissa työryhmän positiivinen sekä kannustava asenne kehittämistyötä kohtaan vaikuttaa kaikkiin muihinkin osallistujiin. Kun kehittämiskohdetta ei etukäteen ole valittu sekä luotu aikataulua sen toteutumiselle vaan työyhteisö saa itse tarkkailla työtään ja siinä esiintyviä muutoksia on kehittämiskohteen valinta ja toteuttaminen mielekkäämpää. Rauhallinen aloitus ja kehittämissuosituksen sisällön kertominen työryhmälle edesauttaa vuorovaikutuksen syntyä. Työryhmä oppii tarkkailemaan omaa tekemistään ja luokittelemaan tehdyt toiminnot. Näin pystytään avaamaan erilaisia toimintamalleja kokonaisuuksia ja tarkastelemaan niitä lähemmin.



Kuvio 2: Tiedon käsittelyn kierrokset  
 (Ahonen ym. 2007)

Ensimmäisellä kierroksella (kuvio 2) tunnistetaan yhdessä työyhteisössä kehittämiskohde. Tässä tiedonkäsittelyn kierrosta yksi vastaavassa vaiheessa etsitään merkitystä kehittämiskohdelle ja vahvistusta siitä, että työyhteisössä tarvitaan kehittämistä ja muutosta. Työryhmän jäsenet kartoittavat työyhteisön nykyistä toimintaa ja tutustuvat vallitseviin toimintatapoihin. Toiminnassa oleva hiljainen tieto pyritään kuvaamaan näkyväksi. Tämä vaatii paljon avointa vuorovaikutusta sekä yhteistyötä työryhmän ja koko työyhteisön välillä. (Ahonen ym. 2007.) Usein ulkopuolinen toimintaan perehtynyt henkilö voikin toimia tässä tilanteessa nykytilanteen kuvaajana ja täten edesauttaa kehittämiskohteen löytymistä.

Toisella kierroksella kehittämistoimintaan osallistuvat jäsentävät nykyistä hoitotyön käytännön toimintaa teoreettiselle tasolle (kuvio 2). Pyrkimyksenä on muuttaa hiljainen tieto näkyväksi ja ymmärrettäväksi käsittekartan avulla ja tunnistaa työprosesseissa olevat kehittämistä kaipaavat kohdat. Kehitystä vaativien toimintojen löytäminen ja kehittämiskohteen valinta tulee tehdä yhteistyössä työryhmän ja työyhteisön kanssa. (Ahonen ym. 2007.) Tätä vaihetta työstettäessä hiljainen tieto ja käytänteet esitettiin kalaruotomallilla.

Kolmannella kierroksella (kuvio 2) kerätään teoreettista ja tutkittua tietoa kehittämiskohdeesta (Ahonen ym. 2007). Osallistujat tarkastelevat ja vertaavat käsitekartan avulla jo olemassa olevaa tietoa tutkittuun tietoon tuottaen ehdotuksen uudeksi toimintatavaksi (Ahonen ym. 2005, 4-7.)

Neljännellä kierroksella (kuvio 2) työryhmä ja työyhteisö yhteistyössä kehittävät ehdotuksia kehittämistyölle, joista työyhteisö valitsee itselleen sopivimman. Tässä tiedonkäsittelyn kierrosta neljä (kuvio 2) vastaavassa vaiheessa syntyy uusi innovaatio, jota työyhteisö toteuttaa ja arvioi. (Ahonen ym. 2007.) Eli innovaatiosta tulee osa käytäntöä ja muuttuu hiljaiseksi tiedoksi (Ahonen ym. 2005, 4-7.) Viimeisessä vaiheessa (kuvio 2) työyhteisö toteuttaa uutta toimintamallia käytännössä ja juurruttaa sitä käytäntöön. Juurruttamisen myötä syntyy uusi ammatillinen osaaminen. (Ahonen ym. 2007.)

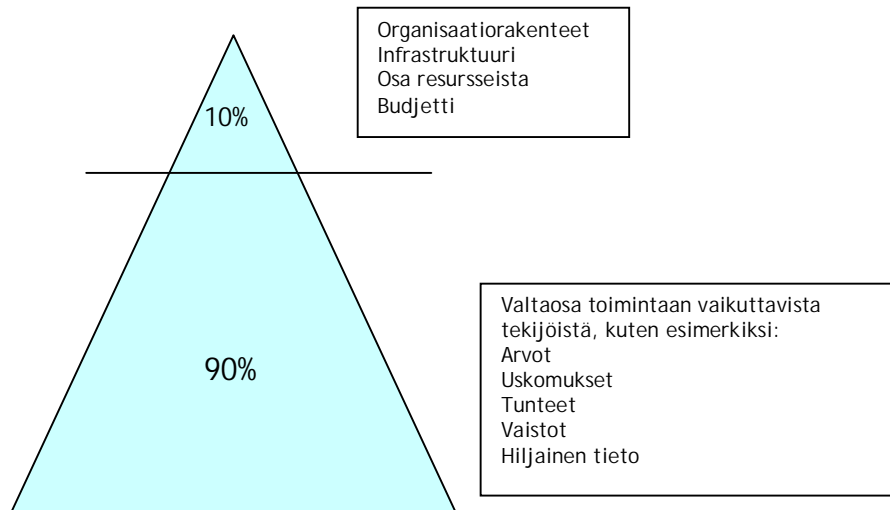
## 2.2 Hiljainen tieto

Englannin kielessä käytetään termiä *tacit* (hiljainen, sanaton, äänetön) *knowledge* (tieto). Tällä tarkoitetaan tietoa, joka on hankittu kokemuksen eli aistien avulla havainnoimalla sekä myös konkreettisesti tekemällä asioita. Siihen liittyy usein tietynlainen "kosketus", niin sanottu tekijän käden herkkyyys, jota on mahdoton kuvata verbaalisesti, mutta se voidaan demonstroida ja kädestä pitäen ohjata. (Anttila 2005, 73 - 74.)

Hiljaisen tiedon käsitteen keskustelun kohteeksi nostanut Michael Polanyi (1966) on todennut: "Tiedämme enemmän kuin osaamme sanoa." Sanat ja numerot edustavat hänen mukaansa vain jäävuorenhuippua kaikessa hallussamme olevan tiedon suuresta kokonaisuudesta (Kuvio 3). Hiljaista tietoa ei ole pidetty mahdollisena kielellistä ja sitä on sanottu esipredikaatiiviseksi eli sitä ei pystytä sanomaan ääneen ja kuitenkin olemassa oleva tieto rakentuu sen mukaan. Taitava ammattilainen ei ajattele osaamistaan sinänsä, vaan sitä, miten sitä voidaan käyttää jonkin tavoitteen saavuttamiseksi. Taitoa, jota ei helposti pysty hankkimaan kirjoista lukemalla, mutta luontevasti oppimaan toisen taitavan henkilön suoritusta seuraten. (Anttila 2005, 73 - 74.)

Hiljainen tieto on erittäin henkilökohtainen asia ja sitä on vaikea saada täsmällisen keskustelun ja keskinäisen kommunikaation kohteeksi. Se on juurtunut syvälle ihmisen toimintoihin ja kokemuksiin samoin kuin hänen ihanteisiinsa ja arvo- ja tunnemaailmoihinsa. Voidaan sanoa, että se kokonaisuudessaan muodostaa ihmisen persoonallisuuden ja ilmenee ruumiin ja mielen yhteistoiminnoissa. (Anttila 2005, 75.) Hiljainen tieto on löydetty ja huomattu organisaatioiden voimavaraksi vasta 1990-luvun alkupuolella. Hiljaisen tiedon hallinnassa on keskeisesti kysymys siitä, kuinka ihmisten kokemukset, aikomukset ja uskomukset tulevastakaan esiin

ja koottua palvelun sekä johdon päätöksenteon raaka-aineiksi mahdollisimman tehokkaasti.  
(Leskelä 2002, 48.)



Kuvio 3: Hiljaisen tiedon osuus yhteisön toiminnasta

### 2.3 Ba

Ba käsitteen on luonut alunperin japanilainen filosofi Kitaro Nishida. Se voidaan käsittää yhteisesti muodostuvan tiedon luomiseen ja hankkimiseen tarvittavaksi tilaksi (Anttila 2005, 216 - 217.) Ba on tila ja tilanne, jossa tietoa voidaan vapaasti jakaa, luoda ja hyödyntää. Käsitteenä se viittaa vuorovaikutukseen, jossa innovatiivisuus lisääntyy ja päätöksenteko tehostuu. Kun tietoa luodaan, on kysymys suhteista ja luottamuksesta, siitä onko ihmisellä halukkuutta jakaa oman osaamisensa ryhmän hyväksi. Tiedon tuottamisessa keskeisintä tuotolle on toimintaympäristö jossa informaatio, ammattitaito ja tieto ovat mahdollisimman helposti ihmisten saatavilla. Tämä edellyttää toimintakulttuuria, joka rohkaisee vapaasti virtaavaa ideoiden vaihtoa. (Heikkilä & Heikkilä 2005, 186; Heino 2006.)

Tiedon luomisprosessi alkaa lähtötilanteen ba'n alkuun saattamisella eli sosialisatiovaiheella. Mikä tarkoittaa runsasta kasvokkaista vuorovaikutusta. Tämä vuorovaikutus toimii hyvänä kasvualustana, jaettaessa hiljaista tietoa. Kun ihmisten välillä on keskinäinen luottamus, empaattinen tunnelma, välittäminen ja toisten kunnioittaminen, hiljaisen tiedon välittyminen tehostuu. (Heikkilä ym. 2005, 186; Heino 2006.) Jos ihminen kokee yhteyttä toiseen yksilöön ja osaa asettua hänen asemaansa, voidaan kaataa henkisiä raja-aitoja ihmisten välillä (Anttila 2005, 216 - 217).

Dialogia käyttävä ba käyttää hyväkseen kasvokkaista vuorovaikutusta. Dialoginen ba on tila, jossa hiljainen tieto tehdään eksplisiittiseksi eli näkyväksi. Yksilöiden mentaaliset mallit ja taidot käännetään ymmärrettäviksi, yhteisiksi termeiksi ja käsitteiksi. (Heikkilä ym. 2005, 186; Heino 2006, 180-181.) Systematisointi- ba aktivoi osallistujia yhteiseen ja virtuaaliseen vuorovaikutukseen. Tämä mahdollistaa olemassa olevan informaation yhdistämisen eksplisiittiseen tietoon. Tietoa voidaan välittää kirjallisena kaikille niille, jotka eivät ole olleet sitä kehittämässä. Uuden tiedon käyttäjät saavat uusia oivalluksia ja voivat verrata sitä aikaisempaan tietoon. Tämä vaihe on erittäin tärkeä voimaantuvassa organisaatiossa. (Heikkilä ym. 2005, 186; Heino 2006, 181.) Harjoittelu- ba mahdollistaa uuden tiedon harjoittelun käytännössä yksilöllisessä ja virtuaalisessa vuorovaikutuksessa. Tässä ba'ssa ihmiset voivat sisäistää uutta tietoa toimivaksi ja viedä uuden tiedon toiminnan tasolle. (Heikkilä ym. 2005, 186; Heino 2006, 181.)

#### 2.4 Sisällön analyysi ja kalanruotomalli

Sisällön analyysi toimii apuvälineenä, jota käytetään laadullisen tutkimuksen aineiston järjestämiseen ja kuvaamiseen. Sen käytön tavoitteena on tuottaa näkyvää tietoa kerätyn aineiston avulla. (Kylmä & Juvakka 2007, 112.) Sisällön analyysin tuloksena saadaan kutakin ilmiötä kuvaavia käsitteitä, käsitejärjestelmiä ja kategorioita. Kerätyn aineiston luokittelu perustuu käsitejärjestelmään, jonka pohjalta muodostuu käsitekartta. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21; 30-36, Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Cavanagh (1997) korostaa sisällönanalyysin olevan paljon enemmän kuin pelkkä tekniikka, jolla tuotetaan yksinkertaista kuvausta aineistosta. Siinä on kysymyksessä aineistossa ilmenevät merkitykset, tarkoitukset ja aikomukset, seuraukset sekä niiden yhteydet. (Janhonen ym. 2001, 23.) Sisällönanalyysi-prosessin etenemisestä voidaan karkeasti erottaa seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittaminen ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Nämä vaiheet voivat esiintyä samanaikaisesti ja usein analyysi on edellä esitettyä monivaiheisempi. (Janhonen ym. 2001, 24.)

Kehittämisprojektissamme Ojamon kotihoidon kanssa käytimme sisällönanalyysiä ryhmäteemahaastattelusta saadun aineiston luokitteluun. Hirsjärven ja Hurmeen (2006) mukaan aineiston luokittelu on olennainen osa analyysia. Se luo pohjan tai kehyksen, jonka varassa haastatteluaineistoa voidaan yksinkertaistaa sekä tulkita ja tiivistää. Luokittelun avulla muodostimme kalanruotomallin (Liite 2 ja 3), jonka avulla pystyi tarvittavat kehityskohteet irrottamaan selkeiksi ongelmakohtiksi sekä nostamaan hyvät käytänteet muidenkin ryhmien nähtäväksi. Kalanruoto on kaavio, jossa asiat jäsennellään yhdessä eräänlaisen kartan muotoon. Tavoitteena on löytää oleelliset riippuvuudet ja tehdä tämän perusteella johtopäätöksiä jatkotoimi-

en suhteen. Kalanruoto on yhteinen näkemys siitä missä ollaan ja mitä pitäisi tehdä, jotta tavoite saavutetaan. Se vastaa kysymyksiin: "Mistä oikeastaan on kyse?" (StratoX Yrityspalvelut 2008.)

Kalaruotokaaviolla havainnollistettiin Ojamon kotihoidon lääkehoitoprosessi haastatteluun ja sisällönanalyysiin pohjautuen. Kalanruotokaavio on graafinen laatujohtamisen sekä prosessin kehittämisen työkalu, jota käytetään usein ryhmätyön apuvälineenä, kausalisuuden selvittämisessä ja ongelmien syiden etsimisessä sekä analyysissä. Se on visuaalinen esitystapa ryhmitellyistä asioista, ja siinä jokainen ryhmä esitetään omalla ruodollaan. Kalanruotokaaviota voidaan käyttää joko asioiden luokitteluun tai ongelmanratkaisuun. Se tunnistaa ja organisoii keskeiset tai mahdolliset syyt, jotka vaikuttavat ongelmaan tai ulostuloon. (Quality Knowhow Karjalainen 2008.)

Ojamon kotihoidon lääkeprosessin kalanruotokaavio on jaettu kahteen osaan; siihen mihin henkilökunta kokee pystyvänsä vaikuttamaan ja mihin he kokevat etteivät pysty vaikuttamaan, kuvat esitetty liitteissä kaksi (2) ja kolme (3). Tällä halusimme nostaa esille myös osat alueet, joihin ei kyetty voitavan vaikuttaa ja näin myös ohjasi toimintaa tiettyyn suuntaan. Kuvioissa kuvataan, kuinka lääkehoitoa toteutetaan tällä hetkellä, mitkä ovat lääkehoitoprosessin eri vaiheet sekä mitä eri lääkehoitoprosessin vaiheissa tapahtuu. Kalanruotokaavio on konkreettinen ja visuaalinen kuvaus yhteistyön tuloksesta työyhteisön ja opiskelijoiden kesken.

## 2.5 Ryhmäteemahaastattelu

Joustavana menetelmänä haastattelu sopii moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin. Siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa ja tämä tilanne luo mahdollisuuden suunnata tiedonhankintaa haastattelun aikana. Myös vastauksien takana olevien motiivien esiin saaminen helpottuu. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 34.)

Teemahaastattelu ei etene tarkkojen ja valmiiksi muotoiltujen kysymysten kautta, vaan väljemmin kohdistuen tiettyihin ennalta suunniteltuihin teemoihin. Se on astetta keskittyneempi kuin avoin haastattelu, koska siinä on aiempien tutkimusten ja teoriapohjan avulla valmistellut aihepiirit ja teemat, jotka ovat kaikille samoja. Teemahaastattelussa haastateltavan puheelle annetaan tilaa, vaikka ennalta päätetyt teemat keskustellaan kaikkien kanssa. Tämä antaa mahdollisuuden huomioida ihmisten tulkinnat ja heidän merkityksenantonsa ja onnistuttaessa myös hiljainen tieto voi muuttua näkyväksi. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Kuten Janhonen ja Nikkonen (2001) toteavat, että laadullisen tutkimuksen tärkeitä eettisiä periaatteita on tiedonantajan vapaaehtoisuus ja henkilöllisyyden suojaaminen sekä



luottamuksellisuus, joten haastattelussa käyttämämme nauha tuhottiin yhteispäätöksellä analysoinnin jälkeen.

Haastattelu nauhoitettiin Ojamon kotihoidon tiloissa sijaitsevassa erillisessä huoneessa mp-3 tyyppisellä nauhurilla ja purettiin myöhemmin työryhmän opiskelijoiden toimesta sanasta sanaan Word-tiedostoksi. Aineiston luokittelun avulla syntyi käsitekartta eli kalanruotomalli, jonka avulla pystyttiin tarvittavat kehityskohteet irrottamaan selkeiksi ongelmakohtiksi sekä nostamaan hyvät käytänteet muidenkin ryhmien nähtäväksi. Ryhmähaastattelun kysymykset ovat raporttimme liitteenä (Liite 4), mutta sanasta sanaan purettu nauhoitus ja siitä tehty kirjallinen Word-tiedosto tuhottiin työryhmän yhteispäätöksellä intimitteetti suojan takaamiseksi.

## 2.6 Tutkimustyön etiikka

Jaana Hallamaan (2002) mukaan tieteen etiikka on koko tiedeyhteisön hiljaista, sinnikästä ja hellittämätöntä sitoutumista tieteen harjoittamisen ihanteisiin, joita ovat rehellisyys, avoimuus ja kriittisyys. Edellä mainitut ihanteet ja niiden takana olevat kiellot ovat myös kaiken inhimillisen yhteiselämän periaatteita, kuten esimerkiksi: älä ota toisen omaa, älä valehtele ja älä petä. (Kuula 2006, 29.) Ojamon kotihoidon lääkehoidon nykytilannetta kuvaava opin- näytetyömme on toteutettu noudattamalla ja kunnioittamalla tutkimustyön eettisiä arvoja ja näin uskomme, että luomamme totuuden mukainen kuvaus lääkehoitoprosessin nykytilasta luo pohjan kehittämisprojektin jatkolle. Tutkimus on toteutettu laadullisella ryhmäteemahaastattelulla, jossa tutkimuksen aineisto saatiin Ojamon kotihoidon haastatelluilta henkilöiltä, joilla on kokonaisnäkemys lääkehoidon nykytilasta Ojamon kotihoidossa. Vähintään, mitä tutkija voi tehdä toimimalla eettisesti, on selvittää mukaan pyytämilleen ihmisille, miksi juuri heidän elävät kokemuksensa ovat tutkimisen arvoisia.

Peruslähtökohdat hyvälle tutkimukselle tai kehittämistyölle ovat samat kaikissa oppiaineissa. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää tieteellisiä tietoja, taitoja ja hyviä toimintatapoja niin tutkimuksen teossa kuin sosiaalisesti tiedeyhteisössä ja suhteessa ympäröivään yhteiskuntaan ja yhteistyökumppaneihin. (Kuula 2006, 34.) Tutkimusaineiston keruussa Leino-Kilven ym. (2003, 290) mukaan on aina kiinnitettävä huomiota tutkittavien ihmisten oikeuksiin ja kohteluun. Lähtökohtana on pidettävä, että tutkittavia ihmisiä kohdellaan rehellisesti ja kunnioitavasti. Kunnioitukseen sisältyy se, että tutkittavilta pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Tähän tutkimukseen suostumus on haastateltavilta saatu. Eettisenä arvona pidettiin koko tutkimuksen ajan avoimuutta. Avoin kommunikaatio Ojamon kotihoidon työyhteisön ja tutkimuksen toteuttavan työryhmän kesken mahdollistui hiljaisen tiedon käytön sekä luo samalla pohjaa kehittämispohjaiselle oppimiselle. Tutkimustyössä opiskelijat ovat pitäytyneet hyvään tieteelliseen käytäntöön, Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaisesti.

Hyvään tieteellisen käytäntöön kuuluu muun muassa, että tutkijat ja tieteelliset asiantuntijat noudattavat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, jotka ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. (Kuula 2006, 34.) Lisäksi on noudatettu eettisesti kestävästä tiedonhankintaa sekä avoimuutta.

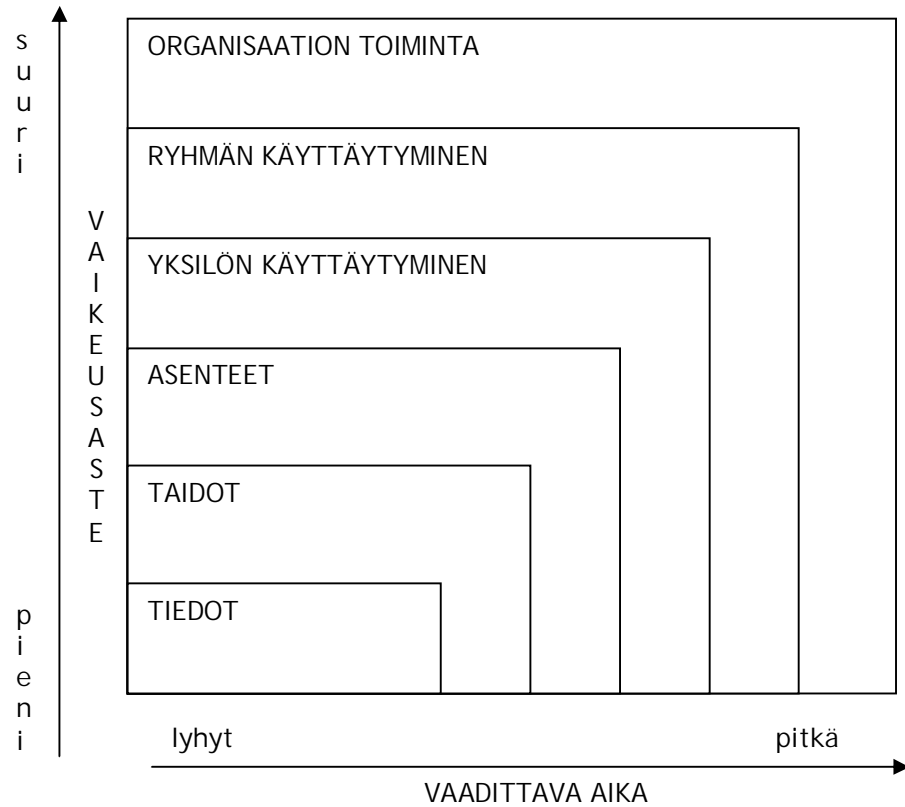
Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeissa (Kuula 2006, 35) mainitaan tutkijoiden työn ja saavutuksien asianmukainen huomioiminen, joka on toteutettu opinnäytetyössä ilmoittamalla huolella lähteet ja lähdemerkinnät. Tutkimus on toteutettu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan, noudattamalla Laurea-ammattikorkeakoulun ohjeistusta opinnäytetyön suunnittelusta, toteutuksesta, raportoinnista ja julkaisemisesta. Tutkimukseen osallistujien asema, oikeudet, vastuut ja velvollisuudet on määritelty kirjallisina sopimuksina. Kaiken kaikkiaan tutkimuseetikassa on kyse siitä, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 285), koska hyvällä ja luotettavalla tutkimuksella on todellinen arvo. Tämän opinnäytetyön avulla Ojamon kotihoidon lääkehoidon nykytilanteesta saadaan todellinen ja totuudenmukainen nykytilan kuvaus noudattamalla tutkimustyön eettisiä arvoja. Juuri tämä totuudenmukainen kuvaus lääkehoitoprosessin nykytilasta luo pohjan kehittämiprojektin jatkolle.

### 3 Kehittämistoiminnan haasteet

#### 3.1 Muutos työyhteisössä

Kehittyvälle organisaatiolle on ominaista toiminnan tavoitteiden, keinojen ja toimintaedellytysten jatkuva uudelleenmäärittely. Se edellyttää yhteyttä ja vuoropuhelua suunnittelun ja käytännön välille. Käytännön työtä tekevät ammattihenkilöt on pystyttävä saamaan entistä tiiviimmin mukaan suunnitteluun sekä tavoitteiden, menetelmien ja käytännön ratkaisujen hahmottamiseen sekä määrittelyyn. Näin pystytään saamaan suunnittelu osaksi organisaation jokapäiväistä toimintaa myös suunnitteluvaiheen jälkeen. (Järvinen, Koivisto & Poikela 2000, 212-213.)

Muutos ravistelee organisaatiossa paitsi valtasuhteita myös työyksikön organisaatiokulttuuria. Tämän huomioiminen muutoksia läpi viettäessä onkin oleellista, jotta voidaan luoda uusi organisaatiokulttuuri uusien strategioiden pohjalta. (Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku 2005, 44 - 45.) Muutos voidaan kokea uhkana, jonkin uuden alkuna tai kehitysvaiheesta toiseen siirtymisenä. Muutos on siis myös mahdollisuus ja sellaisena sitä tulisikin pitää. Ihminen ei voi hyväksyä muutosta hetkessä, vaan tarvitsee siihen aikaa. (Laaksonen ym. 2005, 46.) Kuviossa neljä (4) kuvataan erilaisten muutosten vaikeusastetta ja kestoa.



Kuvio 4: Aikaulottuvuus ja erilaisten muutosten toteuttamisen vaikeusaste (Sydänmaanlakka 2001, 67)

### 3.2 Muutosvastarinta

Muutosvastarinta on normaali psyykkinen, tiedostettu tai tiedostamaton ilmiö, joka toimii vastavoimana muutosta vastaan. Muutosvastarintaa esiintyy aina muutosprosesseissa, siinä on kyse ihmisen normaalista pelosta tuntemattoman edessä. Se voi aiheuttaa negatiivisia tunteita, mikä voi vaikeuttaa omien ajatusten ja toimintatapojen muuttamista. Kielteinen ajattelu ja vanhat rutiinit aiheuttavat osaamisen kaventumista ja ammatillinen itsetunto joutuu koetukselle. (Neuvonen & Uosukainen 2007, 46-47.)

Muutos voidaan kokea uhkana, jonkin uuden alkuna tai kehitysvaiheesta toiseen siirtymisenä. Muutos on siis myös mahdollisuus ja sellaisena sitä tulisi pitää. Ihminen ei voi hyväksyä muutosta hetkessä, vaan tarvitsee siihen aikaa. (Laaksonen ym. 2005, 46.)

### 3.3 Muutoksen johtaminen

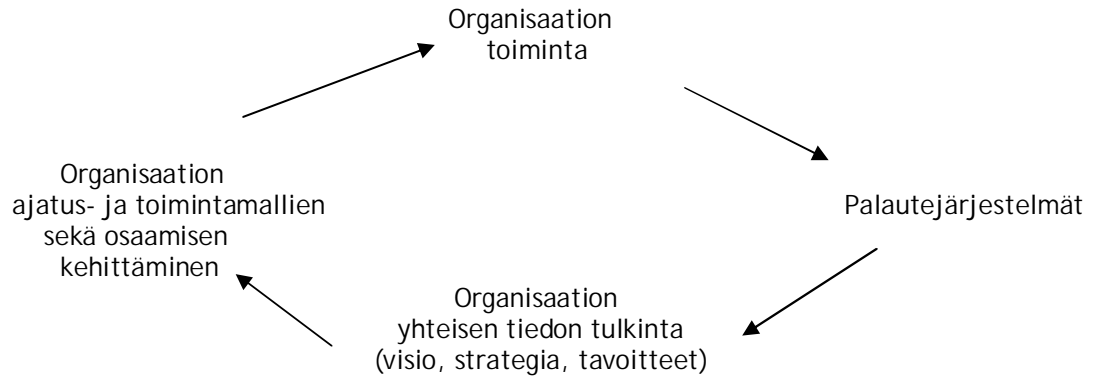
Hoitotyön esimiehen tehtävä työyhteisön kehittämistoiminnan onnistumisen edellytysten luojana on merkittävä. Muutosprosessin johtaminen on kehittämistoiminnan mahdollisuuksien luomista kehittämistyöryhmän toiminnalle työyhteisössä ja työyhteisön sitouttamisessa projektiin. (Leskelä 2002, 25.)

Muutoksen johtamisella tarkoitetaan myös usein ihmisenjohtamista, minkä elementtejä ovat karismaattisuus, huomion kiinnittäminen yksilöön ja älyllinen virikkeisyys. Karismaattisuuteen kuuluu inspiraatio, joka syntyy, kun karismaattinen henkilö viestittää muille vision kautta korkeatasoisia odotuksia. Kaupungin, kunnan tai yrityksen uudenlainen arvojärjestelmä näyttäytyy useimmiten visiona (= näkemyksenä). (Leskelä 2002, 25.)

Yksilön huomioon ottaminen tarkoittaa, että johtajan antamat haasteet saavat ihmiset käyttämään kaiken taitonsa ja kehittämään uusia kykyjä itsessään. Tämä yksilön osaamisen ja ajatusten uudelle tasolle nostaminen perustuu sekä haasteisiin ja yksilön työn arvostamiseen. Tämä vaatii jokaisen yksilön pitämistä hyvin ajan tasalla tiedollisesti sekä taidollisesti. Kahdenkeskiset keskustelut soveltuvat tähän tarkoitukseen hyvin, sillä silloin jokaista voi kohdella yksilönä ja tukea ja rohkaista sekä pyrkiä valmentamaan mahdollisimman korkealle tasolle. Tärkeintä on yksilön motivointi. Jokainen ihminen on erilainen ja sisäinen motivaatio on myös yksilöllistä. Ihmistä ei voida ulkoapäin tulevalla voimalla motivoida eikä sitouttaa hyviin suoriin. Hyvät suoritukset kuten, toiminta, vastuunkanto ja luovuus syntyvät aina sisäisen motivaation voimalla. Ihmisten johtaja pystyy yhdistämään organisaation tarpeet ja yksilöiden sisäisen motivaation ja edesauttaa näin hyvien tulosten syntyä. (Leskelä 2002, 25.)

Kolmas muutokseen johtamisen keinoista on älyllisen virikkeellisyuden lisääminen. Tämä toimii vastapainona karismaattisuudelle ja yksilöllisen tuen tunnepainottomuudelle. Älyllisen virikkeellisyuden avulla ihmisen tietoisuutta pyritään nostamaan ongelmanratkaisuun liittyvien seikkojen taustoista. Yksilöä pyritään kannustamaan tarkastelemaan asioita laajemminkin kuin vain välittömästi työhön liittyvien seikkojen valossa. Luovuus on tulevaisuudessa yhä useamman organisaation tärkein voimavara. Totunnaisuus ei ole hyve ja "Näin on aina tehty" ei riitä perusteluksi jatkaa tavanomaisella tavalla. "Se mikä oli tehokasta rutiinia eilen, voi olla epätarkoituksenmukaista ajan haaskuuta huomenna". (Leskelä 2002, 25.)

### 3.4 Organisaation oppiminen



Kuvio 5: Organisaation oppimiskehä  
(Sydänmaanlakka 2001, 51)

Kaikki organisaatiot ovat oppivia ja oppiminen tapahtuu kaikilla omaan tahtiin. Kuviossa 5 on kuvattu organisaation oppimiskehä -malli, mutta aina oppimista ei tiedosteta ennen kuin sitä lähdetään keskusteluihin tai havainnollistamisen kautta purkamaan. Tuloksiin päästään jatkuvan kokeilun kautta ja virheistä oppimisella. Erilaisista koulutuksista saa uutta ajankohtaista tietoa ja sitä tulisi hyödyntää jokaisen omassa työssään. Myös yhteisten koulutuspäivien järjestäminen ja niissä yhdessä oppiminen ajatustenvaihdosta lähtöisin on mielekästä ja keskusteltua. Tällöin luodaan yhteisiä pelisääntöjä ja aikatauluja toteutusta ja arviointia varten. Asiakaskunnan monipuolisuuden vuoksi erilaisia toimintamalleja on hyvä olla olemassa ja niiden vertailu muiden kanssa sekä jakaminen työyhteisössä. Esimies on suuressa asemassa työyhteisön kehittymisessä ja oppimisessa. Ajan mahdollistaminen ja työyhteisön kannustaminen oppimiseen ja kehittämiseen on haastavaa. Palauteen antaminen työyhteisöissä unohtuu usein ja sen nostaminen osaksi työtä tuo tuloksia nopeasti ja monipuolisesti. Positiivisen palautteen anto on yhtä tärkeää kuin korjaavan palautteen anto. Mitä nopeammin toiminnasta saa palautteen sitä herkemmin on toiminta muutosaltista. Mitä kauemmin pidetään kiinni vain omista näkemyksistä, haluamatta soveltaa niitä uuden havaitun tiedon perusteella on oppiminen mahdotonta. Aluksi oppiminen on hidasta ja vaatii aikaa sekä henkisiä voimia järjestellä asioita uudelleen jokaiselta. Mitä enemmän oppimiskokemuksia karttuu, sitä helpommin oppiminen tapahtuu ja muutosta toiminnassa syntyy. Jokaisessa organisaatiossa on omanlaisensa toiminta kulttuuri ja tilanteiden sovellutukset, vaikka perustehtävä olisikin sama. (Sydänmaanlakka 2001, 51-64.)

#### 4 Kehittämistoiminnan ympäristö

Väestön ikääntyessä kotihoito palvelumuotona kasvaa kokoajan. Niin kunnan taloudellisesta tilanteesta, kuin ikääntyvien oman elämän laadun näkökulmasta on tärkeää, että vältetään ennenaikainen laitoshoidon siirtyminen kotiin suunnattujen palveluiden avulla. Kunnallisten palveluiden lisäksi ikääntyville kotiin suunnattuja palveluja tarjoaa kolmannen sektorin palvelujen tuottajat, yksityiset yritykset sekä omaiset ja muut ikääntyvän lähiverkostoon kuuluvat. (Kuuppelomäki 2005, 8-9.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vanhusbarometrin (1999) mukaan alle 80-vuotiaista kotona asuvista apua tarvitsee 29 %, mutta yli 80 vuotiaista jo 70 %. Kuitenkin kunnallisen kotihoidon piirissä oli v. 2001 vain 12,1 % niistä, jotka olivat täyttäneet 75- vuotta ja 21 % niistä, jotka olivat täyttäneet 85- vuotta tai tätä vanhempia. Lähes 50 % kotihoidon palveluja saavista oli vuonna 2003 Stakesin mukaan 75-84-vuotiaita ja kolmannes yli 85-vuotiaita. (Kuuppelomäki 2005, 8-9.)

Kotona asuminen on ihmisille tärkeää ja oma tila, paikka ja koti voidaan kokea uhatuksi kun työntekijä tulee kotiin tekemään työtään. Moni ikäihminen haluaakin asua kotonaan niin pitkään kuin suinkin pystyy. Kotihoidon tavoitteena onkin luoda ja kehittää sellaisia hoito- ja palvelujärjestelmiä, jotka tukevat kotona asumista. (Kuuppelomäki 2005, 8-9.)

Laamanen ym. (1999) mukaan kotihoidon parissa työskentelevä henkilökunta kokee, että laitoshoidon on vähennetty liian nopeasti ja toisaalta kotihoitoa ei ole kehitetty riittävästi. Oma työ arvioitiin mielenkiintoiseksi ja itsenäiseksi, mutta kolmannes arvioi työpaineen kovaksi ja vastuun raskaaksi. Kotisairaanhoidon työntekijöistä 41% ja kotipalvelun työntekijöistä 69,8 % koki, että kotikäyntien aikana ei ehdi tehdä kuin välttämättömät toimenpiteet. (Laamanen, Broms, Häppölä & Brommels 1999, 60 - 71.)

Kotihoidossa korostuu potilaan itsemääräämisoikeus, koska työ ja toiminta tapahtuvat potilaan kotona, tai niihin verrattavissa olevissa tiloissa. Jos potilaalla on muistihäiriöitä tai muita sairauksia, jotka voivat vaikuttaa hänen suhtautumisestaan kieltävästi annettavan hoitoon, ei häntä kuitenkaan voi jättää hoitamatta. Potilaslain (785/1992) mukaan häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, mutta jos täysi-ikäinen potilas ei potilaslaissa mainituin osin pysty päättämään hoidostaan, tulee hänen laillista edustajaansa kuulla ennen hoitopäätöksen tekemistä. Yhteistyö laillisten edustajien sekä omaisten kanssa korostuu näissä tapauksissa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 6§.)

Kotihoidon palveluihin kuuluu kotipalvelu, kotona tapahtuva sairaanhoito, terveydenhuollon ehkäisevä työ sekä tukipalvelut. Kotipalvelun toimintaan kuuluu monipuolisesti henkilökohtai-

nen huolenpito ja jokapäiväiseen elämään kuuluviin toiminna tukeminen, avustaminen sekä tarvittaessa niiden suorittamisessa avustaminen. (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivara, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri 2004, 100-114; Lyyra, Pikkarainen & Tiikkanen 2007, 59-61.)

Kotihoidon laatua voidaan tarkastella eri näkökulmista; palvelun tuottajan, työntekijöiden ja asiakkaiden näkökulmasta. Suomessa on kotihoidon laatua koskevia arviointitutkimuksia tehty lähinnä asiakkaiden ja työntekijöiden kokemusten näkökulmasta. Tutkimuksissa (Malin 1997, Tenkanen 1998, Paljärvi ym. 2003) on tuonut esille tekijöitä, jotka uhkaavat tai edistävät palvelun laatua. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi yhteydenotto mahdollisuus työntekijöihin (lisää turvallisuuden tunnetta), henkilöstön ammattitaito, henkilöstön suhtautuminen, henkilöstön jatkuvuus (työntekijät eivät vaihdu), käyntiin varattu aika sekä asiakkaan mahdollisuus vaikuttaa palvelun sisältöön. (Kuuppelomäki 2005, 8-9.)

Kotisairaanhoido on kotona suoritettavaa terveyskeskuksen säännöllisessä valvonnassa tapahtuvaa hoitoa. Lääkäri ja kotisairaanhoidaja voivat sopia tarvittavien kontrolli kokeiden ottamisesta tietyin väliajoin kotona sairaanhoidajan toimesta, näin potilaan ei tarvitse käydä aina lääkärin vastaanotolla. Tukipalveluita on monia erilaisia ja niistä luodaan jokaiselle tarpeen mukaan juuri sopivat ja tukemaan itsenäistä pärjäämistä. (Voutilainen ym. 2004, 100-114; Lyyra ym. 2007, 59-61.)

#### 4.1 Lohjan kaupungin kotihoidon järjestelmä

Kotihoido Lohjan kaupungissa on jaettu 7:ään eri alueeseen, joissa jokaisessa toimii määrätty määrä hoitohenkilökuntaa sekä alueen palvelupäällikkö. Kotihoidoa voidaan hakea suoraan palvelualueiden henkilöstöltä tai palvelualuepäälliköiden kautta. Sairaaloissa on kotiutushoitajat, jotka tarpeen tullen tarjoavat ja auttavat kotihoidon palvelujen järjestämisessä ja saannissa. (Lohjan kaupunki 2008.)

Asiakkaan selviytymistä omassa kodissaan tuetaan myös harkinnanvaraisilla palveluilla, joita haetaan asuinalueen kotihoidon palvelupäällikön kautta. Turvpuhelin luovutetaan pääsääntöisesti hakijalle silloin, kun kysymyksessä on yksin asuva henkilö, joka kokee sairaudesta tai vammasta johtuvaa turvattomuutta tai silloin kun hakija sairaalasta kotiuduttuaan tarvitsee kuntoutumisvaiheessa ympärivuorokautista turvapalvelua. (Lohjan kaupunki 2008.)

Kotiin kuljetettu ateria on tarkoitettu henkilöille, jotka eivät toimintakykynsä tai terveystensä puolesta pysty itse hakemaan taikka valmistamaan ateriaansa. Kotihoido ei pääsääntöisesti anna kauppa- ja asiointipalvelua muille kuin jatkuvan palvelun asiakkaille. Jatkuvan palvelun asiakkaiden kanssa tehty sopimus voi kattaa useasta käyntikerrasta päivässä kerran viikossa

tehtävään käyntiin. Satunnaisen palvelun asiakkaat voivat olla mm. toimenpiteen jälkeen kotiutuneita ja kotihoito suorittaa esim. haavanhoitoa tarvittavan ajan tai sovittuja mittauksia, kuten verensokeri tai verenpaine. (Lohjan kaupunki 2008.)

#### 4.2 Ojamon kotihoito

Ojamon kotihoito toimii seitsemänä päivänä viikossa ja kahdessa vuorossa asiakkaan omassa kodissa tapahtuvaa toimintaa, jolla pyritään tukemaan asiakasta selviytymään omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Asiakskunta koostuu pääasiassa vanhuksista sekä vammaisista, mutta myös toipilasapua tarjotaan esimerkiksi sairaalasta kotiutumisen jälkeen. (Lohjan kaupunki 2008.)

Kotihoidon palvelujentarve sekä -laatu kartoitetaan yhteistyössä asiakkaan, mahdollisten omaisten kanssa tai sairaalan kotiutushoitajan kanssa. Tämän pohjalta laaditaan tavoitteellinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Käyntimääriä ja palveluita voidaan kuitenkin lisätä tai vähentää asiakkaan tarpeen mukaan nopeallakin aikataululla. (Lohjan kaupunki 2008.)

#### 4.3 Strategiat ja arvot

Lohjan kaupungin ”kehittämisen strategia perustuu toimiviin peruspalveluihin asukkaiden psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin turvaamiseksi ja eriarvoisuuden estämiseksi ja sen tavoitteena on luoda ja ylläpitää kysyntää vastaavat, laadukkaat ja taloudellisesti toteutetut peruspalvelut”. ”Perusturvan tarkoituksena on turvata edellytykset kaupunkilaisten fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin tukemalla omatoimisuutta ja selviytymismahdollisuuksia sosiaali- ja terveyspalveluilla. Monipuolisten laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisessa keskeistä on ennaltaehkäisy, hallintorajat ylittävä, seudullinen sekä kansalaisten ja muiden toimijoiden kanssa tehtävä yhteistyö.” (Lohjan kaupunki 2008.)

Ojamon kotihoidon arvot pohjautuvat koko kotihoidon arvopohjaan, jossa asiakkaan omatoimisuuden kunnioittaminen, hoidon kokonaisvaltaisuus, yksilöllisyys ja itsemääräämis-oikeus ovat pääosassa. Toiminnan tavoite on antaa mahdollisuus itsenäiseen ja omatoimiseen kotona asumiseen mahdollisimman pitkään. (Lohjan kaupunki 2008.)

#### 4.4 Henkilökunta, asiakasmäärä, tilat

Henkilökunnan- sekä asiakasmäärä ja tilojen toimivuus selvitettiin ryhmähaastattelulla, joka toteutettiin Ojamon kotihoidon tiloissa. Ryhmähaastattelusta muodostunut aineisto tuhottiin yhteispäätöksellä intymiteetti suojan turvaamiseksi. Haastattelussa käytetyt kysymykset löytyvät liitteestä neljä (4).



Ojamon kotihoidon henkilöstöön kuuluu (2008) kaksi (2) sairaanhoitajantointia sekä 15 perus- ja lähihoitajantointia sekä esimies. Koulutusvaatimuksena työsuhteita täytettäessä on joko sairaanhoitaja koulutus tai lähihoitajan koulutus ja vanhojen työntekijöiden kohdalta viimeinen kodinhoitaja valmistuu lähihoitajaksi vuoden sisällä. Sairanhoitajat työskentelevät arkisin välillä klo 8 - 16 ja viikonloppuisin päivystää yksi sairaanhoitaja kotihoidosta kaikilla Lohjan kaupungin kotihoito alueilla. Lähihoitajat työskentelevät kahdessa vuorossa seitsemänä päivänä viikossa. Asiakkaita Ojamolla on tällä hetkellä 112 ja ikäjakauma on 44 -96 vuotta. Asiakaskuntaan tulee muutoksia jatkuvasti erilaisten tarpeiden mukaan.

Toimitilat sijaitsevat keskustan tuntumassa olevassa vanhusten palvelukeskuksen alakerrassa. Tilat ovat rakennettu vanhan uima-allasosaston päälle ja tilojen suunnittelussa ei ole ollut mukana kotihoidon henkilökuntaa. Tilat käsittävät pienen pukeutumishuoneen, joka toimii myös henkilökunnan suihkutilana, vaippa- ym. varastona, yhden noin 30 m<sup>2</sup> suuruisen työskentelytilan sekä 4 m<sup>2</sup> lukollisen suorakaiteenmuotoisen varastohuoneen. Tämä lukollinen varastohuone toimii lääke- sekä haavanhoitotuotteiden varastona ja on hyllytetty molemmilta seiniltä, mikä tekee siitä hyvin kapean. Henkilökunnan ruokailutila keittiöineen sijaitsee työskentelytilassa, jossa myös tapahtuu lääkkeidenjako sekä kirjaaminen. Työskentelytilaan on sijoitettu neljä (4) tietokonetta kirjaamista varten sekä iso pöytä, joka toimii ruokapöytänä sekä lääkkeenjako- ja muihin päivittäisiin toimintoihin käytettävänä.

## 5 Kehitettävän toiminnan perusteet

### 5.1 Kotihoito

Laki velvoittaa kunnan tai kaupungin järjestämään tarvittavan / riittävän kotisairaanhoidon asukkailleen. "Kotisairaanhoidon kuuluu hoitotoimenpiteitä sekä näytteiden ja kokeiden ottoa. Varsin vaativaakin sairaanhoitoa voidaan toteuttaa kotona, sillä monet haluavat asua kotona elämänsä loppuun saakka. Myös omaisten tukeminen on osa kotisairaanhoidon työtä". (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

Itsenäinen päivittäisistä toiminnoista huolehtiminen voi olla uhattuna sairaalasta kotiutuessa tai yleisen voimien huonontuessa, nämä tilanteet aiheuttavat stressiä monesti. Stressiä aiheuttavat elämäntilanteet voivat olla kriittisiä vaiheita ihmisen itsestä huolehtimisen kannalta, kuten vakava äkillinen sairaus. Potilas pyritään kotiuttamaan sairaalasta mahdollisimman nopeasti omaan turvalliseen ympäristöönsä, mutta se luo potilaisiin tunteen kotona selviytymättömyydestä. Sen vuoksi monipuolisen tiedon saanti kotiutushoitajalta kotihoidon mahdollisuuksista, auttaa selviytymään päivittäisistä toiminnoista omassa ympäristössään. Usein sairaalassa annetun ohjauksen määrä on runsas ja kysymyksiä herää paljon kotiutumisen jälkeen, siksi onkin tärkeää olla kontakti valmiina. Lyhenevien sairaalahoitojaksojen myötä annettavaa

ohjausta on laajennettava ja monipuolistettava, jolloin kerralla annetun ohjauksen määrä kasvaa koko ajan. (Koponen 2003, 14-27; Taylor 2005, 101-118; Pekkarinen 2007, 22-25.)

Tässä päivittäin/ viikoittain käyvä kotihoidon henkilökunta pyrkii vastailemaan kysymyksiin ja seuraamaan parantumista sekä arvioimaan tarvittavien palveluiden määrää. Lyhentyneiden aikojen myötä myös eri yhteistyö tahojen välinen kommunikointi on pienentynyt ja näin tiedon kulku sekä tuen tarve kartoitukset heikkoja. Palveluista pyritään kehittämään mahdollisimman monipuolisia ja joustavia, joilla pyritään ehkäisemään uusiutuneita hoitajaksoja. Moniin sairaaloihin onkin luotu toimia kotiutushoitajille, jotka keskittyvät kotiuttamisen vaatimiin toimiin ja yhteydenottoihin. Monissa tapauksissa unohtuu potilaan ja omaisten voimavarojen kartoitus tai heitä ei kuunnella tarpeeksi tarpeiden arvioinnissa. (Koponen 2003, 14-27; Taylor 2005, 101-118; Pekkarinen 2007, 22-25.)

Eri organisaatioiden välillä tiedonkulku on tärkeässä asemassa sekä organisaatioiden vastuunjako. Eri tietokonepohjaisten kirjausjärjestelmien yhteensopimattomuus ja kirjaamisessa tapahtuva huolimattomuus aiheuttavat tiedonsaannin puutteita ja näin vaikuttaa annettavaan hoitoon. (Koponen 2003, 14-27; Taylor 2005, 101-118; Pekkarinen 2007, 22-25.)

## 5.2 Turvallinen lääkehoito

”Lääkkeiden käyttöön liittyvä turvallisuus, joka kattaa terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaation periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa lääkehoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Lääkitysturvallisuus käsittää toimenpiteitä lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemiseksi, välttämiseksi ja korjaamiseksi”. (Stakes & Lääkehoidon kehittämiskeskus 2007.)

Lääkehoito on terveydenhuollon toimintaa, jota toteutetaan pääsääntöisesti lääkehoidon koulutuksen saaneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimesta ja vastuulla. Lääkehoidon koulutuksen saaneiden laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee kantaa kokonaisvastuu lääkehoidon toteuttamisesta, ja jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen annettun koulutuksen saaneen tulee kantaa vastuun omasta toiminnastaan. Esimiesten tehtävänä on ohjata ja valvoa lääkehoidon toteuttamista laaditun lääkehoitosuunnitelman mukaisesti sekä tarvittaessa päättävät eri henkilöstöryhmien poikkeuksellisesta työnjaosta ja yhteistyöstä siten, että jokaisen ammattiryhmän osaamista hyödynnetään parhaalla mahdollisella tavalla. Lääkkeiden ja lääkehoidon tavoitteena on ehkäistä ja parantaa sairauksia sekä hidastaa niiden etenemistä, ehkäistä sairauksien aiheuttamia komplikaatiota ja lieventää sairauden aiheuttamaa taudinkuvaa. Oikealla tavalla toteutettu, tehokkaasti toimiva, potilasturvallinen, -taloudellinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuuden näkökulmasta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaana saamansa palvelun

laatua. Lääkehoidon toteuttaminen yksilökohtaisella tasolla tapahtuu parhaiten moniammatillisessa yhteistyössä ja edellyttää hoitohenkilöstöltä lääkehoidon eri vaiheiden hyvää tiedostamista ja kokonaisuuden hallintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 44.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän loppuraportti kerättiin valtakunnalliseksi oppaaksi lääkehoidon toteuttamisesta julkisissa ja yksityisissä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä. Vuonna 2006 ilmestyneen Turvallinen lääkehoito -oppaan tarkoituksena on yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvää vastuunjakoa sekä määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteutettavissa yksiköissä. Oppaan laatimisen taustalla olevat kehittämistarpeet liittyvät ennen muuta lääkehoidon vastuukysymysten määrittämiseen eri toimialoilla, lupakäytäntöjen yhtenäistämiseen, työntekijöiden perehdyttämiseen sekä lääkehoidon osaamisen varmistamiseen ja ylläpitämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

### 5.3 Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat

Lääkehoidon sisältö, toteuttamistavat ja menetelmät määritellään osana lääkehoidonsuunnitelmaa, joka pohjautuu oman toiminnan tuntemiseen sekä siihen liittyvien riskitekijöiden ja ongelmakohtien määrittämiseen ja analysointiin. Tämän tunteminen on perusedellytyksenä työyksikön hallinnalle ja kehittämiselle. Lääkehoitosuunnitelman laajuuden määrittää yksikön lääkehoidon vaativuustaso. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 46.)

Kokonaisvaltaisen lääkehoidon toteuttaminen perustuu työyksikön tekemään omaan toimintaan perustuvaan lääkehoitosuunnitelmaan, josta ilmenevät lääkehoidon ja verensiirtohoidon kannalta oleelliset tekijä ja prosessit eri vaiheineen. Lääkehoitosuunnitelma toimii käytännön työvälineenä lääkehoidon suunnitelmalliselle hallinnalle ja laadulliselle kehittämiselle. Hyvin tehtynä se toimii toimintayksikön johtamisjärjestelmän ja laadunhallinnan keskeisenä osana lääkehoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 43.)

Jokaisessa toimintayksikössä määritellään kyseisen yksikön lääkehoidon vaativuustaso, joka määräytyy toiminnan luonteen mukaisesti. Teho-osaston vaativuustaso on hyvinkin erilainen verrattuna esimerkiksi vanhainkotitasoiseen yksikköön tai kotihoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 43.)

Lääkehoitosuunnitelma sisältää Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) julkaiseman oppaan mukaisesti seuraavat osat:

1. Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat
2. Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen
3. Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako
4. Lupakäytännöt
5. Lääkehuolto
6. Lääkkeiden jakaminen ja antaminen
7. Potilaiden informointi ja neuvonta
8. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi
9. Dokumentointi ja tiedonkulku
10. Seuranta- ja palautejärjestelmät

#### 5.4 Lääkehoidon toteuttaminen

Terveydenhuollon ammattihenkilölain mukaan laillistettu lääkäri päättää ja toteuttaa ensisijaisesti potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta sekä määrää siihen liittyvästä tarpeellisesta hoidosta ja lääkkeistä. Lääkäri lain mukaan vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä potilaalle annettavasta lääkehoidosta kirjallisesti tai suullisesti antamansa määräyksen perusteella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005:32, 48-49.)

Potilaslain 6 §:n mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tämä itsemääräämisoikeuden ilmaisulla tarkoitetaan sitä, että potilaan suostumus on hänen hoitonsa luvallisuuden edellytys ja että potilaalla on oikeus kieltäytyä kaikesta jo suunnitellusta tai jo aloitetusta hoidosta. Potilaan oikeus kieltäytyä hoidosta ulottuu aikaisemmin todetun mukaisesti koskemaan myös sellaisia hoitotoimenpiteitä, joista luopuminen johtaa potilaan kuolemaan, vaikean ruumiinvamman syntymiseen, vaikeaan sairauteen tai sellaiseen vaaraan. Mikäli potilas kieltäytyy hoidosta, häntä ei kuitenkaan saa jättää hoidotta, vaan saman pykälän mukaan häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (Pahlman 2003, 214-215; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 6§.)

Kotihoidossa korostuu potilaan itsemääräämisoikeus, koska työ ja toiminta tapahtuvat potilaan kotona tai siihen verrattavissa olevissa tiloissa. Jos potilaalla on muistihäiriöitä tai muita sairauksia, jotka voivat vaikuttaa hänen suhtautumisestaan kieltävästi annettavan hoitoon, ei häntä kuitenkaan voi jättää hoitamatta. Potilaslain (785/1992) mukaan häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, mutta jos täysi-ikäinen potilas ei potilaslaissa mainituin osin pysty päättämään hoidostaan, tulee hänen laillista edustajaansa kuulla ennen hoitopää-

töksen tekemistä. Yhteistyö laillisten edustajien sekä omaisten kanssa korostuu näissä tapauksissa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 2§.)

### 5.5 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpito

Terveydenhuollon ammattihenkilö on ammattihenkilölain mukaan velvoitettu ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää omaa ammattitaitoaan sekä perehtymään ammattitoimintaa harjoitettaessa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Työnantajan velvollisuus on luoda puitteet ja edellytykset tarvittavaan täydennyskoulutukseen saamiseen ja osallistumiseen. Terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee kansanterveyslakiin (66/1972) ja erikoissairaanhoitolakiin (1062/1989) lisättyjen säännösten (992/2003 ja 993/2003) mukaan huolehtia ja kantaa vastuu siitä, että terveydenhuollossa toimivalla henkilöstöllä on riittävästi peruskoulutusta suoritettuna toimiessaan hoitotyössä sekä työn vaativuudesta ja toimenkuvasta riippuen osallistuu tarpeen ja mahdollisuuksien mukaan heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006,47; Kansanterveyslaki 66/1972; Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2006 valmistuneessa turvallinen lääkehoito-oppaassa painotetaan, että lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön tulee ymmärtää sen merkitys osana hoidon kokonaisuutta. Henkilöstön tulee tietää sekä ymmärtää lääkehoito kokonaisuutena; miksi annetaan lääkettä, mitä lääkettä, kuinka paljon, miten ja mitä antoreittiä käyttäen, aina lääkehoidon vaikuttavuuden arviointiin asti. Tärkeänä on myös tunnistaa miten erilaisia lääkkeitä voidaan antaa ja miten lääkkeet kuuluu antaa. Teknisen osaamisen lisäksi tulee hallita juridiseettisen, farmakologisen, fysiologisen, patofysiologisen, lääkelaskennan tietope-  
rustan sekä hoidolliset vaikutukset ja toimintamallit. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 46.)

Lääkehoitoa toteuttavalla henkilöstöllä on lain mukaan velvollisuus ylläpitää ammattitaitoaan jatkuvasti ja osallistua mahdollisuuksien mukaan työnantajan järjestämiin täydennys- ja muuhun lisäkoulutukseen. Työnantaja on vastuussa lääkehoidon peruskoulutuksen saaneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutuksen järjestämisestä, siitä ilmoittamisesta työntekijöille ja seurannasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 47.)

Erikoissairaanhoitolain (1062/1989) mukaan "sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee alueellaan huolehtia tehtäväalansa kohdistuvasta tutkimus-, kehittämis- ja koulustoitinnasta" (Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989) ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) velvoittaa terveydenhuollon henkilökunnan ylläpitämään ja kehittämään ammattitoimintansa edellyttämää ammattitaitoa ja perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

## 5.6 Henkilöstön vastuu, velvollisuudet ja työnjako

Lääkehoidonkoulutuksen saanut terveydenhuollon ammattilainen tekee työtään lähellä asiakasta ja on hänen kanssaan yhdessä toteuttamassa hoitosuunnitelmaa, jonka tavoitteena on saattaa hänet sairaudesta kohti terveyttä tai lisätä hänen elämänlaatuaan niin paljon kuin se on mahdollista. Hoitajan rooli on tärkeä, koska hänen tulee rohkaista ja neuvoa asiakasta oikeaan lääkkeen käyttöön ja lääkkeiden käytön tarpeellisuuteen. Asiakkaan tulee ymmärtää antotavan, oikean annostelun ja muiden ohjeistuksien merkitys lääkehoidon toteutumisesta. Hoitajan velvollisuuksiin kuuluu myös asiakkaan voinnin seuranta ja lääkehoidon hyödyn, mahdollisten haittojen tai virheellisen käytön tunnistaminen ja huomioiden raportointi muille hoitoryhmän jäsenille. (Airaksinen 2005, 23.)

Työnantajalla on vastuu työnjaosta eli siitä, kenelle eri tehtävät toimintayksiköissä kuuluvat. Työnjako on oltava selkeä ja kaikkien työyksikön työntekijöiden tiedossa. Esimiehet valvovat ja ohjaavat lääkehoidon toteutumista ja laatua sekä päättävät henkilöstöryhmien työjaosta. Myös yhteistyö eri ammattiryhmien välillä lääkehoidon toteuttamisessa niin, että jokaisen osaaminen hyödynnetään parhaalla mahdollisella tavalla, on esimiesten vastuulla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 47.)

Lääkehoidon koulutuksen saaneet terveydenhuollon laillistetut esimiehenä tai vastaavana sairaanhoitajana toimivat ammattihenkilöt vastaavat lääkehoidon toteuttamisesta lääkärin määräysten mukaisesti ja kantavat näin kokonaisvastuun lääkehoidon toteuttamisesta terveydenhuollon yksiköissä toimiessaan. Lääkehoidon kokonaisvastuulla potilashoidossa tarkoitetaan tehtäväjaon päättämistä, lääkehoitoon liittyvää ohjausta, neuvontaa ja valvontaa sekä oman työyksikön lääkehuollon toimivuudesta huolehtiminen. Lääkäri vastaa lääkkeen määräämisestä ja lääkehoidosta kokonaisuudessaan. Kuitenkin on tiedettävä, että jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen osallistuva ammattihenkilö kantaa vastuun omasta toiminnastaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 47.)

## 5.7 Lupakäytännöt

Lääkehoitosuunnitelmassa määritellään kaikki lääkehoitoa toteuttavat toimintayksiköiden lupakäytännöt ja lupa-asioita koskeva tiedottaminen sekä osaamisen varmistamiskäytännön. Kaikki toimintayksikön yksiköt toteuttavat samaa käytäntöä, mahdollistuu henkilöstön joustava siirtyminen eri yksiköissä. Liitteessä kuusi (6) on taulukoitu lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön valmiudet ja edellytykset osallistua toteuttamiseen nykyisten koulutusvaatimusten pohjalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 54.)

Jokaisessa työyksikössä tulee olla lääkehoitosuunnitelma, missä kattavasti on määritelty eritasoisen lääkehoidon toteuttamiseen oikeuttavat luvallisuudet sekä lupa-asioita koskeva tiedottaminen. Eritasoisella lääkehoidon toteuttamisella tarkoitetaan hoitotilanteita, jossa terveydenhoitoalan peruskoulutuksen ja siihen sisältyneen lääkehoidon opintojen antaman pätevyyden lisäksi edellytetään erilaisten lääkehoidon toimintojen toteuttamiseen oikeuttavaa työpaikkakohtaista lupaa. Esimerkiksi suonensisäisten neste- ja lääkehoidon tai muun vaativaksi luokitellun tai erillislupaa vaativan lääkehoidon ja verensiirtojen toteuttaminen edellyttää aina työpaikkakohtaista lisäkoulutusta, näytön antamista osaamisesta sekä toimintayksikön vastaavan lääkärin myöntämää kirjallista lupaa. Myös ihonsisäisten rokotteiden ja injektoiden antaminen edellyttää osaamisen varmistamista ja tarvittaessa täydennyskoulutusta tai muuta lisäkoulutusta sekä toimintayksikössä myönnettyä kirjallista lupaa. Liitteenä olevassa taulukossa kuusi (6) esitetään lupakäytäntöjä koskevat pääkohdat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 54.)

Toimintayksikön lääkehoidon suunnitelmassa tulee myös määritellä ne lääkkeet, joita erilliset luvat koskevat ja lääkkeet joita voi tarvittaessa käyttää ilman erillistä lääkärin konsultaatiota. Henkilökohtainen lääkehoitoon oikeuttava lupa on myönnetty toimintayksikkökohtaisesti mutta se voi olla myös työyksikkö-, lääke- tai potilaskohtainen ja se tulee myös huomioida lääkehoitosuunnitelmaa laadittaessa. Myönnetyt luvat tulevat olla sovitusti kaikkien nähtävillä tiedonkulun ja lääkehoidon sujumuuden edistämiseksi. Luvan saaneilla tulee myös olla kopiot voimassaolevista luvista itsellään. Teoreettisen osaamisen testaaminen säännöllisesti kirjallisella kokeella ja käytännön osaaminen näytöllä 2 -5 vuoden välein, riippuen työyksikön lääkehoidon tarpeista ja vaativuudesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 54.)

## 5.8 Lääkehuolto

Lääkehuoltoa toteutetaan eri yksiköissä Lääkelaitoksen määräysten mukaisesti. Määräyksiin pohjautuen lääkehoitosuunnitelman tulisi sisältää kattavasti yksikön lääkehuollon keskeiset osa-alueet, kuten mahdollisen peruslääkevalikoiman ja sen laajuuden, käytössä olevien lääkkeiden valikoiman sekä tilaamisen, säilyttämisen, käyttökuntoon saattamisen, palauttamisen ja hävittämisen ja eritilanteissa toiminnan havaitessaan poikkeaman. Tämän lisäksi lääkehoitosuunnitelman tulee sisältää lääkehuollon rooli ohjauksessa, neuvonnassa ja lääkeinformaation antajana. Tämän lisäksi lääkkeenhoitosuunnitelman tulee sisältää lääkehuollon rooli ohjauksessa, neuvonnassa ja lääkeinformaation antajana ja seuraajana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 55.)

## 5.9 Lääkkeiden jakaminen ja antaminen

Jako tilanteessa lääkkeet jaetaan pääsääntöisesti alkuperäisten kirjallisten lääkemääräyksien mukaan, ellei toisin ole mainintaa. Lääkkeitä jaettaessa potilaskohtaisiin annoksiin, tulee se tehdä asianmukaisissa, toimintaan soveltuvissa tiloissa ja olosuhteissa. Työympäristön rauhallisuus turvaa osaltaan lääkehoidon virheettömyyttä ja parantaa potilasturvallisuutta. Kaksoistarkastusta suositellaan jakamisessa tapahtuvien virheiden välttämiseksi. Lääkkeiden säilytys tapahtuu lukitussa tilassa ja ne merkitään potilas kohtaisesti niin, ettei lääkkeiden antamisen tai jakamisen yhteydessä ole sekaantumisen vaaraa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 58.)

Yhteisvaikutukset vaihtelevat asiakaskohtaisesti. Sama lääkeyhdistelmä ei toiselle asiakkaalle aiheuta mitään haittavaikutuksia mutta toiselle se saattaa olla jopa hengenvaarallinen. Esimerkiksi asiakkaan korkea ikä, geneettinen poikkeavuus, munuaisten vajaatoiminta, maksasairaus, alhainen kouristuskyky, sydämen rytmihäiriöalttius tai elektrolyyttihäiriöt saattavat yhdessä sopimattoman lääkeyhdistelmän kanssa johtaa haitallisiin seurauksiin. (Airaksinen 2005, 32.)

## 5.10 Potilaiden informointi ja neuvonta

Lääkehoitosuunnitelmassa ohjeistetaan potilaan sekä hänen omaistensa informointia ja neuvontaa koskevat asiat. Lääkäri tai muu lääkehoitoa toteuttava henkilöstö antavat potilaalle tietoa ja neuvovat potilasta tai hänen omaisiaan lääkehoitoprosessin eri vaiheissa. Näin on potilaalla tai hänen omaisilla mahdollisuus olla mukana suunnittelemassa, toteuttamassa ja arvioimassa hoitoa. Tämä usein lisää hoitomotivaatiota ja onnistunutta lääkehoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 59.)

Hoidon epäonnistumista pidetään usein asiakkaan syynä. Epäonnistumisen syyt ovat kuitenkin useammin terveydenhuoltojärjestelmässä ja sen toiminnassa kuin potilaissa. Jos asiakkaat jätetään päätöksen teon ulkopuolelle, he saattavat turhaantua, koska heidän toivomuksiaan, kokemuksiaan ja tuntemuksiaan ei oteta huomioon hoitopäätöksissä. Tämä saattaa johtaa hoidon laiminlyöntiin. (Airaksinen 2005, 22.)

Maailman terveysjärjestö WHO julkaisi vuonna 2003 raportin, jonka mukaan vain puolet lääkähoidosta toteutuu hoidon määrääjän olettamalla tavalla. Lyhytaikaiseen lääkehoitoon sitoudutaan paremmin. Myös lääkkeen oton helppous tai hankaluus vaikuttaa hoidon noudattamiseen. Raportti määrittelee hoitoon sitoutumisen seuraavanlaisesti: " Se kuinka henkilön käyttäytyminen - lääkkeen ottaminen, ruokavalion noudattaminen ja / tai elämäntapojen muuttaminen - vastaa terveydenhuollon henkilön kanssa yhdessä sovittuja ohjeita". (Lääketietokeskus Oy 2006, 7.) Hoidon epäonnistumista pidetään usein asiakkaan syynä. Epäonnis-



tumisen syyt ovat kuitenkin useammin terveydenhuoltojärjestelmässä ja sen toiminnassa kuin potilaissa. Jos asiakkaat jätetään päätöksen teon ulkopuolelle, he saattavat turhaantua, koska heidän toivomuksiaan, kokemuksiaan ja tuntemuksiaan ei oteta huomioon hoitopäätöksissä. Tämä saattaa johtaa hoidon laiminlyöntiin. Raportin mukaan potilaiden ja hoitohenkilöstön välisen vuorovaikutuksen laatu ja kommunikaation puute ovat tärkeitä osasyitä lääkehoidossa esiintyviin ongelmiin. Raportti julkaistiin lääketietokeskuksen toimesta suomeksi vuonna 2004. (Airaksinen 2005, 22.)

Riittävällä potilasohjauksella voidaan siis varmistaa ja vaikuttaa lääkehoidon toteutumiseen ja näin pyrkimään alusta alkaen hyvään hoitomyönteisyyteen. Potilaalle ja mahdollisille omaisille tulee selkeästi selvittää lääkkeen käyttötarkoitus, annosteluohje sekä mahdolliset haittavaikutukset sekä yhteisvaikutukset muiden lääkeaineiden kanssa. Sairaanhoidajan asiantuntevalla ohjauksella voidaan minimoida muun muassa lääkitysvirheet, ohjeiden väärinymmärtäminen ja lääkehoidon laiminlyönti. (Bergqvist, Ojala, Salonen & Savola 2005.) On aina muistettava, että vanhuksset ja heidän omaisensa ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita. Lääkehoidon onnistuminen vaatii kaikilta hoitoon osallistuvilta tietoja lääkehoidon periaatteista ja mahdollisista haittavaikutuksista. (Kivelä 2004, 8, 95.)

Ohjauksen antajan positiivinen vaikuttavuus potilaan itseohjautuvuuteen on ilmennyt esimerkiksi Bengtsonin ja Dravenhornin (2003) tekemän tutkimuksen mukaan, jossa tutkittiin hoitajien roolia ja taitoja korkeaa verenpainetta sairastavien potilaiden hoidossa. Lääkehoidon ohjauksen toteutumista ohjaa myös lainsäädäntö. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) korostaa potilaan tiedonsaantioikeutta sekä itsemääräämisoikeutta, jolloin potilaan tulee saada halutessaan tietää ymmärrettävällä kielellä esimerkiksi hoitovaihtoehtoista, niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä asioista kaikissa hoidon prosessin vaiheissa. Tietoja ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai niiden ollessa hänen hengelle tai terveydelle haitaksi. Haittavaikutuksista kerrottava jos ne vaikuttavat oleellisesti hoitoon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 5 §.)

#### 5.11 Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi

Lääkehoitosuunnitelmassa määritellään, miten arvioida lääkehoidon tarkoituksenmukaisuutta ja vaikuttavuutta. Siinä myös määritellään ne tilanteet, joissa tulee informoida ja konsultoida hoitavaa lääkäriä tilanteesta. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2006, 60.)

Kotihoidon toimintaympäristö pitää sisällään enimmäkseen vanhuksia, joiden lääkehoidon toteuttaminen vaatii paljon erityisosaamista ja hyvää yhteistyökykyä eri ammattiryhmien välillä. Lääkärillä on oikeudet lääkkeen määräämiseen, mutta kotihoidon henkilökunnalla on

mahdollisuus ja velvollisuus seurata vanhusten hyvinvointia ja lääkkeiden vaikutuksia. (Kivelä 2004, 8, 95.)

Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi on tärkeä osa lääkehoidon toteuttamista. Se kattaa lääkehoidon todettujen positiivisten vaikutusten, mahdollisten sivu- ja haittavaikutusten ilmentymisen tiedostamisen sekä lääkkeiden mahdollisten yhteisvaikutusten arvioinnin ja seurannan. Lääkevaikutusten seuraaminen edellyttää, että hoitaja tietää potilaan sairaudet, niiden oireet ja lääketieteellisen hoidon periaatteet. Lisäksi hänen täytyy tietää ihmisen elimistön rakenne ja toiminta, jotta voi ymmärtää mekanismin jolla sairaudet muodostuvat ja osaa havainnoida oikeita asioita potilaassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 60.)

#### 5.12 Dokumentointi ja tiedonkulku

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2006 valmistuneessa turvallinen lääkehoito-oppaan mukaan: "Kotihoidossa toteutettavassa lääkehoidossa korostuvat terveyden- ja sosiaalihuollon työntekijöiden, apteekkien sekä potilaan ja/ tai hänen edustajansa/ omaisensa saumaton yhteistyö". Tämä yhteistyö on pohjana lääkehoidon onnistumiselle ja sille, että näin potilas tai hänen edustajansa saa tarvittavan määrän tietoa, ohjausta ja neuvontaa hoidon toteuttamisesta sekä pystyy osallistumaan lääkehoidon vaikutusten seurantaan ja arviointiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 60.)

Potilasasiakirjojen laatimisessa sekä hoito- ja palvelusuunnitelmia tehdessä säännökset ovat erityisen merkittäviä lääkehoidon toteuttamisen kokonaisuuden kannalta. Potilaslaissa säädetään, että terveydenhuollon jokaisen ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoitoa koskevat tiedot kuten: hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliseksi katsotut tiedot. Se mitä ei ole kirjattu ei ole tapahtunutkaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 12 §; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilaskirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä 99/2001.)

Potilasasiakirjoihin tulee merkitä lääketieteelliset perusteet lääkehoidon tarpeelle, lääkemääräyksestä, kestosta sekä toteutetusta lääkehoidosta. Toimintayksiköiden tulee noudattaa kirjaamisesta ja potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä annettuja lainvoimaisia säädöksiä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä 99/2001.) Toimintayksiköiden ja työyksiköiden kirjaamiskäytäntöihin sekä niiden luomiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota, jotta asiakirjoihin tehtävät lääkemerkinnät lääkäriä konsultoitaessa sekä lääkärille raportoitaessa lääkehoitoon liittyvistä asioista merkitään huolellisesti ja tarkasti, jotta seuraava tietoa tarvitseva henkilö ei pysty tulkitsemaan niitä väärin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 61.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) tarkastelee potilaan oikeuksia yksilön, potilaan näkökulmasta. Potilaslaissa säädetään, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja kunkin terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava ja säilytettävä potilaskirjoja siten kuin asetuksissa tarkemmin säädetään. Potilasasiakirjojen laatimisesta on annettu erillinen asetus (99/2001), joka sisältää velvoittavat säädökset mm. potilasasiakirjojen sisällöstä, oikeudesta tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin sekä merkintöjen korjaamisesta. (Suomen Farmasialiitto ry & Tehy ry 2003, 9; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

### 5.13 Seuranta- ja palautejärjestelmät

Lääkehoidon laajentuneet käytön mahdollisuudet ja lääkkeiden lisääntynyt käyttö uusien lääkemuotojen kehittymisen kautta mahdollistaa lääkityksen paikasta riippumatta. Mitä tämä lause tarkoittaa? Tutkimuksen kehittyessä on alettu kiinnittää myös enemmän huomioita lääkkeiden ja lääkehoitojen haittavaikutuksiin. Ulkomailta ja kotimaassa tehtyjen tutkimusten mukaan keskimäärin n.10 % potilaista on kokenut hoitajaksonsa aikana hoitoon liittyvän jonkinasteisen haittatapahtuman ja niistä merkittävä osa liittyy lääkehoitoon. Vakavia haittavaikutuksia toiminnasta saaneita tutkimuksessa todettiin olleen noin 1 %:lla. Lääkehoidossa esiintyvien poikkeamien havainnointiin ja poikkeamien vähentämiseen sekä potilasturvallisuuden parantamiseen tähtävää kehitystyötä tehdään Euroopan yhteisön ja Euroopan Neuvoston kaikissa jäsenmaissa sekä Maailman terveysjärjestössä WHO:ssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 61.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2006 valmistuneessa turvallinen lääkehoito-oppaassa painotetaan kiinnittämään erityisesti huomioita palautettujen lääkepoikkeama ilmoitusten hyödyntämiseen ja poikkeamista oppimiseen. Oppaassa korostetaan raportointijärjestelmän toimivuutta edellytyksenä on organisaatiossa avoimelle ja rakentavalle ilmapiirille, joka korostaa poikkeamiin johtaneiden syiden seurantaa sekä poikkeamista oppimista yksittäisten tekijöiden sijaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 61.)

Laatupoikkeama eli lääkitysvirhe voi tapahtua missä tahansa hoidon vaiheessa: tarpeen arvioinnissa, lääkkeen määräämisessä, toimittamisessa, antamisessa tai tiedonvälityksessä. Kansainvälisesti hyväksytyin ja eniten käytetty määritelmä lääkityspoikkeamille on seuraava: " Mikä tahansa estettävissä oleva tapahtuma, joka voi aiheuttaa tai johtaa epätarkoituksenmukaiseen lääkkeenkäyttöön tai potilaan vahingoittumiseen, kun lääkkeen käytöstä vastaa terveydenhuoltohenkilöstö, potilas tai kuluttaja. Nämä tapahtumat voivat liittyä ammatinharjoittamiseen, terveydenhuollon tuotteisiin, toimintatapoihin ja systeemeihin; pitäen sisällään lääkkeen määräämisen, tilaamisen, tuotteiden ulkoasun, pakkaamisen, koostumuksen, nimemäärityksen, jakelun annostelun, koulutuksen, lääkkeen käytön seurannan ja käytön". (Airaksinen 2005, 32.)

Suurin osa lääkepoikkeamista syntyy vahingossa rutiininomaisissa lääkehoitotoimenpiteissä. Lääkehoito toistuu usein päivästä toiseen näennäisesti samanlaisena, näin ollen hoitaja ei kyseenalaista päivittäisiä lääkehoitokäytäntöjä olemalla riittävän valpas tai huolellinen. Hoitoympäristöstä johtuvia poikkeamaan johtavia syitä ovat muun muassa tilojen puute, keskittymistä haittaavat tekijät, työskentelyn keskeytyminen, lääkemääräysten tai lääkelistojen epätarkkuus, puutteellinen tiedottaminen ja perehdytys, välineiden virheellisyys, samankaltaisten lääkkeiden tai potilaiden nimet. Poikkeamia aiheuttavat myös potilaiden nopea vaihtuvuus ja se, että henkilökuntaa on liian vähän. Osa poikkeamista johtuu hoitajien puutteellisista tiedoista, taidoista ja kokemuksesta. Kokenut hoitaja voi taas luottaa liikaa kokemukseensa ja toimia sen vuoksi liian rutiininomaisesti uudessakin tilanteessa. Hoitajat tekevät eniten poikkeamia annostelussa. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen 2006, 98-99.)

Seuranta ja palautejärjestelmät voidaan jakaa eri ydinalueisiin; poikkeamasta ilmoittaminen ja niiden kirjaaminen, poikkeamasta ilmoittaminen, poikkeamien raportointi järjestelmä, poikkeamien seuranta ja käsittely, palautteen hyödyntäminen sekä poikkeamista oppiminen ja toimintatapojen muuttaminen. Järjestelmien tuottama palaute palvelee yksikön toiminnan kehittämistä. Hoidossa tapahtuvien poikkeamien ilmoittaminen, niiden seuranta ja käsittely ilman syyttävää toimintaa antaa mahdollisuuden oppia virheistä ja kehittää yksikön toimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 62.)

#### 5.14 Toiminnan etiikka

Etiikan alkuperä on kreikankielisissä sanoissa *ethikos*, joka tarkoittaa siveellistä luonteen tai mielen laatua, sekä *ethos*, joka tarkoittaa yhteisesti omaksuttua tapaa tai käytäntöä. Ammatti etiikka tarkoittaa ammattialan systemaattista näkemystä siitä, millainen ammatillinen toiminta on oikeaa ja hyvää ja millainen puolestaan väärää ja pahaa. Jokaisella ammattikunnalla on omat sääöksensä ja sairaanhoitajilla ne ovat sairaanhoitajan eettiset ohjeet. (Leino-Kilpi ym. 2003.)

Etiikka moraalisenä näkökulmana on osa arkista elämää. Se on mukana tilanteissa, kun ihminen pohtii suhtautumistaan omiin ja toisten tekemisiin ja tilanteisiin. Sitä mitä voi sallia, mitä ei ja miksi. *Ethos* kreikan kielessä on tarkoittanut luonnetta ja tapoja ja *mores* yhteisössä vallitsevia tapoja. Näistä sanoista johdetulla etiikalla ja moraalilla tarkoitetaan yleensä niitä tottumuksia, tapoja ja rajoituksia, jotka säätelevät ihmisten välistä elämää. Konkreettisesti etiikka ja moraalit ovat läsnä tilanteissa, joissa selviytymiseen ei ole olemassa yhtä yksiselitteistä ratkaisua. Eettinen ajattelu antaa kyvyn pohtia sekä omien että yhteisön arvojen kautta sitä, mikä joissain tilanteissa on oikein tai väärin. (Kuula 2006, 21.)

Oman toiminnan toteuttaminen etiikan normien mukaisesti on haastavaa ja vaativaa. Varsinkin tänä päivänä, kun kotihoidon riittämättömät resurssit näkyvät kiireenä joka heijastuu väistämättömästi myös kotona asuvaan vanhukseen. Kotihoidon henkilökunnan täytyy pohtia jokapäiväisissä tilanteissa omaa etiikkaansa, siitä mitä voi jättää tekemättä ja mitä on pakko tehdä, kun kaikkea ei ehdi. (Packalen 2005, 4.)

## 6 Kehittämistoiminnan toteutus ja lähtökohdat

Kehittämistoiminta toteutettiin kuvaamalla Ojamon kotihoidon käytännön lääkehoitoprosessia. Lähtökohdaksi oli hiljaisen tiedon, kokemuksen ja aiemman tiedon kautta hyväksi koetun ja todetun toimintatavan näkyväksi tekemiseen. Kuvaus perustuu haastatteluiden ja tapaamisten kautta esille tulleen hiljaisen tiedon näkyväksi tekemiseen kalanruotomallin avulla. Kalanruodon muodostimme aineiston luokittelun avulla kahteen osioon, asioita joihin työntekijät kokevat pystyvänsä vaikuttamaan ja joihin eivät koe kykenevänsä vaikuttamaan. Näiden avulla pystyttiin tarvittavat kehityskohteet irrottamaan selkeiksi epäkohdiksi sekä nostamaan hyvät käytänteet näkyviksi. Kalanruotomallit ovat esitettynä liitteissä kaksi (2) ja kolme (3).

Työryhmään kuului yksi sairaanhoitaja ja yksi lähihoitaja Ojamon kotihoidosta sekä kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulusta. Harjoittelujakso toisen opiskelijan osalta kyseisessä työyhteisössä tuki ensimmäisen vaiheen vuorovaikutus suhteen syvenemisen onnistumista.

Ojamon kotihoidon henkilökunta ei ollut aikaisemmin tutustunut Sosiaali- ja Terveysministeriön julkaisemaan Turvallisen lääkehoidon oppaaseen ja valmisteilla olevan kehitystyömme perustessa siihen, toimitimme sähköisen version oppaasta, jolloin työyhteisön ajatus ja motivaatio oli jo herännyt ensimmäisten tapaamisten yhteydessä. Lääkehoidon toteuttaminen oli ollut hiljaisen tiedonvarassa, koska lääkehoitosuunnitelmaa ei ole valmisteltu.

Juuruttamisen ensimmäisellä kierroksella työryhmän jäsenet tutustuivat toisiinsa ja opiskelijat pyrkivät saamaan kattavan kuvan toteutuvista käytännöistä keskusteluihin, osastotunneihin ja haastattelun avulla. Haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna, jossa osallisena opiskelijat sekä työryhmän jäseninä olleet sairaanhoitaja ja lähihoitaja. Haastattelu toteutettiin Ojamon kotihoidon tiloissa ja se nauhoitettiin ja aineistosta tehtiin aineistolähtöinen sisällön analyysi.

### 6.1 Ojamon kotihoidon lääkkeenhoidon nykytilanteen kuvaus

Ojamon kotihoidon nykytilanteen kuvaus perustuu Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) oppaan rakenteen pohjalta tehtyyn kalanruoto-malliin (Liite 2 ja 3), joka koottiin haastattele-

malla, litteroimalla ja sisällönanalyysin avulla. Nykytilanne on kuvattu oppaan rakenteen mukaisesti sisältäen seuraavat osat:

1. Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat
2. Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen
3. Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako
4. Lupakäytännöt
5. Lääkehuolto
6. Lääkkeiden jakaminen ja antaminen
7. Potilaiden informointi ja neuvonta
8. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi
9. Dokumentointi ja tiedonkulku
10. Seuranta- ja palautejärjestelmät

#### *Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat*

Ojamon kotihoidossa lääkehoidonsuunnitelmaa ei vielä ole ja toimintatapa on suullisella kommunikaatiolla ja hiljaisella tiedolla ylläpidettävää toimintaa, joka tuli näkyväksi haastattelun sisällönanalyysin yhteydessä.

Haastattelussa pyrittiin saamaan esille erilaisten kysymysten (Liite 4) kautta lääkehoidon eri vaiheita ja niistä vastaavia tahoja sekä olemassa olevia toimintamalleja Ojamon kotihoidossa. Lääkehoidonketju alkaa Ojamon kotihoidossa siitä, kun lääkäri, joko hoitohenkilökunnan tai potilaan kuulemisen jälkeen määrää lääkkeen ja kirjoittaa reseptin (=lääkemääräyksen). Kotihoidonhenkilökunta toimittaa lääkemääräyksen apteekkiin, jossa potilaalla on suoraveloitustili. Apteekki antaa lääkkeet ja ohjeistuksen lääkkeen käytölle.

Lääkkeet kuljetetaan potilaan kotiin, jossa ne säilytetään ja jaetaan valmiiksi lääkeannostelijaan, jos potilas ei itse huolehdi tai pysty huolehtimaan lääkityksestään. Kotona ei ole lukittuja kaappeja lääkkeiden säilytykseen ja jos aihetta epäillä mahdollista väärinkäyttöä tai tahatonta sekavuutta lääkkeiden kanssa lääkeannostelijasta huolimatta, säilytetään lääkkeet Ojamon kotihoidon toimistossa, missä lääkkeet myös jaetaan näissä tapauksissa valmiiksi. Tavoitteena olisi, että kaikki lääkkeet voitaisiin säilyttää potilaan kotona.

Omalääkäri käytäntö olisi hoidon jatkuvuuden kannalta suotavaa, koska usein vaihtuvien lääkäreiden on vaikea hahmottaa potilaan kokonaistilannetta, jos hoitohenkilökunta ei muista tai tiedä kertoa kaikkea. Myös kotikäyntejä tekeväille lääkärille olisi tarvetta. Paljon on potilaita, jotka eivät halua tai eivät kykene käymään terveysasemalla ja lääkäri määrää osittain lääkkeitä hoitohenkilökunnan havainnoinnin perusteella ilman suoraa kontaktia potilaaseen. Van-

hentuneet lääkkeet ja muut tarpeettomat lääkeaineet viedään apteekkiin, jossa ne hävitetään asianmukaisella tavalla apteekin toimesta.

#### *Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpito*

Toteutetussa ryhmähaastattelussa pyrittiin saamaan näkyväksi tämänhetkinen koulutus-mallit ja olemassa olevat käytänteet koulutuksiin osallistumisista ja sen seurannasta. Lohjan kaupunki pyrkii järjestämään lääkehoidon koulutusta säännöllisin väliajoin tai tarpeen mukaan ja niihin osallistuminen on vapaaehtoista. Koulutukseen osallistujista ei tiettävästi pidetä seuranta, jolla pystyttäisiin varmentamaan kaikkien työntekijöiden ajantasainen koulutustaso. Osastotunneilla tuli myös esille, että informaatio koulutuksista ei välttämättä tavoita kaikkia.

#### *Henkilöstön vastuu, velvollisuudet ja työnjako*

Ojamon kotihoidon henkilökunta on hyvin tietoinen tehtäviensä sisällöstä ja vastuu lääkehoidon toteuttamisesta on koko henkilökunnalla. Ryhmähaastattelussa tuli myös esille, että jokaisella potilaalla on vastuuhoitaja, joka vastaa nimetyn potilaan lääkehoidon kokonaisvaltaisesta toteuttamisesta. Haastattelusta ilmeni myös, että sana kokonaisvaltainen sisältää koko lääkehoidon lääkemääräyksen saamisesta lääkkeiden antamiseen ja kirjaamiseen asti. Vastuuhoitaja käytännön mukanaan tuoma selkeys työnjakoon välittyi selvästi monissa keskusteluissa. Jokainen tietää mitä kuuluu tehdä ja milloin. Työtovereiden konsultointi oli hyvin luontevaa, mikä luonut avoimen ilmapiirin työympäristössä. Erittäin hyvä yhteistyö apteekin kanssa, on poistanut monia lääkepöällekkäisyyksiä, joita valitettavasti muodostuu potilaiden käyttäessä esimerkiksi kolmannen sektorin lääkärinpalveluja hyväkseen.

#### *Lupakäytännöt*

Kysymysten (Liite 4) kautta haastattelussa haluttiin tuoda esille Ojamon kotihoidon nykyisiä toimintatapoja ja niiden myöntämistä koskevia käytänteitä. Haastattelussa nousi esille, että Ojamon kotihoidossa veloitetaan työpaikkakohtainen lupa suonen sisäiseen, lihakseen tai ihonalle annettavien lääkkeiden toteuttajilta. Näytöt ja kirjalliset kokeet suoritettu, mutta lupien näkyvyys ja kopioiden saanti on viivästynyt. Lisäkoulutusta järjestetään työnantajan toimesta, mutta informaatio koulutusajankohdista ei tavoita kaikkia ja systemaattista seuranta lääkehoidon koulutuksista ei tiettävästi pidetä.

#### *Lääkehuolto*

Ojamon kotihoidolla, kuten kotihoidoilla yleensä ei ole peruslääkevalikoimaa, vaan potilaat itse ostavat lääkkeet joita tarvitsevat. Ryhmähaastattelussa tuotiin esille että, lääkkeiden

säilytys tapahtuu potilaan kotona hänen omalla vastuulla ilman lukollista kaappia tai kotihoidon toimistolla varastohuoneessa, jossa säilytetään muutkin tarvittavat hoitovälineet, kuten esimerkiksi haavanhoitotuotteet ja näytteiden otto välineet. Varastohuone on lukollinen, joka on lukossa aina, kun toimistotilat jäävät ilman kotihoidon henkilökuntaa. Avain on vain kotihoidon henkilökunnalla.

#### *Lääkkeiden jakaminen ja antaminen*

Haastattelussa saatiin näkyväksi toimintamalli, jossa Ojamon kotihoidon asiakkailta on vastuuhoidajat, jotka hoitavat lääkehoidon kokonaisuudessaan, reseptien vastaanottamisesta lääkkeenantoon ja kirjaamiseen. Kuitenkaan aina ei ole mahdollista, että yksi työntekijä toimii vastuuhoidajana jokaisena päivänä viikossa, vaan omien työvuorojensa puitteissa. Muuten vastuuhoidajat vaihtuvat tarpeen ja tilanteen mukaan.

Haastattelun mukaan on tavoitteena säilyttää sekä jakaa lääkkeitä asiakkaan kotona, mutta aina se ei ole mahdollista. Näin on esimerkiksi, kun epäillään lääkkeisiin kohdistuvaa väärinkäytöstä tai niiden epäilyjen vuoksi, joko asiakkaan tai omaisten. Tuolloin lääkkeet varastoidaan ja jaetaan toimistolla. Toimistolla lääkkeen jako tapahtuu pääsääntöisesti kaksi (2) kertaa viikossa dosetteihin (kuten myös asiakkaan kotona) yhteisen työskentelytilan sivupöydällä, mikä on siihen tarkoitukseen varattu.

Niin ikään haastattelussa nousi esille, että kaksoistarkastusta ei ole käytössä vakituisen henkilökunnan lääkkeenjaossa. Ainoastaan, jos lääkkeenjakaaja haluaa itse, niin voi pyytää kollegaa tarkistamaan lääkkeenjaon oikeellisuuden. Uusien työntekijöiden sekä opiskelijoiden kohdalla kaksoistarkastus on käytössä. Heiltä myös vaaditaan lääkelaskuopintojen hyväksytysti suorittamista ennen lupaa lääkkeenjako. Kaksoistarkastuksen suorittaminen asiakkaan kotona jaetuista lääkkeistä on monimutkaisempaa, koska jako tilanteessa useimmiten ollaan yksin. Tällöin lääkettä annettaessa tarkistetaan vastaako tablettimäärä määrättyä tablettimäärää. Jos kuitenkin asiakas hoitaa itse lääkityksensä ja saa apua vaan lääkkeenjako kotona, on kaksoistarkastusta mahdotonta suorittaa.

Haastatteluissa kysymyksistä (Liite 4) toiminnan muutoksissa nousi esiin, että Lohjan kaupungin valtuustolle on tehty esitys apteekista ostettavista valmiiksi kerta-annoksiksi pussitetuista lääkkeistä. Mikä tarkoittaa mahdollisesti tulevaisuudessa, ettei lääkkeenjako kotihoidossa tarvitse enää osallistua, mutta lääkkeenanto vastuu säilyy. Lääkemuutosten tekeminen kuitenkin säilyy ja tällöin virhe mahdollisuus kasvaa huomattavasti.



### *Potilaiden informointi ja neuvonta*

Toteutetun ryhmähaastattelun perusteella suurin osa potilaista kuuluu vanhuusväestöön ja se tuo mukanaan paljon muistihäiriöitä ja sen kautta jopa hoidosta kieltäytymistä. Tällöin potilaan informointi ja neuvonta voi osoittautua hyvinkin haasteelliseksi, mikä tekee omaisten ja koko tukiverkoston informoinnin näissä tapauksissa äärimmäisen tärkeäksi.

### *Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi*

Ojamon kotihoidossa lääkehoidon vaikuttavuus asiakkaan hyvinvointiin tapahtuu käynneillä vointia seuraamalla, erilaisilla verikokeilla sekä muilla kotona tehtävillä teknisillä toimenpiteillä. Asiakkaan oma sekä omaisten tai läheisten kertomuksella on suuri osa vaikuttavuuden seuraamisessa ja arvioinnissa.

Lääkepäällekkäisyyksistä Ojamon kotihoidossa vastaa lääkäri lääkitystä määrätessään, mutta omalääkärisysteemin puuttuessa sekä valmisteiden kauppanimien muuttuessa voi aiheutua ongelmia. Kotihoidon jakaessa lääkkeitä on mahdollista, että päällekkäisyydet huomataan, mutta se vaatii lääkkeiden kauppanimien ja yhteisvaikutusten hyvää tuntemusta.

### *Dokumentointi ja tiedonkulku*

Ojamon kotihoidossa asiakkaan lääkitys merkitään sähköiseen potilastietojärjestelmään (pegasos), lääkeannostelijan (dosetti) taakse sijoitettavaan lääkelistaan sekä kotihoidon asiakkaan vihreään kansioon. Jokaiseen paikkaan tulee erikseen merkitä nykyinen lääkehoito ja tehdä mahdolliset muutokset asiakkaan lääkityksessä. Tämä ei aina välttämättä toteudu. Lääkeannostelijan takana oleva lääkelista pitää aina paikkansa, mutta sähköiseen potilastietojärjestelmään ei aina muisteta/ehditä kirjata muutoksia, ei suoraa yhteyttä lääkärin käyttämään tietokantaan, ja vihreä kansio jää myös joskus päivittämättä.

Kotihoidolla käytössään sähköisessä potilastietojärjestelmässä (pegasos) oma kotihoidon sivu, mutta on koettu, ettei sen käytöstä ole hyötyä, koska lääkärit eivät osaa/ ehdi katsoa tätä kyseistä sivua. Lääkeaineallergioiden kohdalla luotetaan lääkärin täyttämään riskitietolomakkeeseen, jonka he kirjaavat sähköiseen potilasjärjestelmään. Kun se on täytetty, lääkeaineallergiat ovat kaikkien samaa sähköistä järjestelmää käyttävien tiedossa.

Asiakkailla on oikeus rajata halutessaan kenelle hänen potilastietoja luovutetaan. Palveluhoitosuunnitelmaan merkitään kenelle tietoja saa luovuttaa. Tämä suunnitelma -lomake säilytetään asiakkaan kotihoidon vihreässä kansiossa. Tämä kansio ei välttämättä aina kulje mukana, mikä vaikeuttaa salassapito- velvollisuuden pitämistä, jos yllättäen tulee puhelu esimerkiksi lähisukulaiselta, joka haluaa tiedustella vointia.

Asiakkaan käyttäessä yksityisen puolen lääkäreitä syntyy ongelma tiedonkulussa. Yksityisen-puolen lääkäreillä ei ole yhteyttä kunnallisen puolen potilastietoihin, mikä voi aiheuttaa lääkepäällekkäisyyksiä, jos asiakas ei jostain syystä ilmoita kaikkia käyttämiään lääkkeitä. Tätä on hyvin vaikea valvoa, mutta joissakin tapauksissa hyvä yhteistyö apteekin kanssa on antanut mahdollisuuden havainnoida ja purkaa päällekkäisyyksiä.

#### *Seuranta- ja palautejärjestelmät*

Lohjan kaupungilla on yhteinen lääkepoikkeamalomake joka löytyy sisäisestä tietojärjestelmästä (=intra) ja osastotunneilla sekä haastattelussa tuli hyvin esille, että kaikki Ojamon kotihoidon vakinaisista työntekijöistä tietää, mistä lääkepoikkeama -lomake löytyy ja se on todettu selkeäksi ja helpoksi täyttää (Liite 1). Selvää oli myös, että se oli täytettävä ja palautettava, jos havaitsee lääkepoikkeaman missä lääkeshoidon vaiheessa tahansa. Puutteena koettiin lääkepoikkeamalomakkeiden käsiteltävyyden vähyys, niiden palauttamisen jälkeen. Palautetta näistä poikkeamista ei käsitellä aktiivisesti ja näin opittavuus ja toimintamallien kehittyminen niiden avulla on vähäistä.

#### 7 Kehittämistoiminnan tuotos

Lääkehoitosuunnitelmaa ei Ojamon kotihoidossa ollut eikä muutakaan kirjallista ohjetta sen toteuttamiseen. Paljon niin kutsuttua hiljaista tietoa siitä miten lääkehoitoa tulisi toteuttaa ja miten sitä on toteutettu (=käytäntö), mutta kirjattuna sitä ei ollut. Toimintatavat välittyivät uusille työtovereille suullisesti.

”Lääkeshoidon kirjaamisprosessin suunnittelu ja kirjaamisen toteuttaminen sisältyvät keskeisesti lääkehoitosuunnitelmaan. Toimintayksiköissä noudatetaan kirjaamisesta ja asiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä annettuja säännöksiä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; STM:n asetus potilaskirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä 99/2001.) Eriytyistä huomioita kiinnitetään toimintayksikön / työyksikön kirjaamiskäytäntöihin ja niiden luomiseen.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 60.)

Ojamon Kotihoidossa yhdeksi hyväksi käytänteeksi nousi ainoana kirjallisena oleva lääkehoitoketjun osa eli lääkepoikkeamalomake. Lomake löytyy helposti ja jokaiselle oli selvää, että virheen huomattaessa, se on täytettävä ja palautettava. Palautteen saaminen lääkepoikkeamista ja sitä kautta työtapojen kehittäminen on ollut melko vähäistä. Lääkepoikkeamat syntyvät, kun luetaan lääkekorttia jossa on väärä merkintöjä tai heikko käsiala. Reseptissä ja lääkekortissa saattaa olla eroavaisuuksia. Kirjaamisessa lääkekorttiin tai lääkkeen jaon yhteydessä voi tapahtua erehdys. Potilaan (asiakkaan) ja sairaanhoitajan (hoitaja) vastuuta sekä turvallisuut-

ta tulee korostaa ja lisätä. Lääkemääräysten todetaan käytännössä olevan useasti puutteellisia, tällöin sairaanhoitajan tulee hankkia niihin selvennykset (Veräjäkorpva ym. 2006, 87 -90.)

Koivunen, Kankkunen & Suominen (2007) toteaa tutkimuksessaan, että virheiden ilmoittamisen esteenä ovat erilaiset syytösten pelot. Kiire ja raportointimenettelyn monimutkaisuus estävät ilmoittamista. Virheilmoitus tulisi tehdä mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen. Paras ilmoittaja on virheen huomannut tai virheeseen osallistunut henkilö. Lääkepoikkeama ilmoituslomakkeen runkona voitaisiin käyttää kysymyksiä: mitä, milloin, missä, kuka ja miksi. (Koivunen ym. 2007, 10-11.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2006 valmistuneessa turvallinen lääkehoito-oppaassa painotetaan kiinnittämään erityisesti huomioita palautettujen lääkepoikkeama ilmoitusten hyödyntämiseen ja poikkeamista oppimiseen. Oppaassa korostetaan raportointijärjestelmän toimivuutta edellytyksenä organisaation avoimelle ja rakentavalle ilmapiirille, tämä korostaa poikkeamiin johtaneiden syiden seuranta ja poikkeamista oppimista yksittäisten tekijöiden sijaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 61.)

Ojamon kotihoidon henkilökunta nosti hyviksi käytänteiksi myös sen, että jokaisella potilaalla on vastuuhoidtaja, joka vastaa nimetyn potilaan lääkehoidon kokonaisvaltaisesta toteuttamisesta. Kokonaisvaltainen sisältää koko lääkehoidon lääkemääräyksen vastaanottamisesta lääkkeiden antamiseen ja kirjaamiseen asti. Tähän todettiin sisältyvän myös erittäin hyvä yhteistyö apteekin kanssa, mikä on poistanut monia lääkepääallekkäisyyksiä, joita valitettavasti muodostuu potilaiden käyttäessä esimerkiksi kolmannen sektorin lääkärinpalveluja hyväkseen. Vastuuhoidtaja käytännön mukanaan tuoma selkeys työnjakoon välittyi selvästi monissa keskusteluissa. Jokainen tietää mitä kuuluu tehdä ja milloin. Kollegoiden konsultointi oli hyvin luontevaa, mikä on luonut avoimen ilmapiirin työympäristössä.

Lääkehuoltoa tulee toteuttaa eri yksiköissä Lääkelaitoksen määräysten mukaisesti. Tähän pohjautuen lääkehoitosuunnitelman tulee sisältää kattavasti yksikön lääkehuollon keskeiset osa-alueet kuten, peruslääkevalikoiman, käytössä olevan lääkevalikoiman ja niiden tilaamisen, säilyttämisen, käyttökuntoon saattamisen, palauttamisen sekä hävittämisen. Tämän lisäksi lääkkeenhoitosuunnitelman tulee sisältää lääkehuollon rooli ohjauksessa, neuvonnassa ja lääkeinformaation antajana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 55.)

Yhdeksi Ojamon kotihoidon kehityskohteeksi nousi potilaan lääkityksen kirjaaminen moneen paikkaan (Pegasos, lääkeannostelijan lääkelista, kotihoidon vihreä kansio). Tämä koettiin hankalaksi ja virhemahdollisuuksien uskottiin sen vuoksi lisääntyvän. Aina ei ehditä/muisteta kirjaamaan saatua lääkemääräystä potilasjärjestelmään, josta tulostetaan lääkelista vihreään kansioon, vaan lääkemääräys kirjattiin ainoastaan lääkeannostelijan takana olevaa lääkelis-

taan. Yleisen ilmapiirin mukaan lääkeannostelijan lista on se mihin aina voi luottaa ja mikä on oikein.

Potilasasiakirjojen laatimiseen sekä hoito- ja palvelusuunnitelmaan liittyvät lain voimaiset säännökset ovat erityisen merkittäviä oikeanlaisen lääkehoidon toteuttamisen kokonaisuuden kannalta. Potilaslaissa säädetään, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin: potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Se mitä ei ole kirjattu, ei ole tapahtunut, ellei toisin voida todistaa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 12 §; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilaskirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä 99/2001.)

Läkehoidon dokumentoinnissa on oltava merkintä lääketieteellisistä perusteista, lääkemääräyksistä ja annetusta hoidosta. Läkehoidon dokumentoinnissa on käytävä ilmi lääkkeen nimi, määrä, antomuoto, kerta ja vuorokausiannos, antotapa, antopäivä- ja aika, antajan nimi ja lääkkeen määränneen lääkärin nimi. Läkehoidon dokumentoinnilla varmistetaan hoidon jatkuvuus ja tiedonkulku eri yksiköiden välillä. Potilaalla on oikeus tarkistaa itseään koskevien potilasasiakirjojen tiedot. (Veräjänkorva ym. 2006, 44–45.)

Toiseksi kehityskohteeksi nousivat lääkkeenjako-tilat sekä lääkkeenjako-tapahtuma. Se koettiin häiriötekijöitä sisältäviksi, riippumatta siitä missä lääkkeenjako suoritettiin. Toimistolla ei ole erikseen lääkkeenjako-tilaa, vaan koko toimipisteen toiminta oli keskitetty yhteen tilaan, jossa häiriötekijöitä paljon. Potilaan kotona taas lääkkeenjako keskeyttivät potilaan tai omaisen kysymykset. Potilaan kotona tapahtuva lääkkeenjako koettiin kuitenkin rauhallisemmaksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaan mukaan lääkkeiden jakaminen potilaskohtaisesti tulisi tehdä asianmukaisissa, toimintaan soveltuviissa tiloissa ja olosuhteissa. Työympäristön rauhallisuus lääkkeidenjako-tilanteessa turvaa osaltaan läkehoidon virheettömyyttä ja näin parantaa potilasturvallisuutta. Kaksoistarkastusta suositellaan jakamisessa tapahtuvien virheiden välttämiseksi. Lääkkeiden säilytys tapahtuu lukitussa tilassa ja ne merkitään potilaskohtaisesti niin, ettei lääkkeiden antamisen tai jakamisen yhteydessä ole sekaantumisen vaaraa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 58.)

Kolmas kehityskohde Ojamon kotihoidossa todettiin olevan Informaation kulku. Omassa toimipisteessä se koettiin toimivaksi, mutta toki parantamisen varaa on. Pikemminkin kehityskohdeena nähtiin informaation kulun vaikeus eri toimijoiden välillä. Potilaiden kotiutuessa saatu tieto oli usein liian vähäistä tai se on kotiutustilanteessa jo muuttunutta tietoa, kuten esimerkiksi läkehoidonmuutokset. Yksityisen sektorin lääkemääräykset tuottavat paljon päällekkäisilääkityksiä potilaille, potilaat eivät osaa kertoa, eivät näe tarpeelliseksi tai eivät halua

kertoa lääkityksistään ja käytön säännöllisyydestä käyttäessä kolmannen sektorin palveluja. Se ettei ole yhteistä potilastietojärjestelmää luo vaikean yhtälön samaa potilasta hoitaville, erikoissairaanhoidon, yksityisen sektorin ja perusterveydenhuollon ammattilaisille.

Hyvin toteutuva vanhusten lääkehoito vaatii paljon erityisosaamista ja hyvää yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä. Lääkäri määrää lääkkeet, mutta vanhustenhoidon henkilökunnalla on mahdollisuus ja velvollisuus seurata vanhusten vointia ja lääkkeiden vaikutuksia. On muistettava, että vanhukset ja heidän omaisensa ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita. Lääkehoitojen onnistuminen vaatii kaikilta hoitoon osallistuvilta tietoja lääkeshoidon periaatteista ja mahdollisista haittavaikutuksista. (Kivelä 2004, 8, 95.)

Lääkkeillä saattaa olla yhteisvaikutuksia ruoan kanssa tai ne voivat vahvistaa eri sairauksien oireita. Lääkitys saattaa vaikuttaa kielteisesti eri sairauksien hoitotasapainoon. Lääkkeiden yhteisvaikutukset voivat olla toki hyödyksikin, tehostaen toisen lääkkeen hoidollisia vaikutuksia, mutta koskaan ei voi tietää onko heikentäviä vai lisääviä vaikutuksia. (Kivelä 2004, 34.)

Kuten Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2006 valmistuneen oppaan mukaan: "Kotihoidossa toteutettavassa lääkehoidossa korostuvat terveyden- ja sosiaalihuollon työntekijöiden, apteekkien sekä potilaan ja/ tai hänen edustajansa/ omaisensa saumaton yhteistyö". Tämä yhteistyö on pohjana lääkehoidon onnistumiselle ja sille, että näin potilas tai hänen edustajansa saa tarvittavan määrän tietoa, ohjausta ja neuvontaa hoidon toteuttamisesta sekä pystyy osallistumaan lääkehoidon vaikutusten seurantaan ja arviointiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 60.) Kirjallista hoitosuunnitelmaa voidaan pitää lääkityksen lopettamista ohjaavana ja koossa pitävänä työkaluna. Se päivitetään aina muutoksia tehtäessä ja samalla muutokset kirjataan asiakkaan lääkekorttiin. (Hartikainen, Saarelma, Lönnroos & Seppälä 2006, 4354.)

Hyvänä käytäntönä todettiin myös Ojamon kotihoidon henkilökunnan koulutustaso. Viimeisen kodinhoitajan valmistuttua lähihoitajaksi, on kaikilla työntekijöillä terveydenhuollon ammattihenkilön pätevyys. Sijaisilta vaaditaan riittävät lääkehoidon opinnot sekä uusilta työntekijöiltä vähintään lähihoitajan tutkinto sisältäen suoritettut lääkehoidon opinnot. Liitteessä kuusi (6) on taulukoitu lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön valmiudet ja edellytykset osallistua toteuttamiseen nykyisten koulutusvaatimusten pohjalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 53).

"Terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevan lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa ja perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Työnantajan on

luotava edellytykset koulutukseen osallistumiselle”. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

Tulevaisuudelle luo paljon haasteita uusi laajempi toimintaympäristö Lost, joka liittyy yhteen Lohjan kaupungin, Insoon, Siuntion sekä Karjalohjan terveydenhuoltoalueet ja sen mukanaan tuomat muutokset. Paljon on käytänteitä yhdistetty ja tullaan yhdistämään kuntaliitosten myötä. Apteekin valmiiksi pussitetut lääkkeet ovat olleet esillä jo kauan ja esitys asiasta on tehty, mutta toteutuuko se? Valmiiksi pussitettujen lääkkeiden mahdollisuudesta on käyty keskustelua työyhteisössä osastotunneilla. Siitä on löydetty työtä helpottavia kohtia ja toisaalta niitä kohtia mitkä lisäävät työtä ja virhemäärät voivat lisääntyä huomattavasti. Apteekista kerralla tuleva valmiiksi pussitettu lääkeannos voi olla jaettuna useiksi viikoiksi kerrallaan ja lääkemuutoksia tehtäessä, on pusseihin vaihdettava muuttuneet lääkkeet. Hoitajan tulee tuntea lääkkeet ulkonäöllisesti hyvin, jotta voi ilman lääkepurkkia varmuudella vaihtaa pussista oikean lääkkeen. Positiivisina näkökantoina on nähty päällekkäislääkitysten paljastuminen apteekissa ja lääkkeiden antamisen helppous teknisesti. Tämä ei täysin poista päällekkäislääkityksiä, koska lääkkeitä pystyy tai voi joutua ostamaan pussituksen ulkopuoleltakin. Toisena positiivisena puolena on ajan säästyminen konkreettiseen potilaan lähellä tapahtuvaan hoitotyöhön. Kuitenkin tulee muistaa, ettei vastuu lääkehoidon toteuttamisesta katoa, vaan lääkehoidon koulutuksen saanut hoitohenkilökunnan jäsen on vastuussa siitä, että potilas saa oikeat lääkkeet oikeaan aikaan.

## 8 Kehittämistoiminnan arviointi

Käytännön tapoja arvioinnissa ovat havainnointi, henkilökunnan ja hallinnon haastattelut sekä olemassa olevien asiakirjojen ja dokumenttien tutkiminen. Arvioijan tapa ja kyky eläytyä herkästi erilaisissa tilanteissa antaa perustan laadukkaaseen prosessiarviointiin. (Robson 2001, 106.)

### 8.1 Työyhteisön toiminnan arviointi

Prosessiarvioinnissa on tarkoitus selvittää mitä projektissa todellisuudessa tapahtui, kun sitä toteutettiin. Selvittää tulee myös miten projektia toteutetaan ja toimiiko se suunnitellusti. Suunnitellusti etenevän projektin vaikutuksia tulee arvioida ja miettiä minkälaisia seurauksia projektilla on siihen osallistuvilla. Tärkein arviointi uudessa projektissa voi koskea keskittymistä ehdotuksiin tavoista, joille sitä voitaisiin kehittää ja tehdä paremmaksi. (Robson 2001, 36-37.)

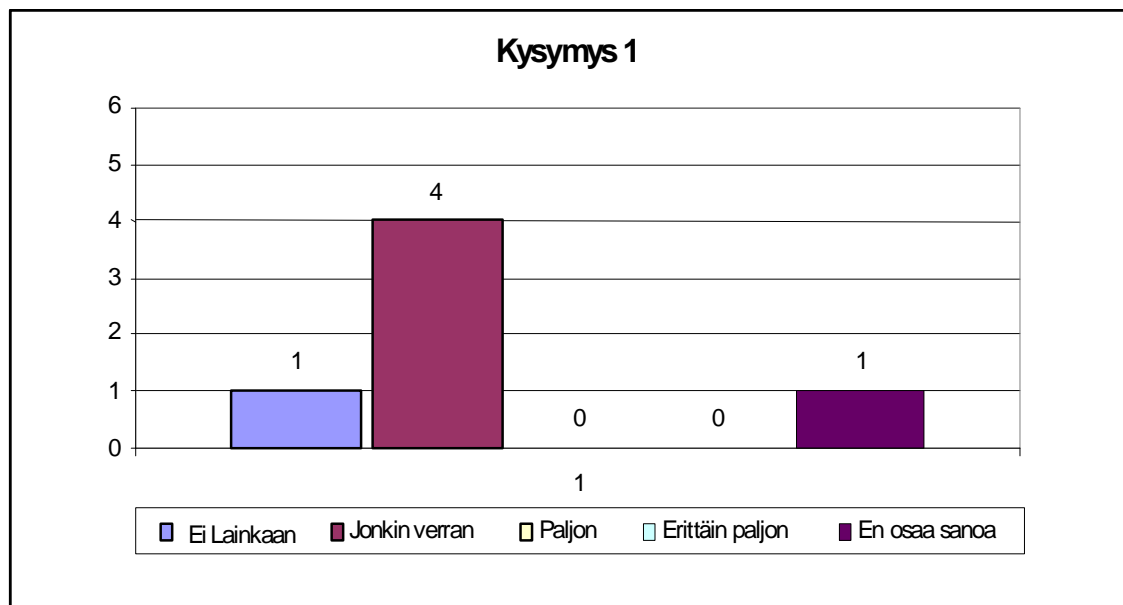
Työryhmän sitoutuminen kehittämissprojektiin tuntui olevan ajoittaista, joskin hyvin peilattavissa työyhteisön kulloiseenkin työmäärään. Motivaatiota ja halukkuutta projektin toteuttami-

seen ei puuttunut, mutta pikemminkin aika ja asiakas työmäärä vaikeuttivat täysimääräistä toteutusta. Työyhteisössä ei ollut tutustuttu tai kuultu Turvallisen lääkehoidon oppaasta ennen projektin alkua. Tämäkin osaltaan hidasti alkuun pääsyä kun työyhteisön tuli ensin tutustua oppaaseen.

Yhteistyö kumppaneille annettiin projektin loppuvaiheessa täytettäväksi työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointi lomake (Liite5). Arviointi lomakkeita vietiin kotihoidon pisteeseen 20 kappaletta ja vastaus aikaa oli kaksi viikkoa. Palautettuja lomakkeita oli kuusi kappaletta. Palautus prosentti jäi alhaiseksi ja tulokset suuntaa antavia. Osastotunneilla vain neljä henkilöä, kaksi opiskelijaa ja kaksi kotihoidon edustajaa, oli joka kokoontumiskerralla läsnä, muut työvuorojensa puitteissa. Palautetuista kaavakkeista tehtiin yhteenveto ja tulokset kuvattiin pylväsdiagrammin avulla.

Ensimmäisessä kysymyksessä pyydettiin vastaajia arvioimaan kuinka paljon työryhmä oli vastaajan mielestä edistänyt lääkehoidon kehittymistä työyhteisön valitsemalla kehittämiskohteen alueella (Kuvio 6). Kuusi henkilöä oli vastannut kysymykseen. Yksi vastaajista ei kokenut lainkaan edistystä, neljä vastaajista koki jonkin verran ja yksi vastaajista ei osannut sanoa kantaansa.

Yhteenvetona voi sanoa, että työryhmä oli saanut edistettyä lääkehoidon kehitystä jonkin verran projektin aikana.

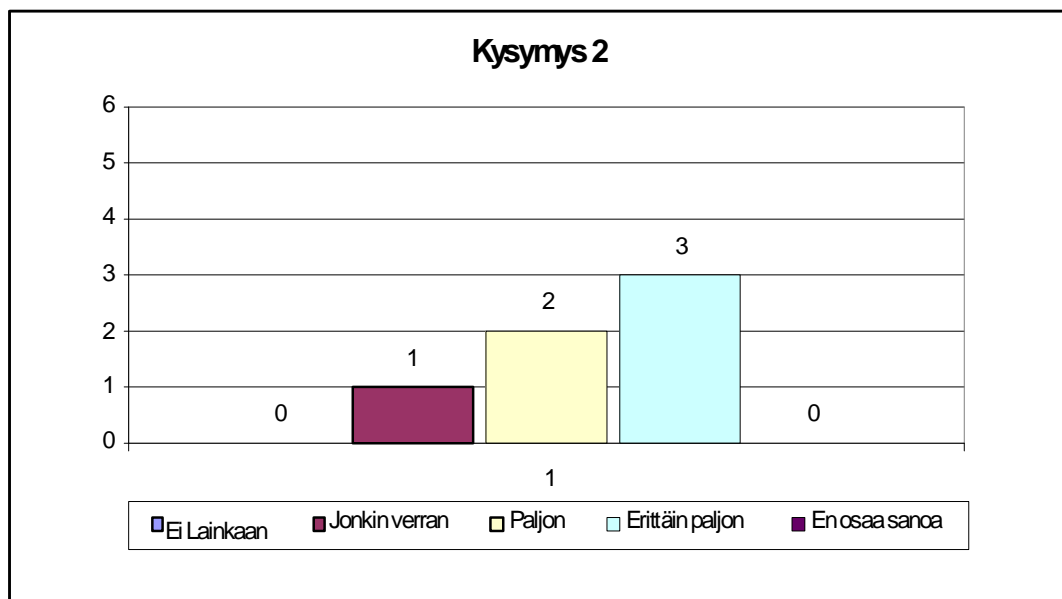


Kuvio 6: Lääkehoidon kehittämisen edistäminen



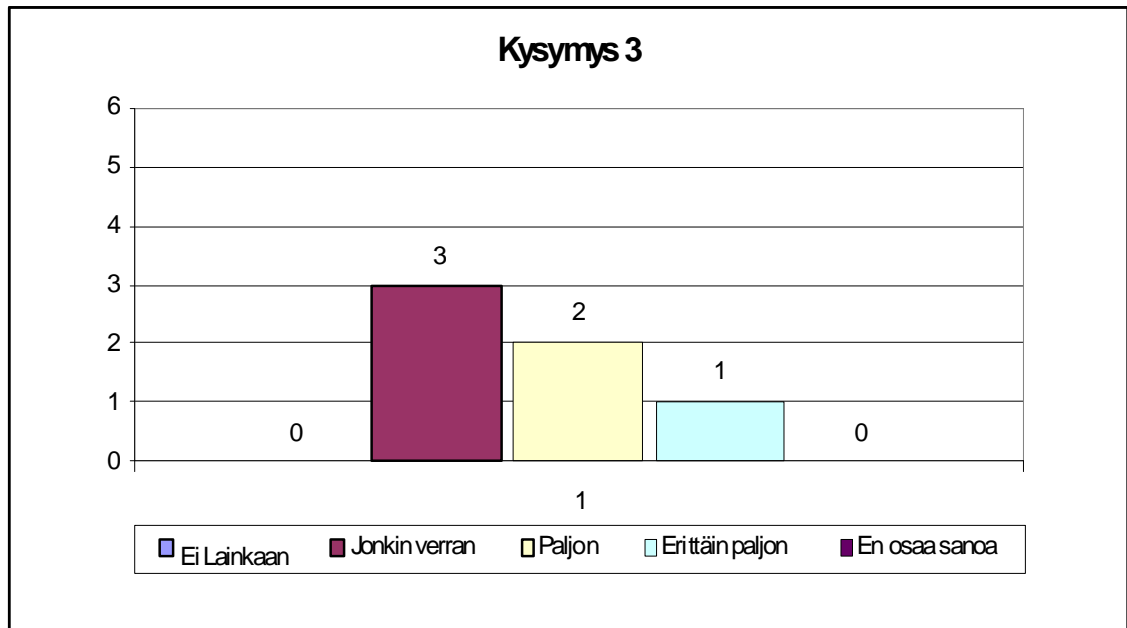
Toisessa kysymyksessä pyydettiin vastaajia arvioimaan kuinka paljon työyhteisö oli osallistunut työryhmän tuottaman lääkehoidon nykytilanteen kuvaamiseen (Kuvio7). Kuusi henkilöä oli vastannut kysymykseen. Yksi vastaajista arvioi osallistumista olleen jonkin verran ja kaksi vastaajista arvioi paljon. Kolme vastaajista arvioi työyhteisön osallistuneen erittäin paljon nykytilanteen kuvaamiseen.

Yhteenvetona voisi sanoa, että työryhmä oli onnistunut vuorovaikutuksen ja keskinäisen keskustelun avaajana. Toisaalta voidaan epäillä myös, että yhteiset osastotunnit koettiin rasakaksi satunnaisten osallistumisten vuoksi.



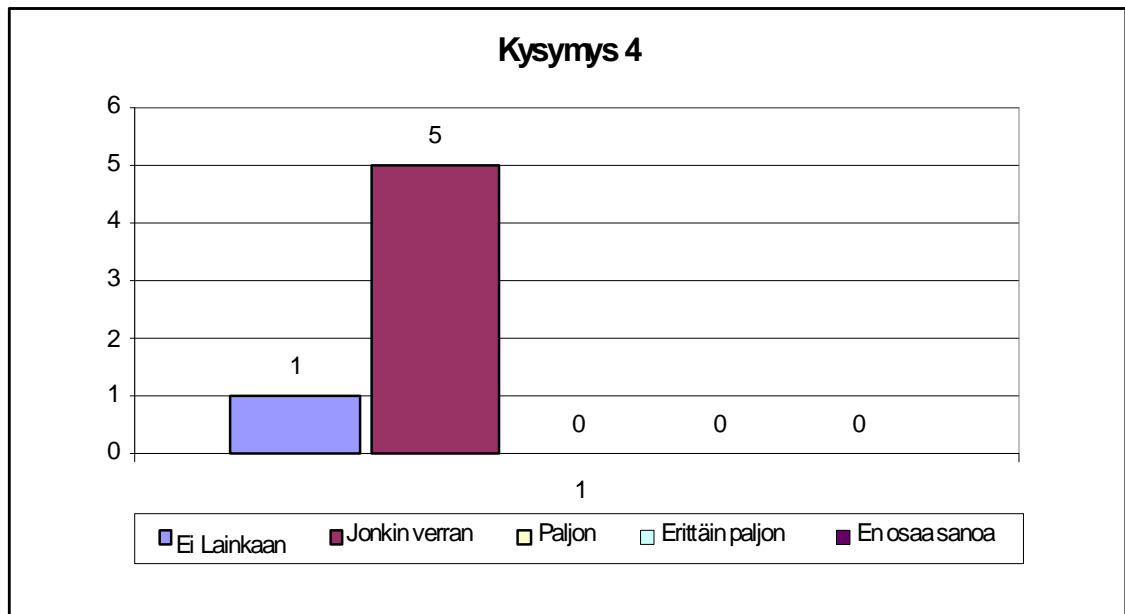
Kuvio 7: Työyhteisön osallistuminen nykytilanteen kuvaukseen

Kolmannessa kysymyksessä kysyttiin miten työryhmän muodostamaa kuvausta voidaan hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi (Kuvio8). Kuusi henkilöä oli vastannut kysymykseen. Kolmen vastaajan mielestä kuvausta voidaan hyödyntää ja käyttää jonkin verran ja kahden vastaajan mielestä paljon. Yksi vastaajista arvioi, että tehty kuvausta voi hyödyntää erittäin paljon.



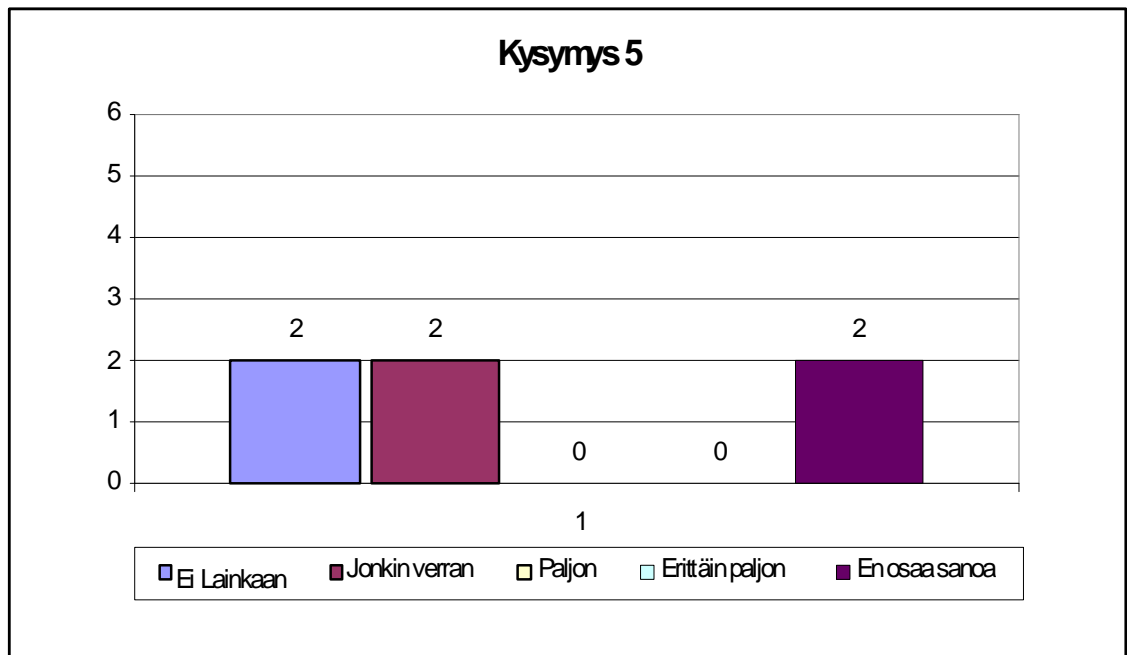
Kuvio 8: Työryhmän muodostaman kuvan hyödyntäminen

Neljännessä kysymyksessä kysyttiin minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta työyhteisö on voinut lääketoitoa kehittää (Kuvio 9). Kuu- si henkilöä oli vastannut kysymykseen. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, ettei uusia ajatuksia ja ideoita tullut, joiden pohjalta työyhteisö olisi voinut kehittää lääketoitoa. Kuitenkin viisi vastaajista arvioi, että uusia ideoita ja ajatuksia oli tuotettu jonkin verran.



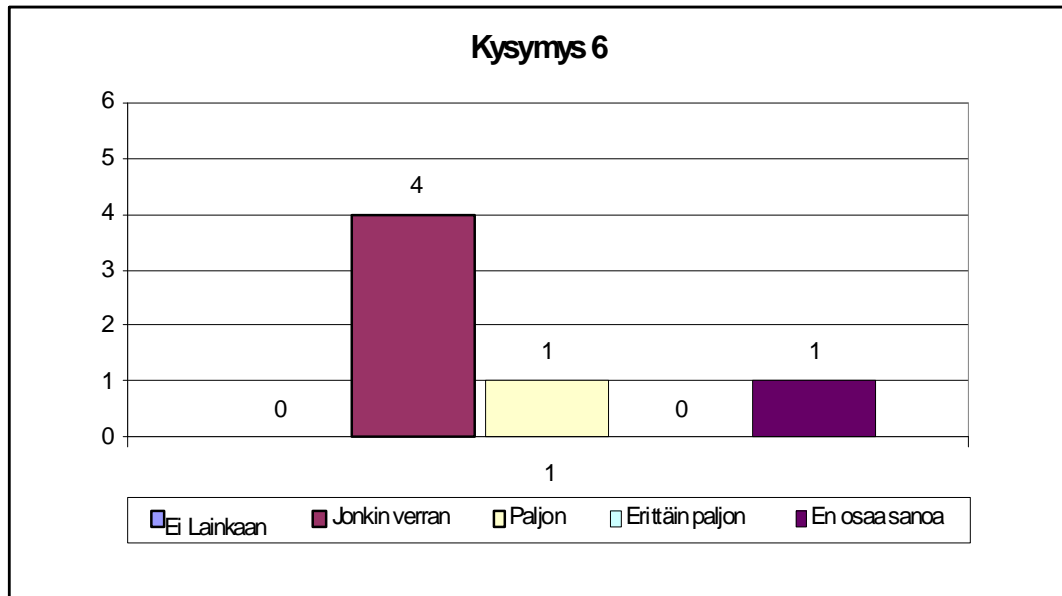
Kuvio 9: Innovatiivisuus

Viidennessä kysymyksessä kysyttiin kuinka paljon kehittämistoiminta on parantanut lääkeshoidon sujuvuutta ja tehokkuutta (Kuvio 10). Kuusi henkilöä oli vastannut kysymykseen. Kahden vastaajan mielestä kehittämistoiminta ei ollut parantanut lääkeshoidon sujuvuutta ja tehokkuutta lainkaan. Kaksi vastaajista arvioi parannusta jonkin verran ja kaksi vastaajista ei osannut sanoa kantaansa.



Kuvio 10: Lääkehoidon parantuminen

Kuudennessa kysymyksessä tuli arvioida kuinka paljon vastaaja uskoi muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä (Kuvio 11). Kuusi henkilöä oli vastannut kysymykseen. Neljä vastaajista uskoi muutoksen aikaansaamiseen jonkin verran ja yksi vastaajista uskoi aikaansaamiseen paljon. Yksi vastaajista ei osannut sanoa kantaansa.



Kuvio 11: Muutoksen aikaansaaminen työyhteisön työssä

Edellä mainittujen kysymysten perusteluosiossa vastaajat arvioivat muutosten tapahtuvan hitaasti. Osa työntekijöistä ei ollut ensimmäisessä tapaamisessa mukana ja tämän vuoksi jäänyt hieman epäselvä kuva projektista. Kyselykaavakkeessa pyydettiin myös kertomaan oliko työyhteisössä suunnitelmia lääkehoidon kehittämisessä. Vastaajat arvioivat koneellisen lääkkeenjaon annospusseihin suoraan apteekista olevan yksi suunnitteluvaiheissa oleva, mutta ei työyhteisön päätettävissä oleva asia. Suoraan oman työyhteisön päätettävissä olevat seikat, kuten pyrkimyksenä pitämään lääkkeet asiakkaiden kotona ja hankkimaan sinne lukollinen lääkekaappi sekä kaksoistarkastus lääkkeidenjaossa ovat suunnitelmissa.

## 8.2 Opiskelijoiden arviointi kehittämistoiminnasta

Toisen opiskelijan vaihtuminen kesken kehittämisprojektia loi asiaan lisähaasteen niin kumppanina olevalle työyhteisölle, kuin opiskelijoille itselleen. Osa asioista jouduttiin aloittamaan alusta ja osassa jatkettiin siihen mihin oli jäänyt. Vaihtuneen opiskelijan kohdalta ei ollut

mahdollisuutta Ojamalla tehtävään työharjoitteluun, joten tiedon saanti "kenttä oloista" jäi alusta alkaen mukana olleen opiskelijan näkökulmaksi. Yhteistyötä opiskelijoiden kesken olisi pitänyt olla enemmän. Mutta tapaamisten vähyydestä huolimatta opinnäytetyötä pystyttiin työstämään eteenpäin. Juurruttaminen oli molemmille osapuolille uusi asia ja sen sisäistäminen vaati paljon teorian tutkimista ja aikaa. Jälkeenpäin tuntuu paljon selkeämmältä, joten oma oppimisprosessi on ollut huikea työn myötä.

Ojamon kotihoidon työntekijöiden vuorotyö ja vaihtuvat asiakkaat ja päiväohjelmat loivat omanlaisiaan haasteita jokaiseen tapaamiskertaan. Ajoittain kaikki sujui suunnitellusti ja sitten kaikki aikataulut jouduttiin tekemään uudestaan joko yhteistyötahon tai opiskelijoiden aikatauluista riippuen.

Projektissa tuotettiin uutta tietoa joka pohjautui todellisuuteen ja sen pohjalta pystytään luomaan uusia toimintamalleja kohti turvallisempaa lääkehoitoa. Se, että sai mahdollisuuden olla mukana näin konkreettisesti työssä ja nähdä miten hyvin suunniteltu työ kantaa hedelmää, oli haastavaa, sekä erittäin mielenkiintoista. Työtä tehdessä oppi paljon siitä miten työyhteisön näkymätöntä työtä/tietoa tulee kirjata, jotta ne hyvät käytänteet jatkuvat ja kehittämiskohteita on helpompi löytää ja siten niihin tarttuminen on helpompaa.

Ojamon kotihoidon henkilökunnasta osa oli projektin aikana muodostanut uusia tapoja toimia lääkkeenjaossa ja pohtivat erilaisten käytänteiden toimivuutta sekä käytännöllisyyttä. Näitä tuotiin enemmän esiin osastotunneilla ja pohdittiin paikalla olevien kanssa sekä erään kehittämispäivän aiheena olikin turvallisen lääkehoidon toteuttaminen. Lähes kaikki työntekijät siirtyivät jakamaan lääkkeitä sivussa olevalle pöydälle ja tällöin muut pyrkivät antamaan työrauhan tilanteeseen. Myös kaksoistarkastusta hyödynnettiin enemmän resurssien sen salliessa. Mielestämme onnistuimme saavuttamaan tavoitteemme ja uskomme myös Ojamon kotihoidon saaneen projektista tärkeää tietoa.

Lämmin kiitos yhteistyökumppaneille Ojamon kotihoitoon.

## KUVIOT

Kuvio 1. Juurruttamisen malli 2.0 .....	9
Kuvio 2. Tiedon käsittelyn kierrokset.....	11
Kuvio 3. Hiljaisen tiedon osuus yhteisön toiminnasta .....	13
Kuvio 4. Aikaulottuvuus ja erilaisten muutosten toteuttamisen vaikeusaste .....	18
Kuvio 5. Organisaation oppimiskehä .....	20
Kuvio 6. Lääkehoidon kehittämisen edistäminen.....	47
Kuvio 7. Työyhteisön osallistuminen nykytilanteen kuvaukseen .....	48
Kuvio 8. Työryhmän muodostaman kuvan hyödyntäminen .....	49
Kuvio 9. Innovatiivisuus.....	50
Kuvio 10. Lääkehoidon parantuminen .....	51
Kuvio 11. Muutoksen aikaansaaminen työyhteisön työssä .....	52

## LÄHTEET

- Aaltonen, S. & Saarinen, A. 2006. Lääkkeet ja terveys. Helsinki: Lääketietokeskus Oy.
- Ahonen, O., Karhu, J., Kinnunen, R., Ora-Hyytiäinen, E. & Soikkeli, T. 2007. Kirjaamisen kehittäminen sairaanhoitajan ja opiskelijan yhteistyönä. Sairaanhoitajalehti 1, 28-29.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2005. Juurruttamalla hoitotyön kehittämiseen. ProTerveys -lehti vol 6, 4-11.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2006. Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. Pro Terveys Nro 2, 16 -19.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Partamies, S. 2007. Juurruttaminen kehittämismenetelmänä. Ammatillisen ja ammattikorkeakoulututkimuksen päivät.
- Airaksinen, M. (toim.) 2005. Hoitona lääke. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Anttila, P. 2005. Ilmaisu, teos, tekeminen ja Tutkiva toiminta. Hamina: Akatiimi Oy.
- Bengtson, A. & Dravenhorn, E. 2003. The nurses role and skills in hypertension care. Clinical Nurses Spectrum 17 (5), 260-268.
- Berqvist, N., Ojala, T., Salonen, E. & Savola, A. 2005. Sairaanhoitajan lääkehoitotaidot reumapotilaanhoitotyössä: täydennyskoulutuksen vaikutus sairaanhoitajan lääkehoitoosaamiseen. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Cavanagh, S. 1997. Content analysis: concepts, method and applications. Nurse Researcher 4(3).5-16.
- Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989. Viitattu 16.4.2009.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Erikoissairaanhoito%2A>.
- Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. (toim.) 2006. Etiikkaa ihmistieteille. Tietolipas 211. Suomen kirjallisuudenseura. Helsinki.
- Hartikainen, S., Saarelma, O., Lönnroos, E. & Seppälä, M. 2006. Miten arvioin iäkkään lääkitystä. Suomen lääkärilehti 42/2006 vsk 61: 4352-4355.
- Heikkilä, J. & Heikkilä, K. 2005. Voimaantuminen työyhteisön haasteena. Helsinki: WSOY.
- Heino, T. 2006. Tiedon tuottamisen tilat läheisneuvonpitoprojektissa. Teoksessa Seppänen - Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteyksiä, 179–182. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Juujärvi S., Myyry, L. & Pessa, K. 2007. Eettinen herkkyyden ammatillisessa toiminnassa. Helsinki: Tammi Oy.
- Janhonen, S., Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.



Järvinen, A., Koivisto, T. & Poikela, E. 2000. Oppiminen työssä ja työyhteisössä. Juva: WS Bookwell Oy.

Kansanterveyslaki 66/1972. Viitattu 16.4.2009.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Kansanterveyslaki>.

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

Kivisaari, S. 2001. Kokemuksia vuorovaikutuksesta kehittämistyössä. Juurruttaminen kokeiluna. VTT, Teknologian tutkimuksen ryhmä. Työpapereita nro 58/01.

Koivunen, H. 1997. Hiljainen tieto. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Koivunen, E., Kankkunen, P. & Suominen, T. 2007. Hoitohenkilöstön käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden ilmoittamisesta. Tutkiva hoitotyö 5, 10–15.

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kuuppelomäki, M. 2005. Ikääntyvien kotihoidon vaikuttavuus ja asiakkaiden tyytyväisyys. Pro Terveys-lehti vol 1, 8.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1999, nro 1, s. 3-12.

Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laamanen, R., Broms, U., Häppölä, A. & Brommels, M. 1999. Changes in the Work and Motivation of Staff Delivering Home Care Services in Finland. Public Health Nursing 16 (1): 60-71.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 16.4.2009.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista>.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Viitattu 17.4.2009.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell Oy.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell Oy.

Leskelä J. 2002. Motivaatiojohtaminen. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

Lohjan kaupunki 2008. Lohjan kaupungin kotihoito. Viitattu 15.12.2008.

<http://www.lohja.fi/default.asp?sivu=1&alasivu=256&kieli=246>.

Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkanen, P. 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Malin, M. 1997. He ovat minulle enkeleitä. Hyvä suhde työntekijään ja luottamus avunsaantiin laatua vanhusasiakkaille kotihoidossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 34: 105 - 163.

- Mäkelä, K. (toim.) 1992. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Priima-Offset Ky.
- Neuvonen, T. & Uosukainen, L. 2007. Muutos haastaa johtajuuden. Sairaanhoidtaja 6-7.2007, 45-47.
- Nousiainen, K. 2006. Sosiaaliturva-lehden artikkeli 2006. Nro3, 14-15. Viitattu 12.3.2009. [http://www.sosiaalitieto.fi/mp/db/file\\_library/x/IMG/32322/file/Nousiainen-kehittamisesta3-06.pdf](http://www.sosiaalitieto.fi/mp/db/file_library/x/IMG/32322/file/Nousiainen-kehittamisesta3-06.pdf).
- Packalen, L. 2005. Vanhukset ja koti- haasteita tulevaisuudelle. Pro Terveys-lehti. vol 5,4.
- Pahlman, I. 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Paljärvi, S., Rissanen, S. & Sinkkonen, S. 2003. Kotihoidon sisältö ja laatu vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana. Seurantatutkimus Kuopion kotihoidosta. Gerontologia 2 2:85-97.
- Pekkarinen, L. 2007. The relationships between work stressors and organizational performance in long-term care for elderly residents. Vaajakoski: Gummerus printing.
- Peltola, U. & Vuorento, M. 2007. Juurruttamisen edistäjät ja estäjät. Helsinki: Yliopistopaino.
- Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkojulkaisu]. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Viitattu 16.12.2009. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>.
- Sosiaali- ja Terveysministeriö. Viitattu 25.11.2008. <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/sospa/shvan/kotipalvelu.htx> .
- Sosiaali- ja Terveysministeriön asetus potilaskirjojen laatisesta ja säilyttämisestä 99/2001. Viitattu 16.4.2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010099>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Yliopistopaino. Tulostettu 4.4.2008. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen\\_laakehoito\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf).
- Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. 2006. Potilasturvallisuussanasto lääkehoidon turvallisuussanasto. Tulostettu 10.5.2008. <http://www.stakes.fi/verkojulkaisut/tyopaperit/T28-2006-VERKKO.pdf>.
- StratoX Yrityspalvelut 2008. Kalanruoto. Viitattu 27.12.2008. <http://www.stratox.fi/fin/hankkeet/yrityskohtaamo/kalanruoto/>.
- Suomen Farmasialiitto ry. & Tehy ry. 2003. Tehokkuutta ja turvallisuutta lääkehoitoon. Forsan Kirjapaino Oy.
- Sydänmaanlakka, P. 2001. Älykäs organisaatio. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.
- Taylor, H. 2005. Assessing the nursing and care needs of older adults. UK: Radcliffe Publishing Ltd.
- Tehy. 2004. Lääkehoito-ongelmat nähtävä kokonaisuutena. Tiedote 25.3.2004. Viitattu 12.3.2009. [http://www.tehy.fi/viestinta/tiedotteet/tiedotteet\\_2004/?x1576224=1576270](http://www.tehy.fi/viestinta/tiedotteet/tiedotteet_2004/?x1576224=1576270)

Tehy. 2007. Tehy ja Farmasialiitto esittävät uuden hallituksen ohjelmaan - Lääkehoidon laatua ja turvallisuutta lisättävä. Tiedote 8.2.2007. Viitattu 12.3.2009.  
[http://www.tehy.fi/viestinta/tiedotteet/tiedotteet\\_2007/?x1537943=1756430](http://www.tehy.fi/viestinta/tiedotteet/tiedotteet_2007/?x1537943=1756430)

Tenkanen, R. 1998. Vanhusten kotipalvelun laatu. Maut-tekniikalla toteutettu vertailu kotipalvelun laatuominaisuuksista. Gerontologia 12(4):183 - 194.

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

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne - Soveri, U. 2004. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Wenger, E. 2000. Communities of Practice and Social Learning Systems. Organization-articles. Volume 7(2): 225-246.

Quality Knowhow Karjalainen Oy 2008. Koulutusta ja konsultointia toimintaprosessien laadunparantamiseen. Yhdistä ideointityökaluilla luovan ajattelun eri ulottuvuudet - Aivoriihi, ryhmittäilykaavio sekä kalanruotokaavio. Viitattu 27.12.2008.  
<http://www.gkkarjalainen.fi/?sivu=Artikkelit&id=89>.

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

## LIITE 1

Lomakkeet

Sivu 1/1

LOHJAN KAUPUNKI  
Perusturvakeskus

Yksikkö \_\_\_\_\_

LÄÄKEPOIKKEAMA

 Määrääminen     Jakelu     Annostelu     Kirjaaminen     SäilytysTapahtuma-aika?    Työvuoro     Aamu     Ilta     Yö

Viikonpäivä \_\_\_\_\_    Pvm. \_\_\_\_\_    Klo \_\_\_\_\_

Menikö poikkeama potilaalle asti?     Ei     Kyllä    (Potilaan tiedot -tässä tähän)

Lääkepoikkeaman kuvaus:

Kuinka tilanne hoidettiin?

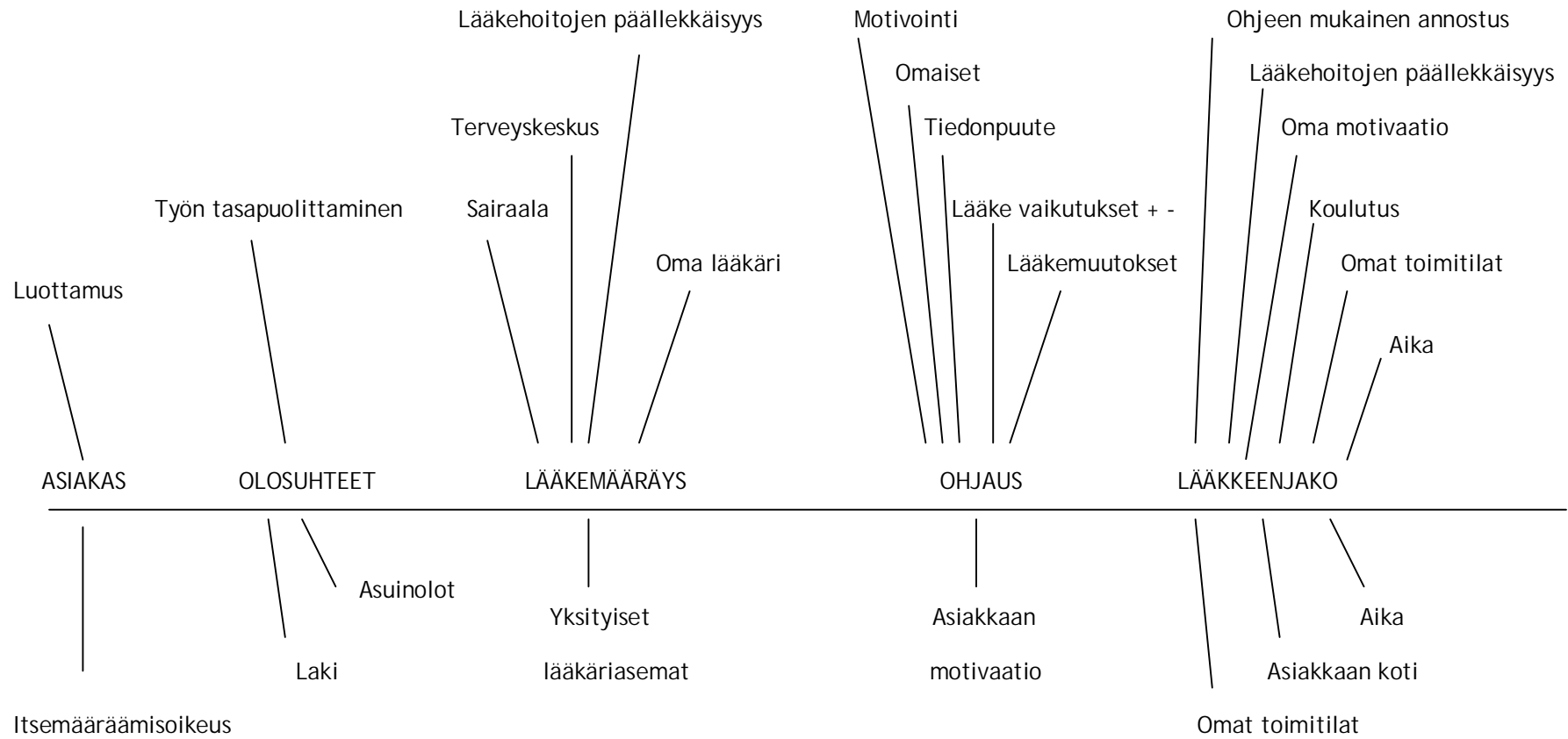
Miksi näin kävi? Mitä olisi pitänyt tehdä toisin? Anna hyviä ideoita parempaan lääkehoitoon!

Poikkeaman kirjasi:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_  
Allekirjoitus    Nimenselvennys

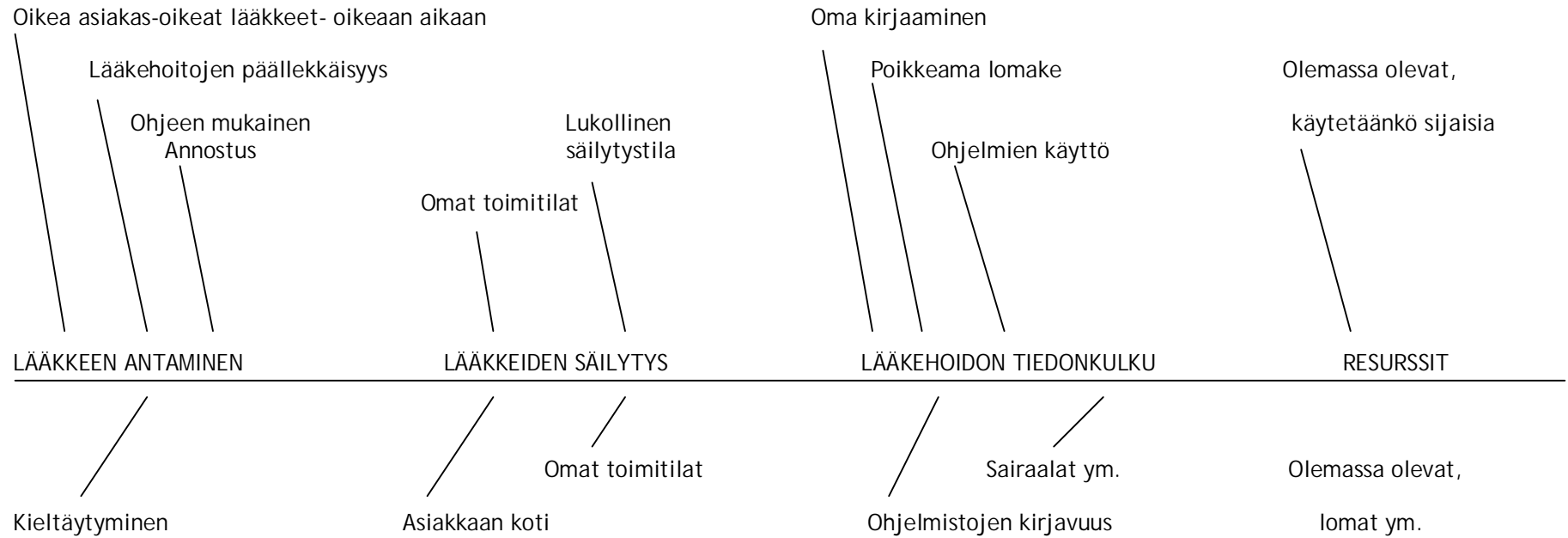
LIITE 2

PYSTYY VAIKUTTAMAAN



## LIITE 3

## PYSTYY VAIKUTTAMAAN



## EI PYSTY VAIKUTTAMAAN

## LIITE 4

Hyvä haastateltava,

Kiitos osallistumisesta Ojamon kotihoidon (Lohjan kaupunki) ja Lohjan Laurean yhteiseen turvallinen lääkehoito-kehittämishankkeeseen. Kehittämishankkeen taustalla on Sosiaali- ja terveysministeriön vaatimus yhtenäistä lääkehoitoa valtakunnallisesti.

Nämä kysymykset pohjautuvat Turvallinen Lääkehoito- valtakunnalliseen oppaaseen lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Oppaan tarkoituksena on yhtenäistää laadukkaan lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvä vastuunjako ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä.

Tätä haastattelua tullaan käyttämään kehittämistoiminnassa, mutta haastateltavan henkilöllisyys ei tule julki toimintaprosessin kuvauksessa eikä tulevassa opinnäytetyössämme.

Suostumuksellanne haastattelu nauhoitetaan, ajansäästön sekä virhemarginaalien estämisen.

Yhteistyöterveisin

Opinnäytetyöntekijät  
Susanna Kumpulainen ja Satu Lindqvist

Yleistä Ojamon kotihoidosta

1. Mikä on henkilövahvuus ammattinimikkeittäin?
2. Kokonaisasiakasmäärä
3. Asiakas määrä/ työntekijä/työvuoro
4. Asiakkaiden keskimääräinen ikäjakauma

Yleistä lääkehoidosta

5. Mikä on mielestänne lääkehoitoa?
6. Näettekö, että lääkehoito on muuttunut jotenkin viimeisten vuosien ( 5- 10 vuotta) aikana omissa työssänne?
7. Jos olette, niin mikä mielestänne on "aiheuttanut" muutokset
8. Onko toimipisteenne mielestänne pystynyt vastaamaan näihin muutoksiin
  - a. Jos mielestänne on, niin miten?
  - b. Jos mielestänne ei niin minkä uskotte olevan syynä siihen?
  - c. Miten mielestänne sen olisi pitänyt pystyä vastaamaan?

Lääkehoidon toteutuminen Ojamon kotihoidossa

9. Millaista lääkehoitoa teillä toteutetaan?
  - a. Luonnollista tietä annettava lääkitys ( Tabletit, kapselit, tipat, laastarit, inhal., jne.)
  - b. Injektio-lääkitys ( I.V., I.M.)
  - c. Suonensisäinen lääkitys
10. Missä teillä toteutetaan lääkehoitoa? ( asiakkaan kotona, apteekissa jne.)
11. Miten se mainitsemissanne paikoissa toteutetaan?
  - a. Ovatko tilat mielestänne sopivat/käytännölliset lääkehoidon toteuttamiseen
    - Jos ei, niin miksi?
12. Ketä teillä toteuttaa lääkehoitoa?
  - a. Sairaanhoidajat
  - b. Lähi- tai perushoitajat
  - c. Määräaikainen- tai sijaisuuksia tekevä henkilöstö
  - d. Ilman terveydenhuollon koulutusta olevat

13. Onko teillä selkeästi määritelty lääkehoitoon osallistuvan henkilöstön tehtävät, mahd. lisäkoulutus ja vastualueet?
  - a. Jos on, niin miten?
  - b. Jos ei, niin uskoisitteko sillä olevan merkitystä toimipisteessänne tapahtuvan lääkehoidon laatuun?
14. Onko toimipaikassanne käytössä kaksoistarkastus lääkehoitoa toteuttaessanne?
15. Miten varmistetaan, että lääkehoitoa on saamassa juuri se potilas, jolle lääkitys on määrätty?
16. Miten varmistatte oikean annostelun lääkkeitä annettaessa?
17. Onko teillä selkeät ohjeet mahdollisen väärän lääkityksen tai lääkeannostelun jälkeisistä toimista?
18. Miten seuraatte lääkkeen vaikutusta asiakkaassa?
19. Onko teillä ohjeistusta toiminnasta, kun asiakas kieltyy määrätystä lääkehoidosta?
20. Toteutetaanko toimipisteessänne opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitoa?
  - a. Jos kyllä, niin kenen vastuulla sitä toteutetaan?
  - b. Miten se toteutetaan toimipisteessänne?
21. Toteutetaanko toimipisteessänne PVK- lääke (pääasiassa keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet) tai varsinaisten huumausaineiden lääkehoitoa?
  - a. Jos kyllä, niin kenen vastuulla sitä toteutetaan?
  - b. Miten se toteutetaan?
  - c. Miten asiakkaan sekä läheisten ohjaus toteutetaan?

#### Läkehoidon kirjaaminen ja tiedonkulku

22. Onko käytössänne lääkehoitosuunnitelma tms. jokaiselle asiakkaalle?
  - a. Jos on, niin millainen?
    - Onko suunnitelma toimiva käytännössä?
    - Käytävätkö kaikki kyseistä suunnitelmaa?
    - Jos ei, niin minkä uskot olevan syynä siihen?
  - b. Jos ei, niin miksi ei?
    - Olisiko mielestänne tarvetta lääkehoitosuunnitelmalle?
23. Miten kirjaatte toteutetun läkehoidon?
24. Miten varmistatte, että lääkeaineallergiat ovat kaikkien sitä tarvitsevien tiedossa?
25. Miten tietosuojakysymykset on otettu huomioon teidän toimintayksikössänne?
26. Tunnetteko, että olette aina saaneet tarvittavan tiedon toteuttaessanne lääkehoitoa?
27. Uskotteko, että asiakas saa aina tarvittavan/ riittävän tiedon omasta läkehoidostaan?
28. Miten toimintayksikössänne on varmistettu tiedonkulku muille asiakkaan läkehoidosta tietoa tarvitseville tahoille?

#### Läkehoidon vaikuttavuuden arviointi

29. Miten seuraatte läkehoidon tarkoituksenmukaisuutta?
  - a. Kuka/ketkä seuraa?
  - b. Miten seuraatte?
  - c. Miten mielestänne arviointia voitaisiin parantaa?
30. Miten seuraatte läkehoidon hyötyä/sivu- ja haittavaikutuksia?
  - a. Kuka/ketkä seuraa?
  - b. Miten seuraatte?
  - c. Miten mielestänne seurantaa voitaisiin parantaa?
31. Miten tai kuka/ketkä seuraavat mahdollisia läkehoidon päällekkäisyyksiä?

#### Vastuu läkehoidon toteutumisesta

32. Kuka on mielestänne vastuussa läkehoidon toteuttamisesta ja miksi?
  - a. Työnantaja
  - b. Lääkäri
  - c. Osastonhoitaja
  - d. Sairaanhoitajat



- e. Lähi- tai perushoitajat
- f. Ilman terveydenhuollon koulutusta olevat
- g. Joku muu?

#### Lääkehuolto

- 33. Kuka teillä tilaa lääkkeitä? Ja mistä ne tilataan?
- 34. Missä lääkkeitä varastoidaan?
  - a. Vastaako varastointi tila mielestänne vaatimuksia?
- 35. Kuka huolehtii/vastaa
  - a. Varastoinnista: tila, olosuhteet, säilyttäminen, säilyvyys
  - b. Lääkkeiden mahdollisesta palauttamisesta ja hävittämisestä
- 36. Onko teillä käytössänne peruslääkevalikoimaa?
  - a. jos niin, niin millainen?
  - b. jos ei, niin näkisittekö sille tarvetta?

#### Asiakkaan informointi ja neuvonta

- 37. Miten teidän toimipaikkanne asiakkaat osallistuvat sekä sitoutuvat lääkehoitoonsa?
  - a. Pystytkö mielestänne omalla toiminnallanne vaikuttamaan tähän?
- 38. Ketä/ ketkä informoivat asiakasta lääkehoidon kysymyksissä?
  - a. Miten varmistatte, että asiakas on ymmärtänyt ohjeistuksen?
- 39. Miten toimipaikassanne tarvittaessa huomioidaan asiakkaan omaisten/lähipiirin informointi lääkehuollosta?

#### Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen

- 40. Onko toimipisteenne perehdyttämissuunnitelmaan lisätty lääkehoitoon liittyvät tavoitteet, jotka uuden tai määräaikaisen työntekijän sekä opiskelijan tulee osata?
- 41. Miten toimipaikassanne varmistetaan, että uusi tai määräaikainen työntekijällä sekä opiskelijalla on tarvittavat tiedot ja taidot lääkehoidon toteuttamiseen?
- 42. Tehdäänkö toimipisteessänne kartoitusta henkilöstön lääkehoidon tieto- ja taitotasosta?
- 43. Järjestääkö työnantajan säännöllisesti mahdollisuuksia lääkehoidon lisä- ja täydennyskoulutukseen ja kertaukseen?
  - a. Sairaanhoidtajille
  - b. Lähi- tai perushoitajille
  - c. Ilman terveydenhuollon koulutusta oleville?
  - d. Jos kyllä, niin seurataanko koko henkilöstön osallistumista?

#### Lääkehoidon seuranta ja palautejärjestelmä

- 44. Seurataanko toimipisteessänne säännöllisesti lääkehoidon toteuttamista?
  - a. Jos kyllä, niin miten ja mitä toteuttamista?
  - b. Jos ei, niin miten sitä mielestänne tulisi seurata?
- 45. Onko teillä käytössä poikkeamien raportointi järjestelmää?
- 46. Ilmoitetaanko toimipisteenne asiakkaalle poikkeamasta hänen lääkehoidossaan?
- 47. Miten toimipisteessänne seurataan ja käsitellään poikkeamia lääkehoidossa?
- 48. Miten toimipisteessänne hyödynnetään poikkeamista tulleet palautteet?
  - a. Miten siitä pyritään oppimaan?
  - b. Miten toimintatapoja pyritään muuttamaan?

Onko jotain mitä haluaisitte vielä kertoa toimipisteessänne tapahtuvasta lääkehoidosta?

Kiitos vastauksestanne!

## LIITE 5

## TURVALLINEN LÄÄKEHOITO (LÄKE 2) ARVIOINTILOMAKE

Laurea-ammattikorkeakoulu

Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointi

Hyvä vastaaja

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

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

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

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

7 Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehtojasi kysymyksiin (1-6)

---

---

---

---

---

---

---

8 Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi lääkehoidon kehittämiseksi.

---

---

---

---

---

---

---

9 Mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta

---

---

---

---

---

---

---

Kiitos arvioinnistasi!

## LIITE 6

Lääkehoitoa toteuttava yksikkö	Perustutkintoon johtavan koulutuksen antamat valmiudet	Osaamisen varmistaminen lisäkoulutus	Vastuu/ luvan myöntäminen
Lääkehoitoon koulutettu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lääkkeiden tilaaminen, käyttökuntoon saattaminen ja jakaminen potilaskohtaisiksi annoksiksi</li> <li>- luonnollista tietä annettava lääkehoito</li> <li>- injektiot ihonsisäisesti, ihon alle ja lihakseen</li> <li>- rokotteet</li> <li>- suonensisäinen neste- ja lääkehoito</li> <li>- verensiirtohoito</li> <li>- epiduraalitilaan annettavaan lääkehoitoon osallistuminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- suonensisäinen neste- ja lääkehoito</li> <li>- verensiirtohoito</li> <li>- epiduraalitilaan annettavaan lääkehoitoon osallistuminen, mm. kipupumppuun annosteltavat lääkkeet</li> <li>- rokotteet</li> </ul>	<p>Lupa: Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen määräämänsä lääkäri</p> <p>Näyttö: Kokenut laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö</p>
Lääkehoitoon koulutettu nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lääkkeiden jakaminen potilaskohtaisiksi annoksiksi</li> <li>- luonnollista tietä annettava lääkehoito</li> <li>- injektiot ihon alle ja lihakseen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lääkkeiden tilaaminen</li> <li>- injektiot ihon alle ja lihakseen</li> <li>- lääkkeettömän, perusliuosta sisältävän jatkoinfuusiopullon tai nestepussin vaihtaminen</li> </ul>	<p>Lupa: Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen määräämänsä lääkäri</p> <p>Näyttö: Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö</p>
Lääkehoidon koulutusta Saanut sosiaalihuollon Ammatillinen henkilöstö	<ul style="list-style-type: none"> <li>- valmiiksi jaettujen lääkkeiden antaminen luonnollista tietä</li> <li>- jako dosettiin potilaan kotona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- injektiot ihon alle</li> </ul>	<p>Lupa: Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen määräämä lääkäri</p> <p>Näyttö: Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö</p>
Lääkehoitoon kouluttamaton henkilö		<ul style="list-style-type: none"> <li>- valmiiksi jaettujen lääkkeiden antaminen luonnollista tietä</li> </ul>	<p>Sopimukseen perustuvaa potilas-, lääke- ja tilannekohtainen</p> <p>Lupa: Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri</p> <p>Näyttö: Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö</p>
Opiskelijat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- on velvollinen esittämään todistuksen suorittamistaan lääkehoidon opinnoista ja niistä suoriutumisestaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- koulutusjärjestäjän ja harjoitteluyksikön sopimus ohjatun harjoittelun ja työssäoppimisen lääkehoidon sisällöstä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Työnantajan edustaja (esim. lääkehoidosta vastaava tai osastonhoitaja) arvioi opiskelijan lääkehoidon osaamisen ja siihen osallistumisen</li> </ul>

Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön valmiudet ja edellytykset osallistua lääkehoidon toteuttamiseen nykyisten koulutusvaatimusten pohjalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006, 53)