

Elisa Sarjonen

TURVALLISEN LÄÄKEHOIDON KEHITTÄMINEN MONIAMMATILLISESTI KUNTOU-  
TUSOSASTOLLA

Opinnäytetyö  
Kajaanin ammattikorkeakoulu  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Kliininen asiantuntija, ylempi AMK  
Syksy 2014



Koulutusala Sosiaali-, terveys ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Kliininen asiantuntija Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tekijä(t) Sarjonen Elisa	
Työn nimi Turvallisen lääkehoidon kehittäminen moniammatillisesti kuntoutusosastolla	
Vaihtoehtoiset ammattipinnot	Ohjaaja(t) Niskanen Sirkka-Liisa
	Toimeksiantaja Hyvinvointipalvelut Oulun kaupunginsairaala Kuntoutusosasto
Aika Syksy 2014	Sivumäärä ja liitteet 92 + 13
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää kuntoutusosaston lääkehoidon turvallisuutta moniammatillisesti. Opinnäytetyön tavoitteena oli lääkehoidon turvallisuuden nykytilan kartoittaminen ja lääkehoidon ongelmien ratkaiseminen. Metodologisen lähestymistapana oli toimintatutkimus. Ensimmäisen syklin alussa selvitettiin 6-3-5 menetelmällä (n=35) käytännön lääkehoidon keskeisiä ongelmia. Ongelmiksi muodostuivat lääkehoito-osaaminen, lääkkeiden jako ruoanjaon yhteydessä, potilaskeskeinen lääkehoito sekä lääkehoidon välineet. Kehittämiskohteiksi valittiin lääkehoito-osaaminen, lääkkeiden jako ruoanjaon yhteydessä, potilaskeskeinen lääkehoito ja lääkehoidon välineet, koska kaikki neljä ongelmaa nivoutuivat kiinteästi toisiinsa.</p> <p>Toisen syklin kehittämiskysymykseksi lääkehoito-osaamisen osalta muodostui: Miten osaston moniammatillisen hoitohenkilökunnan lääkehoidon osaamista voidaan kehittää? Kehitettiin yhteistyötä osastofarmaseutin kanssa sekä järjestettiin lääkehoidon koulutusta. Tulevaisuuden kehitettäviä asioita ovat säännölliset osaston sisäiset koulutukset. Koulutuksen sisällön suunnittelu tulee olemaan haasteellista, sillä tulevaisuudessa tarvitaan yhä monimuotoisempia ja yksilöllisempiä koulutuksia.</p> <p>Lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä kehittämiskysymykseksi muodostui: Miten lääkkeiden jakoa ruoanjaon yhteydessä voidaan kehittää? Laadittiin toimintaohje lääkkeiden jakoon ruoanjaon yhteyteen sekä pilotoitiin toimintaohje. Selkiytettiin ja kirjattiin toimintaohjeeseen vuoron vastaavan ja välivuorossa olevan sairaanhoitajan lääkehoitoon liittyvä tehtäväjako. Toimintaohjeeseen sisällytettiin myös lääkkeiden kaksoistarkistusohje. Tulevaisuuden kehitettäviä asioita ovat toimintaohjeen toteuttaminen, edelleen kehittäminen ja arviointi.</p> <p>Potilaskeskeisen lääkehoidon kehittämiskysymykseksi nousi: Miten potilaskeskeistä lääkehoitoa voidaan kehittää. Laadittiin toimintaohje potilashuoneen vastuuhoidajan tehtävistä. Lääke- ja nestelistojen sisältöä muokattiin ja väri muutettiin. Potilaan henkilöllisyyden varmentamisohje sisällytettiin toimintaohjeeseen, koska potilaan henkilöllisyyden varmistaminen lääkkeitä annettaessa on turvallisen lääkehoidon ehdoton vaihe. Tulevaisuuden kehitettäviä asioita ovat toimintaohjeen toteuttaminen, edelleen kehittäminen ja arviointi.</p> <p>Läkehoidon välineet kehittämiskysymykseksi nousi: Miten lääkehoidon välineitä kehitetään? Toteutettiin lääkekärryn koekäyttö osastolla. Hankittiin uusia dosetteja sekä lääketarjottimia. Tulevaisuuden kehitettäviä asioita ovat lääkehoidon välineiden arviointi ja hankinnat.</p>	
Kieli	suomi
Asiasanat	potilasturvallisuus, lääkehoidon turvallisuus, moniammatillisuus
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School School of Health and Sports	Degree Programme Master`s Degree Programme in Advanced Clinical Practice
Author(s) Sarjonen Elisa	
Title Development of Safe Multidisciplinary Medical Treatment in a Rehabilitation Unit	
Optional Professional Studies	Instructor(s) Niskanen Sirkka-Liisa
	Commissioned by Welfare Services Oulu City Hospital Rehabilitation Unit
Date Autumn 2014	Total Number of Pages and Appendices 92 + 13
<p>The objective of this thesis was to develop safe multidisciplinary medical treatment practises in a rehabilitation unit. The methodological approach was action research. During the first cycle the 6-3-5 method (35) was deployed to identify the most central problems in the medication practises. Competence in medical treatment, administration of medicines with meals and medical treatment facilities were listed as main problems. Competence in medical treatment, administration of medicines with meals, patient-centred medical treatment and medical treatment facilities were chosen as development areas, since all four problems are closely interwoven.</p> <p>How to develop the medical treatment competence among the multidisciplinary staff of the unit was chosen as the second cycle development area regarding medical treatment competence. Co-operation with the unit pharmacist was improved, and training in medical treatment was arranged. Regular training within the unit is a development area for the future. Planning the content of the training will be challenging, since training in the future needs to be diversified and individually designed.</p> <p>The development area within administration of medicines with meals was the following: how could the administration of medicines be improved? Instructions for administering medicines with meals were constructed and piloted. Co-ordination between the on-duty nurse and the nurse between shifts was clarified and documented in the instructions. The procedure of double-checking was included in the instructions. Implementation, further development and assessment of the instructions are development areas for the future.</p> <p>The development question for patient-centred medical treatment was to improve patient-centred medical treatment. Instructions for the nurse on-duty in the patient room were constructed. The contents of the medicine and liquid lists were modified, and the colour was changed. Instructions for verifying patient identity were included in the instructions, since securing the identity of the patient is absolutely essential in safe administration of medicines. Implementation, further development and assessment of the instructions are development areas for the future.</p> <p>The development question for medical treatment facilities focused on the development of the medical treatment facilities. A medicine cart was tested in the unit. New medicine trays and pill dispensers were acquired. Assessment of medical treatment facilities and acquisitions are development areas for the future.</p> <p>In implementing safe medical treatment multidisciplinary co-operation intensifies and becomes more significant.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Patent safety, safe medical treatment, multidisciplinary
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

## ALKUSANAT

Viisas mies sanoi kerran,  
että jos rahtilaiva osaisi ajatella ja tuntea,  
se ei koskaan irtautuisi laiturista.  
Se pelkäisi niitä tuhansia ja taas tuhansia aaltoja,  
jotka sen on kohdattava.  
Se pelkäisi laineiden suurta määrää,  
eikä edes huomaisi,  
että nehän on kohdattava vain yksi kerrallaan.

-Sankke-

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OULUN KAUPUNGINSAIRAALA JA KUNTOUTUSOSASTO	4
2.1 Oulun kaupunginsairaala (OKS)	4
2.2 Kuntoutusosaston toimintamalli ja lääkehoito	5
3 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN PERUSTA	9
3.1 Potilasturvallisuus	9
3.2 Lääkehoidon turvallisuus	11
3.3 Moniammatillisuus	17
4 TURVALLISTA LÄÄKEHOITOA MONIAMMATILISESTI KUNTOUTUS- OSASTOLLA (SYKLI 1)	20
4.1 Opinnäytetyön muodostuminen projektiksi (suunnittelu)	20
4.2 Toimintatutkimus opinnäytetyön metodologisena lähtökohtana	23
4.3 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	27
4.4 Oma asemani ja tavoitteeni kehittämistehtävässä	28
4.5 Kehittämistarpeiden kartoitus 6-3-5 menetelmällä, aineiston käsittely ja analyysi (toiminta)	28
4.6 Lääkehoidon keskeiset käytännönongelmat ja niiden ratkaisuehdotukset (havainnointi)	35
4.7 Lääkehoidon kehittämiskohteiden valinta (reflektointi)	38
5 TOIMINTAMALLIEN PILOTOINTI (SYKLI 2)	42
5.1 Lääkehoito-osaamisen kehittäminen moniammatillisesti	42
5.1.1 Moniammatillisen hoitohenkilökunnan lääkehoito-osaaminen (suunnittelu)	42
5.1.2 Lääkehoito-osaamisen kehittäminen osastofarmaseutin koulutuksen avulla, koulutuspalaute ja arviointikyselyn toteutus (toiminta)	44
5.1.3 Lääkehoito-osaaminen - koulutuspalaute ja arviointikyselyn tulokset (havainnointi)	46
5.1.4 Lääkehoito-osaamisen edelleen kehittäminen (reflektointi)	48
5.2 Lääkehoidon turvallisuuden edistäminen lääkehoidon välineillä	50
5.2.1 Lääkehoidon välineet (suunnittelu)	50
5.2.2 Lääkekärry lääkehoidon välineenä pilotointi ja arviointikyselyn toteutus (toiminta)	51
5.2.3 Lääkekärry lääkehoidon välineenä arviointikyselyn tulokset (havainnointi)	51

5.2.4 Lääkehoidon välineet edelleen kehittämisen (reflektointi)	52
5.3 Lääkehoidon turvallisuuden edistäminen ruokailujen yhteydessä	53
5.3.1 Lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä (suunnittelu)	53
5.3.2 Lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä, toimintaohjeen laatiminen ja sen pilotointi sekä arviointikyselyn toteutus (toiminta)	54
5.3.3 Lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä arviointikyselyn tulokset (havainnointi)	56
5.3.4 Toimintaohjeen edelleen kehittämisen (reflektointi)	57
5.4 Vastuuhoitaja potilaan turvallisen lääkehoidon varmistajana	57
5.4.1 Potilaskeskeinen lääkehoito (suunnittelu)	57
5.4.2 Potilaskeskeisen lääkehoidon toimintaohjeen laatiminen ja sen pilotointi sekä arviointikyselyn toteutus (toiminta)	58
5.4.3 Potilaskeskeisen lääkehoidon arviointikyselyn tulokset (havainnointi)	60
5.4.4 Potilaskeskeinen lääkehoito (reflektointi)	61
5.5 Kehittämistoiminnan kokonaisuuden arviointi	62
5.5.1 Arviointi (suunnittelu)	62
5.5.2 Arviointikyselyn toteutus (toiminta)	63
5.5.3 Arviointikyselyn tulokset (havainnointi)	64
5.5.4 Turvallisen lääkehoidon -edelleen kehittämisen moniammatillisesti kuntoutusosastolla (reflektointi)	68
<b>6 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN JOHTOPÄÄTÖKSET</b>	<b>69</b>
<b>7 POHDINTA</b>	<b>70</b>
7.1 Kehittämistehtävän lähtökohdat	70
7.2 Oman toiminnan ja kliinisen asiantuntijuuden kehittymisen arviointi	70
7.3 Kehittämistehtävän luotettavuus	72
7.4 Kehittämistehtävän eettisyys	74
7.5 Kehittämistehtävän arviointi, merkitys ja jatkokehittämiskohteet	75
<b>LÄHTEET</b>	<b>77</b>
<b>LIITTEET</b>	

## SYMBOLILUETTELO

Effica	Potilastietojärjestelmä
ESS	Henkilötietojärjestelmä
FIM	Toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointijärjestelmä
HaiPro	Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä
OKS	Oulun kaupunginsairaala
OSYP	Oulun seudun yhteispäivystys
OYS	Oulun yliopistollinen sairaala
RAI	Laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä
KanTa	Kansallinen Terveysarkisto
ZEF	Arviointikone

## 1 JOHDANTO

Lääkehoidolla ehkäistään ja parannetaan sairauksia sekä hidastetaan niiden etenemistä. Lisäksi lääkehoidolla ehkäistään sairauksien aiheuttamia lisäsairauksia ja lievitetään sairauden aiheuttamia oireita. Oikein toteutettu, tehokas, turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta, minkä toteuttaminen edellyttää hoitohenkilöstöltä lääkehoidon eri vaiheiden ja kokonaisuuden hallintaa. (Turvallinen lääkehoito 2006, 11.)

Potilasturvallisuus ja siihen liittyen turvallinen lääkehoito ovat tämän ajan yksi puhutuimpia aiheita terveydenhuollossa. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrää laadun ja potilasturvallisuuden toteutumisesta potilaan hoidossa. Potilasturvallisuuden tavoitteena on varmistaa potilaalle turvallinen hoito ja suojata häntä vahingoittumasta (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013 2009, 12). Terveydenhuollon toimintatapoihin liittyvät tekijät aiheuttavat haitta- ja vaaratapahtumia, jotka ovat merkittävä ongelma terveydenhuollossa. Poikkeamista suurin osaa liittyy lääkehoitoon. (Härkänen, Saano, Turunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 50 - 51; Sulosaari & Leino-Kilpi 2013, 13.)

Lääkehoito on riskialtis hoitotyön alue (Siermala 2012, 6). Lääkehoidon virheet aiheuttavat taloudellista haittaa sekä inhimillistä kärsimystä. Yhdysvaltalaisissa sairaaloissa raportoidaan joka vuosi noin 7000 kuolemaan johtanutta lääkehoidon virhettä jotka olisi pystytty ennaltaehkäisemään (Cohen 2008, 6). Suomalaisissa sairaaloissa lääkehoitoon liittyvät ilmoitukset ovat myös yleisiä (Pasternac 2006, 2459, 2462; Kinnunen & Peltomaa 2009a, 79). Vuosina 2007 - 2009 tehtiin Suomessa HaiPro järjestelmään lähe 67000 ilmoitusta. Näistä puolet koski lääkityspoikkeamia, jotka olivat kirjaamis-, jako- ja antovirheitä. (Ruuhilehto, Kaila, Keistinen, Kinnunen, Vuorenkoski & Wallenius 2010, 1035.) Lääkehoidossa tapahtuvat poikkeamat ovat vakava ongelma. Lääkityspoikkeamat ovat kolmanneksi yleisin syy toimintakyvyn laskuun ja potilaan kuolemaan. (Leape 2009, 3.)

Lääkehoidon turvallisuuteen on lähdetty kiinnittämään kansainvälisesti runsaasti huomiota. Euroopan komission on asettanut potilasturvallisuuden yhdeksi painopistealueeksi ja siihen liittyen Euroopan laajuisen tutkimuksen potilaan lääkehoidon turvallisuudesta. Komission mukaan tähän pyritään liittämällä potilasturvallisuus vahvemmin hoitoalan koulutukseen, kehittämällä riskienhallintaa hoitotyössä, edistämällä potilaiden pääsyä omiin tietoihinsa sekä



siirtymällä kulttuuriin, jossa virheet nähdään oppimistapahtumana. (Euroopan komissio 2011.)

Suomessa on vuosia tehty kehitystyötä lääkehoidon turvallisuuden parantamiseksi. Kansallisessa hoitotyön toimintaohjelmassa 2009 - 2011 (2009) keskeisiksi tavoitteiksi nimettiin potilasturvallisuuden edistäminen, yhtenäisten näyttöön perustuvien menetelmien kehittäminen ja hoitosuosituksen käyttöönotto. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 42 - 45.) Lääkehoidon turvallisuutta kehitetään sekä organisaation, ympäristön, yksilön että toimintatapojen tasolla. Lääkehoidossa huomiota kiinnitetään vaiheisiin, joissa lääkkeet jaetaan, saatetaan käyttökuntoon ja annetaan potilaalle sekä vaiheisiin, joissa lääkehoitoa dokumentoidaan ja sen vaikuttavuutta seurataan ja arvioidaan. (Sulosaari 2010, 54; Turvallisen lääkehoidon työkalupakki 2012.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos käynnisti vuonna 2011 Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelman yhdessä sairaaloiden, terveyskeskusten ja useiden kumppaniorganisaatioiden, muun muassa Sosiaali- ja terveysministeriön, ja korkeakoulujen kanssa. Ohjelma jatkuu vuoden 2015 loppuun ja sen tavoitteena on mahdollistaa tehokas, turvallinen, tarkoituksenmukainen ja taloudellinen lääkehoito kaikille lääkehoitoa tarvitseville sekä hoidon aiheuttamien kuolemien ja haittatapahtumien puolittuminen vuoteen 2020 mennessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013 ja terveydenhuoltolaki (1326/2010) luovat pohjan käytännön kehittämistyölle. (Potilasturvallisuus taidolla -ohjelma 2011, 4, 12; Lääkepolitiikka 2020 2011, 2.)

Lääkehoidon haittatapahtumien ennaltaehkäiseminen on tärkeää. Ne aiheuttavat potilaalle inhimillistä kärsimystä ja voivat johtaa jopa kuolemaan. Niistä aiheutuu terveydenhuollolle lisäkustannuksia ja ylimääräistä työtä. (Härkänen ym. 2013, 50 - 51.) Haittatapahtumat aiheuttavat syyllisyyttä terveydenhuollon henkilöstölle, jolla on tahto auttaa ihmistä (Mustajoki 2009, 144). Terveydenhuolto, joka tavoittelee korkeaa laatua, haittatapahtumista johtuva inhimillinen kärsimys ja kustannukset ovat liian suuria ja vaativat selkeitä toimenpiteitä (Doupi 2009, 7).

Turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan saaman palvelun laatua (Lääkepolitiikka 2020 2011, 15). Potilasturvallisuuden edistäminen lääkehoidossa on mahdollista, kun lääkehoitoa vaarantaviin tekijöihin kiinnitetään huomiota ja niitä pyritään kehittämään (Pasternack 2006, 2460; Iivanainen & Syväoja 2012, 244; Jones 2009, 40). Se, että hoitohenkilökunta ilmoittaa aktiivisesti vaaratapahtumista on turvallisen lääkehoidon kulmakivi (Sairaanhoitajat laadukkaana lääkehoidon turvaajina 2009). Terveydenhuollon henkilöstöllä on paljon tietoa lääkehoidon virheiden vähentämiseen ja siksi heidän näkemyksiään tulee hyödyntää lääkehoidon toimintatapojen kehittämisessä (Härkänen ym. 2013, 50).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää kuntoutusosaston lääkehoidon turvallisuutta moniammatillisesti. Tavoitteena on myös, että kuntoutusosastolla keskustellaan avoimesti ja syylistämättä lääkehoidon turvallisuudesta ja kehitetään sitä aktiivisesti.

Ylemmän ammattikorkeakoulututkintoon johtavien opintojen yhtenä yleisenä tavoitteena on antaa opiskelijalle työelämän kehittämisen edellyttämät laajat ja syväiset tiedot asianomaiselta alalta. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ja osoittaa kykyä soveltaa tutkimustietoa sekä käyttää valittuja menetelmiä työelämän ongelmien erittelyyn ja ratkaisemiseen. (Asetus 352/2003.)

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma kehittää osaamista kliinisen hoitotyön asiantuntijuuden alueella. Koulutusohjelma on työelämäläheinen. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opintoihin kuuluu opinnäytetyö, joka on työelämän tutkimus- ja kehittämistyö. Opinnäytetyössä korostuvat opiskelijan tietotaito tunnistaa alueellisia ja työelämälähtöisiä käytännön kehittämishaasteita ja ongelmia sekä uusien ammatillisten toimintatapojen, työmenetelmien, käytänteiden ja palvelukonseptien kehittäminen ja arviointi. Opinnäytetyön avulla kehitetään taitoja pitkäkestoiseen työskentelyyn sekä tutkivaan ja kehittävään työtoteeseen. Opinnäytetyö osoittaa valmiutta itsenäiseen ja yhteisölliseen asiantuntijatyöhön ja kirjalliseen viestintään. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneen tulee osata hankkia, käsitellä ja arvioida tietoa kriittisesti sekä hallita tutkimus- ja kehittämistoiminnan menetelmiä. (Opetussuunnitelma 2012 - 2013 2012.) Eurooppalaisessa viitekehyksessä ylempi ammattikorkeakoulututkinto kuvataan osaamisen NQF tasolle seitsemän (Asetus 423/2005; ARNE 2010, 8).

## 2 OULUN KAUPUNGINSAIRAALA JA KUNTOOUTUSOSASTO

### 2.1 Oulun kaupunginsairaala (OKS)

Oulun kaupunginsairaala on terveyskeskussairaala, joka tarjoaa perusterveydenhuollon tasoista akuuttisairaanhoidoa, lyhytaikaista jatkohoidoa ja kuntoutusta. Sairaalassa on kymmenen eri osastoa, joille pyritään keskittämään yksiköiden toiminnan ja erityisosaamisen mukaiset potilasryhmät. (OKS -vastuualueen strategia vuosille 2012 - 2015 2012.)

Oulun kaupunginsairaalan strategisena päämääränä on olla toimiva ja tehokas osa hyvinvointipalveluja, sekä myös vetovoimainen työpaikka, jolla on osaava ja sitoutunut henkilöstö ja johtaminen ovat välittävää, vuorovaikutuksellista, kannustavaa sekä voimaannuttavaa. Toiminta-ajatuksena on tuottaa laadukkaita sairaala palveluja potilaslähtöisesti. Toimintamallina on moniammatillinen, potilasta kunnioittava, kuntoutumista, toimintakykyä sekä hyvinvointia edistävä ja potilasta aktivoiva työote. Visiona on, että palvelut tuotetaan potilaslähtöisesti, laadukkaasti sekä kustannustehokkaasti ja että kehittynyt teknologia on osa palvelutuotantoa. Arvoina ovat luovuus ja rohkeus, yhteisöllisyys ja suvaitsevaisuus. Strategisten päämäärien mukaan menestyminen muuttuvassa ympäristössä edellyttää innovatiivisuutta, uutta ajattelua ja rohkeutta ennakkoluulottomasti kehittää uusia toimintatapoja. (OKS -vastuualueen strategia vuosille 2012 - 2015 2012.)

Oulun kaupunginsairaalassa käytetään sähköistä Effica potilastietojärjestelmää. Hoidon suunnittelu, seuranta ja arviointi kirjataan potilasasiakirjoihin valtakunnallisen rakenteisen otsikoinnin mukaisesti. Hoito perustuu yksilölliseen hoitosuunnitelmaan, joka laaditaan jokaisesta potilaasta osastolle tullessa. Potilaiden turvallisuuden takaamiseksi tilastoidaan sekä potilastapaturmat, läheltä piti tilanteet ja niiden vaatimat toimenpiteet HaiPro- järjestelmään. Potilaiden liikkumisen rajoittamista käytetään vain hoitavan lääkärin päätöksellä ja tämä kirjataan potilasasiakirjoihin. Hoitohenkilökunta vastaa rajoitteiden käytöstä ja valvonnasta erillisen kirjallisen ohjeen mukaisesti. Laatua seurataan jatkuvan potilas- ja omaispalautteen avulla, potilas- ja omaistyytyväisyyskyselyjen avulla (ZEF) sekä laatumittareilla. Omaisia tuetaan ja kannustetaan osallistumaan läheisensä hoitoon. (OKS - vastuualueen strategia vuosille 2012 - 2015 2012.)

## 2.2 Kuntoutusosaston toimintamalli ja lääkehoito

Valtioneuvoston kuntoutusselonteossa eduskunnalle (2002) kuntoutus määritellään seuraavasti: ”Kuntoutus on ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista, usein pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa.” (Kuntoutusselonteko 2002.) Kuntouttavan hoitotyön lähtökohtana on terveyslähettäisyys, moniammatillinen yhteistyö ja tavoitteellisuus (Kelhä 2006, 72).

Kehittämistyö toteutetaan työyksikössäni Oulun kaupunginsairaalan kuntoutusosastolla. Siellä annetaan vaativaa, moniammatillista kuntoutusta kohderyhmänä erityisesti aivoverenkiertohäiriöpotilaat sekä postoperatiivista monia terapeutoita tarvitsevat potilaat. Kuntoutusosastolla on 42 potilaspaikkaa. Osasto on jaettu kahteen tiimiin, neurologiseen 21 potilaspaikkaa ja ortopediseen 21 potilaspaikkaa. Tiimien potilaspaikat vaihtelevat tarpeen mukaan. Potilaat tulevat läheteiden perusteella Oulun yliopistollisesta sairaalasta (OYS) sekä kaupunginsairaalan muilta osastoilta, Oulun seudun yhteispäivystyksestä (OSYP), tai läheteellä kotoa sairaalakuntoutusjaksolle. Päivystyspotilaat tulevat iltaisin, öisin ja viikonloppuisin. (Raportti kuntoutusosaston toiminnasta 2013 2014.)

### Toimintamalli

Kuntoutusosaston näyttöön perustuvaa moniammatillisen hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on luoda potilaalle mahdollisuus kuntoutua niin, että hän saavuttaa parhaan mahdollisen toimintakyvyn ja omatoimisuuden. Toimintamalli perustuu hoitoon ja kuntoutukseen, jota toteuttaa moniammatillinen tiimi. Tiivistä yhteistyötä tehdään omaisten ja jatkohoidosta sekä jatkokuntoutuksesta vastaavien yhteistyökumppaneiden kanssa. Kuntoutusosaston arvot perustuvat Oulun kaupunginsairaalan arvoihin, joista kuntoutusosastolla korostuvat uskallus olla luova, toimiva persoona, reilu suhtautuminen kuntoutujiin, omaisiin ja työyhteisöön sekä vastuunkantaminen omista tekemisistä työyhteisössä. (Raportti kuntoutusosaston toiminnasta 2013 2014.)

Hoito- ja kuntoutusprosessin eri vaiheissa jokaisella ammattiryhmällä on oma tehtävänkuvansa ja vastuualueensa (liite 1). Tavoitteiden saavuttaminen edellyttää työntekijöiltä oman ammatin hallitsemista ja kykyä tehdä yhteistyötä. Fysio- ja toimintaterapeutit toimivat osastolla muun henkilökunnan kanssa, ohjaten kuntoutujaa päivittäisten toimien yhteydessä. Fysioterapeutit antavat ohjausta liikkumiseen ja asentohoitoon liittyen aivoverenkiertohäiriöstä, tekonivelleikkauksesta sekä erilaisista murtumista toipuville kuntoutujille, omaisille ja hoitohenkilökunnalle. Toiminta- ja fysioterapeutit myös ohjaavat kuntoutujia ja heidän omaisiaan apuvälineiden hankintaan ja käyttöön liittyvissä asioissa sekä tekevät kotikäyntejä. Puheterapeutti ohjaa kuntoutujaa, hoitohenkilökuntaa sekä tarvittaessa kuntoutujan omaista kuntoutujan nielemiseen ja kommunikointiin liittyvissä asioissa. Ravitsemusterapeutti ohjaa kuntoutujia, tarvittaessa myös omaisia, ravitsemukseen liittyvissä asioissa, antamalla esimerkiksi ruokavalio ohjausta. Ravitsemusterapeutti ohjaa tarvittaessa myös hoitohenkilökuntaa niiden kuntoutujien suhteen, jotka ruokailevat nenämahaletkun tai Pegin (perkutaaninen endoskooppinen gastrostooma) avulla. (OKS kuntoutusosasto perehdytysohjelma 2012.)

Kuntoutujalle nimetään kuntoutusjakson ajaksi omahoitajat (sairaanhoitaja ja perus- tai lähihoitaja) sekä omat terapeutit (toiminta- ja fysioterapeutti). He laativat kuntoutujan ja hänen omaistensa kanssa (kuntoutujan halutessa omaiset mukaan) kuntoutussuunnitelman, huolehtivat ja arvioivat kuntoutumisen etenemisestä sekä valmistelevat kotiutukseen liittyvät asiat. Omahoitajat ja omat terapeutit toimivat kuntoutujan ja omaisten yhdyshenkilönä kuntoutusjakson aikana. Omaisia ohjataan osallistumaan kuntoutujan toiminta- ja liikuntakyvyn edistämiseen sekä potilasturvallisuuden kehittämiseen. (OKS kuntoutusosasto perehdytysohjelma 2012.)

Molempien tiimien moniammatilliset työryhmät kokoontuvat kerran viikossa (lääkäri, palveluesimies, sairaanhoitaja tai perus- lähihoitaja, fysio- ja toimintaterapeutti sekä tarvittaessa puheterapeutti) ja arvioi potilaan tilan ja tarkistaa hoidon- ja kuntoutuksen suunnitelman ja tavoitteen. Osalle potilaista käytetään toimintakyvyn ja hoidon tarpeen arviointijärjestelmänä FIM arviointijärjestelmää sekä osalle RAI-järjestelmää jatkohoitopaikan arvioinnissa. (OKS kuntoutusosasto perehdytysohjelma 2012.)

Moniammatillisessa tiimissä ryhmä erilaisen koulutuksen saaneita ammattilaisia tapaavat säännöllisesti koordinoitakseen esimerkiksi kuntoutusta yhdelle tai useammalle asiakkaalle (Övretveit 1995, 29). Oulun kaupunginsairaalan kuntoutusosastolla viikoittaiset palaverit toimivat tärkeänä moniammatillisen tiimin keskustelufoorumina päätettäessä kuntoutujan hoito- ja kuntoutustavoitteista.

Kuntoutumista edistävässä hoitotyössä korostuu moniammatillinen työskentely. Onnistunut ja tehokas hoito- ja kuntoutusprosessi vaatii, että jokainen jäsen on ammattitaitoinen, pätevä ja kykenevä toimimaan prosessissa omassa roolissaan. Jokaisen tulee oivaltaa oman työn merkitys osana kokonaisuhoitoa eli tietää oma tehtävänsä, vastuunsa ja valtuutensa potilaan hoito- ja kuntoutusprosessissa. Jokainen jäsen on yhteisvastuussa suorituksesta ja jokainen täydentää toimintaa omalla asiantuntijuudellaan eli asiantuntijuus summautuu. Toimijoilla tulee olla yhteinen käsitys toiminnan laatuvaatimuksista ja niiden edellyttämistä toimintatavoista. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2012, 182.)

#### Lääkehoito kuntoutusosastolla

Akuutissa vaiheessa olevien sairauksien hoitaminen vaatii henkilökunnalta hyvää kliinistä osaamista ja lääkehoidon erityisasiantuntemusta. Hoitotyö asettaa vaatimuksia myös lääkehoidon toteuttamiselle. Osastolla annetaan lääkkeitä suun kautta tabletteina, liuoksina, jauheina tarvittaessa nenämahaletkuun, syöttöletkuun (peg), peräpuikkoina, vagitorioina ja inhalatioina, silmätippoina, nenäsuihkeina. Lisäksi annetaan injektioita ihon alle (insuliini, tromboosihoito ja kipulääkitys), injektioita lihakseen ja suoneen (kipulääkitys, rytmihäiriölääkkeet, nesteenpoistolääkkeet). Lisäksi toteutetaan vaativaa hoitoa laskimonsisäisesti infuusioliuoksilla, verensiirroilla, antibiooteilla. Osastolla annetaan myös parenteraalista ravitsemusta. Lääkkeet voidaan antaa perifeerisellä kanyylillä, laskimoportin tai keskuslaskimokatetrin kautta. (Hyvinvointipalvelut Lääkehoitosuunnitelma OKS 2013.)

Osastofarmaseutti jakaa tabletti lääkkeet potilaskohtaisiin, päiväkohtaisiin dosetteihin neljäksi päiväksi eteenpäin kaksi kertaa viikossa: maanantaina ja perjantaina punaisen tiimin lääkkeet, tiistaina ja torstaina keltaisen tiimin lääkkeet. Päivittäin osastofarmaseutti jakaa seuraavan päivän dosetteihin antibioottitabletit, Marevan-annoksen, jos annos tiedossa, annosjauhepussilääkkeet, nestemäiset lääkkeet. Muut lääkkeet esimerkiksi insuliinit, minihepariinit, lääkelastaarit, iv-antibiootit ja PKV – lääkevalmisteet sekä poikkeavan antoajankohdan lääkkeet

jakaa vuoron vastaava sairaanhoitaja. Farmaseutti tekee jaettuihin dosetteihin tarvittaessa lääkelisäykset ja poistot. Iltavuorossa tiimin vastaava sairaanhoitaja tekee tarvittaessa lääke-  
muutokset dosetteihin, tarkistaa päivittäiset potilaskohtaiset Marevanit ja päivittää lääkelistan. Lääkehoidon vaikutusten seuranta ja ohjaus korostuu potilaiden hoitotyössä. Kuntoutusosaston lääkehoitoprosessi integroituu Oulun Hyvinvointipalvelut Lääkehoitosuunnitelmaan. (Hyvinvointipalvelut Lääkehoitosuunnitelma OKS 2013.)

Lääkehoito tehtävien edellyttämän osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen ja kehittäminen kuntoutusosastolla

Työskenteleminen kuntoutusosastolla edellyttää hoitohenkilökunnalta laaja-alaista lääkehoidon osaamista ja hallintaa sekä ajantasaista tietoa (liite 2). Jokaisen lääkehoitoon osallistuvan henkilön osaaminen varmistetaan. Sairaanhoitajat, perus- ja lähihoitajat osallistuvat lääkehoidon verkkokoulutukseen viiden vuoden välein. Luvat kirjataan ESS – henkilötietojärjestelmään. Jos työntekijällä on osaamisvajetta, työntekijä käy täydennyskoulutuksen ennen lupamenettelyä. Kaikilta lääkehoitoon osallistuvilta vaaditaan todistus lääkehoidon perusosaamisen tentistä kolmen kuukauden kuluessa työsuhteen alkamisesta. Opiskelija esittää todistuksen harjoitusjaksolla suorittamistaan lääkehoidon opinnoista ja niistä suoriutumisestaan. Työnantajan edustaja arvioi opiskelijan lääkehoidon osaamisen ja siihen osallistumisen. Kuntoutusosaston lääkehoidosta vastaavat osaston palveluesimies, osastofarmaseutti sekä kolme sairaanhoitajaa. (Hyvinvointipalvelut Lääkehoitosuunnitelma OKS 2013.)

Käytännön hoitotyössä kuntoutusosastolla lääkehoidon turvallisuuteen liittyvät kysymykset ovat merkittäviä, sillä kuntoutumista edistävässä hoitotyössä lääkehoito on tärkeä osa potilaan hoitotyötä. Keskeiseksi tekijäksi voisi arvioida lääkehoidon monimutkaisuuden kuntoutusosaston kaltaisella suurella osastolla. Reimanin ja Oedewaldin (2009, 53) mukaan suuren potilasmäärän lääkehoidon toteuttamiseen liittyy riskejä ja hallitsemattomuuden tunnetta.

### 3 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN PERUSTA

#### 3.1 Potilasturvallisuus

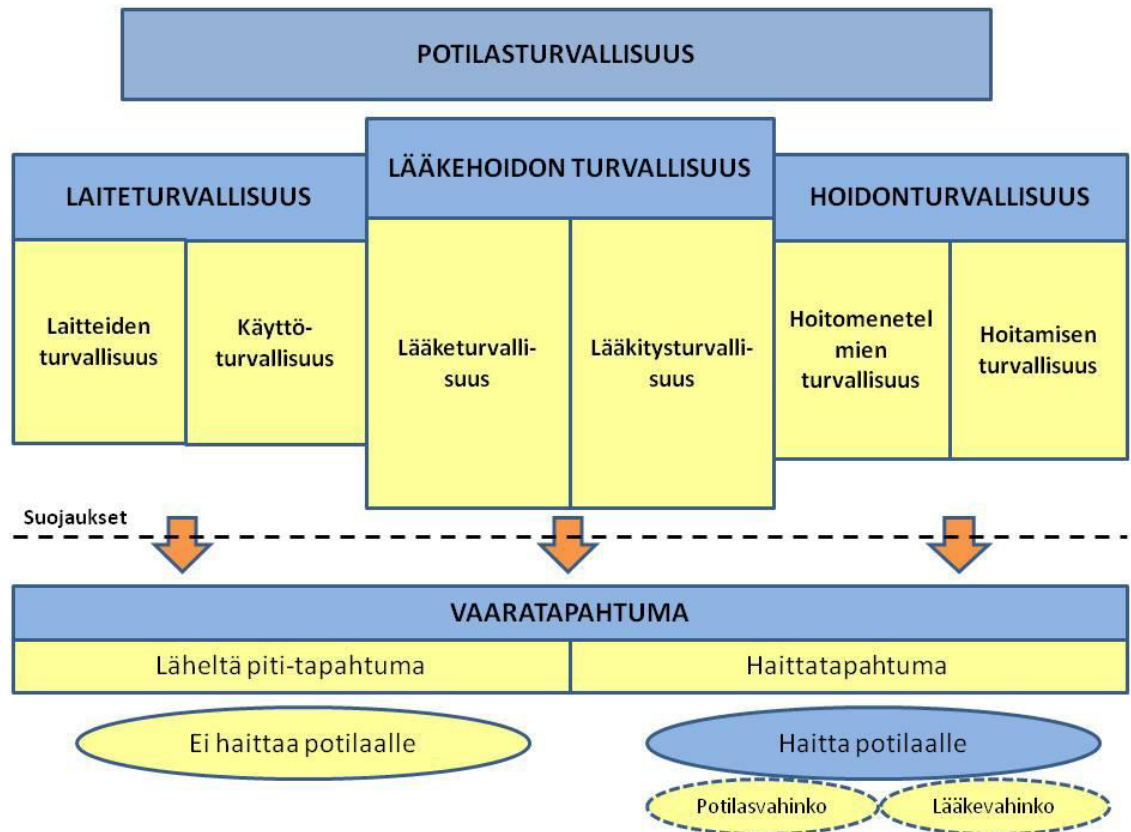
Potilasturvallisuussanastossa (2007) potilasturvallisuus määritellään seuraavasti:

*Terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta; potilaan näkökulmasta sitä, ettei hoidosta aiheudu haittaa; kattaa sekä hoidonturvallisuuden, lääkitysturvallisuuden että laiteturvallisuuden; osa hoidon laatua (Potilasturvallisuussanasto lääkehoidonturvallisuussanasto 2007, 5).*

Potilasturvallisuus muodostaa terveyden- ja sairaanhoidon laadun perustan. Terveydenhuollon näkökulmasta katsottuna potilasturvallisuus käsittää kaikki ne terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa potilaan turvallinen hoito ja suojata häntä vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta katsottuna potilasturvallisuus tarkoittaa, että hän saa tarvitsemansa, oikean hoidon, josta aiheutuu hänelle mahdollisimman vähän haittaa. (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013 2009, 3, 11, 20; Helovuori 2011a, 18.)

Potilasturvallisuuden (kuviokuva 1) tarkoituksena on suojata potilasta vahingoittumasta ja varmistaa kokonaisvaltainen hoidon turvallisuus. Se kattaa hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden ja laiteturvallisuuden. Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian 2009 - 2013 tavoitteena on parantaa ja edistää potilasturvallisuutta ja että potilas osallistuu potilasturvallisuuden edistämiseen. Tavoitteena on myös, että vaaratapahtumat raportoidaan ja niistä opitaan, jolloin potilasturvallisuutta voidaan hallita ennakoivasti. (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013 2009, 3, 11, 20; Snellman 2009, 29; Helovuori ym. 2012, 13 - 14.)





Kuvio 1. Potilasturvallisuus (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013 2009, 21)

Aaltosen ja Rosenbergin (2013) mukaan hoidon poikkeamalla tarkoitetaan mitä tahansa terveydenhuollon suunnittelemaa tapahtumaa, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Vaaratapahtumat jaetaan haittatapahtumiin ja läheltä piti tapahtumiin. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 12.)

Potilasturvallisuus on noussut merkittäväksi kehittämiskohteeksi Maailman terveysjärjestön (WHO) potilasturvallisuusohjelman myötä (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 13). Potilasturvallisuutta edistäminen on aktiivista Yhdysvalloissa, Kanadassa, Australiassa, Uudessa-Seelannissa ja Isossa-Britanniassa (Potilasturvallisuus kansainvälisesti 2014). Yhdysvaltalaisista potilasturvallisuustoimijoista merkittävin on Institute for Safe Medication Practices (ISMP), jonka toiminta keskittyy lääkehoidon turvallisuuteen (Institute for Safe Medication Practices 2014).

Suomessa potilasturvallisuuden edistäminen on edennyt merkittävästi viimeisen kymmenen vuoden aikana (Kinnunen & Peltomaa 2009b, 13). Suomalainen potilasturvallisuusstrategia sekä terveydenhuoltolaki ovat suomalaisen potilasturvallisuustyön perusta (Terveydenhuoltolaki ja potilasturvallisuus 2014). Kansallisessa hoitotyön toimintaohjelmassa (2009 - 2011) tavoitteiksi nostettiin potilasturvallisuuden edistäminen moniammatillisesti, yhtenäisten näyttöön perustuvien menetelmien kehittäminen, hyvien käytäntöjen kehittäminen sekä hoitosuosituksen käyttöönoton (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 42, 45 - 46).

Potilasturvallisuuden tärkein toimijataho on Sosiaali- ja terveysministeriö (STM), joka vastaa lainsäädännön ja uudistusten suunnittelusta, valmistelusta, ohjauksesta ja toimeenpanosta. Sosiaali- ja terveysministeriön alaisia virastoja, joilla on tehtävä potilasturvallisuudessa, ovat Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (Fimea). (Potilasturvallisuuden keskeiset toimijat 2014.) Merkittävä potilasturvallisuustoimija on myös Potilasturvallisuusyhdistys. Se on asiantuntijoiden, terveydenhuollon toimijoiden ja potilaiden edustajien muodostama potilasturvallisuutta ja sen tutkimusta edistävä yhdistys. (Suomen Potilasturvallisuusyhdistys ry 2014.)

Suomen terveydenhuollon lainsäädäntö ja säännökset tukevat potilasturvallisuutta monipuolisesti. Potilaan asemaa ja oikeuksia turvaavat laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä potilasvahinkolaki (585/1986). Nämä lait turvaavat ja selkiyttävät myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden asemaa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) takaa potilaan oikeudet hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun sekä potilaan tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeudet. (Helovuori ym. 2012, 38 - 40.)

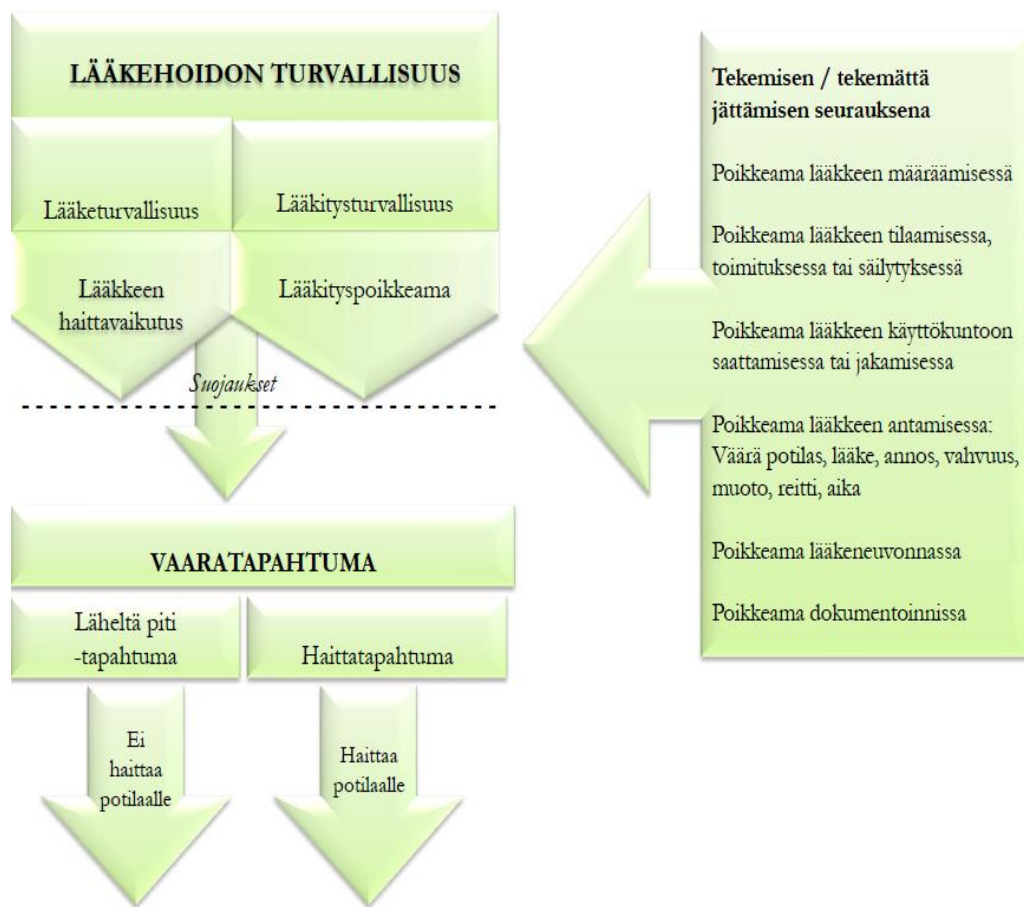
### 3.2 Lääkehoidon turvallisuus

Lääkehoito on olennainen osa hoitajan päivittäin toteuttamista hoitotoiminnoista. Terveydenhuollon toimintatapoihin ja yksilöihin liittyvät tekijät aiheuttavat kuitenkin haitta- ja vaaratapahtumia, jotka ovat merkittävä ongelma terveydenhuollossa. Poikkeamista yli puolet liittyy lääkehoitoon. (Sulosaari & Leino-Kilpi 2013, 13.)

Lainsäädäntö (liite 3) ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikön turvallista lääkehoitoa (Vallimies-Patomäki 2013, 39). Lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) 18§:n ja asetuksen (564/1994) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa. (Turvallinen lääkehoito 2006, 18 - 20.) Tämä laki velvoittaa myös työnantajan tarjoamaan työntekijälle mahdollisuuden osallistua ammatilliseen täydennyskoulutukseen. Lääkehoidon turvallinen toteuttaminen on kokonaisuus, johon kuuluvat organisaatio- ja yksikkökohtaiset lääkehoitosuunnitelmat, lääkehoidon toteuttamiseen vaadittavat määräaikaisten luvat sekä lääkehoidon turvallisuutta vaarantavien tapahtumien seuranta. (Miettinen, Saano, Taam-Ukkonen & Penttinen 2010, 1132.)

Lääkehoito on moniammatillista yhteistyötä, jota tekevät lääkäri, sairaanhoitaja, lähi- ja perushoitaja, farmaseutti sekä potilas. Lääkehoidon koulutuksen saaneet laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, kättilö kantavat useasti vastuun lääkehoidon toteuttamisesta terveydenhuollon toimintayksiköissä. (Koskinen, Puirava, Salimäki, Puirava & Ojala 2012, 31.)

Lääkehoidon turvallisuutta tarkastellaan sekä lääkkeen että lääkityksen turvallisuuden näkökulmista (kuvio 2). Lääketurvallisuus liittyy lääkevalmisteen turvallisuuteen, lääkitysturvallisuudessa on kysymys lääkkeen turvallisesta käyttämisestä. (Potilasturvallisuussanasto lääkehoidonturvallisuussanasto 2007, 7.)



Kuvio 2. Lääkehoidon turvallisuuteen liittyvä käsitteistö (mukaillen Potilasturvallisuussanasto lääkehoidonturvallisuussanasto 2007, 7)

Lääkehoidon virheet ovat mahdollisia kaikissa lääkehoidon vaiheissa, sillä terveyden- ja sairanhoidon on vaativaa ja monisyistä. Helovuon (2009) mukaan, virheiden tekeminen on luonnollinen osa ihmisen toimintaa. Hänen mukaansa hoitohenkilöstön ammatillisuuden tulee perustua ymmärrykseen inhimillisistä tekijöistä ja siihen, että ne ovat hallittavissa toimintatapoja kehittämällä. (Helovuon 2009, 99.)

Lääketurvallisuus (drug safety)

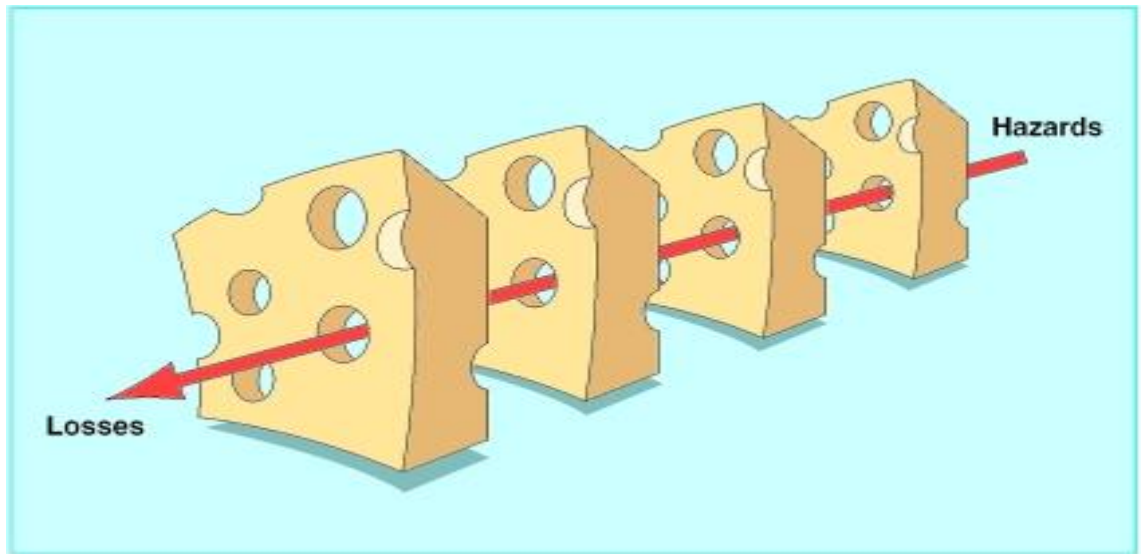
Lääketurvallisuus käsittää lääkkeeseen valmisteen liittyvän turvallisuuden, kuten lääkkeen farmakologisten ominaisuuksien ja vaikutusten tuntemisen ja arvioimisen, lääkkeen laadukkaan valmistusprosessin sekä valmisteen merkitsemisen ja valmisteen liittyvän informaation (Potilasturvallisuussanasto lääkehoidonturvallisuussanasto 2007, 8).

## Lääkitysturvallisuus (medication safety)

Lääkitysturvallisuus tarkoittaa lääkkeiden käyttöön liittyvää turvallisuutta, joka käsittää terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa lääkehoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumasta. Lääkitysturvallisuus käsittää myös lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemiseksi, välttämiseksi ja korjaamiseksi tarvittavia toimenpiteitä. (Potilasturvallisuussanasto lääkehoidon turvallisuussanasto 2007, 9.)

Lääkityspoikkeama on lääkehoitoon liittyvä tapahtuma, joka saattaa johtaa vaaratapahtumaan. Se voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä. (Potilasturvallisuussanasto lääkehoidon turvallisuussanasto 2007, 9.) Lääkityspoikkeamakäsite sisältää myös ns. läheltä piti -tilanteet, joista ei aiheudu haittaa potilaalle (Härkänen ym. 2013, 51). Yhdenmukainen käsitteistö (liite 4) mahdollistaa potilas- ja lääkitysturvallisuuteen liittyvän tiedon luokittelun (WHO 2009, 3).

Psykologi James Reason (2009) on luonut mallin, joka tarkastelee syytä poikkeamien taustalla. Kehittämänsä sveitsiläisen reikäjuustomallinavulla Reason kuvaa virheiden syntymistä (kuvio 3). Mallin mukaan virhe syntyy silloin, kun juustoviipaleen reiät osuvat kohdalleen ja viipaleiden läpi kulkee vapaa reitti. Silloin kun viipaleet asettuvat niin, että reiät eivät ole kohdallaan, reikä tukkeutuu. Tällä hän tarkoittaa, että virheitä voidaan estää muuttamalla toimintaa niin, että reiät, eli toiminnan heikot kohdat, eivät sattuisi samaan linjaan vaan juuston chyt kohta peittää ensimmäisen reiän. (Reason 2000, 769.)



Kuvio 3. Reasonin reikäjuustomalli (Reason 2000, 769)

Suurin osa sosiaali- ja terveysalan lupa ja valvontaviraston Valviran vuosina 2000 - 2004 käsittelemistä vakavista lääkityspoikkeamista tapahtui lääkäreille ja sairaanhoitajille (Linden-Lahti, Airaksinen, Pennanen & Käyhkö 2009, 3430). Suomalaisessa keskussairaalassa vuonna 2007 raportoiduista lääkepoikkeamista suurin osa oli tapahtunut aamuvuorossa (Suikkanen 2008, 23). Tutkimuksissa lääkityspoikkeamien esiintyvyys on painottunut lääkkeen antamisvaiheeseen, lääkkeiden jakamiseen tai käyttökuntoon saattamiseen. Poikkeamat lääkkeen antamisessa olivat tavallisimmin seurausta väärän lääkeannoksen tai väärän lääkkeen antamisesta, lääkkeen antamisesta väärään aikaan tai lääkkeen antamisen unohtuminen. Lähes joka kymmenes poikkeama liittyi lääkkeen antamiseen väärälle potilaalle. (Suikkanen 2008, 22; Linden-Lahti ym. 2009, 341; Valentin, Capuzzo, Guidet, Moreno, Metnitz, Bauer & Metnitz 2009, 1, 4 - 5; Erkkilä 2012, 38.) Yleisin syy oli toimintatapa, jossa henkilö oli toiminut vastoin toimintaohjeita. (Linden-Lahti ym. 2009, 3430 - 3431.)

Lääkityspoikkeamien syntyyn vaikuttivat myös hoitajien kokemattomuus, riittämätön koulutus ja perehdytys, väsymys, kiire ja työrauhan puute sekä kirjallisten ohjeiden puute (Suikkanen 2008, 45; Linden-Lahti ym. 2009, 3431). Suikkasen (2008) mukaan ulkoa muistettavat toimintaohjeet ja rutinoituneet toimintatavat voivat vaarantaa lääkehoidon turvallisuuden. Lääkehoidon toteutuksessa rutiinit voivat peittää helposti alleen vaaratapahtumille altistavia tekijöitä. (Suikkanen 2008, 48.) Koskisen ym. (2012, 31) mukaan lääkehoito on monivaiheinen, ja se lisää virheiden ja ongelmien mahdollisuutta. Lääkehoidon virheiden takana on usein työskentelytapaan liittyviä epäkohtia.

Terveydenhuollon toimintatapoja pyritään yhtenäistämään terveystaloudellisilla kehittämissuunnitelmissa, suosituksilla ja lainsäädännöllä. Sosiaali- ja terveysministeriö antoi vuonna 2005 valtakunnalliset turvallisen lääkehoidon ohjeet. Niiden tavoitteina oli yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvää vastuunjakoja ja rajata vaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteutettavissa yksiköissä. (Turvallinen lääkehoito 2006, 75; Miten potilasturvallisuutta edistetään? 2008, 11; Suikkanen 2008, 50.)

Lääkepolitiikka 2020 -asiakirjan (2011) mukaan hyvä lääkehoito muodostuu suunnitelmallisesta ja pitkäjänteisestä toiminnasta sekä moniammatillisesta yhteistyöstä ja yhteisistä toimintatavoista, joihin kaikkien ammattilaisten tulee pyrkiä. Tavoitteisiin pyritään vuoteen 2020 mennessä. (Lääkepolitiikka 2020 2011, 3.)

McBride-Henry ja Foureyr (2007) mukaan potilasturvallisuutta arvostava kulttuuri, moniammatillinen yhteistyö, kommunikointi, lääkehoidon ohjeiden saatavuus, potilaan tunnistaminen, sekä toimintatapojen yhtenäinen noudattaminen edistävät lääkehoidon turvallisuutta (McBride-Henry & Foureyr 2007, 60). Pasternacin (2006, 2456) mukaan potilasturvallisuuden parantaminen lääkehoidossa on mahdollista, kun lääkehoitoa vaarantaviin tekijöihin kiinnitetään huomiota ja niitä pyritään kehittämään jokaisessa työvaiheessa. Tulevaisuudessa korostuvat moniammatillinen yhteistyö sekä lääkitysturvallisuuden työkalujen (liite 5) ja resurssien hyödyntäminen. (Turvallisen lääkehoidon työkalupakki 2012.)

Turvallisen lääkehoidon perusta on, että potilas saa oikean lääkkeen, oikean annoksen, oikeassa muodossa, oikeaan aikaan ja oikealla, tavalla annettuna (Iivanainen & Syväoja 2010, 244). Turvallinen lääkehoito mahdollistuu työyhteisössä, jossa on avoin, keskusteleva ilmapiiri ja työntekijät kehittävät aktiivisesti omaa osaamistaan ja työtään (Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia 2009, 182).

### 3.3 Moniammatillisuus

Moniammatillisuus on monen eri alan asiantuntijan yhteistyötä hoitoalalla. Siinä huomioidaan potilas kokonaisvaltaisesti. Moniammatillisuudessa pyritään potilaslähtöisyyteen, eri ammattiryhmien välisen tiedon yhtenäistämiseen ja ammatilliseen vuorovaikutukseen. Tarkoituksena on, että eri ammattiryhmien jäsenet käyttävät omaa tietoaan yhdessä muiden kanssa, jolloin hoito on kokonaisvaltaisempaa. On merkittävää, että jokainen ymmärtää roolinsa ja tehtävänsä. (Larivaara, Lindroos & Heikkilä 2009, 284; Romppanen, Sintonen & Voimanen 2010, 2 - 3.)

Isoherrasen (2012) mukaan sosiaali- ja terveystalalla moniammatillisuus näkyy asiantuntijoiden asiakaslähtöisenä, yhteisenä toimintana, jossa osaaminen jaetaan. Keskustelun kautta pyritään muodostamaan yhteinen tavoite ja yhteisymmärrys tarvittavista toimista. Moniammatillisessa yhteistyössä korostuu potilaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien yhteen kokoaminen, avoin vuorovaikutus, kyky sopeutua uusiin tilanteisiin, päätöksentekoon osallistuminen, vastuu ja motivaatio ja verkostojen huomioiminen. Yhteistyötä tarvitaan, kun yhden ihmisen osaaminen ei riitä. (Isoherranen 2012, 38).

Lääkepolitiikka 2020 -strategia määrittää moniammatillisen yhteistyön seuraavasti: ”*Moniammatillisessa yhteistyössä eri ammattiryhmät koordinoivat toimintansa potilaan eduksi, ymmärtävät niin oman kuin muidenkin ammattiryhmien tehtävät ja vastuun potilaan hoidossa sekä ammattiryhmien välisen tiedon kulun tärkeyden.*” (Lääkepolitiikka 2020 2011, 15.)

Pärnän (2012, 50) mukaan moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa sitä, että erilaisen koulutuksen saaneiden, eri ammattinimikkeillä olevien työntekijöiden on kyettävä tekemään yhteistyötä asiakkaan parhaaksi, tuomaan oman ammattinsa erityisosaaminen yhteiseen käyttöön sekä toimimaan toisten ammattiryhmien edustajat. Moniammatillisuuden hän katsoo tarkoittavan yleisesti eri ammattiryhmien tietojen ja taitojen yhteensovittamista yhteisessä toiminnassa, jossa päätöksistä neuvotellaan ja sitoudutaan yhteistoimintaan.

Moniammatillinen yhteistyö on noussut ongelmien ratkaisumalliksi sosiaali- ja terveydenhuollossa (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 34). Terveystieteiden tehtävien lisääntyessä sen on katsottu edistävän terveydenhoidon laatua kuten potilasturvallisuutta sekä poti-



laslähtöistä, kokonaisvaltaista hoitoa ja vastaavan toiminnan tehostamista koskeviin haasteisiin. Lääkehoidossa moniammatillinen yhteistyö, jossa mukana ovat lääkäri, farmaseutti, hoitaja, mahdollisesti myös fysioterapeutti ja ravitsemusterapeutti tuo parhaan lopputuloksen (Jyrkkä 2011, 123). Avoin kommunikointi sekä hyvä tiimityö tukevat potilasturvallisen, moniammatillisen yhteistyön toteutumista (Helovuo ym. 2012, 182). Tietoisuus omasta tehtävästä moniammatillisessa työyhteisössä antaa perustan yhteistyölle (Routasalo, Arve & Lauri 2004, 207).

Moniammatillisen tiimityön lähtökohtana on aina asiakas. Kuntoutumisen edistämässä se tarkoittaa kuntoutujan mukaan ottamista päätöksen tekoon ja kuntoutuksen suunnitteluun. Vuorovaikutuksessa luodaan moniammatillisesti yhteinen tavoite, johon kuntoutusjakson aikana pyritään yhteisin keinoin. Isoherrasen (2005, 14 - 15) mukaan kaikessa moniammatillisessa toiminnassa korostuvat asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset ja verkostojen huomioiminen.

Moniammatillinen yhteistyö ei aina ole helppoa. Sitä pitää harjoitella, mitä monet asiantuntijatkaan eivät aina ymmärrä. (Larivaara ym. 2009, 284.) Moniammatillinen yhteistyö edellyttää toiminnan, ammattitaitoa, motivaatiota, yhteistyömenetelmien hallintaa sekä tietoa omasta osaamisesta (Collin, Valleala, Herranen, Paloniemi, & Pyhälä-Liljeström 2012, 31).

Terveystieteidenhuollossa moniammatillisuus toteutuu harvoin niin kuin se määritellään. Sen sijaan voitaisiin paremmin puhua eri ammattiryhmien rinnakkain työskentelystä. Ammattiryhmien rinnakkain työskentelyssä yhteistyö on koordinoitua ja informaatio jaettua, mutta eri ammattiryhmät työskentelevät itsenäisesti omina ammattiryhminään. Todellisessa moniammatillisessa yhteistyössä ammattiryhmien raja-aidat joustavat ja työtehtäviä ja vastuita jaetaan yli ammatillisten rajojen. (Collin ym. 2012, 32.)

Tässä kehittämistehtävässä moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan potilaan lääkehoitoon osallistuvien eri toimijoiden, kuten osastofarmaseutin, sairaanhoitajien, lähi- ja perushoitajien sekä terapeuttien, (fysio-, toiminta- ja puhe) yhteistyötä. Moniammatillisuutta voidaan pitää yhteisöllisenä, jaettuna asiantuntijuutena, jolloin potilaiden hoitaminen edellyttää tehtävien ja yhteistyön yhdistämistä (Collin ym. 2012, 32).

Kuntoutumista edistävään hoitotyöhön yhdistetään moniammatillisuus, sillä kuntoutukseen liittyy hoidollisia, ohjaavia, valmentavia, sopeuttavia ja opettavia toimenpiteitä (Järvikoski & Härkäpää 2011, 34). Selvitellessä kuntoutuksen eri osa-alueita, on todettu moniammatillisen kuntoutustoiminnan olevan vaikuttavaa useissa sairausryhmissä, sen on muun muassa osoitettu olevan hyödyllinen aivoverenkiertohäiriöiden tehohoidossa (Kallanranta 2003, 101).

## 4 TURVALLISTA LÄÄKEHOITOA MONIAMMATILLISESTI KUNTOUTUS- OSASTOLLA (SYKLI 1)

### 4.1 Opinnäytetyön muodostuminen projektiksi (suunnittelu)

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon lähtökohtana on työelämälähtöisyys ja työelämän kehittäminen. Opinnäytetyössä eli kehittämistehtävässä tulee esiin työelämän kehittämisen näkökulma ja merkittävää on kehittämistehtävän sekä saatujen tulosten hyödynnettävyys työelämässä. Opinnäytetyö on yhteistyöprosessi, joka antaa tietoa sekä opiskelijalle että työelämän toimijoille. Kehittämistyössä oppiminen, tutkiminen ja kehittäminen tapahtuvat opiskelijan ja työyhteisön yhteistyönä. (Vanhanen-Nuutinen 2010, 85 - 86.)

Kehittämistehtävä toteutetaan projektinmuotoisesti työyhteisön moniammatillisena yhteistyönä. Hoitotyötä edistetään käytännön tarpeista syntyvillä kehittämisprojekteilla, joilla uudistetaan työyksikköä, vahvistetaan tutkimusta sekä kehitetään uusia toimintamalleja (Silverberg 2007, 13). Projekti on joukko ihmisiä koottuna yhteen suorittamaan tiettyä tehtävää tietyssä aikataulussa tietyn tavoitteen saavuttamiseksi. Projektille on määritetty tavoite, jonka saavuttaminen edellyttää yhteistyötä. Kehittämistyön aikana jokaisella projektin jäsenellä ja hänen asiantuntijuudellaan on merkitystä kokonaisuuden kannalta. Tällöin on mahdollista tarkastella toimintaa eri näkökulmista. (Ruuska 2006, 43.)

Projektiryhmä koostuu asiantuntijoista, jotka projektissa vastaavat oman erityisalueensa tehtävistä. Ohjausryhmä koostuu henkilöistä, jotka vastaavat organisaation niistä toiminnoista, joihin projekti vaikuttaa. Ohjausryhmä valvoo projektin etenemistä. Vastuu projektista kuuluu projektipäällikölle ja ohjausryhmälle. Projektin onnistumiseen vaikuttaa johtamistaito, päätöksentekoprosessin toimivuus sekä henkilöiden kyky viestiä. (Ruuska 2006, 18 - 19.)

Projektityötä ohjaavat sosiaali- ja terveysalan ammattien eettiset säännökset, lait, arvot ja periaatteet. Itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan antamalla ihmisille mahdollisuus päättää haluaako osallistua projektiin. Osallistumiseen liittyvä suostumuksen tulee olla vapaaehtoista. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 25.)

Kokosin ohjaus- ja projektiryhmän tammi- ja helmikuun aikana 2013. Lähetin henkilökohtaiset kutsut sähköpostin välityksellä henkilöille, joita olin ajatellut jäseniksi ohjaus- ja projektiryhmään. Olin ennakkoon keskustellut asiasta esimieheni kanssa. Kaikki, joille lähetin kutsun, vastasivat osallistumiskutsuun myöntävästi.

Projektin ohjausryhmään kuuluvat opinnäytetyön ohjaavaopettaja Kajaanin ammattikorkeakoulusta, Oulun kaupunginsairaalan vs. palvelupäällikkö, kuntoutusosaston palveluesimies, osastofarmaseutti, tiimivastaava sairaanhoitaja, vertainen sekä opinnäytetyötä tekevä opiskelija eli projektipäällikkö. Ohjausryhmä tukee projektipäällikköä tehtävän suunnittelussa ja johtamisessa sekä tekee projektia koskevat suuret päätökset, kuten projektin rajausta, aikataulua ja resursseja koskevat linjaukset.

Projektiryhmään kuuluvat palveluesimies, osastofarmaseutti, viisi sairaanhoitajaa, yksi perushoitaja, yksi lähihoitajaa, yksi fysioterapeutti sekä opinnäytetyötä tekevä opiskelija eli projektipäällikkö. Projektiryhmä vastaa siitä toiminnasta, jolla kehittämistyötä viedään työyksikköön kehitettäväksi eteenpäin. Projektiryhmän tapaamiset ovat noin kerran kuukaudessa, muuten projektiryhmänjäsenet työstävät asioita omaan työhönsä ja sen kehittämiseen kuuluvina.

Kehittämistehtävän tekijänä toimin projektipäällikkönä. Projektipäällikkö vastaa projektin johtamisesta, päätöksenteosta ja siitä, että asetetut tavoitteet saavutetaan. Projektipäällikkö huolehtii yhteydenpidosta projektin ohjaus- ja projektiryhmiin. (Ruuska 2006, 21.) Projektipäällikön tehtävänä on tukea ja ohjata projektiryhmää itsenäiseen työhön. Haasteina on, miten projekti saadaan liitettyä luontevaksi osaksi työtä, miten projektiin liittyvät tehtävät saadaan hoidettua ja miten saadaan henkilöstö sitoutumaan. Onnistuessaan projekti lisää osallistujien osaamista, muokkaa asenteita ja totuttuja tapoja ja edistää uusien toimintamallien ja käytäntöjen käyttöönottoa. (Paasivaara ym. 2011, 7, 26, 30.)

Karlssonin ja Marttalan (2001, 142) mukaan projektin onnistumisen kannalta työyhteisön valmistelu projektiin on tärkeää. Projektin alussa työntekijöille kerrotaan projektin tavoitteet, joihin projektilla pyritään. Yhteisten sääntöjen selventäminen koko henkilöstölle ennaltaehkäisee ristiriitoja. Yhteistä näkemystä tarvitaan, jotta tavoitteeseen päästään (Valpola 2004, 30).

Kehittämistehtävä liittyy työelämästä nousseeseen aiheeseen. Toteutimme opinnäytetyöni vertaisen Asta Andersenin kanssa toukokuussa 2012 potilasturvallisuuskyselyn Oulun kaupunginsairaalan kaikille kuudelle vuodeosastolle. Kysely kattoi hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus ja laiteturvallisuus osiot. Kyselyn tuloksista lääkehoidon turvallisuus osiosta nousi opinnäytetyöni aihe ”*lääkehoito kohtalaisen turvallista, kehittämisen varaa siinä on*”. Kävin myös keskustelija esimieheni kanssa kehittämistehtävän aiheesta, keskustelujen tuloksena päädyimme lääkehoidon turvallisuus aiheeseen.

Kehittämistehtävässäni lääkehoito koostuu: lääkkeenanto suun kautta, nenämahaletkun tai pegin kautta, iholle, limakalvolle, hengitysteihin, silmään, nenään, korvaan, rektaalisesti, vaginotrioina sekä injektio ihon alle (s.c.).

Kehittämistehtävässäni fysio- ja toimintaterapeuttien osallisuus potilaan lääkehoitoon liittyy hyvän asennon löytämiseen ja ohjaamiseen potilaalle ja hoitajalle lääkkeiden ottamisen ja antamisen yhteydessä, etenkin jos lääkehoito toteutuu vuoteessa. Useasti on myös tilanteita, potilas haluaa saada kipulääkkeen ennen terapiaan osallistumista, tällöin terapeutit seuraavat osaamisensa mukaan potilaan saaman kipulääkkeen vaikutusta, viestivät vaikutuksista eteenpäin, jotta jatkossa osataan ajoittaa kipulääkkeen anto-ajankohta terapiaan nähden. Lääkkeen vaikutuksia seurataan aktiivisesti. Tämä kuuluu sekä potilaalle itselleen että kaikille häntä hoitaville (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 164). Puheterapeutin osallisuus potilaan lääkehoidossa liittyy potilaan nielemisen ja kommunikoinnin arviointiin.

Lähtökohdat projektin toteuttamiselle ovat kohtuullisen hyvät, sillä kuntoutusosastolla ei ole hetkeen toteutettu minkäänlaista koko henkilökuntaa osallistavaa kehittämisprojektia. Mainittava on kuitenkin, että osastolla on samanaikaisesti menossa hoitajia koskevat KanTa eReseptin käyttöönottoon liittyvät eResepti hoitajan työssä – perusteet koulutus sekä KanTa toimintamallien koulutukset ja tentit. Samanaikaisesti ovat myös käynnissä Efficca Lääkitys – Osastolääkitys 4.0 ja 4.1 koulutukset ja käyttöönotto sekä perus- ja lähihoitajien lääkehoidonosaamista varmistavat tentit ja näytöt.

Moniammatillisen hoitohenkilöstön motivoitunut asenne, kehittämistyöhön ja kehittämismyönteinen ilmapiiri luovat kuitenkin edellytykset projektin eteenpäin viemiselle. Olen yksi työyhteisön jäsenistä, joten toimintaympäristö ja toimintatavat ovat entuudestaan tuttuja, mikä säästää näihin tutustumiseen vaativaa aikaa. Kehittämistehtävässä olen tasavertainen

osallistuja, organisoija, koordinaattori, aktivoija, dokumentoija ja tiedonjakaja. Kehittämistehävän muodostumista ohjaa kirjoitussuunnitelma (liite 6).

#### 4.2 Toimintatutkimus opinnäytetyön metodologisena lähtökohtana

Tämän opinnäytetyön metodologisena lähestymistapana on toimintatutkimus. Toimintatutkimus on tutkimuksellinen lähestymistapa, jossa pyritään teorian tietoa ja käytännön kokemuksellista tietoa yhdistämällä ratkaisemaan jossakin toiminnallisessa yhteisössä ilmeneviä ongelmia ja saamaan aikaan muutosta (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 114). Toimintatutkimuksen tarkoituksena on tutkia ja kehittää toimintaa sekä lisätä tietoa muutosta kohtaan (Heikkinen 2010, 27; Metsämuuronen 2007, 222).

Kiikkalan ja Krausen (1996, 87) mukaan toimintatutkimus palvelee käytäntöä, sillä siinä pyritään ymmärtämään, kuvailemaan ja kehittämään tutkittavaa todellisuutta muuttamalla vallitsevaa tilannetta. Heikkisen (2010) mukaan toimintatutkimuksen päämääränä ei ole vain tutkiminen vaan samanaikainen toiminnan kehittäminen, jossa teoria ja käytäntö kulkevat rinnakkain. Toimintatutkimuksella on pyrkimys saada välitöntä ja käytännöllistä hyötyä. (Heikkinen 2010, 19.)

Toimintatutkimuksen juuret ovat 1930- ja 1940-luvun Yhdysvalloissa. Tuolloin esitettiin ajatus, että työntekijöiden motivaatiota voitaisiin nostaa sillä, että he osallistuisivat itseään koskeviin päätöksiin. Kanasen (2009, 15 - 16) mukaan nykyistä toimintatutkimusta voi luonnehtia demokraattiseksi, koska se ottaa kaikki mukaan, oikeudenmukaiseksi, koska se pitää ihmisiä samanarvoisina sekä elämän laatua parantavaksi, koska se tuo esille ihmisten kyvyt ja potentiaalin. Toimintatutkimus ottaa siis tavalliset ihmiset mukaan heitä koskevaan tutkimukseen ja päätöksentekoon.

Toimintatutkija osallistuu tutkimaansa toimintaan tekemällä muutokseen tähtäävän väliintulon mutta ei kuitenkaan ota muutosta ohjaavan tietäjän roolia (Heikkinen 2010, 19; Kuula 2010, 143). Toimintatutkimuksessa pyritään aloittamaan muutos ja valamaan uskoa ihmisten omiin kykyihin ja toimintamahdollisuuksiin. Voimaannuttuaan ihmiset kehittävät itse toimintaansa paremmaksi. (Heikkinen 2010, 20.)

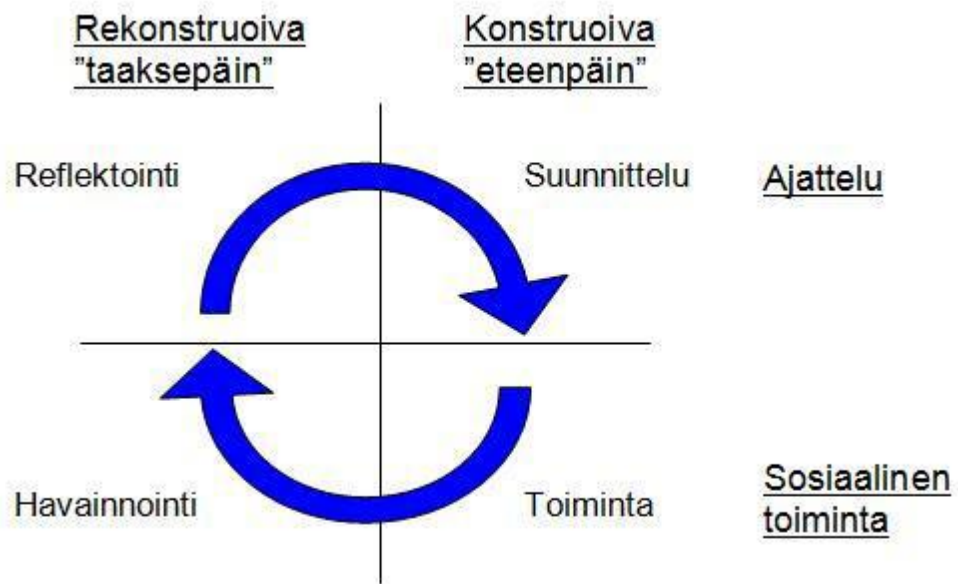
Toimintatutkimus on prosessi, jonka päämääränä on asioiden muuttaminen ja kehittäminen. Toiminnan kehittäminen on jatkuva prosessi, mikä on toimintatutkimuksessa keskeinen osa. Toimintatutkimus on käytännönläheinen, ei kuitenkaan ainoastaan arkista toimintaa, vaan se tarjoaa toimintaan lisäksi uutta ymmärrystä. (Aaltola & Syrjälä 1999, 13 - 18; Heikkinen, 2010, 16.)

Toimintatutkimuksen piirteitä:

- tutkittavat ovat aktiivisia osallistujia,
- tutkijan ja tutkittavien suhteen perustana on yhteistyö,
- toimintatutkimus suuntautuu aina käytäntöön (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2010, 80)

Anttilan (2006, 422 - 444) mukaan toimintatutkimus etenee sykleittäin. Jokainen sykli (kuviokuva 4) sisältää suunnittelu, toiminnan, arvioinnin ja reflektoinnin ja jokainen sykli perustuu edelliselle syklille. Käytännössä sykli voi alkaa mistä vaiheesta tahansa ja sen alkua voi olla vaikea paikantaa. Toistuvien syklien muodostamaa laajenevaa kierrosta kutsutaan spiraaliksi, koska lähtökohtaisesti toimintaa pyritään kehittämään toistuvilla sykleillä. Sykliä määrää ei kuitenkaan pidetä mielekkäänä toimintatutkimuksen arviointikriteerinä, koska toimintatutkimuksen idea voidaan saavuttaa jo yhdessä syklissä. Sykliä lukumäärää tärkeämpää on toimintatutkimuksen perusidean sisäistäminen ja tutkimuksellinen ote työhön. Syklissä rekonstruktioiva ja konstruktioiva vaihe vuorottelevat keskenään. Rekonstruktio on menneen toiminnan havainnointia ja arviointia. Konstruktioinnissa puolestaan rakennetaan uutta. (Heikkinen 2010, 33 - 35; Heikkinen ym. 2010, 78 - 82.)

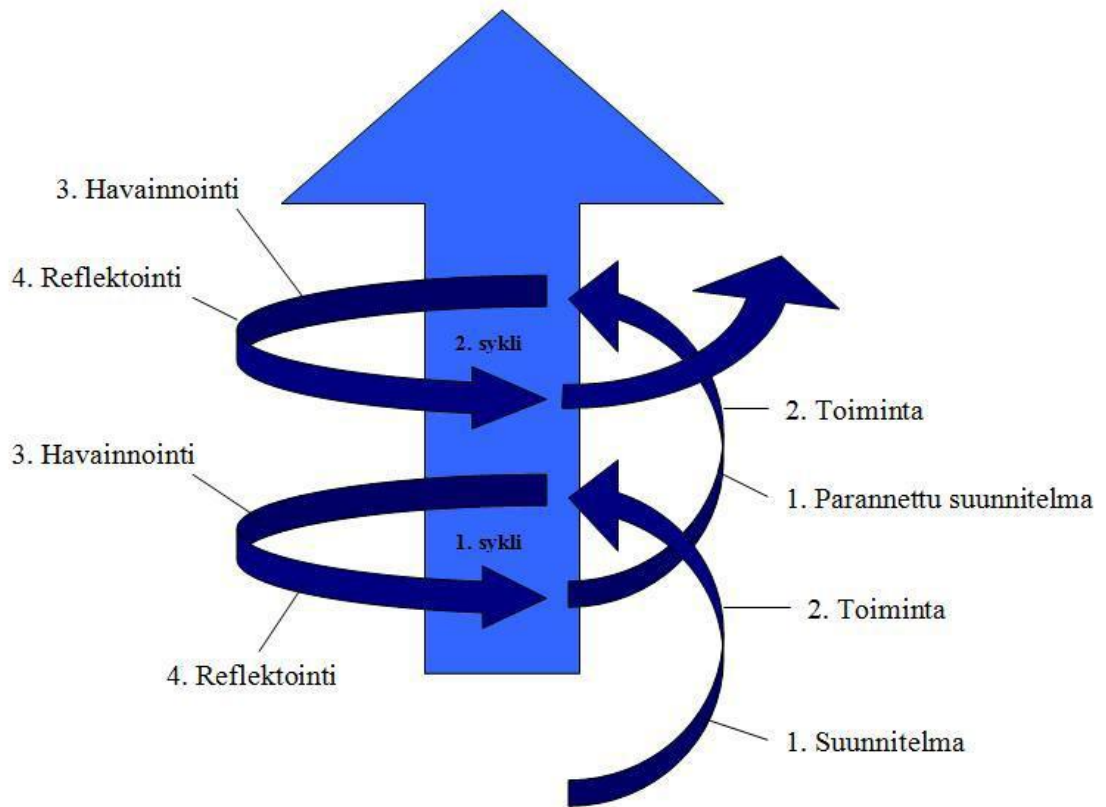
Syklin ensimmäinen vaihe suunnittelu vaatii pohdintaa ja keskustelua, koska silloin kehitellään uusi toimintatapa. Pilotoinnissa painottuu toiminta, kun uutta toimintatapaa kokeillaan käytännössä. Havainnointi ja havaintoaineiston kerääminen tapahtuu kokeilun aikana. Seuraavaksi toimintaa arvioidaan, ja arvioinnissa syntyneet ajatukset ovat pohjana uudelle kokeilulle. Syklimallin tarkoitus on jäsentää tutkimusprosessia, mutta se kuvaa vaiheet pelkistetyksi ja vaiheittaisesti. Todellisuudessa suunnittelu, toiminta, havainnointi ja arviointi lomittuvat, joten syklien rajat joustavat. (Heikkinen ym. 2010, 78 - 82.)



Kuvio 4. Toimintatutkimuksen sykli (Heikkinen ym. 2010, 79)

Monet peräkkäiset syklit muodostavat toimintatutkimuksen spiraalin (kuvio 5). Toimintatutkimus on kehä, joka johtaa uusiin kehittämisideoihin. Kurt Lewin kehitteli mallin toimintatutkimuksen kehästä. Myöhemmin monet tutkijat ovat kehittäneet sitä edelleen. Kehämalli kuvaa ymmärtämisen vähittäistä etenemistä; tutkijalle avautuu jatkuvasti uusia näkymiä ja ulottuvuuksia. (Heikkinen ym. 2010, 80.)





Kuvio 5. Toimintatutkimuksen spiraali (Heikkinen ym. 2010, 81)

Toimintatutkijat korostavat spiraalimaisuutta eli kenttätyön ja kriittisen arvioinnin vuorotte-  
 lua (Heikkinen 2010, 35; Katila & Meriläinen 2006, 138 - 146). Toimintatutkimuksen spiraal-  
 in askeleet voivat olla esimerkiksi seuraavat: suunnittelu – toiminta – havainnointi- kriittinen  
 reflektio – ja sama sykli uudelleen (Katila & Meriläinen 2006, 138). Ymmärtäminen syvenee  
 tutkijan systemaattisen analyysin tuloksena yhdessä työyhteisön jäsenten kanssa (Kemmis &  
 Robin 1988, 20).

Arvioivan ajattelun avulla toimintatutkimuksessa pyritään toiminnan ymmärtämiseen ja sen  
 jatkuvaan kehittämiseen. Toimintatutkimuksessa korostuu toimijoiden yhdessä kehittäminen.  
 Toiminnan ymmärtäminen ja kehittäminen etenee sykli kerrallaan. Tavoitteena ei ole yksis-  
 tään tutkia toimintaa, vaan kehittää ja muuttaa käytäntöjä jo kehittämistyön aikana. (Aaltola  
 & Valli 2001, 170 - 172.)

Toimintatutkimus sopii hoitotyön käytännön kehittämiseksi. Sillä on mahdollisuus vahvistaa ihmisten tietoisuutta omista kyvyistään. Se sopii kiistanalaisiin kysymyksiin, koska siinä painotetaan vuoropuhelua ja osallistumista. Sitä pidetään eettisistä haasteista huolimatta voimaannuttavana tutkimustapana. Toimintatutkimuksessa yhdistyy käytännön kokemukse-  
lisuus ja tutkittu tieto. Toimintatutkimuksessa keskitytään määritettyihin kehittämisproses-  
seihin ja sen käyttö lisääntyy hoitotyössä. (Anttila 2007, 36, 44.) Kehittämistehtävän syklit  
ovat kuvattuna liitteessä 7.

### 4.3 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksella on aina tarkoitus. Sen tarkoitus on ohjata tutkimuksessa käytettävää tai käytet-  
täviä strategioiden valintoja (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 137). Tämän opinnäytetyön  
tarkoituksena on kehittää kuntoutusosaston lääkehoidon turvallisuutta moniammatillisesti.  
Opinnäytetyön tavoitteena on kuntoutusosaston lääkehoidon turvallisuuden nykytilan kar-  
toittaminen ja lääkehoidon ongelmien ratkaiseminen. Tavoitteena on myös, että kuntoutus-  
osastolla keskustellaan avoimesti ja syylistämättä lääkehoidon turvallisuudesta ja kehitetään  
sitä aktiivisesti.

Kehittämistarpeiden kartoituksen tutkimuskysymykset ovat:

1. Mikä asia aiheuttaa haasteita/ongelmia turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa osas-  
tolla?
2. Miten tätä haastetta/ongelmaa voidaan ratkaista?

Teoreettisena lähtökohtana ovat asiasanat: potilasturvallisuus, lääkehoidonturvallisuus, mo-  
niammatillisuus.

#### 4.4 Oma asemani ja tavoitteeni kehittämistehtävässä

Toimintatutkija osallistuu tutkimaansa toimintaan tekemällä muutokseen tähtäävään väliintulon. Toimintatutkija ei ole ulkopuolinen, vaan aktiivinen vaikuttaja. Toimintatutkijan tehtävänä on rohkaista ihmisiä uskomaan omiin kykyihinsä ja mahdollisuuksiinsa kehittää toimintaa heidän omalta osaltaan. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 19.)

Kehittämistehtävä tapahtuu omassa työyksikössäni ja kehittäminen koskee työtäni. Kehittämistehtävässä toimin projektipäällikkönä, kliininen asiantuntija opiskelijana sekä aktiivisena osallistujana.

Kajaanin ylemmän ammattikorkeakoulun kompetenssien mukaan tavoitteeni on tämän kehittämistehtävän myötä kehittää ja osoittaa kykyä soveltaa omaa asiantuntijuus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatio-osaamistani käyttäen tutkimus- ja kehittämistoiminnan eri menetelmiä sekä toteuttamalla kehittämistehtävä yhdessä kuntoutusosaston moniammatillisen hoitohenkilökunnan kanssa. Koen tärkeäksi kehittää kuntoutusosaston lääkehoidon turvallisuutta potilaan että osaston parhaaksi. Projektityöskentelystä itselläni ei ole aikaisempaa kokemusta, joten joudun etsimään tietoa projektityöskentelystä kuin kehitettävästä asiasta.

#### 4.5 Kehittämistarpeiden kartoitus 6-3-5 menetelmällä, aineiston käsittely ja analyysi (toiminta)

Kehittämistehtävän toiminta lähti liikkeelle alkukartoituksesta. Alkukartoituksella selvitettiin kuntoutusosaston moniammatilliselta hoitohenkilökunnalta lääkehoidon turvallisuuden kannalta keskeiset ongelmat, jotka tarvitsevat kehittämistä työyhteisössä. Kehittämistarpeiden alkukartoitus suoritettiin 6-3-5-tekniikalla. Tämän lisäksi menetelmän avulla oli tarkoitus löytää ratkaisukeinoja ja -menetelmiä ongelmien poistamiseen.

Elorannan (1986, 16 - 18, 21) mukaan 6-3-5-tekniikka eli muistiin taltioitu pyöreänpöydänistunto tarkoittaa heräteistunnon erästä muotoa. Heräteistunnolla tarkoitetaan ryhmäideoinnin piirissä ideoita tuottavaa ryhmäprosessia, jossa ryhmään osallistuvat tuottavat toisistaan riippumattomasti kirjallisen idealistan tietyssä ajassa. 6-3-5 – ryhmässä on kuusi jäsentä, jotka tuottavat ideoita vaihtamalla kortteja sovitussa järjestyksessä. Menetelmän etuna on se, että se antaa jokaiselle ryhmän jäsenelle työrauhan ideoitiin. Tavoitteena on löytää osallistujien mielestä kuntoutusosaston käytännön lääkehoidon kehitettävät kohdat sekä löytää näihin ratkaisuehdotuksia. Menetelmä sallii mielikuvituksen käytön, ja sen avulla tulevaisuuden visioinnin.

Ennen alkukartoitusta olen kertonut suullisesti osastolla hoitohenkilökunnalle kahdessa eri tiimikokouksessa kehittämistyön tarkoituksesta, tavoitteista ja menetelmistä. Ennen varsinaista alkukartoitusta testasin kyselylomakkeen kahdella hoitotyöntekijällä, lähi- ja sairaanhoitaja. Kyselylomake oli myös ohjaavan opettajan arvioitavana. Esitestauksen ja ohjaavan opettajan arvioinnin jälkeen muutin kysymysasettelua yksiselitteisempään muotoon.

Aineiston keräsin kehittämispäivien yhteydessä (Haasteellinen vuorovaikutus) 25.10.2012 ja 6.11.2012. Olen hankkinut aineistoja siis kahtena eri kertana eri henkilöiltä. Aineiston keruumenetelmän käyttö soveltui hyvin kehittämispäivän aikana toteutettuun aineiston hankintaan, koska se oli ajallisesti helppo rajata ja toteuttaa heti kehittämispäivän alussa. Tämä mahdollisti myös sen, että aineistonkeruuhetkestä tuli selkeä ja jäsentynyt sekä molemmat aineistonkeruutilanteet olivat mahdollisimman samanlaiset. Aineiston keruussa käytin tarkoituksenmukaista otantaa. Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen mukaan (2010, 85) tarkoituksenmukainen otanta tarkoittaa, että tiedonantajiksi valitaan paljon tietoa ja kokemusta tutkitavasta asiasta omaavia työntekijöitä.

Perusjoukoksi muodostui N=36 henkilöä. Vastajaat valikoituivat työyhteisön jäsenistä, jotka olivat aineistonkeruupäivinä läsnä kehittämispäivillä 25.10. ja 6.11.2012.

1. kehittämispäivä: I ryhmä, keltainen tiimi: sairaanhoitajia, perus- ja lähihoitajia, fysio- ja toimintaterapeutteja
2. kehittämispäivä II ryhmä, punainen tiimi: sairaanhoitajia, perus- ja lähihoitajia, fysio- ja toimintaterapeutteja

Molempien kehittämispäivien osallistujat, kaikki sairaanhoitajat, perus- ja lähihoitajat, fysio- ja toimintaterapeutit, vastasivat alkukartoituskyselyyn. Esimies esitti toiveena molempien kehittämispäivien alussa, että kaikki vastaavat kyselyyn. Esimies ja osastosihteeri toimivat vastauslomakkeiden kerääjinä.

Jokainen osallistuja sai kolme paperia, joihin he kirjoittivat osastolla lääkehoidon käytännön toteuttamiseen liittyvän ongelman tai haasteen. Mietittävänä kysymyksenä istunnoissa oli, mikä asia mielestäsi aiheuttaa haasteita tai ongelmia turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa kuntoutusosastolla ja miten tätä haastetta tai ongelmaa voidaan poistaa - ratkaisukeinot ja menetelmät. Aineistonkeruutilanteet onnistuivat hyvin. Istuntojen 6-3-5 käsikirjoitusrunko ja vastauslomake ovat liitteenä 8.

Tiedonantajilla oli mahdollisuus antaa arviointia, kommenttia käytetystä menetelmästä joko yksin tai ryhmänä heti aineiston keruun jälkeen. Kaikki vastasivat ryhmänä. Ryhmät kirjoittivat palautteen jaetulle tyhjälle paperiarkille. Vastauksia tuli yhteensä seitsemän. Ensimmäisenä kehittämispäivänä oli neljä ryhmää, toisena kehittämispäivänä kolme ryhmää. Esimerkkejä kommentteista, arvioinneista:

*”Menetelmä sopi hyvin päivän alkuun”, ”Hyvä että asiaa pohdittiin moniammatillisesti”, ”Luovuus valloillaan”, ”Menetelmä oli uusi, mutta mielenkiintoinen”, ”Ongelmat tiedossa, jotta olisi toimenpiteisiin”*

Olen analysoinut 6-3-5 menetelmällä saadun aineiston aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällön analyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida laadullista aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti. Tavoitteena on saada kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa, jotta voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Latvalan ja Vanhanen-Nuutisen (2003, 23 - 24) mukaan sisällönanalyysiprosessi käsittää analyysiyksikön valinnan, aineistoon tutustumisen, aineiston pelkistämisen, aineiston luokittelun ja tulkinnan sekä luotettavuuden arvioinnin.

Sisällön analyysissa on eri lähestymistapoja käsitellä aineistoa. Tutkimusongelmat vaikuttavat menetelmiin ja analyysin valintaan. (Hirsijärvi ym. 2009, 221). Tämän aineiston analysoinnissa etenin induktiivisesta eli aineistosta käsin. Aineistoa luin useaan kertaan saadakseni käsityksen sekä esille nousseista ongelmista että niihin esitetyistä ratkaisuksista. Perusteellinen aineistoon tutustuminen on lähtökohta onnistuneelle analysoinnille (Hirsijärvi & Hurme 2008, 141).

Aineistoa tarkastellessa kiinnitetään huomiota vain siihen, mikä on teoreettisen viitekehyksen tai kysymyksenasettelun kannalta olennaista (Alasuutari 1999, 40). Kehittämiskohtia eli ongelmia tarkastellessani ajatustani ohjasi 6-3-5-lomakkeen kysymys. Mikä asia mielestäsi aiheuttaa haasteita/ongelmia turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa osastollamme? Miten tätä haastetta/ongelmaa voidaan ratkaista?

Aineiston laatu ja tutkimustehtävä ohjaavat analyysiyksikön valintaa. Yksikkönä voi olla sana, sanayhdistelmä, lause, lauseen osa, lausuma tai ajatuskokonaisuus. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4.) Analyysiyksiköksi valitsin koko vastaukseksi kirjoitetun ilmaisun, koska ilmaisut olivat joko yksittäisiä sanoja tai lyhyitä lauseita.

Aineistolähtöinen analyysi etenee aineiston pelkistämisestä eli redusoinnista, aineiston ryhmittelystä eli klusteroinnista ja abstrahoinnin eli teoreettisten käsitteiden luomisen mukaan kolmivaiheisesti. Redusoinnin aikana alkuperäisistä ilmauksista karsitaan epäolennaiset sanat.. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 11.) Klusteroinnin aikana aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Ilmaisut ryhmitellään ja ryhmät nimetään niitä kuvaavilla käsitteillä. Kolmas vaihe on abstrahointi. Abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta tärkeä tieto ja sen perusteella voidaan muodostaa teoreettisia käsitteitä. Käsitteitä yhdistelemällä pyritään saamaan kuvaus tutkimuskohteesta. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 24.) Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysin tarkoituksena oli jäsentää ja löytää lääkehoidon kehittämistarpeet kuntoutusosastolla.

Aineiston analyysin ensimmäisessä vaiheessa kirjoitin saadun aineiston vastaajien alkuperäisilmauksilla taulukkomuotoon. Taulukkoon kirjasin esitetyt ongelmat (105 kpl) allekkain ja niiden viereen ongelmiin esitetyt ratkaisuehdotukset samalle riville. Koodasin ongelmat numeroin 1 - 105. Ongelmalle esitetyt ratkaisuehdotukset koodasin ongelman mukaisin nume-

roin. Ratkaisuehdotukset (417 kpl) numeroin ongelmien mukaisesti ja merkitsin kirjaimilla A-E. Lisäksi merkitsin ratkaisuehdotukset aakkosin A-D. Jos ratkaisussa oli erotettavissa useampia kuin yksi ratkaisuehdotus, jaoin vastauksen niin moneen osaan kuin ehdotuksia nousi. Merkitsemisessä käytin silloin samaa aakkosta ja aakkosten lukumäärä riippui erotettujen vastausten lukumäärästä esimerkiksi 87A, 87AA. Ongelman ratkaisuehdotuksen puuttuessa, olen merkinnyt sen taulukkoon viivalla, esimerkiksi 87E.-. Taulukossa 1 on esimerkkejä ongelmien ja niiden ratkaisujen kirjaamisesta (liite 9).

TAULUKKO 1. Esimerkki 6-3-5-aineiston litteroinnista ja koodauksesta

KOODI JA KUVATTU ONGELMA		ONGELMAAN ESITETTY RATKAISUEHDOTUS ALKUPERÄISILMAUKSIN			
54. Lääkkeitä käsittelee liian monta ihmistä ruoanjako-tilanteissa	54A. Yksi henkilö keskittyy vain lääkkeisiin 54AA. Ei jaa /vie tarjottimia ennen kuin lääkkeet jaettu tarjottimille	54B. Lääkevastaava	55C. Yksi hoitaja keskittyy tilanteessa lääkkeenjakoon	5D. Yksi lääkevastaava	54E. Sovitusti vain yksi lääkevastaava
45. Selkeän työnjaon puuttuminen – kuka mittaa verensokeri – onko insuliini pistetty	45A. Lääkevastavaksi sovitaan yksi henkilö työvuorojen alussa	45B. Lääkevastavaksi sovitaan yksi henkilö vuoron alussa – aamu- ja iltavuoro 45BB Työnjako	45C. Lääkevastavaksi sovitaan yksi henkilö työvuorojen alussa aamu- ja iltavuoro	45D. Selkeä työnjako	45E. Selkeä työnjako 45EE. Lääkevastavaksi sovitaan yksi henkilö työvuorojen alussa aamu- ja iltavuoro

Seuraavaksi etenin sisällönanalysissä niin, että analysoin ensin ongelmat ja seuraavaksi ongelmien ratkaisukeinot, jotka yhdistin toisiinsa. Samansisältöiset ilmaisu-ryhmittelin yhteisen teeman alle merkitysten perusteella. Ongelmia kuvaavat ilmaukset olivat lyhyitä ja selkeitä, joten niitä ei tarvinnut pelkistää. Teemoiksi muodostuivat: Lääkkeen jaon ja ruoan jaon sekaavuus, lääkehoito-osaaminen, lääkehoidon vaikutusten seuranta, työnjako, kuntoutujalähtöinen lääkehoito, lääkehoidon välineet. Taulukossa 2 on esimerkkejä ongelmien ryhmittelystä (liite 9).

TAULUKKO 2. Esimerkki ongelmien ryhmittelystä

ONGELMAT ALKUPERÄISILMAUKSIN	TEEMA
34 Monta lääkkeiden jakajaa ruoajako tilanteissa 45 Selkeän työnjaon puuttuminen – kuka mittaa verensokerin – onko insuliini pistetty 52 Epäyhtenäiset käytännöt 70 Lääkekärryn ympärillä monta lääkkeiden jakajaa	Työnjako
18 Lääkkeitä jaettaessa dosetista tarjottimelle, paljon hälinää / levottomuutta 55 Ruoanjakotilanteen rauhattomuus / äänekäs – lääkkeiden jaosta vastaava hoitaja puuttuu 59 Ruoanjakotilanteen rauhattomuus – tarjottimia viedään ilman lääkkeitä - tai lääkkeet sekoittuvat	Lääkkeen jaon / ruoanjaon sekavuus

Seuraavaksi luokittelin ratkaisuehdotukset ongelmista muodostettujen teemojen mukaisesti. Taulukossa 3 on kuvattuesimerkkinä kaksi teemaa ja osa niihin kuvatuista ratkaisuehdotuksista (liite 9).

TAULUKKO 3. Esimerkki ratkaisuehdotusten liittämistä teemoihin

TEEMA	RATKAISUEHDOTUKSIA TEEMAAN, JOTKA TARVITTAESSA PELKISTETTY
Potilaskeskeinen lääkehoito	77B Kysytään nimi, tarkistetaan rannekkeesta 81B Ruokatarjottimen viejä vastaa, että potilas ottaa lääkkeet

Yhdistettyäni ratkaisuehdotukset teemoihin, ryhmittelin samansisältöiset ratkaisuehdotukset tarvittaessa yhteen ja nimesin sen jälkeen ratkaisuehdotukset ryhmää kuvaavalla ilmauksella nimeten sen kategoriaksi. Taulukossa 4 on esimerkki kategorioiden muodostumisesta moniammatillisen hoitohenkilökunnan lääkehoidon osaamisen teemaan (liite 9).



TAULUKKO 4. Esimerkki kategorioiden muodostumisesta

TEEMA	RATKAISUEHDOTUKSET TEEMAAN, JOKA TARVIT- TAESSA PELKISTETTY	KATEGORIA (ongelmaa kuvaava ratkaisuehdotus)
Moniammatillisen hoitohenki- lökunnan lääkehoito-osaaminen	1C Hoitajille lisää lääkehoidon koulutusta 6E Toimipaikkakoulutus 7B Farmaseutin osaamisen hyö- dyntäminen 9D Koulutusta ikäihmisen / mo- niongelmaisen lääkityksestä 17C Yksilöllinen huomiointi / kipulääke 15C Lisää tietoa, mitä lääkkeitä helpommin nieltävässä muodossa 15CC Tietoa mitä lääkkeitä voi jauhaa 21A Kirjataan oireita tarkasti ja viestitään eteenpäin 21CCC Terapeuttien ohjaus lääke- asioissa	Lääkehoito-osaaminen (1C, 6E, 6D, 7B, 9D, 15C, 15CC, 21CCC, 24BB, 31A, 31B, 31BB, 31C, 31D, 31DD, 35E, 40B, 40C, 52AA, 55B, 52E)  Lääkehoidon vaikuttavuuden seuranta (17C, 21A, 43A, 43D, 43E)

Ratkaisuehdotusten yhdistäminen ongelmiin oli haasteellista. Osaan ehdotuksista oli kirjattu useita keinoja. Lisäksi havaitsin, että osallistujat olivat kirjanneet useaan kohtaan samoja ratkaisukeinoja, eivätkä olleet miettineet uusia ratkaisuja ongelmiin. Osa oli kirjannut ratkaisuksi pelkän viivan. Seuraavassa olen raportoinut tulokset lääkehoidon turvallisuutta kuvaavien ongelmien eli saatujen tulosten mukaisesti.

#### 4.6 Lääkehoidon keskeiset käytännönongelmat ja niiden ratkaisuehdotukset (havainnointi)

Aineistosta nousi esille, että kuntoutusosaston keskeisimpinä turvallisen lääkehoidon ongelmana pidettiin **lääkkeiden jakoa ruokailujen yhteydessä, moniammatillisen hoitohenkilökunnan lääkehoito-osaamisen puutetta, potilaskeskeistä lääkehoitoa, lääkehoidon välineitä.**

Kuntoutusosaston moniammatillinen hoitohenkilökunta toi esiin huolensa, että **lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä** on ongelmallista. Työntekijöiden esittämät ratkaisuehdotukset lääkkeiden jakamiseen ruokailujen yhteydessä olivat työnjako, lääkkeenjako-tilanteen ja lääkkeenjako ympäristön rauhoittaminen. Työnjakoon liittyen vastauksista nousi esille, että vuoron alussa sovitaan selkeästi, mitä kukin hoitaja tekee ja huolehtii. Ratkaisuehdotuksissa lääkkeenjako-tilanteeseen liittyen vastauksista nousi esiin, että perus-, lähi- tai sairaanhoitaja jakaa lääkkeet lääkekärryltä päiväkohtaisesta dosetista ruokatarjottimille. Lääkkeenjako on aina paikalla ja hänelle annetaan työrauha. Toiset hoitajat jakavat keskenään ruoanjakotyön. Lääkehoidon turvallisuuteen liittyen vastauksista nousi esiin, että lääkkeiden vienti on hoitajien vastuulla, ei terapeuttien. Lääkkeenjako-ympäristöön liittyen vastauksista nousi esille, että sen tulee olla rauhallinen ja kiireetön. Ratkaisuehdotukseksi esitettiin television sulkemista lääkkeenjako-tilanteen rauhoittamiseksi, sekä huomioitaisiin tilanteessa hiljaisuus ja rauha.

*”Ruoanjako tilanne vailla selkeyttä/ äänekäs – lääkkeiden jakaja puuttuu”*

*”Monta lääkkeiden jakajaa lääkekärryn ympärillä ruoanjakotilanteissa”*

*”Epäselvyyksiä esim. verensokerin ottamisen insuliinin pistämisen kanssa”*

*”Lääkkeitä jaettaessa dosetista tarjottimelle, paljon hälinää, levottomuutta”*

*”... voi mennä sekaisin kenen lääkkeitä on ottamassa”*

*”...ruokatarjottimia viedään ilman lääkkeitä, tai lääkkeet sekoittuvat”*

*”Kiire – työrauhaa ei ole, joudut monta asiaa samaan aikaan vastaamaan”*

Toisena keskeisenä lääkehoidon turvallisuuteen liittyvänä ongelman aineistosta nousi esille **moniammatillisen hoitohenkilökunnan lääkehoito-osaamisen puute**. Etenkin neurologisten potilaiden lääkehoito koettiin haastavana ja turvallisen lääkehoidon edellyttävän laaja-alaista tietämystä ja osaamista lääkehoidosta.

Hoitohenkilökunnan esittämät ratkaisuehdotukset lääkehoito-osaamiseen olivat säännölliset koulutukset kaikille hoitajille, myös terapeuteille. Hoitajien lääketuntemukseen liittyvät ratkaisut liittyivät mahdollisuuteen että hoitajille annetaan aikaa perehtyä lääkkeisiin sekä lääkevuoroja farmaseutin rinnalla. Lääkehoito-osaamiseen liittyen työntekijät esittivät ratkaisuksi myös Terveysportin tietokantojen hyödyntämistä. Potilailla joilla nielemisvaikeus ongelma ratkaisuna esitettiin asiantuntijuuden enenevää jakamista. Lääkäri, farmaseutti ja sairaanhoitaja käyvät yhdessä läpi potilaan lääkelistan sekä herkästi puheterapeutin konsultaatio potilaan nielemisongelmista. Ratkaisuehdotuksissa hoitohenkilökunta ehdotti myös lääkehoidon vasteen ja vaikutuksen seurantaan kirjaamiskäytänteiden tarkentamista sekä suullisen viestinnän ja ohjauksen sekä neuvonnan tehostamista.

*”Ajan tasalla olevan koulutuksen puute, kaikki eivät pääse talon lääkehoitokoulutuksiin”*

*”Kaikki osastolla työskentelevät koulutuksiin”*

*”Lääkekoulutusta yhteisvaikutuksista ja sivuvaikutuksista”*

*”Lääkkeiden antaminen nielemisvaikeuksista kärsivälle potilaalle”*

*”Lisää tietoa, mitä lääkkeitä voi jauhaa, murskata, liittää”*

*”Kipulääkityksen ajoittaminen/ kuntoutuksen ajankohdat”*

*”Farmaseutin osaamisen hyödyntäminen”*

Kolmantena pääryhmänä aineistosta nousi lääkehoidon turvallisuuden ongelmaksi **potilas-keskeinen lääkehoito**. Hoitohenkilökunta koki ongelmallisena potilaan yksilöllisen lääkehoito huomioon, ”saako kuntoutuja todella kaikki hänelle määrättyt lääkkeet”, sekä myös tilanteet, kun potilas ottaa lääkkeitä/ruokailee vuoteessa. Lääkehoidon turvallisuuteen liittyen potilaan tunnistamisen ongelma nousi myös esiin vastauksissa, sekä myös tilanteet joissa lääkkeet jäävät ruokatarjottimelle ilman valvontaa ja toinen potilas ottaa tai voi ottaa ne.

*”Lääkkeiden antaminen kun ruokailu tapahtuu vuoteessa/ asennot”*

*”Potilas ei saa otettua lääkkeitä”*

*”Voiteita suihkeita, sumutteita, tippoja jää antamatta”*

*”Potilaat saattavat ottaa vieruskaverin lääkkeitä tarjottimelta”*

*”Uudet työntekijät eivät tunnista kuntoutujaa”*

*”Kuntoutujilta puuttuu nimirannekkeitä”*

Ratkaisuehdotukseksi potilaskeskiseen lääkehoitoon muodostui rauhallisen, kiireettömän ajan antaminen kuntoutujalle. Ratkaisuvaihtoehdoissa esitettiin myös tiedon jakamista työyhteisössä, puheterapeutin konsultaatiota, miten lääkkeet kannattaa antaa, esimerkiksi jauhetu-  
na, mahdollisuutta antaa lääkkeet eri aikaan kuin ruoka, lääkkeiden sekä riittävästi juotavaa ja syötävää lääkkeen annon yhteydessä. Ratkaisuehdotukseksi potilaskeskiseen lääkehoitoon esitettiin myös, hyvä lääkkeiden otto asento vuoteessa sekä priorisointi, kenen potilaan on erityisen tärkeä ruokailla ja ottaa lääkkeet istuen. Ratkaisuvaihtoehdoissa tuotiin esiin potilashuoneen vastuuhoitajan vastuu potilashuoneessa olevien lääke- ja nestelistojen suhteen. Lääkkeiden vientiin ja potilaan tunnistamisen ratkaisuvaihtoehdoissa esitettiin, että potilaan tunteva hoitaja vie lääkkeet. Potilaan tunnistamiseen liittyen esitettiin myös, että potilashuoneen vastuuhoitaja tarkistaa vuorossaan tunnisterannekkeet ja vaihtaa epäselvän tai puuttuvan tunnisterannekkeen. Vastausten mukaan, kun hoitajat voisivat olla pidempään potilaan luona lääkkeiden otto- ja antotilanteissa, voidaan vastata aikaisempaa paremmin turvalliseen potilaskeskiseen lääkehoitoon.

*”Lääkkeiden antovaihe potilaalle/yksilöllinen huomiointi”*

*Hyvä asento vuoteessa, hyvä päänasento”*

*”Tieto kaikille miten lääkkeet kannattaa antaa”*

*”Huoneen vastuuhoitajan oltava tarkempi”*

*”Kysytään nimi, tarkistetaan rannekkeesta”*

*”Tarjottimia ei jätetä ruokapöytään valmiiksi, vasta kun potilas paikalle”*

Alkukartoituksen tuloksista neljänneksi lääkehoidon turvallisuuden ongelmaksi nousivat **lääkehoidon välineet**. Lääketarjotinkärryt ja dosetit hoitohenkilökunta koki lääkehoidon turvallisuuden kannalta ongelmallisina. Hoitohenkilökunta esitti ongelman ratkaisemiseksi uusien lukollisten kärryjen sekä kestävämpien dosettien hankintaa. Vastauksissa esitettiin myös, että dosetit poistetaan käytöstä.

*”Lääketarjotin kärryt eivät ole asianmukaiset”*

*”Lääkedosetit huonoja, aukeilevat, lääkkeitä putoilee ja menee väärin lokeroihin”*

*”Uusi, isompi lääkkeidenjako kärry”*

#### 4.7 Lääkehoidon kehittämiskohteiden valinta (reflektointi)

Tulosten perusteella voitiin todeta, että kuntoutusosaston moniammatillinen hoitohenkilökunta koki lääkkeiden jaon ruokailujen yhteydessä, moniammatillisen hoitohenkilökunnan lääkehoito-osaamisen, potilaskeskeisen lääkehoidon ja lääkehoidon välineet keskeisimpinä uhkina lääkehoidon turvallisuudelle.

Vastauksissa oli yhteneväisyyttä muissa tutkimuksissa (Pasternack 2006; Kankkunen, Koivunen & Suominen 2007; Suikkanen 2008; Sipola-Kauppi 2009; Linden-Lahti ym. 2009; Jones 2009; Hicks & Becker 2009; Holkko 2012) saatuihin tuloksiin. Huonosti tehtäviin soveltuvat tilat, rauhaton ja hälyinen ympäristö, epäjärjestys, kiire, työn keskeytykset, työrauhan puute sekä inhimillinen virhe on koettu tutkimuksissa merkittäviksi lääkehoidon turvallisuutta vaarantaviksi tekijöiksi. Esimerkiksi tilanne, jossa hoitajan pitäisi keskittyä lääkehoitoon hälyisessä ympäristössä virheettömästi, koetaan hoitajien keskuudessa kuormittavaksi. Työntekijän liiallinen kuormittuminen on potilasturvallisuuden kannalta epäedullista, sillä keskittymistä vaativissa tehtävissä, kuten lääkehoidossa, tapahtuu tällöin helpommin sekaannuksia. Työnjaon epäselvyys on niin ikään yhteydessä lääkehoidon turvallisuuteen. (Kankkunen ym. 2007, 10; Suikkanen 2008, 47; Sipola-Kauppi 2009, 45.) Hicks ja Becker (2006, 23); Suikkanen (2008, 56) ja Linden-Lahti ym. (2009, 3432) ovat osoittaneet, että lääkehoidon turvallisuuden omalta osaltaan vaikuttaa lääkehoitoa toteuttavan hoitajan osaamisvajheet. Suikkasen (2008, 22) ja Jonesin (2009, 40) mukaan lääkehoidon turvallisuuden kannalta alttein vaihe on lääkkeiden annostelu tai jako potilaalle.

Oulun kaupunginsairaalan HaiPro - raporttien yhteenvedo 2012 (2013) mukaan haittatapahuma- ja vaaratilanneilmoituksia tehtiin vuonna 2012 toiseksi eniten lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon tai varjoaineeseen liittyen ja näistä suurin osa oli antovirheitä. Eniten ilmoituksia tehtiin tapaturmaan tai onnettomuuteen liittyen, joista valtaosa oli kaatumisia. Kuntoutusosaston tilanne HaiPro - ilmoitusten suhteen vuodelta 2012 oli yhtenevä OKS yhteenve-

don kanssa. Lääkehoitoon liittyvät ilmoitukset oli toiseksi suurin tapahtumatyyppi, joista antovirheitä eniten. (Oulun kaupunginsairaala HaiPro - raporttien yhteenveto 2012 2013.) HaiPro - ilmoitusten määrää ei voi yksinään käyttää osoittamaan lääkehoidon turvallisuuden tasoa, se kertoo aktiivisuudesta, millä vaaratapahtumia raportoidaan (Helovuori ym. 2012, 139).

Kehittämistyön tuloksista turvalliseen lääkehoitoon vaikuttavaksi tekijäksi nousi lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä. Ratkaisuehdotuksena lääkkeiden jaon ongelmiin ruokailujen yhteydessä koettiin selkeä työnjako vuoron alussa. Aamu- ja iltavuoron alussa sovitaan yksi perus-, lähi- tai sairaanhoitaja lääkehoitajaksi, joka jakaa lääkkeet lääkekärryn tarjottimelta dosetista ruokatarjottimelle ja hänelle annetaan työrauha. Lääkehoidon turvallisuutta lisäävänä tekijänä korostui työnjakoon liittyen, selkeys, rauhallisuus ja kiireettömyys. Helovuori ym. (2012, 83) mukaan jos työnjako on puutteellista ja asioista ei sovita etukäteen, syntyy helposti vääriä oletuksia, jolloin uhka- ja vaaratilanteet ovat mahdollisia. Rauhallinen työympäristö lääkkeitä jakaessa turvaa osaltaan lääkehoidon virheettömyyttä ja edistää lääkehoidon turvallisuutta.

Ympäristön tulee olla sellainen, että lääkehoidon toteuttaminen on mahdollisimman helppoa ja turvallista sekä lääkkeitä antavalle kuin potilaalle (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 83). Jaetut lääkkeet merkitään niin, ettei lääkkeiden antamisen yhteydessä ole sekaantumisen vaaraa (Turvallinen lääkehoito 2006, 58).

Yhdeksi lääkehoidon turvallisuuteen vaikuttavaksi tekijäksi nousi lääkehoito-osaamisen puute. Lääkehoidon turvallisuutta lisäävänä tekijänä korostui lääkehoito koulutuksen lisääminen, mahdollisuus osallistua lääkkeiden jakoon osastofarmaseutin rinnalla sekä tiedon jakaminen. Turvallisen lääkehoidon kulmakivi on siinä, että lääkehoitoa toteuttava henkilöstö on tietoinen lääkehoidon merkityksestä osana kokonaisuutta. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 21.)

Terveystieteiden ammattihenkilölaissa (55/1994) mukaan ammattihenkilö on velvollinen pitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa ja työnantajan tehtävä on luoda edellytykset tarvittavaan täydennyskoulutukseen osallistumiselle. Osaaminen tarkoittaa myös lääkehoitoa ohjaavan lainsäädännön tuntemista sekä lääkehoidosta annettujen ohjeiden noudattamista (Sulosaari & Leino-Kilpi 2013, 13). Vastaajat uskoivat, että koulutuksen avulla voivat vastata myös potilasainekseen, joka vaatii laaja-alaista tietotaitoa.

Kehittämistyön tuloksista lääkehoidon turvallisuuden ongelmaksi nousi potilaskeskeinen lääkehoito. Tähän sisältyivät potilaan lääkkeiden saanti ja ottaminen, potilashuoneissa olevat potilaan lääkkeet, voiteet, lääke- ja nestelistat. Lääkehoidon turvallisuuteen vaikuttavana tekijänä nousi myös potilaan tunnistaminen lääkkeen annon yhteydessä. Lääkehoidon turvallisuutta edistävänä tekijänä korostui ajan antaminen potilaalle lääkehoidon yhteydessä, potilas huoneesta vastaavan hoitajan vastuut, potilaan hyvä asento lääkkeiden annon ja ottamisen yhteydessä, potilaan tunnistaminen, puheterapeutin konsultaatio sekä työyhteisön sisäinen kommunikointi.

Hoitohenkilökunnan puutteellinen kommunikointi on uhka- ja vaaratilanne potilaan tunnistamiselle. Turvallinen lääkehoito edellyttää aina potilaan tunnistamisen. Potilaan tunnistaminen on jokaisen työntekijän vastuulla. Erityistä huomiota tulee kiinnittää potilaan tunnistamiseen siirtotilanteissa, toimenpiteissä ja lääkehoitoa toteutettaessa. (Helovuo ym. 2012, 84.) Potilaan tunnistusrannekkeen ohjeistuksen mukainen käyttö ehkäisee useita potilaan tunnistamiseen liittyviä haittatapahtumia, kuten väärä potilas, väärät lääkkeet tai verensierrot, väärät näytteet, väärät toimenpiteet tai väärät potilassierrot (Helovuo ym. 2012, 204).

Hoitotieteessä vastuu on laaja käsite. Kyky ottaa vastuuta muodostuu tiedoista, taidoista, arvoista, kokemuksista ja koulutuksesta. Vastuu on asiantuntijuusalueelle kuuluva vastuu, joka toteutuakseen edellyttää sekä tietoa potilaan terveydestä ja arvoista. Vastuu viittaa myös hyveeseen, jossa hoitajaa kehoitetaan ottamaan tehtävänsä ja velvollisuutensa vakavasti, sitoutumaan hoitotyöhön. (Savikko 2008, 47.) Filosofisessa vastuunmäärittelyssä vastuulla on kaksi välttämätöntä ehtoa. Henkilö tietää, mitä tekee, ja hänen halunsa ja aikomuksensa ovat osana tekoa. (Flew 1984, 306.)

Kehittämistyön tuloksista lääkehoidon turvalliseen vaikuttavaksi tekijäksi nousivat myös lääkehoidon välineet. Ratkaisuehdotuksena lääkehoidon välineet ongelmaan esitettiin uusien lukollisten lääkekärryjen ja kestävien dosettien hankinta. Saanon ja Taam-Ukkosen (2013, 77) mukaan lääkekärryt, joissa lukolliset lääkelaatikot, lisäävät lääkehoidon turvallisuutta.

Kehittämistyön tulokset olen kertonut hoitohenkilökunnalle suullisesti tammikuussa 2013 kahdessa eri tiimikokouksissa, punaisen- ja keltaisen tiimin kokouksessa. Tulokset vein myös osaston infohuoneessa olevaan projektikansioon.

Projektiryhmän ensimmäinen tapaaminen oli 14.2.2013. Tapaamisessa tutustuttiin kehittämisprojektiin ja projektiryhmäläisten osuuteen sen toteuttamisessa ja eteenpäin viemisessä. Projektiryhmän jäsenet jaettiin alustavasti kolmeen ryhmään ja ryhmät saivat tarkasteltavakseen: lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä, moniammatillisen hoitohenkilökunnan lääkehoito-osaaminen ja potilaskeskeinen lääkehoito, yksi teema ryhmää kohti. Projektiryhmän päätöksen mukaisesti mietittäväksi jäi lääkehoidon välineet, dosetit, lääkelasit ja lääkekärryt. Kokouksessa sovittiin projektiryhmän seuraavien kokousten ajankohdat toukokuun 2013 lopulle. Projektiryhmän seuraavaksi kokousajankohdaksi sovittiin 14.3.2013. Projektiryhmässä päätettiin, että jäädään odottamaan ohjausryhmän 22.2.2013 kokousta ja sen päätöksiä.

Ohjausryhmän ensimmäisessä kokouksessa Oulun kaupunginsairaalassa 22.2.2013 keskusteltiin 6-3-5 ryhmäteknikalla saaduista tuloksista ja kokouksessa todettiin, että kaikki alkukartoituksen tulokset nivoutuvat toisiinsa. Reflektion tuloksena päädyttiin, että kehittämiskohteeksi valitaan kaikki neljä teemaa: lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä, moniammatillisen hoitohenkilökunnan lääkehoito-osaaminen, potilaskeskeinen lääkehoito ja lääkehoidon välineet.

Ohjausryhmän ensimmäisessä kokouksessa keskusteltiin lisäksi kehittämistyön taustasta, opinnäytetyön metodologiasta ja metodista, projektin etenemisestä ja projektin ohjauksesta. Kokouksessa sovittiin ohjausryhmän seuraavaksi kokousajankohdaksi 8.8.2013.



## 5 TOIMINTAMALLIEN PILOTOINTI (SYKLI 2)

### 5.1 Lääkehoito-osaamisen kehittäminen moniammatillisesti

#### 5.1.1 Moniammatillisen hoitohenkilökunnan lääkehoito-osaaminen (suunnittelu)

Toisen syklin suunnittelemiseksi projektiryhmä kokoontui toiseen kokoukseensa 14.3.2013. Kokouksen alussa projektipäällikkö kertoi ohjausryhmän kokouksesta ja sen päätöksistä. Ensimmäisen syklin reflektion tuloksena päätimme lähteä kehittämään osaston hoitohenkilökunnan lääkehoito-osaamista, potilaskeskeistä lääkehoitoa, lääkkeiden jakoa ruokailujen yhteydessä ja lääkehoidon välineitä.

Työryhmät ja kehitettävät asiat:

Ryhmä 1: lääkehoito-osaamisen kehittäminen moniammatillisesti (osastofarmaseutti ja sairaanhoitaja)

Ryhmä 2: lääkehoidon välineet (osaston esimies)

Ryhmä 3. lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä (kolme sairaanhoitajaa)

Ryhmä 4. potilaskeskeinen lääkehoito (perushoitaja, lähihoitaja, sairaanhoitaja ja fysioterapeutti)

Projektikokouksessa 14.3.2013 päätettiin myös, että kehittämistoimintaa arvioidaan. Projektipäällikkö toteuttaa arviointikyselyn, lääkehoito-osaaminen, lääkkeiden jako ruoanjaon yhteydessä ja potilaskeskeinen lääkehoito, touko-kesäkuun vaihteessa 2013

Toimintatutkimuksessa voidaan käyttää erilaisia tiedonhakumenetelmiä (Heikkinen 2010, 37). Kysely on yksi toimintatutkimuksen aineistonkeruumenetelmistä. Kyselyn tarkoituksena on saada koottua tietyin kriteerein valitulta joukolta vastauksia samoihin kysymyksiin. Kyselykaavakkeen kannattaa olla lyhyt, yksinkertainen ja suoraviivainen. Tällöin vältetään muun muassa uhraamasta liikaa aikaa vastaamiseen. Avoimet kysymykset mahdollistavat kunkin vastaamaan kuin itse haluaa. (Anttila 2006, 260.)

Arviointikyselyn tavoitteena on saada tietoa kehittämistoimintaan mahdollisesti tarvittavien muutosten tekemiseksi ja edelleen kehittämiseksi. Kysely valitaan siksi, että jokainen vastaaja voi itsenäisesti tarkastella ja pohtia kehittämistyön toteuttamista ja toteutusta. Kysely sopii aineiston keräämiseen silloin, kun tutkitaan henkilöitä ja häntä koskevia asioita kuten mielipiteitä, asenteita tai käyttäytymistä (Vilka 2009, 28).

Arviointikysely sisältää kolme avointa kysymystä eli yksi kysymys lääkehoito-osaaminen, yksi kysymys lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä ja yksi kysymys potilaskeskeinen lääkehoito. Vastaaja saa itse päättää, mitä vastaa.

Ensimmäisen syklin reflektion tuloksena päätimme lähteä kehittämään moniammatillisen hoitohenkilökunnan lääkehoito-osaamista. Kehittämiskysymykseksi muodostui: Miten kuntoutusosaston moniammatillisen hoitohenkilökunnan lääkehoito-osaamista voidaan kehittää?

Hoitohenkilöstön lääkehoito-osaaminen on perusta lääkehoidon turvallisuudelle, sillä henkilöstö toteuttaa lähes kaikki potilaan lääkehoitoon liittyvät tehtävät. Lääkehoidon toteuttaminen turvallisesti edellyttää hoitohenkilöstöltä laadukasta lääkehoidon osaamista. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 67.) Osaaminen edellyttää teoreettisen tiedon ja käytännön työn hallintaa sekä kykyä tehdä päätöksiä erilaisissa hoitotyön ympäristöissä. Osaamista edellytetään kaikissa lääkehoidon vaiheissa potilaan lääkehoidon tarpeen tunnistamisesta lääkkeen vaikuttavuuden seurantaan ja arviointiin. (Sulosaari & Leino-Kilpi 2013, 13 - 14.)

Osaaminen on tietoa ja taitoa, jonka avulla henkilö suorittaa tehtävänsä laadukkaasti ja turvallisesti. Ammatillinen osaaminen muodostuu työssä tarvittavista tiedoista ja taidoista sekä yksilön persoonallisuudesta. Henkilöstön osaaminen on organisaation voimavara. Osaaminen on arvosidonnaista ja yhteydessä organisaation toimintakulttuuriin. Osaaminen on myös joustavuutta, epävarmuuden sietoa ja muutoshalukkuutta. (Kivinen 2008, 116, Helakorpi 2009, 1, 3.)

Yleisesti osaaminen voidaan määritellä myös tiedoiksi, taidoiksi, asenteiksi, arvoiksi, kyvyiksi ja ominaisuuksiksi, joita hoitoalan ammattilainen tarvitsee suoriutuakseen työstään itsenäisesti. Ammatillinen osaaminen on selkeästi sidoksissa tehtävään työhön ja työpaikkaan ja edellyttää teoreettista ja kokemusperäistä tietoa. Se edellyttää myös kykyä käyttää monipuolisesti ja luovasti hyväkseen hankittua tietoa ja taitoja, kykyä kehittyä ja ylläpitää ammattitaitoaan, kykyä arvioida omaa toimintaa ja osaamista, kykyä sopeutua ja työskennellä ryhmässä sekä kykyä organisoida ja kehittää työtään. (Tengvall 2010, 11.)

Lääkehoidon osaamisen merkitys potilaan hoidossa on suuri. Tutkimusten mukaan suurin osa potilasturvallisuutta vaarantavista tekijöistä liittyy lääkehoitoon. (Grandell-Niemi, Hupli, Leino-Kilpi & Puukka 2005, 685.) Osaamisvaatimukseen vaikuttaa myös se, että nykyisin hoidetaan yhä monisairaampia potilaita. Lääkehoidon osaamisessa tulee kiinnittää huomiota lääkehoidon ohjauksen ja lääkehoidon käytännön toteuttamisessa vaadittavaan osaamiseen, sillä tutkimusten mukaan näiden alueiden osaamisessa on eniten puutteita. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 13.)

Moniammatillisen hoitohenkilökunnan lääkehoito-osaaminen: kehittämistoiminnan arviointikysely 27.5. - 3.6.2013.

#### 5.1.2 Lääkehoito-osaamisen kehittäminen osastofarmaseutin koulutuksen avulla, koulutuspaikalla ja arviointikyselyn toteutus (toiminta)

Osaston hoitohenkilökunnan, perus- ja lähihoitajat, lääkehoidon osaamista kehitettiin osallistamalla osastofarmaseutin pitämään koulutukseen.

Osastofarmaseutin pitämä koulutus perus- ja lähihoitajille 27.3.2013

Yksi keino vaikuttaa organisaation turvallisuuteen on työntekijöiden osaamisen kehittäminen (Helovuori ym. 2012, 167). Koulutuksen merkitys kasvaa, sillä uutta tietoa tulee koko ajan. Koulutuksen tarkoituksena on varmistaa ammattilaisten osaamisen kehittyminen. (Heikkilä ym. 2008, 42.)

Hoitohenkilökunnan lääkehoidon osaamisen lisäämiseksi kuntoutusosaston osastofarmaseutti piti koulutusta osastolla. Koulutuksen tavoitteena oli lisätä perus- ja lähihoitajien osaamista muun muassa inhaloitavien lääkkeiden (astma) antojärjestyksestä ja mitä silmätippojen ja voiteiden annostelussa pitää ottaa huomioon. Koulutus toteutettiin perus- ja lähihoitajien kehittämisiltapäivän yhteydessä. Kehittämisiltapäivään osallistui kaksitoista osaston perus- ja lähihoitajaa. Koulutus sisälsi myös tietoa kipulääkkeistä ja rauhoittavista lääkkeistä sekä uni-  
lääkkeistä. Koulutuksessa saatiin tietoa lääkkeiden säilyvyydestä ja säilyttämisestä avaamisen jälkeen. Koulutus herätti vilkasta keskustelua käytännön lääkehoitotilanteiden aseptisesta työskentelystä, esimerkkinä silmätippojen ja voiteiden annostelu potilaalle, kuinka aseptisten työmenetelmien osaaminen lääkehoidossa on turvallisen lääkehoidon välttämättömyys.

Olin pyytänyt etukäteen, että koulutukseen osallistuneet antavat palautetta koulutuksesta kehittämisiltapäivän päätteeksi. Jokainen kirjoitti itsenäisesti tyhjälle paperiarkille palautteensa. Osa vastaajista oli kirjoittanut useita asioita koulutuksesta ja osa vastaajista yksi tai kaksi asiaa. Olin myös pyytänyt palauttamaan koulutuspalautteet joko henkilökohtaisesti osastofarmaseutille tai osaston lukolliseen palautelaatikkoon projektipäällikön nimellä varustettuna. Kehittämisiltapäivän päättyessä kaikki koulutuspalautteet oli annettu suoraan osastofarmaseutille, joka toimitti palautteet saman päivän aikana projektipäällikölle. Palautteita oli kaksitoista eli kaikki osallistujat olivat antaneet palautetta. Osaamisen kehittämiseksi tulee osaamista myös arvioida. Helsilän (2009, 150) mukaan paras arvioija on aikuinen henkilö itse.

Lääkehoito-osaaminen kehittämistoiminnan arviointikysely 27.5. - 3.6.2013. Lääkehoito-osaamisen avoin kysymys: Kerro minkälaiseksi arvioit lääkehoito-osaamisen kehittämistoiminnan osastollamme, osallistunut lääkehoidon koulutukseen helmi – toukokuu välisenä aikana?

Kyselystä projektipäällikkö informoi osaston hoitohenkilökuntaa etukäteen osastokokouksissa sekä kirjallisilla tiedotteilla tiimi kanslioiden sekä osaston info kanslian ilmoitustauluilla. Tiedotteissa kerrottiin kyselyn ajankohta, vastauslomakkeen saanti ja palautus. Lisäksi kerroin etukäteen suullisesti käytäväkeskusteluissa kyselystä ja sen tarkoituksesta sekä kyselyyn vastaamiseen ja palauttamiseen liittyvät ohjeet. Suullista saatetta käytetään usein silloin, kun aineistoa kerätään työpaikalla. Suullinen saate saa olla lyhyt, asiasisällön vapaamuotoinen esittäminen riittää. (Vilkka 2009, 65.) Kyselylomakkeet olivat saatavilla punaisen ja keltaisen tiimien kanslioiden sekä infokanslian ilmoitustaululla kirkaassa muovitaskussa, jossa oli

myös palautusohje. Pyysin palauttamaan kyselyn nimettömänä, kyselylomakkeen mukana olevassa projektipäällikölle osoitetussa kirjekuussa, osaston lukolliseen palautelaatikkoon. Suullista saatetta käytetään usein silloin, kun aineistoa kerätään työpaikalla.

Perusjoukoksi muodostui N=11 henkilöä. Vastajat valikoituivat hoitohenkilökunnanjäsenistä, jotka olivat aineistonkeruupäivinä töissä. 27.5. - 3.6.2013. Huomioitavaa on, että kesälomakausi oli meneillään.

Kyselyllä saadun aineiston analysoin induktiivisella sisällönanalyysillä. Kokosin vastaukset allekkain ja numeroin vastaukset juoksevin numeroin. Vastaukset oli ilmaistu lyhyinä ajatuksina tai lauseina. Analyysiyksiköksi päädyin valitsemaan koko vastaukseksi kirjoitetun ilmauksen.

Kyselylomakkeen lääkehoito-osaaminen kysymykseen tuli 13 alkuperäisilmausta, toiseen (lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä) 22 alkuperäisilmausta ja kolmanteen (potilaskeskeinen lääkehoito) 23 alkuperäisilmausta. Induktiivisen sisällön analyysi olen kuvannut jo ensimmäisen syklin alkukartoituksen tuloksia raportoidessa. Kyselyn sisällönanalyysi eteni samojen vaiheiden kautta. Etsin aineistosta tutkimuskysymyksen mukaiset samankaltaiset ilmaisut, joista muodostuivat teemat.

Lääkehoito-osaaminen: **koulutukseen pääsy**

Lääkkeiden jakaminen ruokailujen yhteydessä: **työnjako**

Potilaskeskeinen lääkehoito: **vastuu**

### 5.1.3 Lääkehoito-osaaminen - koulutuspalautte ja arviointikyselyn tulokset (havainnointi)

Osastofarmaseutin osastolla pitämän koulutuksen jälkeen annetuista koulutuspalautteista ilmeni, että perus- ja lähihoitajat kokivat lääkehoidon koulutuksen edistäneen ja kehittäneen lääkehoito-osaamista sekä myös lääkehoidon toimintatapoja. Palautteista nousi esiin, että lääkehoidon koulutusta tulisi olla säännöllisesti osastolla. Osastofarmaseutin osaamisen hyödyntämistä, esimerkiksi lääkkeiden tunnistamiseen farmaseutin ohjauksessa, toivottiin jatkossa. Osastokokouksen yhteyteen toivottiin myös kestoaltaan lyhyttä lääkehoidon tietoisuutta

kerran kuukaudessa, esimerkiksi inhalaatio tekniikan ohjaus, ruokintaletkun kautta annettava lääkitys. Jatkossa lääkehoidon osaamisen kehittäminen koettiin tärkeänä.

*”Kerrankin tietoa selkokielellä”*

*”Hyvää kertausta ja lääkehoito-osaamisen virkistämistä*

*”Hyödyllistä tietoa kipulääkkeiden päällekkäisistä haittavaikutuksista”*

*”Tuli hyvää tietoa lääkkeiden käsittelystä, hävittämisestä, säilytyksestä”*

*”Tällaiset koulutukset lisäävät lääkehoidon turvallista toteuttamista”*

Farmaseutin mukana olo lääkehoidossa lisää lääkehoidon turvallisuutta (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 21).

#### Lääkehoito-osaaminen – arviointikyselyn tulokset

Arviointikyselyn tuloksista ilmeni, että viisi vastaajista oli osallistunut lääkehoitokoulutukseen ja kuusi vastaajaa ei ollut osallistunut tai päässyt lääkehoidon koulutukseen helmi-/toukokuun välisenä aikana 2013. Yksi vastaajista oli osallistunut useampaan lääkehoidon koulutustilaisuuteen. Arvioinnin toteuttaminen sisälsi kokemuksen myös koulutuksen osattomuudesta. **Koulutukseen pääsyn** suhteen arvioinnituloksessa oli ristiriita, joku kokee päässeensä hyvin koulutuksiin, toinen ei lainkaan. Arviointikyselyn tuloksissa oli kuitenkin yhteneväisyyttä osastofarmaseutin pitämän koulutuksen koulutuspalautteisiin. Vastausten perusteella voitiin katsoa, että lääkehoidon koulutusta ja koulutukseen pääsyä arvostettiin, niin lääkehoito-osaamisen tiedollisena kuin lääkehoidon turvallisuuskulttuurin omaksumisen edistäjänä.

*”Farmaseutin osastolla pitämä koulutus selkeä/ hyvä”*

*”Osallistunut koulutukseen, tietotaito kasvanut”*

*”En ole päässyt koulutuksiin, halua kyllä ois”*

Hoitohenkilökunnalla on velvollisuus ylläpitää ammattitaitoaan ja osallistua täydennyskoulutuksiin (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994). Mahdollisuus säännölliseen osaamisen päivittämiseen ja syventämiseen ovat keskeisiä keinoja lääketurvallisuuden kehittämiseen. (Sulosaari & Leino-Kilpi 2013, 17.) Työnantaja järjestää koulutusta, jonka kohdentamiseen vaikuttavat työntekijöiden yksilölliset ja yksikössä yhteisesti tunnistetut koulutus-tarpeet (Celikkayalar 2008, 48).

#### 5.1.4 Lääkehoito-osaamisen edelleen kehittäminen (reflektointi)

Palautteiden perusteella osastofarmaseutin pitämällä lääkehoidon koulutuksella voitiin tulosten perusteella katsoa olevan myönteistä merkitystä moniammatillisen hoitohenkilökunnan lääkehoito-osaamisen kehittämiseen. Arviointikyselyn tulosten perusteella voitiin myös katsoa koulutukseen pääsyllä olevan positiivista vaikutusta osaamisen kehittymiseen. Toisaalta jos koulutukseen ei pääse, vaikutus voi olla negatiivista niin työssä jaksamiseen, kuin työ motivaatioon ja sitä kautta osaamiseen.

Turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi hoitajalta vaaditaan riittävän teoreettisen tiedon ja käytännön taitojen lisäksi myös kriittistä ajattelua, valmiutta ja vastuuta eettisten ratkaisujen tekemisessä sekä arviointikykyä ja havaintojen tekoa (Veräjänkorva ym. 2008a, 35).

Koulutukseen osallistuminen on avain uuden oppimiseen, mutta myös vanhan tiedon uudelleen herättämiseen. Esimiesten tulisi jatkuvasti motivoida ja resursoida hoitohenkilökuntaa kouluttautumaan. Hicks, Becker, Greene ja Jackson (2008) toteavat, että terveydenalan ammattilaisten tulee olla tietoisia potilasturvallisuuden valtakunnallisista kehityssuunnista. (Hicks, Becker, Greene & Jackson 2008, 458.)

Projektiryhmän 4.4.2013 pidetyssä kokouksessa tarkasteltiin saatuja koulutus palautteita ja keskusteltiin kehittämistyön jatkumisesta. Todettiin, että lääkehoidon osaamisen kehittäminen koulutuspalautteiden pohjalta on ollut osastolla tarpeellinen. Samantapaisia osastofarmaseutin pitämiä koulutuksia on tärkeä olla jatkossakin, kohdennettuna eri ammattiryhmille. Arviointikyselyn tulokset osaltaan vahvistivat lääkehoito koulutuksen tarpeen. Koulutusten

avulla saadaan yhdenmukaista tietoa ja toimintatapoja saadaan myös tätä kautta yhdenmukaistettua. Projektiryhmä päätti, että seuraavat farmaseutin koulutukset (terapeuteille, sairaanhoitajille) ovat syksyllä, koska nyt kevään aikana meneillään ovat lääkehoidon teoria ja tentit. Keskusteltiin myös, että jatkossa selvitetään mahdollisuutta saada kouluttaja esimerkiksi sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitoksesta.

Ohjausryhmän kokouksessa 8.8.2013 projektipäällikkö kertoi farmaseutin pitämän koulutuksen sisällöstä ja koulutuspalautteista sekä arviointikyselyn tuloksista. Ohjausryhmä keskusteli palautteista ja arviointikyselyn tuloksista. Ohjausryhmä totesi, että lääkehoidon koulutustilaisuudet ovat välineitä osaamisen ja lääkehoidon turvallisuuden kehittämisessä ja kehittämisessä. Koulutustilaisuuksia tulee jatkossakin järjestää osaston resurssien mukaan, niin että mahdollisimman monelle mahdollistuu koulutukseen pääsy.

Projektiryhmän kokouksessa 27.9.2013 tarkasteltiin ja keskusteltiin arviointikyselyn tuloksista. Todettiin, että lääkehoito-osaamisen kehittäminen on tarpeen ja kaikista ammattiryhmistä tulee päästä koulutuksiin. Projektiryhmässä mietittiin, että jatkossa koulutus tapahtumana voisi toimia tietoisuus, esimerkiksi tiimikokouksessa lääkelaastari-info.

Lääkeinformaatio strategian 2012 - 2020 (2012) yhtenä tavoitteena on, että terveydenhuollon lääkehoito-osaaminen on tasokasta ja moniammatillista. Strategia korostaa muun muassa sitä, että terveydenhuollon henkilöiden koulutuksessa painotetaan potilaskeskeisyyttä ja moniammatillisuutta. (Tiedolla järkevään lääkkeiden käyttöön 2012, 11.)



## 5.2 Lääkehoidon turvallisuuden edistäminen lääkehoidon välineillä

### 5.2.1 Lääkehoidon välineet (suunnittelu)

Ensimmäisen syklin reflektion tuloksena moniammatillisen hoitohenkilökunnan lääkehoito-osaamisen lisäksi kehittämiskohteeksi valittiin lääkehoidon välineet. Kehittämiskohteen suunnittelemiseksi kokoonnuimme projektiryhmän kanssa. Suunnitteluvaiheessa päätimme perehtyä Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan hoitosuositukseen.

Joanna Briggs Instituutin (2010) julkaiseman tutkimusnäyttöön perustuvan hoitosuosituksen (JBI-suositus) mukaan lääkkeiden jakaminen sekä antaminen tulisi toteuttaa niin lähellä potilasta kuin mahdollista, hyödyntämällä esimerkiksi liikuteltavaa lääkekärryä (Joanna Briggs Institute 2010).

Suunnitteluvaiheessa projektiryhmä päättää, että esimies perehtyy lääkekärryesitteisiin ja on yhteydessä sairaalalaluste edustajiin lääkekärryn saamiseksi osastolle koekäyttöön. Kehittämiskysymykseksi muodostui, miten lääkehoidon turvallisuutta voidaan edistää lääkehoidon välineillä?

### 5.2.2 Lääkekärry lääkehoidon välineenä pilotointi ja arviointikyselyn toteutus (toiminta)

Lääkekärryssä on tietokone, lukolliset lääkelaatikot ja tarvittavat hoitovälineet. Lääkelaatikoihin jaetaan valmiiksi hoitajan vastualueella olevien potilaiden lääkkeitä. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 77.)

Osaston esimies oli ollut yhteydessä sairaalalaluste edustajiin lääkekärryn saamiseksi koekäyttöön. Lääkekärry oli saatu ja toimitettu osastolle koekäyttöön. Kuntoutusosaston lääkehoidon turvallisuutta kehitettiin liikuteltavan lääkekärryn pilotoinnilla.

Kuntoutusosaston keltaisessa tiimissä oli lääkekärryn pilotointi ajanjaksolla 25.4. - 15.5.2013. Pilotoijina olivat osastofarmaseutti ja keltaisen tiimin sairaanhoitajat. Osastofarmaseutti täytti lääkekärryn edellispäivänä seuraavan päivä käyttöä varten ja vuorossa oleva vastuu sairaanhoitaja jakoi lääkkeitä kärrystä ruoanjoon yhteydessä. Aamu-, lounas- iltapäivälääkkeet jaettiin lääkekärrystä yhdessä pisteessä, ruonjako paikalla. Iltalääkkeet hoitaja jakoi kiertämällä lääkekärryn kanssa potilashuoneet tai jos potilas oli ruokailemassa esimerkiksi päiväsalissa, hoitaja kiersi lääkekärryn kanssa antamassa hänelle lääkkeitä.

Pilotoinnin jälkeen tein suullisen kyselyn, 16.5. – 20.5.2013, jonka tarkoituksena oli selvittää käyttäjien kokemuksia lääkekärrystä sekä arviointia lääkekärrystä lääkehoidon välineenä lääkehoidon turvallisuuden edistäjänä.

### 5.2.3 Lääkekärry lääkehoidon välineenä arviointikyselyn tulokset (havainnointi)

Kyselyn kaikki vastaukset eivät olleet yksittäisiä koekäyttäjän vastauksia, vaan asioita oli mietitty yhteistyössä käyttäjien sekä muiden hoitotyöntekijöiden kanssa. Ajatuksista oli sitten koottu yhteinen vastaus. Yksi antoi oman palautteen. Palaute vastaukset olivat suulliset, jotka projektipäällikkö kirjasi ylös.

Palautteiden mukaan vastaajat kokivat, että pilotoitavana ollut lääkekärry ei ollut sopiva osaston tila- ja toimintaympäristö huomioiden. Palautteista ilmeni, että päivän lääkkeiden mahdolluttaminen lääkekärryyn tuotti ongelmaa. Palautteissa nousi esiin, osaston lääkehoidon välineet, esimerkiksi lääkelasit, eivät sopineet yhteen kärryn kanssa. Palautteista nousi myös positiivista. Koska terävänjätteen astia oli mukana lääkekärryssä, niin injektioneulat saattoi suoraan pistämisen jälkeen laittaa teräväjäte astiaan ja kaikki lääkehoidossa tarvittava kulkivat mukana. Palautteista ilmeni myös, että tietokonetta kaivattiin kärryyn.

*”Kömpelö käytössä”*

*”Kärryä ei ole lukittava”*

*”Tilaa vievä, ei mahdu lääkehuoneeseen”*

*”Tietokone kärryyn, jos epäselvyyttä, voi heti tarkistaa lääkityksen koneelta”*

#### 5.2.4 Lääkehoidon välineet edelleen kehittäminen (reflektointi)

Vastaajien kokemukset lääkekärrystä olivat kuitenkin enemmän positiivisia kuin negatiivisia. Lääkekärryyn, lääkehoidon välineenä vastaajat kokivat lääkehoidon turvallisuutta edistävänä.

Projektiryhmän 24.5.2013 pidetyssä kokouksessa tarkasteltiin lääkekärryn pilotoinnista saatuja palautteita ja keskusteltiin kehittämistyön jatkumisesta. Todettiin, että lääkehoidon välineiden kehittäminen palautteiden pohjalta on ollut osastolla tarpeellinen. Projektiryhmän keskustelussa todettiin, että koekäyttöön hankitun /saadun lääkekärrymalli ei ollut täysin sopiva osaston käyttötarkoitukseen, vaikka lääkekärryyn oli tehty muutoksia etukäteen. Lääkekärry lääkehoidon välineenä kehittäminen jouduttiin toistaiseksi päättämään kokeiluun. Keskustelussa todettiin, että osastolla on tarvetta lääkekärrylle ja erityisesti jos osastolla tullaan myöhemmin toteuttamaan päiväkohtainen lääkkeiden jako normaalina käytäntönä. Projektiryhmässä päätettiin, että lääkekärry asiaan palataan uudemman kerran myöhempänä ajankohtana, kun lääkkeiden jako asia on selkiytynyt. Mahdollisuuksien mukaan pyritään saamaan toisen mallinen lääkekärry koekäyttöön. Projektiryhmän mukaan on huomioitava jatkossa mahdollista hankintapäätöstä tehtäessä, että osastolle tarvitaan kaksi lääkekärryä, molempiin ti-

meihin omansa. Saanon ja Taam-Ukkosen (2013, 77) mukaan lääkekärryn käyttö lisää lääkeshoidon turvallisuutta ja antaa hoitajalle lisää aikaa olla potilaan luona.

Projektiryhmä päätti, että tilataan uusia nykyisenlaisia dosetteja ja lääketarjottimia. Lääkeshoidon vaihdettavaan liimatarraan kirjoitetaan potilaan nimi, huone ja vuodepaikka selvästi ja dosetin nimitarra vaihdetaan tarvittaessa, ei sutata päälle. Sairaaloissa tulisi olla yhtenäiset tavat potilaspaiikkojen numeroinnissa. Myös potilaan sängyssä tulisi olla potilaan paikan numero. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 310.) Jos osastolla on useampi saman sukunimen omaava potilas, dosetin liimatarraan kirjoitetaan myös potilaan etunimi. Hoitovälineistön kunto tulee tarkistaa säännöllisesti ja epäkohdista ilmoittaa (Helovuori ym. 2012, 83).

Ohjausryhmän 8.8.2013 pidetyssä kokouksessa osaston palveluesimies kertoi ohjausryhmälle lääkeshoidon välineet asian kehittämistyöstä ja nykytilanteesta. Esimies totesi, että hankinnoissa on ollut uusi lääkekärry osastolle ja että yksi on ollut koekäytössä. Esimies totesi saman kuin projektikokouksessa 24.5.2013, ennen lääkekärryn hankinta päätöstä tulee lääkkeiden jakotavan varmistua.

### 5.3 Lääkeshoidon turvallisuuden edistäminen ruokailujen yhteydessä

#### 5.3.1 Lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä (suunnittelu)

Ensimmäisen syklin reflektion tuloksena päätimme lähteä kehittämään lääkehoidon osaaminen, lääkeshoidon välineet lisäksi **lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä**.

Suunnitteluvaiheessa päätettiin perehtyä projektipäällikön kirjallisuudesta keräämään tietoon käytännön lääkeshoidon turvallisuuteen liittyvistä toimintaohjeista. Tavoitteena kehittää lääkeshoidon turvallisuutta laatimalla kirjallinen toimintaohje sairaanhoitaja-, lähi- ja perushoitajan työkaluksi lääkkeiden jakoon potilaille ruoanjaon yhteydessä: lääkkeen jaon selkiyttäminen ja rauhoittaminen sekä lääkeshoidon turvallinen toteuttaminen riippumatta lääkkeiden

antajasta. Toimintaohje tukee tiedonkulkua ja edistää hyväksytyjä turvallisuuskäytäntöjä. Toimintaohjeen käyttö yhdenmukaistaa lääkehoidon käytäntöjä, sekä selkeyttää työnkulkua. Toimintaohje toimii myös tukena opiskelijoiden ja uuden henkilökunnan perehdyttämisessä. (Helovuo 2011b, 5.) Kehittämiskysymykseksi muodostui: Miten lääkkeiden jaon turvallisuutta ruoan jaon yhteydessä voidaan kehittää?

Lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä kehittämistoiminnan arviointikysely 27.5. – 3.6.2013.

### 5.3.2 Lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä, toimintaohjeen laatiminen ja sen pilotointi sekä arviointikyselyn toteutus (toiminta)

Ulkoa muistettavat toimintaohjeet ja rutinoituneet toimintalinjat ovat työympäristön tekijöitä, jotka voivat vaarantaa lääkehoidon turvallisuuden (Suikkanen 2008, 48). Tämän vuoksi lääkehoidon kehittäminen on erittäin tärkeää. Kehittämistyössä hoitajan rooli on merkittävä (Paltta & Veräjänkorva 2008, 17). Tutkimusten mukaa turvattomin vaihe lääkehoidon turvallisuuden kannalta on lääkkeiden annostelu tai jako potilaalle (Suikkanen 2008, 22; Jones 2009, 43). Lääkehoitoa kehitettäessä tulisi lääkehoidon turvallisuutta vaarantavat tekijät korjata (Veräjänkorva ym. 2008, 100).

Kuntoutusosaston lääkehoidon turvallisuutta kehitettiin laatimalla kirjallinen toimintaohje lääkkeiden jakoon ruoan jaon yhteydessä. Projektiryhmän työryhmä kolme laati kirjallisen toimintaohjeen lääkkeiden jakoon ruokailujen yhteydessä. Projektiryhmässä keskusteltiin ja mietittiin myös yhdessä järkeviä ratkaisuja toimintaohjeen sisällöstä. Ohje sisälsi käytännön toimintaohjeet lääkkeiden jakoon ruokailujen yhteydessä, kuka jakaa, miten jakaa ja kuka antaa ne potilaalle. Sisällöllisten seikkojen lisäksi toimintaohjeeseen sisällytettiin lääkkeiden kaksoistarkistus ohje, koska kaksoistarkistus on olennainen osa lääkehoidon turvallisuutta. Kaksoistarkistusohjeen ohjeen laativat sairaanhoitaja ohjausryhmästä ja toisena laatijana sairaanhoitaja projektiryhmästä.

Toimintaohjeeseen sisällytettiin myös ohjeet: lääkkeenjako arkisin, lääkkeenjako viikonloppuisin, farmaseutin päiväkohtainen lääkkeiden jako lääketarjottimelle, välivuorolaisen tehtävät (sairaanhoitaja lääkehuoneessa klo 12 - 21/21), sekä iv-antibioottien, että im - injektioiden uudet antoajankohdat. Toimintamallin kohdat lääkkeenjako arkisin ja viikonloppuisin, farmaseutin ja välivuorolaisen työnjako sisällytettiin toimintamalliin projektiryhmässä käydyn keskustelun pohjalta, lääkehoidon kokonaisvaltaisen turvallisuus näkökulman huomioimiseksi. Muita ohjeistettuja toimintakäytänteitä olivat muun muassa teräväjäte astioiden säilytys ja insuliinikynät eristys huoneessa. Toimintaohje on liitteenä 10.

Lääkkeenjaon ja ruokailutilanteen rauhoittamiseksi iv- lääkkeiden antoajat muutettiin. Aiemmin ne olivat olleet klo 24, 09 ja 16, uudet antoajat klo 01, 09 ja 17. IV-antibioottien anto sattui aiemmin juuri samaan aikaan kuin lääkkeiden jako ruoanjaon yhteydessä. Pääsääntöisesti vuorossa on yksi sairaanhoitaja. Samoin yöksi saatiin muutoksella rauhallisempi ajan kohta. Lääkehoidon turvallisuus on osa potilasturvallisuutta ja sen edistäminen terveydenhuollon laatua ja riskien hallintaa (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 313).

Kirjallinen toimintaohje, lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä, hyväksyttiin projektikokouksessa 2.5.2013 ja toimintaohjeen pilotointi 3.5.2013 - 3.9.2013 Arviointikyselyn ajankohdaksi kokouksessa tarkentui 27.5. - 3.6.2013.

Osaston hoitohenkilökunta pidettiin ajan tasalla projektiryhmän ja projektipäällikön toimesta toimintaohjeesta ja pilotoinnin aloittamisesta käytäväkeskusteluissa, kahvipöytäkeskusteluissa, kasvokkain ja raporteilla. Projektiryhmän jäsenet ja projektipäällikkö informoivat osaston hoitohenkilökuntaa myös osastokokouksissa ja tiimikokouksissa.

Projektiryhmä kolmen jäsenen liittivät toimintaohjeen molempien tiimien päiväohjelmakansioon, tiimikanslioiden ilmoitustaululle, lääkehuoneen ilmoitustaululle, infokanslian projektikansioon sekä perehdytyskansioon.

Lääkkeidenjako ruokailujen yhteydessä kehittämistoiminnan arviointikysely toteutettiin 27.5 - 3.6.2013. Arviointikyselyn tavoitteena oli saada tietoa toimintaohjeen käyttökokemuksista ruokailujen yhteydessä ja mahdollisesti tarvittavien muutosten tekemiseksi ja toimintaohjeen edelleen kehittämiseksi.

Kyselyssä yksi avoin kysymys: Kerro minkälaiseksi arvioit lääkkeiden jakamisen nykykäytännöt ruokailujen yhteydessä osastollamme?

### 5.3.3 Lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä arviointikyselyn tulokset (havainnointi)

Vastaajat kokivat pilotoinnin alkamisen jälkeen lääkkeiden jaossa ruokailujen yhteydessä tapahtuneen muutosta käytännön rauhoittumisena, selkeytenä, sujuvuutena, hyvänä ja toimivana. Kirjallisen toimintaohjeen katsottiin selkiyttäneen toimintaa ja tuoneen varmuutta siihen, että potilaat saivat lääkkeensä. Lisäksi muutoksen koettiin mahdollistavan ajoittain hoitajan vapautumisen kokonaan ruoanjaosta esimerkiksi oman potilaan luo. Vastauksista kävi ilmi myös se, että lääkkeen jako toimii, jos lääkevastaavalle ei tule muuta menoa.

*”Tilanteet rauhoittuneet ja järkevöityneet”*

*Toimiva, kun yksi hoitaja vastaa lääkehoidosta”*

*”Virheiden määrä vähäisempi”*

*”Lääkkeet jaetaan valmiiksi tarjottimelle, vapautuu muihin töihin”*

Vastauksista nousi myös esiin, ette työnjako aina toiminut. Tuloksista ilmeni, että välillä oli monta lääkkeiden jakaa sekä tilanteita, että potilaat joutuivat odottamaan jo valmiiksi jaettuja ruokatarjottimia ja lääkkeitä.

*”Edelleen monta lääkkeiden kimpussa”*

*”Ei ole ruokatarjottimien kantajia”*

*”Ei toimi joustavasti, ajoittain epäselvyyttä”*

Arviointikyselyn tulosten mukaan toimintaohjeen toteutumisessa tiimien välillä oli eroa. Toisessa tiimissä toiminta oli ollut joustavaa, toisessa puolestaan ajoittain toiminnan epäselvyyttä. Arviointikyselyn tulosten perusteella toimintaohjeen edelleen kehittäminen liittyy **työnjakoon**. Turvallisen lääkehoidon kehittämisen kannalta on oleellista, että hoitohenkilökunta kehittää osaltaan turvallisia toimintatapoja (Saano & Taam Ukkonen 2013, 313).

#### 5.3.4 Toimintaohjeen edelleen kehittäminen (reflektointi)

Toimintaohjeen pilotoinnilla voidaan arviointitulosten perusteella katsoa olleen myönteistä merkitystä lääkkeiden jako tilanteeseen ruokailujen yhteydessä sekä lääkehoidon turvallisuuden Tuloksista kävi ilmi, että lääkkeiden jako tilanne oli rauhoittunut ja selkiytynyt. Arviointi kyselyn perusteella kehittäminen jatkossa tulisi kohdistua työnjakoon. Myös ohjausryhmän kokouksessa elokuussa 2013 tarkasteltiin saatuja arviointituloksia. Todettiin lääkehoidon turvallisuuden kehittyneen positiivisesti, kuitenkin tulosten valossa on vielä syytä edelleen kehittää toimintaohjeen suullista informointia työnjaosta. Työvuorojen alussa vastaavaohittaja kertoo toimintaohjetta sekä kertoo myös alkavan vuoron työnjaon selkeästi ääneen. Kertaus ja ohje tarkentavat niin uusien työntekijöiden kuin jo pitempään työssä olleiden toimintaa lääkkeiden jaossa ruokailujen yhteydessä.

Turvallisen lääkehoidon toteuttamiselle oleellista on, että työyksikössä on lääkehoidon toimintaohjeet, jotka ovat selkeät ja ajantasaiset (Helovuori ym. 2012. 63).

### 5.4 Vastuuhoitaja potilaan turvallisen lääkehoidon varmistajana

#### 5.4.1 Potilaskeskeinen lääkehoito (suunnittelu)

Ensimmäisen syklin reflektion tuloksena päätimme lähteä kehittämään lääkehoito-osaaminen, lääkehoidon välineet, lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä lisäksi **potilaskeskeistä lääkehoitoa**.

Kehittämiskohteen suunnittelemiseksi kokoonnuimme projektiryhmän kanssa. Tavoitteena kehittää potilaskohtaista lääkehoitoa laatimalla kirjallinen toimintaohje potilashuoneesta vastaavan hoitajan (perus-, lähihoitaja, sairaanhoitaja) työkaluksi potilaskeskeiseen lääkehoitoon. Toimintaohjeen laatimisen tavoitteena on potilaskeskeisen käytännön lääkehoidon turvallinen menetelmällinen toteuttaminen riippumatta toteuttajasta. Suunnittelua ohjaa myös alkukartoituksessa esiin noussut ongelma, ”*saako kuntoutuja todella kaikki hänelle määrättyt lääkkeet*”. Kehittämiskysymykseksi muodostui: Miten potilaskeskeistä lääkehoitoa voidaan kehittää?



Suhosen ja Leino-Kilven (2010, 12) mukaan potilaan yksilöllisyys ja hoidon yksilöllistäminen ovat potilaskeskeisen hoitotyön lähtökohtia. Perälän ja Hentisen (1986, 83) mukaan potilaskeskeisessä hoitotyössä hoitajat katsovat hoitotyötä potilaan näkökulmasta. Hoitaja tuntiessa potilaansa, niin potilaskeskeinen hoitotyö toimii. Potilaan läheiset ovat myös osa potilaskeskeistä hoitotyötä. (Murphy 2011, 35.)

Potilaskeskeisessä hoitotyössä hoitaja ja potilas ovat vastuullisina ja tasavertaisina yhteistyökumppaneina. Vastuullisuudella tarkoitetaan sitä, että omahoitaja huolehtii potilaansa terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä. Vastuuhoitaja -käsite kuvaa mallia hoitajan näkökulmasta. Omahoitaja käsite on muodostettu hoidon saajasta, potilaasta käsin. (Sillanpää 2008, 31.) Omahoitaja on käsitteenä potilaskeskeinen, sillä silloin potilaalla on oma hoitaja (Munnukka & Kiikkala 1995, 111). Hoitajille potilaskeskeinen toimintatapa on haastavan mutta mielenkiintoisen työtapana, tarjoten samalla mahdollisuuden asiantuntemuksen hyödyntämiseen (Murphy 2011, 37).

#### 5.4.2 Potilaskeskeisen lääkehoidon toimintaohjeen laatiminen ja sen pilotointi sekä arviointikyselyn toteutus (toiminta)

Käytännön sairaalatyössä vastuukysymykset sekä työnjaon selkeys ovat tekijöitä, jotka vaikuttavat lääkehoidon turvallisuuteen (Härkänen 2011, 70). Vastuullisuus määritellään sekä ominaisuuksien, joka yksilöllä on, että jostakin asiasta tai henkilöstä vastuussa olemiseksi. Vastuu puolestaan määritellään velvollisuudeksi huolehtia jostakin asiasta, toiminnasta tai henkilöstä. (Fry 1997, 231.)

Potilaskeskeistä lääkehoitoa kehitettiin laatimalla kirjallinen toimintaohje potilaskeskeiseen lääkehoitoon. Projektiryhmän työryhmä neljä laati kirjallisen toimintaohjeen potilaskeskeiseen lääkehoitoon. Projektiryhmässä keskusteltiin ja mietittiin myös yhdessä järkeviä ratkaisuja toimintaohjeen sisällöstä. Ohjeeseen sisällytettiin käytännön toimintatapoja potilaskeskeisen lääkehoidon turvallisuuden kehittämiseksi. Toimintaohjeeseen sisällytettiin muun muassa, miten toimia silmätippojen kanssa, joiden säilytys jääkaapissa, päivämäärän merkitsemisestä avattuun lääkepakkaukseen, toiminta eristyshuonepotilaan lääkehoidon kanssa sekä ohje potilaiden tunnisterannekkeiden tarkistamiseksi.

Laadittiin uudet nestelistat, joissa näkyivät annoskoot. Nestelistojen väri muutettiin vihreäksi, nestelista sijoitettiin muovitaskussa potilaspöydälle. Lääkelistat, joihin merkitään silmätipat ja voiteet sekä astmasuihkeet muutettiin punaisiksi ja hankittiin muovitaskut lääkelistoille potilashuoneen potilaskaappien oviin. Huoneen vastuu hoitaja vastaa silmä- ja astmalääkkeiden antamisesta sekä annon merkitsemisestä listaan, samoin nestelistojen ajan tasalla pitämisestä. Silmätippojen sekä suihkeiden potilashuoneissa säilytystä varten hankittiin pikkukorit. Toimintaohjeeseen sisällytettiin vielä menettelytapaohje, jos potilaalla hankaluuksia nielaista lääkkeitä. Toimintaohjeeseen sisällytettiin myös potilaan tunnistamisen ohje potilasturvallisuuskäytännön huomioimiseksi. Toimintaohje on liitteenä 11.

Kaikilla potilailla tulee olla tunnisteranneke. Lääkkeitä ei saa jättää potilaan pöydälle tai ruokatarjottimelle, vaan on huolehdittava, että potilas saa otettua lääkkeensä itse. Tarvittaessa hoitajan tulee avustaa potilasta lääkkeen otossa. Potilas ei jostain syystä pysty nauttimaan lääkettä niellen, asiasta tulee keskustella lääkärin kanssa. Lääkkeen antotavan valintaan vaikuttaa muun muassa lääkeaineet ja potilaasta riippuvat tekijät ja toteuttamisympäristö. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 193, 296.)

Kirjallinen toimintaohje, potilaskeskeinen lääkehoito, hyväksyttiin projektikokouksessa 2.5.1012. Potilaskeskeisen lääkehoidon toimintaohjeen pilotointi 3.5. – 3.9.2013.

Osaston hoitohenkilökunta pidettiin ajan tasalla projektiryhmän ja projektipäällikön toimesta toimintaohjeesta ja pilotoinnin aloittamisesta käytäväkeskusteluissa, kahvipöytäkeskusteluissa, kasvokkain ja raporteilla. Projektiryhmän jäsenet ja projektipäällikkö informoivat osaston henkilökuntaa myös osastokokouksissa ja tiimikokouksissa.

Potilasturvallisuuskulttuuri muodostuu toimintatavoista, jotka edistävät potilaiden turvallista hoitoa sekä näiden toimintatapojen sisäistämisestä ja toteuttamisesta, toimintatapoja tukevista arvoista, asenteista sekä johtamisesta. Se sisältää myös toiminnan kehittämisen riskejä ennakoivasti ja niitä vähentäen eli riskien hallinnan. (Suomalainen potilasturvallisuus strategia 2009 - 2013 2009, 11.) Hoitohenkilöstön tulee sitoutua lääkehoidon turvallisuutta edistäviin toimintaohjeisiin ja viedä ne käytäntöön. Myös johdon tulee sitoutua edistämään turvallista lääkehoitoa. (Zenuni 2011, 9.)

Potilaskeskeisen lääkehoidon kehittämistoiminnan arviointikysely toteutettiin 27.5 - 3.6.2013. Arviointikyselyn tavoitteena oli saada tietoa toimintaohjeen käyttökokemuksista, lääke- ja nestelistojen uusista käytännöistä ja saako potilas toimintaohjeen myötä kaikki hänelle määrättyt lääkkeet sekä mahdollisesti tarvittavien muutosten tekemiseksi ja toimintaohjeen edelleen kehittämiseksi.

Arviointikysely avoin kysymys: Minkälaiseksi arvioit käytännön lääkehoidon nykykäytännöt osastolle – lääkelista/nestelista käytäntö potilashuoneissa?

#### 5.4.3 Potilaskeskeisen lääkehoidon arviointikyselyn tulokset (havainnointi)

Vastauksista nousi esiin että lääke- ja nestelista nykykäytäntö on hyvä ja sujuva käytäntö, ”*kun värilliset listat, huomioi ne paremmin*”. Potilaskeskeisen lääkehoidon kehittämisessä myös listojen värillä ja lääkelistan sijoittamisella koettiin olevan vaikutusta. ”*Värit ovat hyvät, erottuvat*”. Vastaajat kokivat hyvänä myös lääkelistan sijoittamisen potilashuoneessa potilaan kaappin ovesa olevaan muovitaskuun ”*eivät huku muihin tavaroihin*”. Vastauksista nousi esiin, että potilaskeskeisen lääkehoidon kehittämisessä koettiin tarvetta kiinnittää huomiota siihen että lääke- ja nestelistat ovat värikkäitä myös jatkossa.

*”Toimii melko hyvin”*

*”Värit ainakin muistuttaa”*

Vastauksista kävi ilmi se, että potilashuoneen potilaskaappien ovissa oleviin muovitaskuihin oli hankala laittaa listoja. Samoin vastauksista nousi esiin, että potilaspöydällä oleva nestelista jäivät usein laittamatta muovitaskuun.

*”Taskut abtaita”*

Vastauksista nousi esiin myös, ettei **vastuu** aina toteudu. Lääkelistojen rastit jäävät merkittämättä, suihkeet, tipat antamatta. Vastauksista kävi ilmi, että ”*tahtoo unohtua katsoa seinältä kenelle mitäkään menee*”.

*”Suihkeet, tipat antamatta”*

*”Rastien merkitseminen listoihin unohtuu”*

Arviointikyselyn perusteella toimintaohjeen edelleen kehittäminen liittyy vastuu kysymykseen. Vastuullisuus määritellään sekä ominaisuuksien, joka yksilöllä on, että jostakin asiasta tai henkilöstä vastuussa olemiseksi. Vastuu puolestaan määritellään velvollisuudeksi huolehtia jostakin asiasta, toiminnasta tai henkilöstä. (Fry 1997, 231.)

*”Jokainen huolehtii vuorossaan omien kuntoutujiensa lääkelistat / nestelistat”*

*”Vie aikaa oppia sisäistämään vastuut”*

Tarkistuslistalla pyritään varmistamaan potilasturvallisuuden pysyvyys ja luomaan ilmapiiri, joka arvostaa turvallisuuden saavuttamista. Tarkistuslistan avulla tähdätään pysyviin ajatus- ja toimintamallimuutoksiin, ja siihen kuluu aikaa. Käytäntö on osoittanut, että harjoituksen avulla esteet voitetaan (Ikonen & Pauniahho 2010, 109.)

#### 5.4.4 Potilaskeskeinen lääkehoito (reflektointi)

Toimintaohjeen pilotoinnilla voidaan arviointitulosten perusteella katsoa olleen myönteistä merkitystä potilaskeskeisen lääkehoidon turvallisuuteen. Tuloksista kävi ilmi, että etenkin lääke- nestelista käytäntö oli selkiytynyt. Arviointi kyselyn perusteella kehittäminen jatkossa tulisi kohdistua vastuu kysymykseen. Myös ohjausryhmän kokouksessa elokuussa 2013 tarkasteltiin saatuja arviointikyselyn tuloksia. Ohjausryhmässä todettiin lääkehoidon turvallisuuden potilaskeskeisen lääkehoidon osalta kehittyneen, kuitenkin tulosten valossa on vielä syytä edelleen kehittää ja varmentaa potilaskeskeisen lääkehoidon vastuullista toteuttamista, niin että potilas saa kaikki hänelle määrätyt lääkkeet. Esimerkiksi osastokokouksessa ja tiimikokouksessa käydään läpi potilaskeskeisen lääkehoidon toimintaohjetta. Kertaus ja ohje tarkentavat niin uusien työntekijöiden, kuin jo pitempään työssä olleiden toimintaa vastuut kysymyksissä, näin menetellen kehitetään potilaskeskeistä turvallista lääkehoidon toteuttamista ja toteutumista.

## 5.5 Kehittämistoiminnan kokonaisuuden arviointi

### 5.5.1 Arviointi (suunnittelu)

Toimintatapoja kehitettäessä on erittäin tärkeää, että hoitotyön ammattilaiset tulevat kuulluksi. Näin he pystyvät vastaan ottamaan uusia ajatuksia ja näkemään mahdollisuuksia hoitotyön toimintatavoissa. Myös myönteisyys työtä kohtaan kasvavaa, kun saa osallistua ja vaikuttaa asioihin. (Kettunen & Kivinen 2012, 41.)

Projektiryhmä kokouksen 24.5.2013 päätöksen mukaisesti syksyn 2013 ensimmäisissä tiimikokouksissa 13.9. ja 20.9.2013 toteutetaan kehittämistoimintaa arvioiva kysely projektipäällikön toimesta. Ohjausryhmän kokouksessa 8.8.2013 keskusteltiin syyskuussa toteutettavasta kyselystä osaston hoitohenkilökunnalle. Ohjausryhmä evästi projektipäällikköä kyselyn suhteen. ”Arvioidaan sitä, mitä on jo tehty, miten uudistukset toteutuneet, onko ollut ongelmia.”

Kyselyn tarkoituksena on arvioida kehittämistyön toteuttamista ja toimintaohjeiden käyttökelpoisuutta kehittämistoiminnan käytännön toimintaan osallistuneiden näkökulmasta. Kyselyn tavoitteena on hyödyntää tuloksia toimintaohjeiden sekä kehittämistoiminnan edelleen kehittämisessä.

Kyselyssä käytetään projektipäällikön laatimaa kyselylomaketta. Lomakkeessa on kolme avointa kysymystä. Kyselyssä haetaan vastausta seuraaviin kysymyksiin

1. Lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä  
Nykyisen mallin hyvät/huonot puolet/kehittävät?
2. Toteutuuko kuntoutujan kanssa toimivan hoitajan/ terapeutin vastuu  
Nykyisen mallin hyvät/huonot puolet/kehittävät?
3. Osaaminen/lääkehoidon koulutus  
Hyvät/huonot puolet/kehittävät?

### 5.5.2 Arviointikyselyn toteutus (toiminta)

Kyselystä projektipäällikkö oli informoinut osaston hoitohenkilökuntaa etukäteen osastokouksissa sekä kirjallisilla tiedotteilla tiimikanslioiden sekä osaston infokanslian ilmoitustauluilla. Tiedotteissa kerrottiin kyselyn ajankohta ja paikka. Lisäksi kerroin etukäteen suullisesti käytäväkeskusteluissa kyselystä ja sen tarkoituksesta.

Aineiston keräsin tiimikokousten yhteydessä 13.9.2013 ja 20.9.2013. Olen hankkinut aineistoja siis kahtena eri kertana, eri henkilöiltä. Kysely suoritettiin 6-3-5-tekniikalla. Aineiston keruumenetelmän käyttö soveltui hyvin tiimikokouksen aikana, koska se oli ajallisesti helppo rajata ja toteuttaa tiimikokouksen alussa. Tämä mahdollisti myös sen, että aineistonkeruuhetkestä tuli selkeä ja jäsentynyt sekä molemmat aineistonkeruutilanteet olivat mahdollisimman samanlaiset.

Kyselyssä käytettiin projektipäällikön laatimaa kyselylomaketta. Kyselylomake testattiin kahdella hoitajalla (lähihoitaja ja fysioterapeutti). Kyselylomake oli myös ohjaavan opettajan arvioitava. Ohjaavan opettajan arvioinnin ja esitestauksen jälkeen muutin kysymyksenasettelua yksiselitteisempään muotoon.

Perusjoukoksi muodostui N=18 henkilöä. Vastaajat valikoituivat hoitohenkilökunnan jäsenistä, jotka olivat aineistonkeruupäivinä läsnä tiimikokouksissa 13.9. ja 20.9.2013.

1. tiimikokous I ryhmä, keltainen tiimi: sairaanhoitajia, perus- ja lähihoitajia, fysio- ja toimintaterapeutteja
2. tiimikokous II ryhmä, punainen tiimi: sairaanhoitajia, perus- ja lähihoitajia, fysio- ja toimintaterapeutteja

Kyselyyn vastaaminen oli vapaa-ehtoista ja tapahtui nimettömänä. Kyselyyn vastaaminen oli työaika. Molempien tiimikokousten osallistujat vastasivat kyselyyn. Aineistonkeruutilanteet onnistuivat kohtuullisen hyvin. Kaikki vastaajat eivät noudattaneet annettuja ohjeita. Aineistonkeruu hetkellä joutui huomauttamaan muutaman kerran siitä, ettei aineistonkeruu sisällä osanottajien välistä ääneen keskustelua. Ehkä syy pieneen levottomuuteen oli se, että osa hoitohenkilökunnasta oli jo ollut aamun töissä ja toiset puolestaan aloittamassa työvuoroaan.

Kyselyllä saadun aineiston analysoin induktiivisella sisällönanalyysillä. Vastaukset olivat ilmaistu lyhyinä ajatuksina, lauseen osina tai lauseina. Alkuperäiset ilmaukset olivat lyhyitä ja selkeitä, joten niiden pelkistämistä en tehnyt. Analyysiyksiköksi valitsin koko vastaukseksi kirjoitetun ilmaisun, koska ilmaisut olivat joko yksittäisiä sanoja tai lyhyitä lauseita Kyselylomakkeen ensimmäiseen kysymykseen tuli 68 alkuperäisilmausta, toiseen kysymykseen 64 alkuperäisilmausta ja kolmanteen 58 alkuperäisilmausta. Osassa vastauspapereista vastauksen kohta oli täysin tyhjä tai kirjattu nimimerkki ja pelkkä viiva. Induktiivisen sisällönanalyysin perusteet olen kuvannut jo ensimmäisen syklin alkukartoituksen tuloksia raportoidessa. Kyselyn sisällönanalyysi eteni samojen vaiheiden kautta. Etsin aineistosta tutkimuskysymyksen mukaiset samankaltaiset ilmaukset, joista muodostuivat teemat.

1. Lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä: **toimintakäytänteet**
2. Toteutuuko kuntoutujan kanssa toimivan hoitajan /terapeutin vastuu: **dokumentointi**
3. Osaaminen /lääkehoidon koulutus: **osaamisen päivittäminen**

### 5.5.3 Arviointikyselyn tulokset (havainnointi)

Lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä

Tuloksista kävi ilmi, että lääkkeiden jako ruoanjaon yhteydessä oli kehittynyt positiiviseen suuntaan toimintaohjeen käyttöönoton myötä. Vastausten perusteella, ”*kun yksi jakaa lääkkeitä*”, koettiin sujuvana ja selkeänä toimintakäytäntönä. Vastausten perusteella erittäin tärkeänä pidettiin sitä, että lääkkeet menneet ”oikeille kuntoutujille”. Tuloksista kävi myös ilmi, että nykyisessä toimintakäytännössä, kun kaikki lääkkeet menevät yhdellä kertaa, on vähemmän ”*sählinkiä*”. Pääsääntöisesti vastaajat kokivat nykyiset **toimintakäytänteet** lääkkeitä jaettaessa ruoanjaon yhteydessä toimivana, josta on hyvä jatkaa.

*”Selkeä systeemi, kun on yksi selvästi nimetty joka vastaa lääkkeenjaosta”*

*”...jokaisella selkeä rooli, virheet vähentyneet”*

*”Joustavasti toimii, parempi kuin kokeilua edeltävä toiminta”*

Tulosten perusteella toimintakäytänteiden kehittäminen jatkossa liittyi kolmeen toimintakäytäntö asiaan. Lähi- ja perushoitajien vastuun lisäämiseen lääkkeiden jaossa ruoanjaon yhteydessä, Klexanen pistämiseen ja potilaan tunnistamiseen. Vastauksista kävi ilmi, että jatkossa potilaiden tunnisterannekkeiden tarkistamisen tehostaminen koettiin tärkeäksi. Koulutusta injektioiden antamiseen toivottiin.

*”Sh ei ehdi jakamaan, jakaako ph/ lb...”*

*”Napapiikki jää tarjottimelle, jos ruokailun avustajana muu kuin hoitaja”*

*”Kaikilla ei ole pistolupaa, koulutusta”*

*”Ongelmaa potilaan tunnistamisessa”*

Toteutuuko kuntoutujan kanssa toimivan hoitajan/ terapeutin vastuu

Tuloksista kävi ilmi, että hoitajan ja terapeutin vastuu potilaskeskeisessä lääkeshoidossa oli kehittynyt positiiviseen suuntaan toimintaohjeen käyttöönoton myötä. Tuloksista kävi ilmi myös, että uuden väriset lääke- ja nestelista huomataan nyt entistä paremmin. Lääke- ja nestelistoissa olevat ohjeet koettiin hyödyllisinä, etenkin nestelistan ohje annoskoosta oli helpottanut listan täyttämistä ja hoitajan, terapeutin vastuun toteuttamista. Tuloksista kävi ilmi myös, että hoitajan-, terapeutin vastuukysymysten myötä moniammatillinen, keskusteleva yhteistyö oli kehittynyt.

*”Värilliset listat erottuvat hyvin, nestelista selkeä”*

*”Toimivat hyvänä muistina, tipat ja voiteet tulee annettua, vastuu toteutuu”*

*”Jatkuva yhteistyö, asiat toteutuvat”*

Tuloksista kävi ilmi, että lääke- ja nestelistöihin tehtäviä anto- ja kirjausmerkintää, **dokumentointia** tulee jatkossa kehittää, samoin myös kiinnittää jatkossa tarkempaa huomiota silmätippojen ja -voiteiden avaamispäivämäärien dokumentointiin. Tulosten perusteella vuoteessa ruokailevan ja lääkkeet ottavan potilaan asentoon tulee jatkossa kiinnittää entistä tarkempaa huomiota.



*”Nestelistat ovat usein vajaa merkintäisiä, virtsamäärän merkintä usein puuttuu ”*

*”Lääkelistaan ruksit jääneet laittamatta (mahdollisesti lääkkeet saamatta)”*

*”Huomiota kiinnittää avaamispäivämääriin”*

*”Vuoteessa ruokailevan kuntoutujan asento usein huono”*

*”Yhdessä asentojen läpikäynti”*

#### Osaaminen/lääkehoidon koulutus

Kysely osoitti, että vastaajilla oli halu **osaamisen päivittämiseen**, osallistumalla koulutuksiin, mutta koulutusten toteutuminen oli epävarmaa. Lisäksi lääkehoidon osaamisen täydennuskoulutuksiin osallistuminen oli kyselyyn vastanneilla harvinaista ja epäsäännöllistä. Vastauksissa oli yhteneväisyys 27.5. – 3.6.2013 arviointikyselyn tuloksiin. Tuloksista ilmeni myös, että lh:t/ph:t ovat rohkeammin mukana käytännön lääkehoidon toteuttamisessa.

*”Lh:t /ph:t mukana käytännön lääkehoidon toteuttamisessa”*

*”En ole päässyt yhteenkään lääkehoidon koulutukseen”*

*”Lääkehoidon osaaminen rapistunut”*

*”Lääkehoidon koulutusta saisi olla enemmän kaikille”*

*”Farmaseutin osaamista hyödyntäminen koulutuksissa”*

Projektiryhmän kokouksessa 30.10.2013 tarkasteltiin saatuja tuloksia ja keskusteltiin kehittämistyön jatkumisesta.

Lääkkeenjako/ruokailutilanne: Lääkkeenjakovuoroja lisää perus- ja lähihoitajille, joilla suoritettavat lääkehoitoluvat. Työnjako käydään selkeästi läpi vuorojen alussa. Raportoidaan jos kuntoutujalla ongelmia lääkkeiden ottamisessa. Toimintaohje Lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä päivitetään puolen vuoden välein.

Vastuu kysymykset: Erityisesti nestelistojen seuranta, täyttämistä ja rastien merkintää listoihin ohjetta tarkennettiin. Samoin avaamispäivämäärien merkitseminen silmätippoihin, voiteisiin, insuliinikyniin sekä nimitarra kiinnittäminen insuliinikynään, ei korkkiin. Huoneen vastuuhoitaja tarkistaa potilaiden tunnisterannekkeet työvuoroittain.

Kuntoutujan hyvä asento vuoteessa: Hyödynnetään vuoteessa ruokailevan/lääkkeet ottavan kuntoutujan kuvallisia asento-ohjeita. Keskustellaan ja jaetaan työyhteisön moniammatillista tietotaito-osaamista. Pyydetään apua. Toimintaohje Potilashuoneen vastuuhoitaja päivitetään puolen vuoden välein

Osaamine/lääkehoidon koulutus: Todettiin, että lääkehoito-osaamisen kehittäminen on tarpeen ja koulutustilaisuuksia järjestään osaston resurssien mukaan, niin että mahdollisimman moni pääsee osalliseksi koulutuksesta.

Osaston moniammatillisen hoitohenkilöstön kehittämisiltapäivien yhteydessä 14.11., 20.11., 4.12. ja 12.12.2013 projektipäällikkö kävi läpi kehittämistehtävän etenemisen ja esitteli kehittämistoiminnan arviointikyselyn tulokset. Sen jälkeen keskustelu kävi vilkkaana. Työyhteisön vastakaiku kehittämistyöstä *”projekti on toteutunut hyvin, koska se lähti liikkeelle käytännön ongelmista ja koski kaikkia työntekijöitä. Kaikki ammattiryhmät ovat saaneet olla mukana kehittämässä.”*

#### 5.5.4 Turvallisen lääkehoidon -edelleen kehittämisen moniammatillisesti kuntoutusosastolla (reflektointi)

Kyselyn tulokset antoivat suuntaa turvallisen lääkehoidon kehittämiseen moniammatillisesti kuntoutusosastolla. Kehittämistyön voidaan olettaa vahvistaneen kehittämisen ilmapiiriä kuntoutusosastolla. On tärkeää, että koko kuntoutusosaston moniammatillinen hoitohenkilöstö otetaan mukaan lääkehoidon turvallisuuden kehittämiseen. Näin saadaan arvokasta tietoa käytännön kentältä ja hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus osallistua, oppia ja sitoutua kehittämistyöhön. Uusista toimintaohjeista muodostuneet kuntoutusosaston uusia hyviä käytäntöjä, joiden voidaan ajatella auttavan turvallisen lääkehoidon edelleen kehittämisessä.

Turvallisen lääkehoidon edelleen kehittämisen kulmakivinä kuntoutusosastolla: Rauhoitetaan lääkkeenjako ruokailujen yhteydessä, annetaan toisille työrauha ja keskitytään itse siihen, mitä tekee. Sitoudutaan yhdessä sovittuihin työtapoihin ja tutustutaan toimintaohjeisiin. Puhutaan ääneen, jos on epävarmuutta kuulemastaan tai näkemästään. Konsultoidaan tarpeen mukaan farmaseuttia, kollegaa tai lääkäriä. Kerrotaan lääkehoitoon ja potilaan tilaan liittyvistä havainnoista muulle hoitohenkilöstölle. Noudatetaan seitsemän O:n sääntöä, oikea potilas, oikea lääke, oikea annos, oikea antotapa, oikea antoaika, oikea potilasohjaus sekä oikea kirjaaminen. Muistetaan olla erityisen huolellisia, kun annetaan kipulääkkeitä tai insuliinia sekä seurataan lääkkeen vaikuttavuutta. Päivitetään lääkehoidon osaamista. Havainnoidaan vaaratapah- tumat ja toimitaan ohjeiden mukaisesti. (mukaillen Saano & Taam-Ukkonen 2013, 336.) Lää- kehoidon turvallisuuden edelleen kehittämisessä kuntoutusosastolla korostuvat hyvät käy- tännöt, koulutus ja moniammatillinen yhteistyö.

## 6 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN JOHTOPÄÄTÖKSET

Kehittämistehtävän tarkoituksena oli kehittää kuntoutusosaston lääkehoidon turvallisuutta moniammatillisesti. Tavoitteena oli kuntoutusosaston lääkehoidon turvallisuuden nykytilan kartoittaminen ja lääkehoidon ongelmien ratkaiseminen. Tavoitteena oli myös, että kuntoutusosastolla keskustellaan avoimesti ja syyllistämättä lääkehoidon turvallisuudesta ja kehitetään sitä aktiivisesti.

Kehittämistehtävää tulee arvioida koko prosessin ajan. Lisäksi pitää arvioidaan, onko suunniteltu aikataulu pitänyt (Heikkilä ym. 2008, 127.) Tehtävän toteutuksen aikana olen arvioinut prosessin eri vaiheita ja päätösvaiheessa tuloksia. Kehittämistehtäväprojektin eteneminen ei toteutunut laaditun toimintatutkimussuunnitelman mukaisesti. Tehtävän suunnittelun aloitin syksyllä 2012, mutta varsinaisesti se käynnistyi helmikuussa 2013 ja päättyi joulukuussa 2013. Kehittämistehtäväraportin kirjoittaminen vei kuitenkin suunniteltua kauemmin aikaa, päättyen joulukuussa 2014. Koko prosessin ajan kehittäminen tarkentui ja selkiytyi kuntoutusosastolla. Kehittämistehtävän aikana kuntoutusosaston käytännön lääkehoito toimintaan ja lääkehoito-osaamiseen saatiin muutosta, mikä mahdollistaa lääkehoidon toteuttamisen moniammatillisesti entistä turvallisemmin ja laadukkaammin. Uudet toimintaohjeet kuten lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä, huoneen vastuu hoitajan toimintaohje, esimerkkinä siitä muun muassa silmä- ja astmalääkkeistä huolehtiminen, nestelistojen ajan tasalla pitäminen sekä tunnisterannekkeiden tarkistaminen vastuualueen potilailta, ovat otettu jatkuvaan käyttöön. Näiden toimivien toimintaohjeiden myötä lääkehoidon toimintatavat ovat yhtenäistyneet osaston kahden tiimin välillä. Kuntoutusosaston moniammatillisen hoitohenkilökunnan osaamisen, toiminnan ja toimintaohjeiden kehittämistä jatkuu edelleen. Myös avoin ja syyllistämätön keskustelukulttuuri jatkuu ja syvenee osaksi lääkehoidon turvallisuutta. Kehittämistehtävän aikataulusuunnitelma on liitteessä 12.

Kehittämisprosessiin kuuluu myös tärkeänä osana tulosten julkaiseminen. Julkisuus auttaa tulosten hyödyntämisessä työyhteisöissä. Toisilla tutkijoilla on mahdollisuus kehittää tai jatkaa tutkimusta edelleen ja etsiä sen pohjalta uusia ideoita. (Mäkinen 2006, 121.) Kehittämistehtävän posterit on liitteessä 13.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Kehittämistehtävän lähtökohdat

Opinnäytetyön tekeminen kuuluu osana ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon vaatimuksiin. Kehittämistehtävänä toteutetun opinnäytetyön lähtökohtana oli työyhteisöstä noussut tarve kehittää kuntoutusosaston käytännön lääkehoidon turvallisuutta. Turvallinen lääkehoitoja siinä kehittyminen ovat merkittävänä tekijänä turvallisessa ja laadukkaassa potilashoidossa (Turvallinen lääkehoito 2006, 47).

### 7.2 Oman toiminnan ja kliinisen asiantuntijuuden kehittymisen arviointi

Kehittämistoiminnan osaaminen ja sen aikaan saamien muutosten vaikutusten arviointi kuuluu kliinisen hoitotyön asiantuntijan osaamisvaatimukseen (Opetussuunnitelma 2012 - 2013 2012). Kehittämistehtävän Turvallisen lääkehoidon kehittäminen moniammatillisesti kuntoutusosastolla tekeminen ja työyhteisön lääkehoidon turvallisuus osaamisen vahvistaminen, ovat tukeneet myös omaa asiantuntijuuden kehittymistä erityisesti opintoihin liittyvissä potilas- ja lääkehoidon turvallisuus- sekä ohjausosaamisen kompetensseissa.

Kehittämistehtävä oli työelämälähtöine ja läheinen kehittämistyö, jonka tein yhteistyössä ohjausryhmän, projektiryhmän ja työyhteisön jäsenten kanssa omaan työyksikköni. Aloitin kehittämistehtävän tekemisen syyskuussa 2012. Työelämän ja ammattikorkeakoulun yhteistyöstä tehdyn tutkimuksen johtopäätöksissä todetaan, että opinnäytetyön tekemisessä kumppanuusnäkökulman vaaliminen on välttämätöntä nykyisessä koko ajan muuttuvassa työelämässä. Kehittämistehtäväprosesseissa kumppanuus rakentuu asiantuntijoiden tiedon- ja osaamisen jakamisesta. (Korhonen, Ansamaa, Eronen, Haapalainen, Koskela, Miettinen & Ukkola 2011, 34 - 35.) Kehittämistehtävän tekemisen ajan olen tehnyt tiivistä yhteistyötä projektiryhmän ja työyhteisöni kanssa sekä informoinut ohjausryhmää.

Ajoittain ajan löytyminen on ollut haastavaa, koska työ on vaatinut ison osan jaksamisestani ja osittain tästä syystä kirjoittamisprosessi on viivästynyt. Yksin kirjoittaminen, tekstien muokkaaminen, syvällisen ymmärryksen muodostaminen lääkehoidonturvallisuudesta ja sen kehittämisestä työyhteisössä on ollut todella haastavaa, haasteellista ja ajoittain uuvuttavaakin. Projekti- ja ohjausryhmän tapaamiset, työyhteisön, ohjaavan opettajan, tutor -opettajan sekä kehittämistehtäväni vertaisen kanssa käydyt keskustelut ja tuki ovat auttaneet asiantuntijuuden kehittämisessä.

Onnistuakseen kehittämishankkeet vaativat työelämän eri tasot ylittävää yhteistyötä. Asiantuntijuus lähtee ajatuksesta, ettei kukaan yksin hallitse moniulotteisia asioita, vaan tarvitaan eri asiantuntijoiden toisiaan täydentävää tietotaitoa. Käytännön asiantuntijuus on ennen kaikkea uusien tilanteiden ja muutosten hallintaa. (Engeström 2006, 7.)

Kehittämistehtävän johtamisen koin haasteelliseksi, olihan tämä ensimmäinen projektini. Johtamiseni ei perustunut käskemiseen vaan tavoitteeni oli, että projektiryhmä toimii itseohjautuvasti sitoutuen vastuuseen ja sovittuihin päämääriin. Päätin heti kehittämistehtävän alussa, ettei minun tarvitse päteville asiantuntijoille kertoa, miten työ tulee tehdä vaan määritellä, mitä pitää tehdä. Katson onnistuneeni tässä.

Opintojeni aikana olen kehittänyt omaa osaamistani lääkehoidon turvallisuudesta ja olen pystynyt soveltamaan opittua tietoa käytännön työhön kehittämistehtäväprosessin aikana. Asiantuntijuus edellyttää substanssi- ja organisaatio-osaamista. Kehittämistehtävän suunnittelu ja toteuttaminen ovat lisänneet kehittämistehtävän tekijän tutkimus- ja kehittämisosaamista sekä tukeneet kehittymistä kliiniseksi asiantuntijaksi. Projektipäällikkönä sain kokemusta projektin johtamisesta. Kehittämistehtävän tekemisen aikana olen päässyt osallistumaan Oulun Hyvinvointipalvelut OKS Lääkehoitosuunnitelma valmisteluun. Useamman kerran kehittämistehtävän aikana mieleeni on hiipinyt Holmin (2009, 9) sanat, ”*halusitko kärsiä kun otit ison taakan itsellesi*”. Voimaannuttavana tekijänä olen kuitenkin kokenut sanonnan, ”*oppia ikä kaikki*”.

### 7.3 Kehittämistehtävän luotettavuus

Toimintatutkimuksen luotettavuuden arvioinnin yhteydessä käytetään käsitettä validiteetti eli pätevyys. Tutkimusmenetelmää arvioidessa validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä eli tutkimusmenetelmän kykyä selvittää juuri sitä, mitä sillä on tarkoitus selvittää. Tutkimustuloksien arvioinnissa validiteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten tarkkuutta ja niistä vedettyjen johtopäätösten totuuden mukaisuutta. (Hirsijärvi ym. 2009, 231- 232.)

Luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, todeksi vahvistettavuus, merkityksellisyyden arviointia, toistuvuus, kyllästeisyys ja siirrettävyys. Luotettavuuden arviointi koskee tutkijan ja tiedonantajien vuorovaikutusta, tutkimusaineiston laatua ja sen analyysiä sekä tulosten ja johtopäätösten esittämistä. (Nikkonen, Janhonen & Juntunen 2003, 72.)

Uskottavuuden perusta on siinä, että tulokset esitetään sellaisina kuin ne ovat tutkittavassa kohteessa (Kankkunen ym. 2010, 16). Olen pyrkinyt esittämään tulokset tarkasti, muuttamatta asioita.

Tulosten todeksi vahvistettavuus tulee perustua eri lähdeaineistoihin, ei tutkijan omiin käsitteisiin (Nikkonen ym. 2003, 72). Kehittämistehtävää varten keräämäni lähdeaineisto oli moninaista, luotettavaksi todettua ja pääsääntöisesti alle 5-10 vuotta vanhaa sähköistä tai painettua materiaalia. Se koostui aihealuetta koskevasta tieteellisestä tutkimuksesta, ammattikirjallisuudesta, menetelmäkirjallisuudesta ja lehtiartikkeleista. Lähdeaineisto yhdistyi toimintatutkimukselle ominaisen tutkijan reflektion avulla käytännön lääkehoitotyössä tarvittavaan kokemukselliseen, moniammatilliseen ja monitieteelliseen tietoon sekä havainnoituun tulkittuun tietoon ja tuloksiin.

Kehittämistehtävän tuloksia voidaan käyttää nyt ja jatkossa kuntoutusosaston lääkehoidon turvallisuuden kehittämisessä. Uskon, että kehittämistehtävä vahvistaa moniammatillista yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä.

Toistuvuus tarkoittaa sitä, että tutkija voi osoittaa prosessien toistuvan tai muuttuvan tietyn mallin mukaisesti (Nikkonen ym. 2003, 73). Kehittämistehtävässäni tämä luotettavuuden kriteeri mielestäni täyttyy, koska olen käyttänyt ja koonnut aineistoa runsaasti. Samanlaisen tiedon saaminen on vahvistanut omia käsityksiäni kuntoutusosaston käytännön lääkehoidon kehittämisen tarpeesta.

Aineiston kyllästeisyys on sitä, että tutkija on saanut aineistosta kaiken oleellisen tiedon koskien tutkittavaa ilmiötä (Nikkonen ym. 2003, 73). Kehittämistehtävän aineiston kyllästeisyyttä pohdin siltä kannalta, että 6-3-5-menetelmällä saatu alkuaineisto kuvastaa 36 vastaajan ajatuksia ja kokemuksia. Aineistoa voidaan pitää kyllästeisenä, sillä istuntoihin osallistui, kahatta lukuun ottamatta, koko kuntoutusosaston moniammatillinen hoitohenkilöstö.

Tutkijan on arvioitava huolella, voidaanko tulokset siirtää toiseen samanlaiseen kontekstiin, tulkintoja muuttamatta (Kankkunen ym.2010, 160). Tämän kehittämistehtävän tutkimustuloksia voidaan soveltaen siirtää ja ottaa käyttöön myös muilla vastaavanlaisilla osastoilla käytännön lääkehoidon kehittämiseen.

Luotettavuuteen liittyvät toimintatutkimuksen ongelmat voidaan välttää huomioimalla ne jo tutkimuksen aloitusvaiheessa (Lauri 1998, 121). Itselleni aiemmin tuntematon ja kehittämistehtävään tutkimusmenetelmäksi valitsemani toimintatutkimus osoittautui mielenkiintoiseksi menetelmäksi. Kehittämistehtävän edetessä ja etenkin mitä pidemmälle kehittämisprosessi eteni, sitä enemmän tuli esiin asioita, jotka jälkepäin ajateltuna olisi ollut hyvä huomioida kehittämistehtävän alussa.



#### 7.4 Kehittämistehtävän eettisyys

Laadullisessa tutkimuksessa eettiset kysymykset voidaan jakaa kahteen ääripäähän. Eettisyyttä voi tarkastella teknisluontoisena asiana, jolloin se tarkoittaa tiedonsaantiin, aineiston keräämiseen ja analysoimiseen liittyviä asioita ja tutkimustulosten esittämiseen. Toinen ääripää on silloin, kun tutkimus metodologiaa tarkastellaan. Tällöin tutkija joutuu miettimään tutkimusaiheen valintaan liittyviä asioita. Asiat ja termit täytyy perustella. Tutkimustulosten kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että haastateltavat ja tutkija puhuvat samoista asioista. Termien auki kirjoittaminen on myös tärkeää, jotta tutkimusraportin lukija ymmärtää, mistä tutkija kertoo. Tutkijan tulee sitoutua tutkimusprosessin läpivientiin ja tutkimustulosten esittämiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125 - 126.)

Yhteiskunnallinen vastuu eettisenä periaatteena painottaa arvioinnin esittämistä niin selkeästi, että ulkopuolinenkin ymmärtää tuotetun tiedon (Virtanen 2007, 65). Lääkehoidon turvallisuuden kehittäminen on jatkuva prosessi ja sen kehittäminen jatkuu kuntoutusosastolla kehittämistehtävän tekemisen jälkeenkin.

Hoitotyön tutkimuksissa etiikkaa on syytä tarkastella myös ammattietiikan kannalta. Tutkimustulosten luotettavuuden vuoksi, täytyy tutkijan salata kyselyyn vastanneiden henkilöllisyys. Tutkimustulosten julkaisemisessa eettisyyteen liittyy rehellisyys ja luotettavuus. Tutkimustulokset tulee esittää niin, ettei vastaajia tunnusteta niiden perusteella. Tutkija ei saa muuttaa tuloksia tai jättää asioita kertomatta. (Kuula 2010, 88 - 89.)

Veräjänkorvan ym. (2008, 100) mukaan lääkehoidon eettinen vastuu potilaan turvallisuudesta edellyttää rehellisyyttä, uskallusta tunnustaa mahdolliset virheet ja uhkaavat tilanteet. Kehittämistehtävää tehdessäni olen parhaan kykyni ja osaamiseni mukaan pyrkinyt noudattamaan ammattikuntani arvoja sekä lääkehoidon eettistä vastuuta.

Kehittämistehtävän tekemiselle anoin Oulun kaupunki Hyvinvointipalvelut ohjeen mukaisesti luvan terveystalouden palvelujohtajalta, luvan liitteeksi toimitin kehittämistehtävän aiheanalyysin sekä kehittämistehtäväsuunnitelman. Terveystalouden johtaja myönsi luvan. Kehittämistehtävän aineiston keräsin 6-3-5 menetelmällä kehittämispäivien yhteydessä. Tutkimukseen osallistumisen on oltava ehdottoman vapaaehtoista (Kuula 2006, 136). Tämä ei täysin toteutunut. Alkuaineiston keräämisen alussa esimies kehotti moniammatillisen hoito-

henkilöstön osallistumaan 6-3-5 aineiston keruuseen. Ehkä tästä johtuen 6-3-5 kyselyn vastauksissa oli jonkin verran tyhjiä vastauskohtia. Menetelmällä saaduista vastauksista ei osallistujien henkilöllisyys paljastu. Tästä informoin istuntoon osallistujia. Alkuperäiset vastaukset olen itse litteroinut, koodannut ja klusteroinut. Alkuperäisiä käsinkirjoitettuja aineistoja ei ole kukaan muu nähnyt tai käsitellyt, jotta ketään ei voi tunnistaa esimerkiksi käsialan perusteella.

Aineiston analysoinnissa sain neuvoja ohjaavalta opettajalta ja tutor-opettajalta. Aineiston analysoinnissa pyrin objektiivisuuteen käyttämällä analyysiyksikkönä koko kirjoitettua ilmaisuja. Tutkimustuloksia raportoidessani ja suoria lainauksia käyttäessäni olen huomionnut, että moniammatillisen hoitohenkilöstön henkilöllisyyttä ei voi vastauksista tunnistaa. Tutkimustulokset olen raportoinut avoimesti ja rehellisesti. Tutkimusaineisto hävitetään kehittämistehtävän valmistuttua. Suullisen palautteen saaminen osastolla oli helpompaa kuin kirjallisen palautteen. Suulliset palautteet olen kirjannut kehittämistehtävän aikana ylös. Työyhteisöä olen informoinut kehittämistehtävästä tiimikokouksissa, osastokokouksissa, kehittämispäivillä ja projektikansioon liitetyillä muistioilla. Aineistonkeruusta olen informoinut kirjallisesti että suullisesti osallistujia aineiston keruun tarkoituksesta ja aineiston käytöstä. Lisäksi olen perustellut, kuinka tärkeää aineistonkeruuseen osallistuminen on kehittämistyön eteenpäin viemisessä. Toimintaa on arvioitu projekti- ja ohjausryhmä tapaamisissa. Projektiryhmä koontui yhteensä seitsemän kertaa 14.2 - 25.10.2013 ja ohjausryhmä kaksi kertaa 22.2. - 8.8.2013 välisenä aikana.

### 7.5 Kehittämistehtävän arviointi, merkitys ja jatkokehittämiskohteet

Kehittämistehtävän tavoite saavutettiin hyvin, huomioiden, miten paljon kuntoutusosaston hoitohenkilökuntaan kohdistuvaa muuta lääkehoidon koulutusta, tenttejä, uusien toimintamallien käyttöönottoa oli yhtäaikaisesti käynnissä. Kehittämistehtävän tuotoksena kuntoutusosastolla toimivat käytännön lääkehoidon toimintamallit: lääkkeiden jako ruoanjaon yhteydessä ja potilaskeskeinen lääkehoito. Moniammatillisen hoitohenkilökunnan lääkehoito-osaamisen kehittäminen jäi tiedollisesti niukaksi eli yhteen koulutustapahtumaan. Tähän vaikutti suurelta osin osastolla samanaikaisesti menossa olevat muut lääkehoitoon liittyvät koulutukset, tentit ja muutokset. Tulevaisuudessa kuntoutumista edistävässä hoitotyössä hoitajan tulee hallita lääkehoito nykyistä laajemmin (Kelhä 2006, 76). Lääkehoidon osaaminen on tästä johtuen hyvin tärkeää. On ensiarvoisen tärkeää, että hoitohenkilökunnan ammatillinen

osaaminen kohtaa työelämän vaatimusten kanssa (Hanhinen, Ylisirniö, Paananen, Peltola, Suokas, Salonen, Helminen & Lepänjuuri 2007, 85).

Kehittämistehtävän metodologiaa, metodia, tuloksia ja arviointia sekä etenemistä on käsitelty ohjaus- ja projektiryhmän kokouksissa, tiimikokouksissa sekä kehittämispäivillä. Kehittämistehtävä antaa kuntoutusosaston johdolle tietoa, mitä voidaan hyödyntää lääkehoidon turvallisuuden suunnittelussa, toteutuksessa ja henkilöstön koulutuksessa. Osatonesimies on ollut tukena koko kehittämistehtävän ajan. Hän loi edellytyksiä kehittämistyölle antamalla resursseja projektiryhmän työskentelyyn, sekä auttoi tarvittaessa. Näillä toimilla hän osoitti sitoutuneensa lääkehoidon turvallisuuden kehittämiseen, ja se kannusti eteenpäin koko prosessin ajan. Projektiryhmän innostunut aktiivisuus, sekä asioihin paneutuminen mahdollistivat tehokkaan ja tuottavan toiminnan. Projektiryhmän tapaamisissa projektiryhmän jäsenten vuorovaikutus oli aktiivista ja avointa. On keskusteltu, pohdittu yhdessä ja haettu näin ratkaisuja.

Tämän kehittämistehtävän voidaan todeta luoneen pohjaa tulevalle kehittämistehtävälle. On kuitenkin tärkeää huomata, että keskustelun ylläpitäminen ja lääkehoidon turvallisuuden edelleen kehittäminen edellyttävät koko kuntoutusosaston moniammatillisen hoitohenkilöstön aktiivisuutta ja pitkäjänteistä työtä.

Jatkossa olisi hyödyllistä tutkia, ovatko kuntoutusosaston käytännön lääkehoidon toimintaohjeet vaikuttaneet lääkityspoikkeamien laatuun ja määrään. Kehittämistyön aikana opittujen asioiden ja toimintatapojen vertailu kaupunginsairaalan muiden osastojen kanssa olisi mielenkiintoista ja se mahdollistaisi osastojen välisen kokemuksen, tiedon ja hyvien toimintatapojen vaihtamisen. Kehittämistehtävän tuloksia, kirjallisia toimintaohjeita, voidaan hyödyntää kuntoutusosastolla myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämisessä. Kehittämistehtävä ei olisi onnistunut ilman koko kuntoutusosaston moniammatillisen hoitohenkilöstön yhteistyötä. Lisäksi lääkehoidon turvallisuuden jatkokehittämisessä moniammatillisuuden tulee säilyä.

## LÄHTEET

Aaltola, J. & Syrjälä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa H. L. T. Heikkilä, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva. Atena kustannus. 11 - 24.

Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimus metodeihin I. Jyväskylä. Gummerus Oy.

Aaltonen, L-M., Rosenberg, P. Primum est non nocere. Teoksessa L-M. Aaltonen & P. Rosenberg (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 8 - 20.

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Hamina. Akatiimi Oy.

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina. Atiimi.

Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

ARENE (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto) 2010. Suositus tutkintojen kansallisen viitekehyksen (NQF) ja tutkintojen yhteisten kompetenssien soveltamisesta ammattikorkeakouluissa. Työryhmä: P. Auvinen (PKAMK), J. Heikkilä (JAMK), H. Ilola (ARENE ry.), O. Kallioinen (Laurea), T. Luopajarvi (ARENE ry.), K. Raij (Laurea, & J. Roslöf (Turun AMK). 13. Viitattu 25.5.2013.

[http://www.haakahelia.fi/fi/aokk/taeydennyskoulutus/lindex\\_html/ARENEN\\_suositus.pdf](http://www.haakahelia.fi/fi/aokk/taeydennyskoulutus/lindex_html/ARENEN_suositus.pdf).

Asetus 15.5.2003/352. Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakoululaista. Viitattu 25.5.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030352>.

Asetus 16.6.2005/423. Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta. Viitattu 25.5.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050423>.

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/564. Viitattu 4.11.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/haku/?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=asetus+564%2F1994&submit=Hae+%E2%80%BA>.

Celikkayalar, E. 2008. Lääkitysturvallisuuden arviointi sairaalassa. Itsearviointityökalun kehittäminen ja lääkitysturvallisuuden auditointi Satakunnan keskussairaalassa. Helsingin yliopisto. Farmasian tiedekunta. Sosiaalifarmasian osasto. Helsinki. Pro gradu -tutkielma.

Cohen, H. 2008. Let's work together to improve medication safety. *Nursing* 38 (4), 6.

Viitattu 27.7.2014.

[http://journals.lww.com/nursing/Citation/2008/04000/Let\\_s\\_work\\_together\\_to\\_improve\\_medication\\_safety.1.aspx](http://journals.lww.com/nursing/Citation/2008/04000/Let_s_work_together_to_improve_medication_safety.1.aspx).

Collin, K., Valleala, U., M., Herranen, S., Paloniemi, S. & Pyhälä-Liljeström, P. 2012. Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49 (1), 31 - 43.

Doupi, P. 2009. National Reporting Systems for Patient Safety Incidents. A review of the situation in Europe. National Institute for Health and Welfare. Report 13. Jyväskylä. Gummerus.

Engeström, Y. 2006. Kaksikäntinen asiantuntijaorganisaatio. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja*. B 02/2006. Helsinki.

Eloranta, K. 1986. Nominaaliryhmäteknikat ja strukturoitu ryhmätyö. *Julkishallinnollinen julkaisusarja N:02 2/1986 B*. Tampereen yliopisto. Hallintotieteiden laitos.

Erkkilä, R. 2012. Lääkkeisiin liittyvät vaaratapahtumat ja luokittelun yhteneväisyys Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän (HaiPro) aineistossa 2007 – 2009. Helsingin yliopisto. Farmasian tiedekunta. Sosiaalifarmasian osasto. Pro gradu -tutkielma.

Euroopan komissio 2011. Terveys-EU. Euroopan unionin kansanterveysportaali.

Potilasturvallisuus. Viitattu 30.12.4.2012.

[http://ec.europa.eu/health-eu/care\\_for\\_me/patient\\_safety](http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_safety).

Flew, A. 1984. Dictionary of Philosophy. London. Pan Books Ltd.

Fry, S. T. 1997. Etiikka hoitotyössä. Eettisen päätöksenteon opas. Suomensairaanhoitajaliitto. Tampere. Tammer-Paino.

Grandel-Niemi, H., Hupli, M., Leino-Kilpi, H. & Puhakka, P. 2005. Finnish nurses` and nursing students` pharmacological skills. Journal of Clinical Nursing 14 (86), 658 - 694.

Hanhinen, T., Ylisirniö, U., Paananen, T., Peltola, P., Suokas, P., Salonen, L., Helminen, E. & Lepänjuuri, A. 2007. Osaaminen hallintaan; ammattitaidon valmentaminen pienissä ja keskisuurissa yrityksissä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä. Jyväskylän yliopistopaino.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit.

Heikkinen, H. L.T. 2010. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa H. L. T. Heikkinen., E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki. Hansaprint Oy. 16 - 38.

Heikkinen, H., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2010. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa H. L.T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki. Hansaprint Oy. 78 - 93.

Helakorpi, S. 2009. Osaaminen ja sen tunnistaminen työelämän ja koulutuksen yhteisenä haasteena. Ammattikorkeakoulujen verkkojulkaisu [www.osaajat.net](http://www.osaajat.net). Viitattu 5.10.2014. <http://www.uasjournal.fi/index.php/osaaja/article/view/1164/1053>.

Helovuo, A. 2009. Inhimilliset tekijät, tiimityö ja turvallisuus – mitä voimme oppia ilmailusta? Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki Edita Prima Oy. 99 - 116.

Helovuo, A. 2011a. Inhimilliset tekijät potilasturvallisuudessa. Spirium. Suomen Anestesia-sairaanhoitajat ry:n jäsenlehti. 46 (3), 18 - 19.

Helovu, A. 2011b. Tarkistuslista turvallisuustyökaluna. Viitattu 3.10.2014.

<http://www.vaasankeskussairaala.fi/Link.aspx?id=1194436>.

Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2012. Potilasturvallisuus. Helsinki. Edita Prima Oy.

Helsilä, M. 2009. Strategisen henkilöstöjohtamisen käytännöt. Helsinki. Talentum.

Hicks, R.W. & Becker, S.C. 2006. An Overview of Intravenous-related Medication Administration Errors as Reported to MEDMARX®, a National Medication Error-reporting Program. *Journal of Infusion Nursing* 29 (1), 20 - 27.

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holkko, S. 2012. Potilasturvallisuuskulttuuri – Potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät erikoissairaanhoidon henkilöstön näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu – tutkielma.

Holm, M. 2000. Jaksaa, Ei jaksaa, Jaksaa. Helsinki. Oy Edita AB.

Härkänen, M. 2011. Lääkityspoikkeamat – Internet-pohjaisen raporttijärjestelmän hyödyntäminen lääkityspoikkeamien ymmärtämisessä organisaatiotasolla. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Pro gradu -tutkielma.

Härkänen, M., Saano, S., Turunen, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede 25, (1) 49 - 61.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki. Tammi.

Ikonen, T.S. & Pauniahho, S-L. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista. Finnanest. 2 (43), 108 - 111.

Institute for Safe Medication Practices 2014. 2014 – 2015 Targeted Medication Safety Best Practices for Hospitals. Viitattu 8.3.2014.

<http://www.ismp.org/Tools/BestPractices/TMSBP-for-Hospitals.pdf>.

Institute of Medicine 2007. Preventing medication errors. Quality chasm series. By the Committee on Identifying and Preventing Medication Errors and the Board on Health Care Services. Edited by Aspden, P., Wolcott, JA., Bootman, JL. & Cronenwett, LR. Washington D.C. The National Academies Press.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa. WSOY.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:18. Helsingin yliopisto. Väitöskirja.

Isoherranen K., Rekola L. & Nurminen R. 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki. WSOY.

Joanna Briggs Institute 2010. Menettelytavat lääkkeiden jakamiseen ja antamiseen liittyvien poikkeamien ehkäisemiseksi. Best Practice 14 (4) 2010. Viitattu 10.10.2014.

[http://www.hotus.fi/system/files/BPIS\\_ennakko\\_2010-4\\_0.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-4_0.pdf).

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009. Kansallinen hoitotyön toiminta ohjelma 2009 - 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2009:9. Viitattu 1.2.2013.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf).

Jones, S. W. 2009. Reducing medication administration errors in nursing practice. Nursing Standard 23 (50), 40 - 46.

Jyrkkä J. 2011. Drug Use and Polypharmacy in Elderly Persons. Kuopion yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.



Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki. WSOYpro Oy.

Kagan, I. & Barnoy, S. 2013. Organizational Safety Culture and Medical Error Reporting by Israeli Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*. 45 (3), 273 - 280. Viitattu 10.10.2014.  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12026/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated>.

Kallanranta, T. 2003. Neurologisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa A-M. Aalto, H. Hurri, A. Järvikoski, J. Järvisalo, V. Karjalainen, H. Paatero, T. Pohjolainen & P. Rissanen (toim.) *Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Raportteja 267. Saarijärvi. Gummerus Kirjapaino Oy. 99 - 107.

Kananen, J. 2009. Toimintatutkimus yritysten kehittämisessä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 101. Jyväskylä.

Kankkunen, P., Koivunen, E. & Suominen, T. 2007. Hoitohenkilöstön käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden ilmoittamisesta. *Tutkiva hoitotyö* 5 (3), 10 - 15.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki. WSOY Pro.

Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004 - 2007. 2003. *Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Karlsson, Å. & Marttala, A. 2001. *Projektkirja. Onnistuneen projektin toteuttaminen*. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Katila, S. & Meriläinen, S. 2006. Henkilökohtainen kokemus tiedon lähteenä: toimintatutkimus akateemisessa yhteisössä. Teoksessa K. Rolin, M-L. Kaakkuri-Knuutila & E. Henttonen (toim.) *Soveltava yhteiskuntatiede ja filosofia*. Helsinki. Gaudeamus. 134 - 154.

Kelhä, P. 2006. Kuntouttavan hoitotyön sisältö sotainvalidien laitoshoidossa. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kemmis, S. & Robin, M.T. 1988. Introduction. Teoksessa S. Kemmis & Robin M.T. (eds.) The action research planner. Deakin University. Victoria. 1 - 23.

Kettunen, T. & Kivinen, T. 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämiseen suunnannäyttäjänä. Tutkiva Hoitotyö 10 (4), 40 - 42.

Kiikkala, I. & Krause, K. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Hygieia. Helsinki. Kirjayhtymä.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009a. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki. Edita Prima Oy. 77 - 97.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009b. Lukijalle. Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki. Edita Prima Oy. 13 - 15.

Kivinen, T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Knowledge Management in Health Care Organizations. Kuopion yliopiston julkaisuja E 158. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteet. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Väitöskirja.

Korhonen, A., Ansamaa, M., Eronen, H., Haapalainen, P., Koskela, T., Miettinen, S. & Ukkola, L. 2011. Kumppanuus kannattaa -työelämän ja ammattikorkeakoulujen yhteistyö opin-  
näytetöiden ohjauksessa ja tulosten hyödyntämisessä. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri-  
in julkaisuja 2.

Koskinen, T., Puirava, A., Salimäki, J., Puirava, P. & Ojala, R. 2012. Lääketietoa ammattilai-  
sille. Helsinki. SanomaPro.

Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle kuntoutuksesta. Viitattu 1.11.202.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114250/kselte02.pdf?sequence=1>.

Kuula, A. 2006. Yksityisyydensuoja tutkimuksessa. Teoksessa J. Hallamaa, V. Launis, S.Lötjönen & I. Sorvali (toim.) Etiikka ihmistieteille. Helsinki. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. 124 - 140.

Kuula, A. 2010. Toimintatutkimus: kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere. Vastapaino.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1 (11), 3 - 11.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 10.9.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Viitattu 20.10.2012.

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

Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. 2009. Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Jyväskylä. Gummerus.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. WS Bookwell Oy. 21 - 43.

Lauri, S. 1998. Toimintatutkimus. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen- Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki. WSOY. 114 - 135.

Leape, LL. 2009. Errors in medicine. *Clin Chim Acta* 404 (1), 2 - 5. Viitattu 30.7.2014.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19302989>.

Linden-Lahti, C., Airaksinen, M., Pennanen, M. & Käyhkö, K. 2009. Vakavat lääkityspoikkeamat potilasturvallisuuden haasteena. *Suomen lääkirlehti* 64 (41), 3429 - 3433.

Lääkepolitiikka 2020. 2011. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:2. Viitattu 5.5.2014.  
[http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/\\_julkaisu/1551199](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1551199).

McBride-Henry, K. & Foureur, M. 2007. A secondary care nursing perspective on medication administration safety. *Journal of Advanced Nursing* 60 (1), 58 - 66.

Metsämuuronen, J. 2007. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä: opiskelijalaitos. Helsinki. International Methelp.

Miettinen, M., Saano, S., Taam-Ukkonen, M. & Penttinen, J. 2010. Lääkehoidossa kulttuurinmuutos KYS:n alueella. *Suomen lääkärilehti* 65 (12), 1132 - 1133.

Miten potilasturvallisuutta edistetään? 2008. Kysely terveydenhuollon toimintayksiköille ja vanhainkodeille. Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:4. Viitattu 28.3.2013.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3805.pdf&title=Miten\\_potilasturvallisuutta\\_edistetaan\\_\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3805.pdf&title=Miten_potilasturvallisuutta_edistetaan__fi.pdf).

Munnukka, T & Kiikkala, I. (toim.). 1995. Ihmisen auttamisen lähtökohtia. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Murphy, J. 2011. Patient as center of the health care universe: A Closer Look at Patient-Centered Care. *Nursing Economics* 29 (1), 35 - 37.

Mustajoki, P. 2009. Kun jotain kuitenkin tapahtuu. Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki. Edita Prima Oy. 139 - 145.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski. Gummerus Kirjapaino Oy.

Nikkonen, M., Janhonen, S. & Juntunen, A. 2003. Hoitokulttuurin tutkimuksesta: etnografia hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. WS Bookwell Oy. 44 - 80.

Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön. Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.10.2014.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/3f50e159-ab8e-44d8-9cd7-b03447e51dfe>.

Opetussuunnitelma 2012 - 2013. 2012. Kliininen asiantuntija ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Kajaanin ammattikorkeakoulu.

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Virtanen, P. 2011. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Helsinki. Tietosanoma.

Paltta, H. & Veräjänkorva, O. 2008. Lääkehoito-osaamisen kehittämishanke. Teoksessa O. Veräjänkorva (toim.) Sairaanhoidtajien osaaminen yliopistosairaalassa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 72. Turku. Tampereen yliopistopaino Oy. 17 - 22.

Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Lääketieteellinen Aikakauskirja. Duodecim 122 (20), 2459 - 2470.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki. WSOY.

Peltomaa, K. 2009. Joka kymmenes potilas - potilasturvallisuuden lähtökohdat. Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoidtajaliitto ry. Edita Prima Oy. Helsinki. 17 - 27.

Potilaan käsikirja. 2014. Potilaan opas turvalliseen hoitoon sairaalassa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä. Viitattu 20.6.2013.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/aded18e6-4675-4a6d-b63a-6dbfb6e9d09c>.

Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia. 2009. Potilasturvallisuuden työkalut - työvaliokunta. Sosiaali- ja terveysministeriön potilasturvallisuushanke. Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyövuosikirja 2009. Suomen sairaanhoidtajaliitto ry. Helsinki. Edita Prima Oy. 181 - 190.

Potilasturvallisuuden keskeiset toimijat. 2014. Potilasturvallisuutta taidolla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 2.4.2014.

[Http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/keskeiset-toimijat](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/keskeiset-toimijat).

Potilasturvallisuus kansainvälisesti. 2014. Potilasturvallisuutta taidolla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 2.4.2014.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilasturvallisuus-kansainvalisesti](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilasturvallisuus-kansainvalisesti).

Potilasturvallisuussanasto lääkehoidonturvallisuussanasto. 2007. Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. Viitattu 13. 11. 2012.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4ce407ff-c338-485c-8ed8-8fe28cd7cb6c>.

Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma. 2011. Kansallinen ohjaus ja lainsäädäntö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 12.3.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e28ead9c-eab6-4d67-b5e3-b12b1a9b0adf>.

Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585. Viitattu 15.9.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1986/19860585>.

Pärnä, K. 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina – Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Turun yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Reason, J. 2000. Human, error: models and management. *BMJ (British Medical Journal)* 320 (18), 768 - 770. Viitattu 9.9.2014.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>.

Reiman, T. & Oedewald, P. 2009. Terveydenhuollon organisaatiot turvallisuuskriittisinä organisaatioina. Teoksessa M. Kinnunen, K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki. Edita Prima Oy. 43 - 61.

Romppanen, M., Sintonen, S. & Voimanen, P. 2010. Moniammatillinen yhteistyö näyttöön perustuvassa hoitotyössä: kirjallisuuskatsaus. Metropolia ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 15.11.2012.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201003306014>.

Routasalo, P., Arve, S. & Lauri, S. 2004. Geriatric rehabilitation nursing: Developing a model. *International Journal of Nursing Practice* 10 (5), 207 - 215.

Ruuhilehto, K., Kaila, M., Keistinen, K., Kinnunen, M., Vuorenkoski, L. & Wallenius, J. 2010. HaiPro – millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007 - 2009? Alkuperäistutkimus. *Duodecim* 127(10), 1033 - 1040.

Ruuska, K. 2006. Terveydenhuollon projektinhallinta. Mallit, työkalut, ihmiset. Helsinki. Tammer-Print Oy.

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen M. 2010. Haastattelun analyysi. Tampere. Vastapaino.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Sahlström, M., Partanen, P. & Turunen, H. 2012, Potilaiden näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja osallistumisesta sen edistämiseen. *Tutkiva Hoitotyö* 10 (4), 4 - 13.

Sairaanhoitajat laadukkaan lääkehoidon turvaajina 2009. Lääkehoitoon liittyy inhimillisen virheen riski, miten sitä voidaan hallita. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 14.12.2012. [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/@Bin/8432773/Esite\\_Sairaanhoitajat+laadukkaan+l%C3%A4%C3%A4kehoidon+turvaajina.pdf](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/@Bin/8432773/Esite_Sairaanhoitajat+laadukkaan+l%C3%A4%C3%A4kehoidon+turvaajina.pdf).

Savikko, R. 2008. Vastuullisuus ja vastuu sairaanhoitajan ammatillisessa toiminnassa. Tampereen yliopisto. Opinnäytetyö.

Siermala, V. 2012. Turvallinen lääkehoito: prosessin kuvaaminen ja analyysi. Oulun yliopisto. Teknillinen tiedekunta. Tuotantotalouden osasto. Teollisuustalouden yksikkö. Diplomityö.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi: projektinvetäjän käsikirja. Helsinki. Edita.

Sillanpää, P. 2008. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen lastenosastolla sairaanhoitajien kuvaamana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki. Edita Prima Oy. 29 - 41.

Sipola-Kauppi, I. 2009. ”Apua minäkö tein virheen?” Sairaanhoitajien kokemuksia lääkityspoikkeamista. Tampereen yliopisto. Lääketieteen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Tampere. Pro gradu -tutkielma.

Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. 2010. Yksilöllisyys hoitotyössä – edelleen ajankohtainen periaate. ProTerveys 38 (1), 12 - 14.

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

Sulosaari, V. 2010. Näyttöä hoitotyöhön. Laskimonsisäisen lääke- ja nestehoidon turvallisuuden kehittäminen II. Sairaanhoitaja 83 (5), 51 - 55.

Sulosaari, V. & Leino-Kilpi, H. 2013. Mitä on lääkehoidon osaaminen? Teoksessa Sairaanhoitaja ja lääkehoito. I. Ranta (toim.). Hoitotyön vuosikirja 2013. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki. Edita Prima Oy. 13 - 17.

Sundström, R & Salonen, A. 2013. Tarkistuslista astmapotilaan ohjauksen tueksi. Turun Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Viitattu 1.11.2013.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf).



Suomen potilasturvallisuusyhdistys ry. 2014. Etusivu. Viitattu 5.5.2013.

<http://www.potilasturvallisuusyhdistys.fi/>.

Taam-Ukkonen, M. & Saano, S. 2010. Turvallisen lääkehoidon perusteet. Helsinki. WSOY-Pro.

Telaranta, S. 1997. Hoitotyön hallinto. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anesthesiologeille ja kirurgeille. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Terveysturvallisuuslaki 6.4.2011/341. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. Viitattu 10.10.2014.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>.

Terveysturvallisuuslaki 30.12.2010/1326. Viitattu 1.11.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Terveysturvallisuuslaki ja potilasturvallisuus 2014. Potilasturvallisuutta taidolla. Terveysturvallisuuden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 2.4.2014.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/lainsaadanto](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/lainsaadanto).

Tiedolla järkevään lääkkeiden käyttöön 2012. Lääkeinformaatiotoiminnan nykytila ja strategia vuoteen 2020. Helsinki. Fimea kehittää, arvioi ja informoi. Julkaisusarja 2012:1. Helsinki. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Turvallinen lääkehoito 2006. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveysturvallisuudessa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Helsinki. Yliopistopaino.

Turvallisen lääkehoidon työkalupakki 2012. Sic! 2. Lääketietoa Fimeasta. Fimean verkkolehti. Viitattu 15.12.2013.

[http://sic.fimea.fi/3\\_2012/turvallisen\\_laakehoidon\\_tyokalupakki](http://sic.fimea.fi/3_2012/turvallisen_laakehoidon_tyokalupakki).

Valentin, A., Capuzzo, M., Guidet, B., Moreno, R., Metnitz, B., Bauer, P. & Metnitz, P. 2009. Errors in administration of parenteral drugs in intensive care units: multinational prospective study. *BMJ*. Viitattu 1.9.2014.

<http://www.bmj.com/content/338/bmj.b814.full>.

Vallimies-Patomäki, M. 2013. Lääkehoitoa ohjaavat normit ja periaatteet. Teoksessa I, Ranta (toim.) Sairaanhoitaja ja lääkehoito. Hoitotyön vuosikirja 2013. Sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki. Edita Prima Oy. 30 - 53.

Valpola, A. 2004. Organisaatiot yhteen – Muutosjohtamisen käytännön keinot. Juva. WSOY.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 15.5.2003/352. Ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavien opintojen tavoitteet 7a§. Viitattu 23.8.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030352>.

Vanhanen-Nuutinen, L. 2010. Työelämälähtöisyys hankekirjoittamisessa. Teoksessa P. Lambert & L. Vanhanen-Nuutinen (toim.) Hankekirjoittaminen Välineitä hanketoimintaan ja opinnäytetyöhön. HAAGA - HELIAN julkaisusarja Tutkimuksia 1/2010. 85 - 107. Helsinki. Multiprint.

Veräjänkorva, O. & Huupponen, R. & Huupponen, U. & Kaukkila, H-S. & Torniainen, K. 2008. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki. WSOY.

Vilka, H. 2009. Tutki ja kehitä. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Virtanen, P. 2007. Arviointi: arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki. Edita Prima Oy.

WHO. 2009. More than words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report. January 2009. World Health Organization. Patient Safety. A World Alliance for Safer Health Care. Viitattu 9.7.2014.

[http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf).

Zenuni, T. 2011. Kohti turvallista lääkehoitoa. Sairaanhoitajien lääkehoitotaitojen kartoitus Espoon sairaalassa. Metropolia ammattikorkeakoulu. Helsinki. Opinnäytetyö.

Övretveit, J. 1995. Moniammatillisen yhteistyön opas. Helsinki. Hakapaino.

Julkaisemattomat lähteet

Hyvinvointipalvelut Lääkehoitosuunnitelma OKS. 2013. Oulu.

OKS kuntoutusosasto perehdytysohjelma. 2012. Oulu.

OKS -vastualueen strategia vuosille 2012 - 2015. 2012. Oulu.

Oulun kaupunginsairaalan HaiPro - raporttien yhteenveto 2012. 2013. Oulu.

Raportti kuntoutusosaston toiminnasta. 2013. 2014. Oulu.

## LIITTEET

## HOITO- JA KUNTOUTUSPROSESSI OKS B2

	1. Alkukartoitus	2. Hoidon suunnittelu	3. Hoidon toteutus ja arviointi	4. Hoidon päättymisen
<b>LÄÄKÄRI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Päätös kuntoutujan valinnasta</li> <li>Saa tiedon saapuneesta kuntoutujasta</li> <li>Tulotutkimus</li> <li>Alustavan hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatiminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lääketieteellisen hoidon, fysiologisten seurantojen sekä tavoitteellisen hoitojakson määritteleminen</li> <li>Kuntoutuksen lääketieteellisten tavoitteiden, rajoitusten ja mahdollisten vasta-aiheiden määritteleminen</li> <li>Hoitojakson päädiagnoosin määrittäminen</li> <li>Potilasta koskevien vastuukysymysten ja tahdonilmaisun selvittäminen</li> <li>Tarvittavien lähteiden tekeminen erikoissairaanhoidon konsultointeihin</li> <li>Hoidon/kuntoutuksen seurannan toteutuminen/keinot/mittarit konsultointeihin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lääketieteellisen tilan muutokset (somaattinen/psyykinen) ja kuntoutuksen menetelmien tarkentaminen</li> <li>Kuntoutusvasteen arviointi suhteessa lääketieteelliseen tilaan yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa</li> <li>Kuntoutusmenetelmien arviointiin osallistuminen</li> <li>Kotiutumisen lääketieteellisten esteiden/riskien arviointi ja niiden kirjaaminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kotiutusajankohdan päättäminen</li> <li>Hoitoyhteenvedon kirjoittaminen</li> <li>Lähteiden tekeminen tarvittaviin jatkokuntoutuksiin</li> <li>Tarvittavien lääkemääräysten tekeminen</li> <li>Lääkärinlausunnon ja tarvittavien todistusten tekeminen</li> <li>Kannanotto ajokyykyyn ja mahdolliseen apteekkisopimukseen</li> </ul>
<b>FYSIO- JA TOIMINTA-TERAPEUTTI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Saapuvan kuntoutujan taustatietoihin perehtyminen</li> <li>Kuntoutujan vastaanottaminen</li> <li>Esitietojen kartoittaminen</li> <li>Alustava perusliikkumisen ja toimintakyvyn arviointi</li> <li>Henkilökunnan ohjaus</li> <li>Omaisten ohjaaminen ja neuvonta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fysio- ja toimintaterapia-arviointi</li> <li>Terapiasuunnitelman laatiminen</li> <li>Viikkopalaveri</li> <li>Hoito- ja kuntoutusjakso suunnitelma palaveri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoito- ja kuntoutusjakso suunnitelman toteuttaminen</li> <li>Yksilö- ja ryhmäterapiat</li> <li>Omaisten ohjaus</li> <li>Kotikäynnit</li> <li>Apuvälinetarpeen arviointi ja apuvälineiden hankinta, toimintaterapeuteilla lisäksi ortoositarpeen arviointi ja valmistus</li> <li>Kotikuntoutussuunnitelma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kotiutussuunnitelman toteuttaminen</li> <li>Kotiutumisaikakohdan sopiminen</li> <li>RAI-arviointi ja FIM-loppuarviointi</li> <li>Fysio- ja toimintaterapiasuunnitelmien toteuttaminen</li> <li>Jatkoterapioista sopiminen</li> <li>Kotiutuminen</li> </ul>
<b>SAIRAANHOITAJA/ PERUSHOITAJA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kuntoutujan vastaanottaminen/yleistilan arviointi</li> <li>Sisäänkirjaaminen</li> <li>Esitietojen kartoittaminen</li> <li>Lääkärin antamien tutkimus- ja hoito-ohjeiden toteuttaminen</li> <li>Sairaanhoidolla lääkehoito</li> <li>Alustava toimintakyvyn arviointi</li> <li>Omaisten ohjaus ja neuvonta</li> <li>Alustava hoitosuunnitelma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoidon tarpeen määrittely</li> <li>Lääkärin määräykset</li> <li>Sairaanhoidolla lääkärintieto</li> <li>Hoitosuunnitelman laatiminen</li> <li>Viikkopalaveri</li> <li>Hoito- ja kuntoutusjakso suunnitelmapalaveri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoitosuunnitelman toteuttaminen</li> <li>Kuntoutujan motivointi</li> <li>Omaisten ohjaus</li> <li>Sairaanhoidon ja perushoidon toteuttaminen</li> <li>Viikkopalaveri</li> <li>Rai arvioinnit/FIM arvioinnit</li> <li>Jatkosuunnitelmapalaveri</li> <li>Kotiutussuunnitelma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kotiutussuunnitelman toteuttaminen</li> <li>Kotiutumisaikakohdan sopiminen</li> <li>Rai arviointi/FIM-loppuarviointi</li> <li>Lääkärin määräykset</li> <li>Hoitotyön yhteenveto</li> </ul>
<b>OSASTONSIHTEERI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lähteiden tulostaminen lähetekansioon</li> <li>Osaston paikka- ja potilaiden jonotilanteen kartoittaminen</li> <li>Kuntoutujan kutsuminen</li> <li>Potilasasiakirjojen valmistelu</li> <li>Sisäänkirjaus</li> <li>Etäkertomuksen kirjaaminen</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Tutkimusten tilaaminen/selvittäminen ja potilasasiakirjojen tilaaminen</li> <li>Saneluiden kirjoittaminen</li> <li>Puhelinliikenne</li> <li>Laskutus</li> <li>Palvelusopimusten seuranta</li> <li>Keskustelu kuntoutujan ja omaisten kanssa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tieto kuntoutujan kotiutumisesta</li> <li>Yhteydenotot</li> <li>Kydyin järjestäminen</li> <li>Potilaslaskutuksen tarkistaminen</li> <li>Uloskirjaus</li> <li>Sanelut</li> <li>Jatkohoito</li> <li>Hoitoilmoitus</li> <li>Palautte</li> <li>Arkistointi</li> </ul>

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa ohjaus Oulun kaupunginsairaalan kuntoutusosastolla. ”Ohjaus ja tiedonkulku terveydenhuollossa” -posterit.

(Välitalo & Vääräniemi 2008) Oulun kaupunginsairaala kuntoutusosasto B2.

Posterit esitetyt sairaanhoitajapäivillä 2008.

Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön valmiudet ja edellytykset osallistua lääkeshoidon toteuttamiseen (Turvallinen lääkehoito 2006, 53; Lääkehoitosuunnitelma OKS 2013 )

Lääkehoitoa toteuttava henkilöstö	Perustutkintoon johtava koulutus:  Perusosaamisen valmius, varmistetaan tentillä > lupatodistus(Ess)	Lisäkoulutus edellytyksenä seur. tehtäviin:  Näyttö, tentti > lupatodistus (Ess)	Vastuu/luvan myöntäminen
Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö  sairaanhoitaja terveydenhoitaja kättilö	Lääkkeiden tilaaminen, käyttökuntoon saattaminen ja jakaminen potilaskohtaisiksi annoksiksi  Luonnollista tietä annettava lääkehoito  Injektiot ihon sisäisesti, ihon alle ja lihakseen	Suonensisäinen neste- ja lääkehoito  Verensiirtohoito  Rokottaminen  Kipupumppua vaativa lääkehoito  Lääkkeen antaminen epiduraalitalaan  Antikoagulanttihoito	Lupa: palvelu-/toimiyksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen määräämänsä lääkäri vahvistaa luvat ESS – järjestelmään palveluyksikön esimiehen esityksestä  Näyttö: Kokenut, iv-luvan ja / tai rokotusluvan omaava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö ja / tai lääkäri (nimetty näytön vastaanottaja)
Nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö  lähihoitaja perushoitaja lastenhoitaja lääkintävahvistimestari kuntohoitaja mielenterveys- ja mielisairaanhoitaja	Potilaan nimellä merkityn lääkeannoksen anto potilaalle (pois lukien PKV-lääkkeet)	Lääkkeiden jakaminen potilaskohtaisiksi annoksiksi.  Lääkkeiden tilaaminen  Injektioiden antaminen ihon alle ja lihakseen  Lääkkeiden antaminen nenämahaletkuun tai PEG – letkun kautta  Lääkkeettömän, perusliuosta sisältävän jatkoinfuusiopullon tai nestepussin vaihtaminen  PKV- lääkehoidon toteuttaminen luonnollista tietä, sc, im  Varsinaisten huumausaineiden käsittely ja antaminen luonnollista tietä, sc, im	Lupa: Palvelu- tai toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen määräämänsä lääkäri vahvistaa luvat ESS- järjestelmään palveluyksikön esimiehen esityksestä  Näyttö: Kokenut, tarvittaessa iv-luvan omaava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö (nimetty näytön vastaanottaja)  Nimikesuojatun terveydenhuollon ammattihenkilön tulee antaa käytännön näytöt niiltä lääkeshoidon osa-alueilta, joihin hän osallistuu. Lääkehoidon lupa kattaa vain nämä.

<p>Lääkehoitoon kouluttamaton henkilöstö esim.</p> <p>sosiaalihoaja sosionomi fysioterapeutti laboratorionhoitaja vajaamielishoitaja kehitysvammahoitaja kodinhoitaja kotiavustaja</p>		<p>Valmiiksi jaettujen lääkkeiden antaminen luonnollista tietä</p> <p>Lääkkeiden jakaminen dosettiin potilaan kotona</p> <p>Injektion antaminen ihon alle</p>	<p>Sopimukseen perustuva, potilas-, lääke- ja tilannekoh-tainen</p> <p>Lupa: Palvelu- tai toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen määräämänsä lääkäri vahvistaa luvat ESS- järjestelmään palveluyksikön esimiehen esityksestä</p> <p>Näyttö: Kokenut laillistettu terveydenhuollon ammatti-henkilö (nimetty näytön vastaanotta-ja)</p>
<p>Terveydenhuolto- alan opiskelijan tilapäinen toi- miminen sijaisena</p> <p>terveydenhuollon ammattihen- kilön tehtävissä</p>	<p>Sh, th., kättilö- ja ensihoitajakoulu- tuksen 1. lukukaudella on kaksi 3 op:n kokonaisuutta, jossa käsitellään pelkästään lääkehoitoa.</p> <p>2.- 8. lukukausilla lääkehoito on osa opintojaksoja.</p> <p>Lääkehoidon sisältö Opiskelija on velvollinen esittä- mään todistuksen suorittamastaan lääkehoidon opinnoista ja niistä suoriutumisestaan</p> <p>Lähihoitajan, Sosiaali- ja terveys- alan perustutkinnon eriytyviin ammattillisiin opintoihin (SAHU) 4. opintojaksoon sisältyy pelkkää lääkehoitoa 1,5 ov.</p> <p>2., 3 ja 6. opintojaksoissa lääke- hoito on osa opintojaksoja</p> <p>Opiskelija on velvollinen esittä- mään todistuksen suorittamastaan lääkehoidon opinnoista ja niistä suoriutumisestaan</p>	<p>Sairaanhoitaja- / terveydenhoi- taja- opiskelija, max. vuosi valmis- tumiseen: - koulutukseen sisältyvät lääke- opinnot suoritettuna - suonensisäinen neste- ja lää- kehoito - ihon sisäisesti annettavat injektiot - lääkkeiden jakaminen ja an- nosteltujen lääkkeiden antami- nen potilaalle</p> <p>Sairaanhoitaja- / terveydenhoi- taja- opiskelija, yli vuosi valmistumi- seen - koulutukseen sisältyvät lääke- opinnot suoritettuna - lääkkeiden jakaminen ja an- nosteltujen lääkkeiden antami- nen potilaalle</p> <p>lähihoitajaopiskelija, max. vuosi valmistumiseen: - koulutukseen sisältyvät lääke- opinnot suoritettuna</p> <p>Annosteltujen lääkkeiden anta- minen potilaalle</p>	<p>Lupa: Ennen lääkehoitoon osallistumista vaaditaan iv- tentin suorittaminen hyväksy- tystä ja kirjallinen lupa, jonka antaa toimiyksikön tervey- denhuollon toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen määräämänsä lääkäri Näyttö: Kokenut, iv-luvan omaava laillistettu terveyden- huollon ammattihenkilö (nimetty näytön vastaanotta- ja)</p> <p>Lupa kuten perus- / lähihoi- tajilla: Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen määräämänsä lääkäri vahvis- taa luvat ESS- järjestelmään palveluyksikön esimiehen esityksestä</p> <p>Näyttö: Kokenut, laillistettu terveydenhuollon ammatti- henkilö (nimetty näytön vastaanotta- ja)</p>
<p>Opiskelijat harjoittelujaksoilla</p>	<p>Opiskelija velvollinen esittämään todistuksen suorittamastaan lääke- hoidon opinnoista ja niistä suoriu- tumisestaan</p>	<p>Koulutuksenjärjestäjän ja har- joitteluyksikön sopimus ohjatun harjoittelun ja työssä oppimisen lääkehoidon sisällöstä</p>	<p>Työnantajan edustaja /opiskelijan lähihoaja arvioi opiskelijan lääkehoidon osaamisen ja siihen osallistu- misen</p>

## Lääkehoidossa huomioitavia terveydenhuollon säädöksiä (Turvallinen lääkehoito-opas 2006, 18 – 19)

Lain nimi ja numero Asetuksen nimi ja numero Määräykset, ohjeet	Lääkehoidon toteuttamista koskeva sisältö
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (298/2009)	- oikeus hyvään terveyden ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun (3 §) - tiedonsaantioikeudet (5 §, 9 §) - potilaan itsemääräämisoikeus (6 §) - alaikäisen potilaan asema (7 §) - kiireellinen hoito (8 §) - potilasiamies, muistutus (10, 11 §) - potilasasiakirjat (12 § ja asetus 99/2001); merkinnät hoidon toteutuksesta, lääkeaineallergioista, epäillyt potilas- ja lääkevahingot
Potilasvahinkolaki (585/1986)	- terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä potilaalle aiheutuneen henkilövahingon korvaaminen (1 §)
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ja asetus (564/1994)  Asetus lääkkeen määräämisestä (1088/2010), STM:n asetus sähköisestä lääkemääräyksestä(485/2008)	- potilasturvallisuus ja terveydenhuollon palvelujen laatu (1 §) - terveydenhuollon ammattihenkilön määritelmä (2 §) - ammattieettiset velvollisuudet (15 §) - oikeudet ja velvollisuudet - oikeus määrätä lääkkeitä (22 §); lääkärit, hammaslääkärit - lääkemääräys
Kansanterveyslaki (66/1972)	- kunnan asukkaiden sairaanhoito, mielenterveyspalvelut, hammashuolto (14 §) täydennyskoulutus
Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989)  Asetus (1194/ 2003) terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta	- lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaiset sairauksien hoitoon kuuluvat terveydenhuollon palvelut (1 §) täydennyskoulutuksen järjestäminen ja täydennyskoulutukseen osallistuminen
	-
Läkelaki (395/1987) ja asetus (693/1987)  Läkelaitoksen määräys 7/2007 Sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen toiminta  Läkelaitoksen määräys 4/2006 Apteekkien lääkevalmistus  Läkelaitoksen määräys 5/2010 Lääketurvatoiminta	- ylläpitää ja edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta, tarkoituksenmukaista lääkkeiden käyttöä ja varmistaa lääkkeiden asianmukainen valmistus ja saatavuus (1 §) - koskee lääkkeitä, niiden valmistusta, maahantuontia, jakelua ja myyntiä sekä muuta kulu-tukseen luovutusta ja edellä mainittua toimintaa harjoittavia lääketekaita, lääketukku-kauppoja ja apteekkeja sekä sairaaloiden ja terveyskeskusten lääkkeiden valmistusta ja jakelua (2 §) - lääkkeitä saadaan valmistaa läkelain 14 § mukaan sairaala-apteekissa ja lääkekeskuksessa - läkelain 62 § nojalla annettu LL määräys 5/2002: tarkempia säädöksiä lääkkeiden käsitte-lystä, säilyttämisestä, tilaamisesta, palauttamisesta ja hävittämisestä
Huumausainelaki (373/2008) ja sen nojalla annetut säädökset	- huumausaineiden kulutuksen seuranta, tilaukset ja hävittäminen:kulutuskortit
Mielenterveyslaki (1116/ 1990)	- mielenterveyspalvelut

Asetus sairaankuljetuksesta (565/94)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ensihoito ja sairaankuljetus (2 §)</li> <li>- terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin tehtävät ja vastuu (3, 4 §)</li> <li>- toimintaedellytykset (5 §)</li> </ul>
Laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- oikeudesta antaa väestölle yksityisiä terveydenhuollon palveluja ja luvista (1, 4 §)</li> <li>- toimintaedellytyksistä (lääketieteellisesti asianmukaista, potilasturvallisuus) (3 §)</li> <li>- terveydenhuollosta vastaavan johtajan pätevyys ja tehtävät (5, 6 §)</li> </ul>
Laki yksityisyyden suojasta (759/2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- työnantajan oikeus vaatia ennen työsuhteen alkamista ja työsuhteen kestäessä huumetodistus henkilöltä, joka käsittelee työssään lääkkeitä</li> </ul>
Veripalvelulaki (197/2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- koskee veripalvelua ja verikeskuksia sairaalassa</li> <li>- verensiirrot ja veriturvatoiminta</li> </ul>
Valtioneuvoston asetus yliopistojen tutkinnoista (794/2004)  Lääketieteellisistä tutkinnoista annettu asetus (762/75)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- alemmat ja ylemmät korkeakoulututkinnot</li> <li>- lääketieteellinen koulutus</li> </ul>
Valviran ohje Dnro 4559/06.00.00.01/2013 Lääkehoidon toteuttaminen sosiaalihuollon ympäri vuorokautisissa toimintayksiköissä	<a href="http://www.valvira.fi/files/ohjeet/Laakehoidon_toteuttaminen_sosiaalihuollossa.pdf">http://www.valvira.fi/files/ohjeet/Laakehoidon_toteuttaminen_sosiaalihuollossa.pdf</a>



## Lääkehoidon turvallisuutta kuvaava standardoitu käsitteistö (Potilasturvallisuussanasto lääkehoidon turvallisuussanasto 2007, 7 - 12)

LAAKEHOIDON TURVALLISUUTTA KUVAAVA STANDARDOITU KASITTEISTO	
Lääketurvallisuus	Lääkevalmisteen turvallisuus:farmakologiset ominaisuudet, vaikutusten tunteminen ja arvioiminen, valmistusprosessi, valmisteen merkitseminen ja informaatio.
Lääkitysturvallisuus	Lääkkeen käyttöön liittyvä turvallisuus: terveydenhuollon organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa lääkehoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumasta. Toimenpiteet, jotka pyrkivät ehkäisemään, välttämään ja korjaamaan lääkehoidon haittatahtumia.
Suojaukset	Tilanteet, toimintatavat tai olosuhteet, jotka mahdollistavat vaaratapahtuman tunnistamisen ja haittatahtuman ehkäisyn.
Lääkehoidon vaaratapahtuma	Potilaan turvallisuuden vaarantava lääkehoitoon liittyvä tapahtuma, joka voi aiheuttaa haittaa potilaalle.
Lääkityspoikkeama	Lääkehoitoon liittyvä tapahtuma, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä.
Läheltä piti -tapahtuma	Vaaratapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle. Haitalta vältyttiin joko sattumalta tai siksi, että poikkeama tai vaaratilanne havaittiin ja haitalliset seuraukset pystyttiin estämään ajoissa.
Lääkehaittatahtuma	Lääkehoidon vaaratapahtuma, joka aiheuttaa haittaa potilaalle. Voi johtua lääkkeen luonteesta (haittavaikutus) tai lääkityspoikkeamasta. Haitta Potilaalle aiheutuva tilapäinen tai pysyvä ei-toivottu vaikutus, joka Voi johtua lääkkeen luonteesta (haittavaikutus) tai lääkityspoikkeamasta.
Lääkkeen haittavaikutus	Lääkevalmisteen aiheuttama haitallinen ja tahaton vaikutus, joka esiintyy sairauden ehkäisyn, taudin määritykseen tai hoitoon tavallisesti käytettyjen annosten yhteydessä. Vakava haittavaikutus voi uhata potilaan henkeä tai johtaa pysyvään tai merkittävään toimintaesteisyyteen tai kuolemaan.
Lääkevahinko	Ruumiillinen sairaus tai vamma tai niihin rinnastettava vakava psyykinen sairaus, jonka vahingon kärsineen käyttämä lääke on todennäköisesti aiheuttanut.

## Eri käyttäjäryhmille tarkoitettuja turvallisen lääkehoidon työkaluja (mukailien Turvallisen lääkehoidon työkalupakki 2012)

Työkalu	Käyttötarkoitus	Lisätietoja
Potilasturvallisuussanasto lääkehoidon turvallisuussanasto	Yhtenäinen käsitteistö	Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2007
Terveysportti ja sen erityistietokannat	SFINX: Lääkkeiden yhteisvaikutukset Duodecim lääketietokanta: Erityistietokannat sekä valmisteyhteenvedot	www.terveysportti.fi
Lääkehoitosuunnitelma	Suunnitelma lääkehoidon turvallisesta toteuttamisesta	Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 2011
Osastofarmasia	Farmaseutti tai proviisori potilaan hoitotimissä edistämässä turvallista lääkehoitoa	Toppinen, L., Moilanen, H., Gröhn, J., Fyhr, N. & Järviluoma, E. 2008. HUS-Apteekki. Osastofarmasia. Projektiraportti. Ihannesairaala-OP2. Laaksonen R. 2009. Pharmacists and life-long learning in the United Kingdom. Dosis 25(2), 94 - 98.
Lääkehoidon vaaratapahtumien ilmoitusmenettely	Yksiköiden toiminnan kehittäminen turvallisemmaksi oppimalla lääkitykseen liittyvistä vaaratapahtumista	Erkkilä, R. 2012. Lääkkeisiin liittyvät vaaratapahtumat ja luokittelun yhteneväisyys Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (TUT) ja Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän (HaiPro) aineistossa 2007 - 2009. Ruuhilehto K., Kaila, M., Keistinen T., Kinnunen, M., Vuorenkoski, L. & Wallenius, J. 2011. HaiPro – millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007 – 2009. Duodecim.
Potilaat ja heidän omaisensa		
Lääkekortti	Ajantasaisen lääketiedon ylläpitäminen ja tiedon siirtymisen varmistaminen	www.laakekortti.fi
Kysy ja kerro lääkehoidostasi -muistilista	Lista lääkitysturvallisuuteen liittyvistä asioista, joiden toteutumista potilas voi itse seurata	Potilaan käsikirja: www.thl.fi

## KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TIEDOTUS- JA DOKUMENTOINTI SUUNNITELMA

Kehittämistehtävän nimi: Turvallisen lääkehoidon kehittäminen moniammatillisesti kuntoutusosastolla

Kehittämistehtävän vastuhenkilö: Elisa Sarjonen

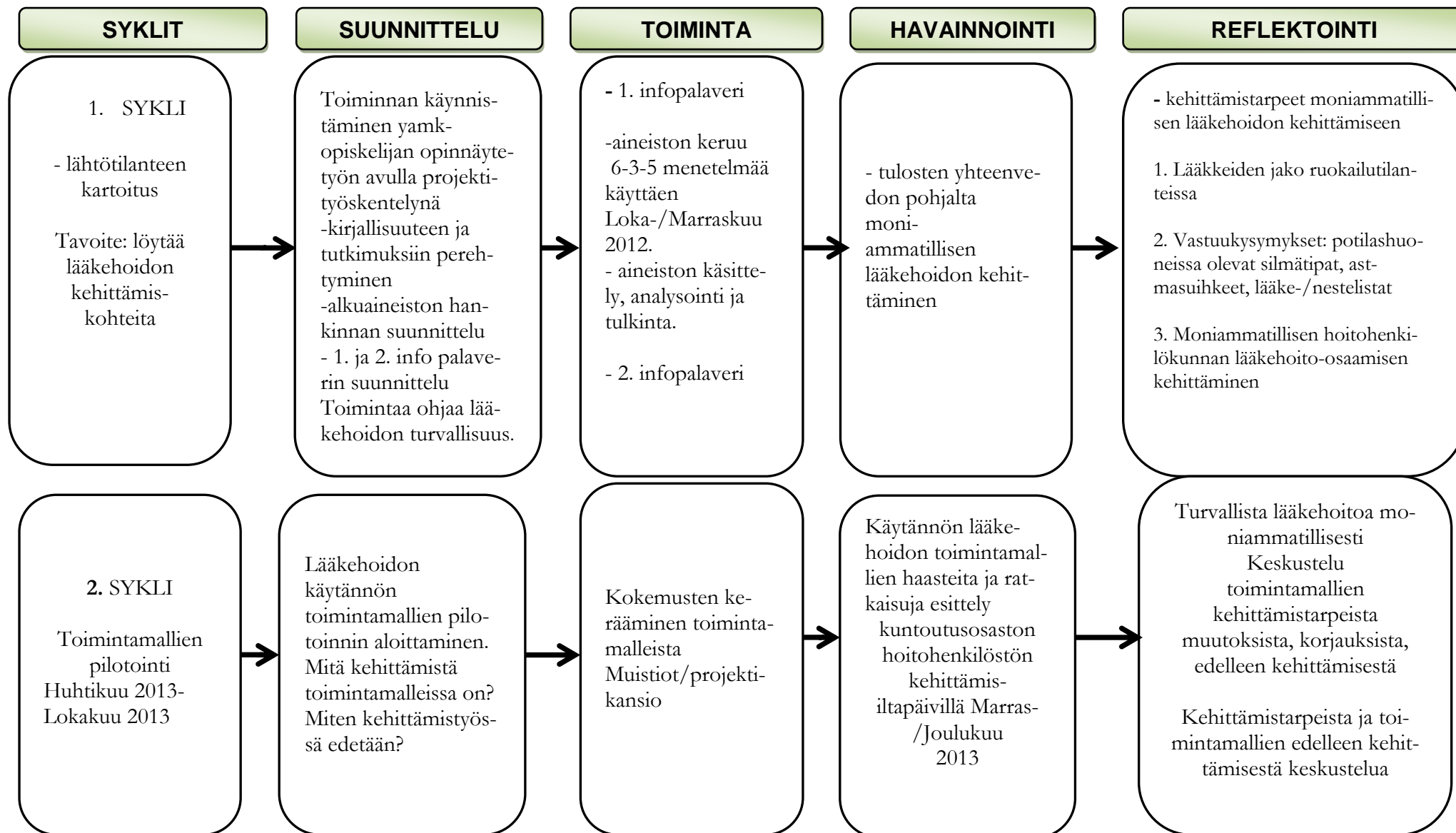
Kehittämistehtävän aikataulu: syksy 2012 – syksy 2014

<b>Mitä?</b> (esimerkkejä)	<b>Miksi? Missä</b> <b>tarkoituksessa?</b>  <b>Milloin? (kehittämis-syklin vaihe)</b>	<b>Minne?</b> (julkaisu-foorumi)  <b>Keille?</b> (lukijat, kuulijat)	<b>Keiden kanssa?</b> (kirjoittaja kumppanit)  <b>Yhteiskehittelyntilat?</b> (vuoro puheluun haastaminen)	<b>Miten?</b> (tekstilaji, genre)  (kongniitiiviset, audio-visuaaliset työvälineet)	<b>Tekstin aikaan saama ”keskustelu, vastakaiku</b>
Tiedote työyhteisölle	Tiedottaminen tulevasta kehittämisprojektista työyhteisölle 9/20012	Muistio osastokokous pöytäkirjaan sekä tuloste osaston infohuoneessa olevaan projektikansioon  Työyhteisön jäsenet	Projektipäällikkö  Osastokokous	Informatiivinen keskustelu	Moniammatillisen hoitohenkilökunnan sitouttaminen kehittämistyöhön Keskustelun herättäminen kehittämistyön mahdollisuuksista ja haitoista
Tiedote aineiston keruusta työyhteisölle x2	Kehittämistehtävän alkukartoituksesta ja aineiston keruusta tiedottaminen 10/ 2012  Alkukartoitus 10/11 2012	Muistio tiimikokouspöytäkirjaan sekä tuloste projektikansioon  Työyhteisön jäsenet	Projektipäällikkö  Tiimikokous	Informatiivinen keskustelu	Moniammatillisen hoito-henkilökunnan orientointi kehittämistyöhön

Tiedote x2 työyhteisölle	Alkukartoituksen tuloksista tiedottaminen 1/2013	Muistio tiimikokouspöytäkirjaan sekä tuloste projektikansioon  Työyhteisön jäsenet	Projektipäällikkö  Tiimikokous	Informatiivinen esitys, keskustelu, dialogi	Moniammatillisen hoitohenkilökunnan sitouttaminen kehittämistyöhön
Opinnäytetyön aihe suunnitelma	Metodologian hahmottaminen, valitseminen 1-2/2013	Moodle, sähköposti  Ohjaava opettaja, opiskelija kollegat	Projektipäällikkö  Opinnäytetyöseminaari	Ohjeiden mukainen teksti, dialoginen esitys	Tavoitteen ja metodologian täsmentyminen
Opinnäytetyön aloituskokous	Alkukartoitus tulosten esittely ja keskustelu kehittämistyöhön liittyvistä asioista ja saada eri osapuolten näkökulmat esille  2/2013	Sähköposti, ohjausryhmän jäsenet  Muistio projektikansioon  Työyhteisön jäsenet	Projektipäällikkö, ohjausryhmän jäsenet  Ohjausryhmän kokous	Tieteellinen teksti, informatiivinen keskustelu, dialogi	Ohjausryhmän jäsenet motivoituvat ja sitoutuvat kehittämistyöhön
Opinnäytetyön käynnistäminen	1. syklin suunnittelu  2/2013	Sähköposti projektiryhmän jäsenet  Muistio projektikansioon  Työyhteisön jäsenet	Projektipäällikkö, projektiryhmän jäsenet  Projektiryhmän kokous	Informatiivinen, avoin keskustelu, dialogi	Keskustelun herääminen kolmesta teemasta, projektiryhmän aikataulun täsmentäminen ja projektiryhmän motivoituminen toimintaan

Luento osastolla	Lääketietoa perus- ja lähihoitajille ▶ Kipulääkkeet ▶ Rauhoittavat lääkkeet ja unilääkkeet ▶ Inhaloitavat lääkkeet ▶ Silmlääkkeet  3/2013	Sähköposti, muistio projektikansioon  Työyhteisön jäsenet	Osastofarmaseutti, projektipäällikkö  Peruslähihoitajien kehittämisiltapäivä	Informatiivinen luento, PowerPoint näyttö, dialogi	Herättää keskustelua lääkehoidon osaamisesta sekä osaamisen päivittämisestä
Ohjausryhmän kokous	Projektiryhmän työskentelyn loppuarviointi  8/2013	Sähköposti ohjausryhmän jäsenet  Muistio projektikansioon  Työyhteisön jäsenet	Projektipäällikkö, ohjausryhmä jäsenet  Ohjausryhmän kokous	Informatiivinen teksti, avoin keskustelu dialogi	Herättää keskustelua lääkehoidon toimintamallien edelleen kehittämisestä
Artikkeli	Kliininen asiantuntija (yamk) tulevaisuuden hoitotyön kehittäjänä  Syksy 2013	Kajaanin Ammatti-korkeakoulu Oy Julkaisusarja B. Raportteja ja selvityksiä.	Asta Andersen, Riitta Junkkari-nen, Leena Tolonen ja Elisa Sarjonen	Tieteellinen teksti	Herättää kiinnostusta kliinisen asiantuntijan toimenkuvasta
Posterit	Opinnäytetyön esittely  7.11.2013	Kutsuvieraat, työelämän edustajat, ammattikorkeakoulun opettajat ja opiskelijat, vierailijat	Projektipäällikkö  Seminaaripäivä	Informatiivinen teksti, esittely	Keskustelun herättäminen lääkehoidon turvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä

Seminaariesitys	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus, tiedon ja kokemuksen jakaminen  Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää lääkehoidon turvallisuutta moniammatillisesti  7.11.2013	Työelämän edustajat, ammattikorkeakoulun-opettajat / opiskelijat, eikä vierailijat	Projektipäällikkö  Opinnäytetyöseminaari	Tieteellinen teksti Power Point näyttö, dialoginen esitys	Keskustelun herättäminen lääkeshoidon turvallisuuden vaikuttavista tekijöistä
Puheenvuoro x4	Syklit 1 ja 2 Toiminnan ja tulosten reflektointi  11/12 2013	Sähköposti, muistio projektikansioon  Työyhteisön jäsenet	Projektipäällikkö, projektiryhmän jäsenet, esimies, työyhteisön jäsenet  Kehittämisiltapäivät	Informatiivinen teksti, informatiivinen, suullinen esitys, avoin keskustelu, dialogi	Herättää keskustelua, ideoita jatko tutkimuksiin lääkehoidon turvallisuudesta



## 6-3-5 RYHMÄN LÄPIVIENTI RUNKO JA VASTAUSLOMAKE

Kehittämispäivät 25.10.2012 ja 6.11.2012 Haasteellinen vuorovaikutus

Toteutetaan äänetön 6-3-5 pienryhmä ideointi, joka kestää noin 45 minuuttia.

Jaan teille nyt 3 paperiarkkia, ovat numeroituina 1, 2, 3.

Keksikää itsellenne nimimerkki. Kirjoittakaa nimimerkkinne jokaisen paperin vasempaan ylälaitaan.

Teillä on 10 minuuttia aikaa pohtia paperiin kirjoitettua aihetta ja miettiä siitä nousevia ongelmia. Ryhmässä ei keskustella vaan jokainen pohtii asiaa itsekseen

Kirjaa jokaiselle paperille yksi sinun mielestäsi tärkeä ongelma. Kirjattavana on siis yhteensä kolme eri ongelmaa, yksi ongelma yhteen paperiin.

Kun olet kirjannut ongelman jokaiselle paperille, jätä paperi 1 oikeinpäin eteesi ja käännä muut paperit nurinpäin pöydällesi.

Siirrä nyt oikein päin edessäsi oleva paperiarkki numero 1 myötapäivään vasemmalla vieressäsi istuvalle ryhmäläiselle.

### 1. KIERROS / 10 min

Kirjoita oma nimimerkkisi kohtaan 2.

Sinulla on 1 minuutti aikaa ideoida paperissa olevaan ongelmaan yksi ratkaisu tai ehdotus.

Miten tätä haastetta/ongelmaa voidaan poistaa? (ratkaisunkeinot / menetelmät)

Jos et keksi varsinaista ratkaisua, kirjaa ylös keino/menetelmä, mikä edesauttaisi ongelman poistumista.

Kirjaa ratkaisu ehdotuksesi oman nimimerkkisi jälkeen.

Ojenna paperisi nyt vasemmalla puolella olevallesi.

Sinulla on 1.5minuuttia aikaa lukea edellinen ratkaisuehdotus ja kirjoittaa itse oma ratkaisuehdotuksesi paperissa esitettyyn ongelmaan.

Muista kirjoittaa oma nimimerkkisi vastauksen eteen.

Ojenna paperi nyt vasemmalla puolella olevallesi.



Sinulla on 2 minuuttia aikaa lukea edelliset ratkaisuehdotukset ja kirjoittaa itse oma ratkaisuehdotuksesi paperissa esitettyyn ongelmaan.

Muista kirjoittaa nimimerkkisi vastauksen eteen.

Ojenna paperi nyt vasemmalla puolella olevallesi.

Sinulla on 2.5 minuuttia aikaa lukea edelliset ratkaisuehdotukset ja kirjoittaa itse oma ratkaisuehdotuksesi paperissa esitettyyn ongelmaan

Muista kirjoittaa oma nimimerkkisi vastauksen eteen.

Ojenna paperisi nyt vasemmalla puolellasi olevallesi.

Sinulla on 3 minuuttia aikaa lukea edelliset ratkaisuehdotukset ja kirjoittaa itse oma ratkaisu ehdotuksesi paperissa esitettyyn ongelmaan

Jatketaan kunnes jokainen ryhmäläinen on kirjoittanut ratkaisuehdotuksen kunkin ongelman kohtaan. Itse kirjoitettuun ongelmaan ei kirjoiteta ratkaisua.

Tämän jälkeen kerään ideointi paperit nro 1 pois.

## 2. KIERROS / 10 min

Ota nurinpäin edessäsi oleva paperiarkki nro 2.

Siirrä paperiarkki vasemmalla puolella olevallesi ryhmän jäsenelle.

Käydään ratkaisuehdotusten kierros uudelleen toisilla ongelmilla kuin ensimmäisellä kierroksella.

## 3. KIERROS / 10 min

Kierros käydään vielä kolmannen kerran kolmansien ongelmien kohdalla.

6-3-5 VASTAUSLOMAKE

NIMIMERKKI: \_\_\_\_\_

MIKÄ ASIA MIELESTÄSI AIHEUTTAA HAASTEITA / ONGELMIA TURVALLISEN LÄÄ-  
KEHOIDON TOTEUTTAMISESSA OSASTOLLAMME?

MITEN TÄTÄ HAASTETTA / ONGELMAA VOIDAAN RARKAISTA?  
RATKAISUKEINOT /MENETELMÄT

2. NIMIMERKKI: \_\_\_\_\_

3. NIMIMERKKI: \_\_\_\_\_

4. NIMIMERKKI: \_\_\_\_\_

5. NIMIMERKKI: \_\_\_\_\_

6. NIMIMERKKI: \_\_\_\_\_

TAULUKKO 1 Esimerkki 6-3-5 aineiston litteroinnista ja koodauksesta

Koodi ja kuvattu ongelma		Ongelmaan esitetty ratkaisuehdotus alkuperäisilmauksin			
54. Lääkkeitä käsittelee liian monta ihmistä ruoanjako-tilanteissa	54A. Yksi henkilö keskittyy vain lääkkeisiin 54AA. Ei jaa / vie tarjottimia ennen kuin lääkkeet jaettu tarjottimille	54B. Lääkevastaava	55C. Yksi hoitaja keskittyy tilanteessa lääkkeenjakoön	5D. Yksi lääkevastaava	54E. Sovitusti vain yksi lääkevastaava
41. Rauhallinen lääkkeen jako ruokailutapahtumassa puuttuu, kiire	41A. Vain sovitut hoitajat osallistuvat lääkkeiden jakoon /lääkkeiden antamiseen	41B. Yksi jakaa lääkkeet 41BB. Toiset jakavat keskenään ruoanjakotyön 41BBB. Tarjottimen viejä varmistaa että potilas saa lääkkeet	41C. Turhat löpinät pois	41D. Yksi hoitaja antaa lääkkeet	41E. Selkeyttä ja vastuunottoa lääkkeenjakoön ruokailutilanteessa 41EE. Kuntoutujan tunteva hoitaja vie tarjottimen ja avustaa kuntoutujaa lääkkeiden otossa
31. Lääkehoidon koulutuksen puute	31A Säännölliset lääkehoitokoulutukset perus- ja lähihoitajille	31B. Säännölliset koulutukset kaikille hoitajille 31BB. Mahdollisesti myös terapeuteille	31C. Kaikki osastolla työskentelevät koulutuksiin	31D. säännölliset koulutukset kaikille lääkkeen jakoon osallistuville	—
30. Epäselvyys työnjaossa – kuka pistää esim. insuliinin	30A. Jos sairaanhoitaja ei itse pistä insuliinia, hän nimeää pistäjän ja antaa tarvittavat ohjeet	30B. Työnjako / delegointi	30C. Rauhallinen selkeä työnjako aamulla	30D. Vastava pyrkii pistämään 30DD. Selkeä sopimus	—
18. Lääkkeitä jaettaessa dosetista tarjottimelle. paljon hälinää / levottomuutta	18A. Vain yksi henkilö sairaan-/ perus-/lähihoitaja jakaa lääkkeet tarjottimelle	18B. Rauhallinen tilanne jakaa lääkkeet oikealle kuntoutujalle	18C. Tarkka tarkastaminen nimilapun / dosetin suhteen 18CC. Rauhallisuutta	18D. Rauha yhdelle lääkkeen jakamiseen	18E. Mahdollisimman vähän porukkaa täyttämään / hakemaan tarjottimia
15. Lääkkeiden antaminen nielemisvaikeuksista kärsivälle kuntoutujalle	15.A. Lääkärin löytävä helpommassa muodossa otettava / annettava lääke	15B. Sopiva lääkemuoto 15BB. Antaa aikaa kuntoutujalle nielemiseen	15C. Lisää tietoa, mitä lääkkeitä helpommin nieltävässä muodossa 15CC. Tietoa mitä lääkkeitä voi jauhaa	15D. Informoidaan lääkärinä heti ongelmista	15E. Konsultoidaan farmaseuttia
72. Lääkedosetit huonoja, aukeilevat, lääkkeitä putoilee ja menee väärin loke-roihin	72A. Jokaiselle oma muovinen apteekein dosetti	72B. Jaetaan lääkkeet lääkelaseihin	75C. Dosetit pois käytöstä 75CC. Automaattinen annosjakelu	72D. Erilaiset dosetit	72E. Kestävämpiä dosetteja

TAULUKKO 1 Esimerkki 6-3-5 aineiston litteroinnista ja koodauksesta

Koodi ja kuvattu ongelma	Ongelmaan esitetty ratkaisuehdotus alkuperäisilmauksin				
3. Lääketarjotin kääryt eivät ole asianmukaiset	3A. Uuden kääryin hankinta	3B. Lukolliset kääryt	3C. Uusi, isompi lääkkeiden jako kääry	—	—
26. Kaksoistarkistus ei toteudu  87. Voiteita, suihkeita, sumutteita, tippoja jää antamatta, nestelistat huomioimatta	26A. Kaksi hoitajaa tarkistaa  87A. Listat pöydille 87AA. Lue raportti	26B. Sovitaan ketkä tarkistaa  87B. Huoneen vastuuhoidajan oltava tarkempi 87BB. Huolehdyttävä	26C. Sovitaan ketkä kaksi tarkistaa  87C. Tiedottaminen ja vastuullisuus	26D. Määritetään aika, paikka ja henkilöt tarkistamaan farmaseutin jakamat lääkkeet  26DD. Tarkistaminen ei saa olla sivutyö muiden töiden lomassa  87D. Huonepöydät siistiksi että listat näkyvät	—
31. Lääkehoitokoulutuksen puute.	31A. Säännölliset lääkehoidokoulutukset perus- ja lähihoitajille	31B. Säännölliset koulutukset kaikille hoitajille 31BB. Mahdollisesti myös terapeuteille	31C. Kaikki osastolla työskentelevät koulutuksiin	31D. Säännölliset koulutukset kaikille lääkkeen jakoon osallistuville 31DD. Terapeuteille perustietoa	—
16. Lääkkeiden antaminen kun ruokailu toteutuu vuoteessa /asennot	16A. Hyvä asento kuntoutujalle 16AA. Rauhallinen tilanne	16B. Hyvä pään asento	16C. Hyvä asento vuoteessa, istuma-asento	16D. Kunnan asento vuoteessa 16DD. Enemmän työntekijöitä	—
76. Kuntoutujalta puuttuu nimirannekkeita	76A. Huoneen vastuuhoidaja tarkistaa vuorossaan rannekkeen ja vaihtaa epäselvän / puuttuvan	76B. Aikaa tarkistaa	76C. Rannekkeet laitettava jokaiselle heti osastolle tullessa	76D. Tulovaiheessa tarkistetaan ja laitetaan ranneke	—

## TULUKKO 2 Esimerkki ongelmien ryhmittelystä

ONGELMAT ALKUPERÄISILMAUKSIN	TEEMA
34 Monta lääkkeiden jakajaa ruoajako tilanteissa 45 Selkeän työnjaon puuttuminen – kuka mittaa verensokerin – onko insuliini pistetty 52 Epäyhtenäiset käytännöt 70 Lääkekärryn ympärillä monta lääkkeiden jakajaa	Työnjako
18 Lääkkeitä jaettaessa dosetista tarjottimelle, paljon hälinää / levottomuutta 55 Ruoanjakotilanteen rauhattomuus / äänekäs – lääkkeiden jaosta vastaava hoitaja puuttuu 59 Ruoanjakotilanteen rauhattomuus – tarjottimia viedään ilman lääkkeitä - tai lääkkeet sekoittuvat	Lääkkeen jaon / ruoanjaon sekavuus
15 Lääkkeiden antaminen nielemisvaikeuksista kärsivälle potilaalle 17 Kipulääkityksen ajoittaminen / kuntoutuksen ajankohdat 31 Ajan tasalla olevan lääkehoitokoulutuksen puute 40 Lääkkeiden ulkonäköä ei tunnisteta 41 lääkevasteen /vaikutusten seuranta 51 Farmaseutti jakaa lääkkeet, vähentää hoitajien lääketietämystä ja lääkkeiden tunnistaminen huononee 52. Epäyhtenäiset käytännöt	Lääkehoito-osaaminen

TAULUKKO 3 Esimerkki ratkaisuehdotusten liittamisestä teemoihin

TEEMA	RATKAISUEHDOTUKSIA TEEMAAN, JOTKA TARVITTAESSA PELKISTETTY
Lääkkeen jaon / ruoanjaon sekavuus	4 A Kuri ja järjestys 4B Järjestystä lisää, vähemmän sekaantujia 4C Jokainen tietää mitä tekee 4D Sovitaan raportilla, kuka jakaa lääkkeet 55 A Yksi henkilö jakaa lääkkeet tarjottimille 55AA Yksi henkilö jakaa ruoat, muut kuljettavat 55B vastaava hoitaja jakaa lääkkeet ja antaa insuliini- nit 55D Selkeä työnjako, lääkehoitajalle työrauha 55DD Kiireettömyys ruoan jaossa 103A Yksi huolehtii lääkkeen jaosta ruokailu tilan- teessa 103B Sovitaan vuoron alussa, kuka huolehtii / vastaa lääkkeen jaosta 103BB Työnjako 103C Yksi henkilö vastaa lääkkeiden jaosta lääke- kärrystä tarjottimelle 103D Vain yksi henkilö huolehtii lääkkeiden jaosta
Potilaskohtainen lääkehoito	81 Lääkehoidon vastuu hoitaja varmistaa lääkkeen oton tai ottamattomuuden 81B Ruokatarjottimen viejä vastaa, että potilas ottaa lääkkeet 81C Lääkkeenviejä huolehtii, että kuntoutuja ottaa lääkkeet 81CC Jos ei ota tiedottaa siitä sairaanhoitajalle ja lääkärille 81D Potilas kieltäytyy lääkkeistä, raportoidaan lääkärille 81E Informoidaan lääkäriä ja kirjataan papereihin 87 Listat pöydille 87AA Lue raportti 87B Huoneen vastuuhoidajan oltava tarkempi 87BB Huolehdittava 87C Tiedottaminen ja vastuullisuus 87 D Huonepöydät siistiksi että listat näkyy 104A Riittävästi juotavaa / syötävää lääkkeen an- non yhteydessä 104B Potilaan hyvä asento lääkettä annettaessa po. 104C Kuntoutujan hankala ottaa lääkettä – lääke pienitään 104CC Huolehditaan että saa otettua lääkkeet ja tulee otettua lääkkeet tarjottimelta 104C Vaihtoehtoiset lääkemuodot 104E Hyvä asento, juomista ja seurataan nielemi- nen

TAULUKKO 4 Esimerkki kategorioiden muodostumisesta

TEEMA	RATKAISUEHDOTUKSET TEEMAAN, JOKA TARVIT- TAESSA PELKISTETTY	KATEGORIA (ongelmaa ku- vaava ratkaisuehdotus)
Moniammatillisen hoitohenkilökunnan lääkehoidon osaami- sen kehittäminen	1C Hoitajille lisää lääkehoidon koulutusta 6E Toimipaikkakoulutus 7B Farmaseutin osaamisen hyödyntäminen 9D Koulutusta ikäihmisen / moniongel- maisesta lääkityksestä 17C Yksilöllinen huomiointi / kipulääke 15C Lisää tietoa, mitä lääkkeitä helpommin nieltävässä muodossa 15CC Tietoa mitä lääkkeitä voi jauhaa 21A Kirjataan oireita tarkasti ja viestitään eteenpäin 21CCC Terapeuttien ohjaus lääkeasioissa 24BB Lääkevuoroja, esimerkiksi lyhyt vuoro, farmaseutin rinnalla 31A Säännölliset lääkehoitokoulutukset kaikille hoitajille 31B Kaikille hoitajille 31BB Mahdollisesti myös terapeuteille 31C Kaikki osastolla työskentelevät koulu- tuksiin 31D Säännölliset koulutukset kaikille lääk- keen jakoon osallistuville 31DD Terapeuteille perustietoa 35 E Koulutusta 40B Jatkuva lääkehoidon koulutus 40C Farmaseutin kanssa käydään valmistei- tä läpi 43A Koulutusta 43D Lääkekoulutusta yhteisvaikutuksista ja sivuvaikutuksista 43E Lisää tietoa lääkkeiden vaikutuksista kaikille 52AA Henkilökunnan kouluttaminen 52B henkilökunnan kouluttaminen 52E Koulutusta	Lääkehoito-osaaminen (1C, 6E, 6D, 7B, 9D, 15C, 15CC, 21CCC, 24BB, 31A, 31B, 31BB, 31C, 31D, 31DD, 35E, 40B, 40C, 52AA, 55B, 52E)  Lääkehoidon vaikutusten seuranta (17C, 21A, 43A, 43D, 43E)

## TOIMINTAOHJE

## LÄÄKKEIDEN JAKO RUOKAILUJEN YHTEYDESSÄ

- työvuoron alussa nimetään lääkkeiden jaosta vastuussa oleva hoitaja

## LÄÄKEHOITAJANA VOI TOIMIA LÄÄKETENTIN SUORITTANUT SH, PH TAI LH

- jos lääkevastaavana toimii lh tai ph, vuorossa oleva sh huolehtii iv-lääkitykset
- lääkevastaava mittaa verensokerit, valmistaa lääkekärryn ja jakaa annettavat lääkkeet ruokatarjottimille
- punaisen tiimin lääkevastaava jakaa lääkkeet valmiiksi ruoankuljetuskärryssä oleville ruokatarjottimille ennen kuin tarjottimia aletaan valmistella kuntoutujille vietäviksi tai toimii, kuten keltaisen tiimin lääkevastaava
- keltaisen tiimin lääkevastaava jakaa lääkkeet ruokatarjottimille sitä mukaa kun tarjotin on saatu valmisteltua. Muut työvuorossa olevat hoitajat vievät tarjottimet kuntoutujille
- sekä pitkä että lyhytvaikutteisiin insuliinikyniin väännetään insuliiniannokset valmiiksi. Tämä toimii merkkinä siitä, että insuliini on pistämättä. Neulat kiinnitetään paikoilleen ja insuliiniannokset väännetään valmiiksi juuri ennen ruoanjakoa, jotta vältetään insuliinin kiteytymiseltä neuloihin. Kiteytyminen tukkii neulan. Insuliinikynät viedään kuntoutujille ruokatarjottimella.
- hoitaja tai terapeutti, joka vie ruokatarjottimen kuntoutujalle, huolehtii, että tarjottimelle jaetut lääkkeet tulevat otetuksi, insuliinit ja Klexanet pistetyksi, laastarit vaihdetuksi. **Jos tarjottimen viejällä, kuten terapeutilla tai opiskelijalla, ei ole pisto-oikeutta, hän huolehtii, että oikeudet omaava hoitaja antaa pistokset/vaihtaa lääkelaastarit. Terapeutit eivät anna injektioita, eivätkä vaihda lääkelaastareita.**
- kuntoutujan tunnistaminen aina ennen lääkkeiden antoa



- tarjottimen vienyt hoitaja huolehtii, että insuliinikynät, käytetyt Klexane ruiskut ja N-lääkelaastarit palautetaan asianmukaisiin säilytyspaikkoihin
- huoneista vastuussa olevat hoitajat huolehtivat, että tarjottimille jaetut lääkkeet on otettu, ennen kuin tarjottimet kerätään pois
- teräväjäteastiat sijoitetaan punaisessa tiimissä hoitajien kansliaan ja hoitotarvikevarastoon.
- keltaisessa tiimissä keräysastiat sijoitetaan liinavaatevarastoon ja vaippakaappiin. Lisäksi huuhteluhuoneessa on teräväjäteastia.
- eristyshuoneissa on omat teräväjäteastiat. Jatkossa niihin pyritään hankkimaan lukittavaa mallia olevat astiat
- eristettynä olevien insuliinidiabeetikkojen insuliinikynät ja neulat säilytetään potilashuoneessa seinäkaapin päällä. Huolehditaan, että kyniin on merkitty selvästi insuliiniannos, pistoaika ja lyhytvaikutteisissa insuliinikynissä VS-rajat. Potilaskaapin oveen kiinnitetään lista, johon annetut insuliiniannokset ruksataan annetuiksi. Kun eristys puretaan, insuliinikynät hävitetään asianmukaisesti
- iltapalalla annettavat lääkkeet jaetaan kuntoutujien pöydille ennen iltapalaa. Lääkkeet jakava hoitaja pistää Klexanet ja vaihtaa laastarimuotoiset lääkkeet sekä huolehtii käytetyt tarvikkeet asianmukaisiin säilytyspaikkoihin.
- verensokerit mitannut hoitaja huolehtii, että käytetyt lansetit toimitetaan teräväjäteastiaan
- hoitaja, joka ottaa käyttöön uuden insuliinikynän, silmätipppapullon, astmasuihkeen, voiteen yms, huolehtii, että avattuun pakkaukseen tulee merkintä avaamispäivästä ja potilaan nimi, jos pakkaus tulee henkilökohtaiseen käyttöön
- iv-lääkkeiden ja im-injektioiden antoajat ovat klo 9, 17 ja 01.

## TOIMINTAOHJE

### LÄÄKKEENJAKO ARKISIN

- farmaseutti jakaa lääkkeet lääketarjottimille päiväksi kerrallaan: maanantaina tiistain lääkkeet, tiistaina keskiviikon lääkkeet jne.
- välivuorolainen jakaa erikseen jaettavat lääkkeet (oth, iv, sc.) klo 14:n lääkkeistä eteenpäin seuraavan päivän klo 14:n lääkkeisiin asti
  - välivuorolaisen työaika klo 12 – 20/21
  - välivuorolainen tekee uusille kuntoutujille LääkeO-lehdet ja jakaa lääkkeet seuraavaan päivään saakka mikäli ehtii, muussa tapauksessa asiasta huolehtii tiimin sairaanhoitaja.

### KAKSOISTARKISTUS ARKISIN

- välivuorolainen tarkistaa farmaseutin jakamat lääkkeet
- tiimien iltavuoron vastaavat sairaanhoitajat tarkistavat välivuorolaisen jakamat lääkkeet: oth, iv, sc. tiimeittäin

### LÄÄKKEENJAKO VIIKONLOPPUISIN

- välivuorossa oleva sairaanhoitaja jakaa lääkkeet kuten arkisinkin päiväksi eteenpäin
- hän jakaa oth, iv, sc. lääkkeet klo 14:sta seuraavan päivän klo 14:ään saakka
- työaika klo 12 - 20/21

### KAKSOISTARKISTUS VIIKONLOPPUISIN

- tiimien iltavuoron vastaavat sairaanhoitajat tarkistavat oman tiimensä kaikki lääkkeet
  - työvuoro alkaa vastaavilla sairaanhoitajilla klo 13

## TOIMINTAOHJE

Potilashuoneen vastuuhoitaja (PH, LH, SH)

**Potilashuoneissa olevat nestelistat, tipat, voiteet, suihkeet  
sekä kuntoutujien tunnisterannekkeet**

- Nestelista (väri vihreä), säilytetään muovitaskussa kuntoutujan pöydällä.
- Nestelistaan merkitään kaikki, myös ruoka, uudet merkinnät nestelistan alaosassa, saadut nesteet.

Nesterajoitus: merkitään vain nesteet.

Nestetasapaino: balanssin lasku, nestelistaan merkitään virtsamäärät (VM)

- Lääkelistat (silmätipat ja silmävoiteet, astmasuihkeet, lääkevoiteet) ovat punaiset. Jos kuntoutujalla on käytössä useampi lääke esimerkiksi silmätippoja, merkitään lääkelistaan selvästi, missä järjestyksessä lääke annetaan/laitetaan. Lääkelistat laitetaan huoneessa kuntoutujan vaatekaapin ovesa olevaan muovitaskuun, (listaan ei nimeä, vai huone ja vuodepaikka)

- Lääkelistoja on lääkehuoneessa sekä pikkukoreja, joissa säilytetään vain silmätippoja ja suihkeita kuntoutujan pöydällä.

- Eristyshuoneen insuliineille lista huoneeseen, jossa selvä merkintä, kuinka paljon insuliinia menee ja antoaika. Korjaava insuliini ohje/määrä.

- Eristyshuoneiden kylmätuotteet (esim. silmätipat) säilytetään huuhteluhuoneen jääkaapissa, pahvilaitikkaa ei viedä eristyshuoneeseen, otetaan pelkkä pullo/tuubi, huoneesta pois tullessa lääke pyyhitään desiliinalla ennen kuin se laitetaan takaisin laatikkoon ja jääkaappiin.

- Kun eristys loppuu, huoneessa olleet insuliinikynät laitetaan hävikkiin.

○ Lääkehuoneessa säilytetään vain puhtaat insuliinikynät.

- Hoitaja joka vie ruokatarjottimen, tunnistaa kuntoutujan tunnisterannekkeesta ja huolehtii, että kuntoutuja saa lääkkeit suuhun asti.

- Huoneen vastuuhoitaja tarkistaa työvuoron aika tunnisterannekkeet ja vaihtaa tarvittaessa

○ jokaisella kuntoutujalla tulee olla tunnisteranneke

- Kuntoutujalla hankaluuksia niellä lääkkeitä tai sylkee lääkkeet pois, tästä heti tieto farmaseutille/sairaanhoitajalle/lääkärille, lääke helpommin otettavaan muotoon.  
○ tieto myös puheterapeutille
- Päivöohjelman tarkempi täyttäminen
- Tieto kulkee hyvin aamulla, kun vastuuhoitaja lukee päiväohjelman. Helpottaa tiedon kulkua vapaa-päiviltä tuleville hoitajille ja varahenkilöille.
- Vuoteessa ruokailevan/lääkkeet ottavan kuntoutujan kuvalliset asento - ohjeet ovat kuntoutujan potilasvuoteen kohdalla seinällä. (KYTKE hankkeessa tehtyä materiaalia ja kuvia) Punaisessa tiimissä löytyvät myös kansiosta, missä myös AVH kuntoutujan asento ohjeet vuoteessa.

#### POTILAAN TUNNISTAMISEN PERIAATTEET

Potilaan luotettava tunnistaminen on turvallisen hoidon perusta. Potilaan tunnistaminen tehdään aina potilasta hoidettaessa. **Erytystä huomiota tulee kiinnittää potilaan tunnistamiseen siirtotilanteissa, toimenpiteissä ja lääke- ja nestehoitoa toteutettaessa.**

- Jokaisen työntekijän vastuulla on potilaan henkilöllisyys
- Potilaan tunnistaminen perustuu sekä nimen, että henkilötunnuksen varmistamiseen, joka tulee tehdä ennen tunnisterannekkeen asettamista.
  - kuvallinen kela-kortti tai kuvallinen henkilökortti
  - potilasta pyydetään kertomaan nimi ja henkilötunnus suullisesti
  - kommunikointiin kykenemättömien potilaiden tunnistamisessa käytetään apuna kuvallista henkilökorttia tai potilaan saattajaa
- Välittömästi potilaan tunnistamisen jälkeen hänelle laitetaan tunnisteranneke
  - tunnisterannekkeen laittamisesta vastaa se yksikkö, joka ottaa potilaan vastaan
  - varmistetaan, että tunnisterannekkeen tiedot vastaavat potilaan tietoja

- Tunnisterannekkeessa tulee olla potilaan nimi, henkilötunnus ja hoitavayksikkö
- Kaikilla sairaalassa sisällä olevilla potilailla tai toimenpiteeseen meneville potilailla tulee olla tunnisteranneke.
- Mikäli potilas ei jostain syystä voi pitää tunnisteranneketta, tulee tunnistamisen tapahtua muulla luotettavalla menetelmällä.
  - tunnisteranneketta pidetään koko hoitajakson ajan
  - tunnisterannekkeen poistajan on velvollisuus varmistaa, että potilaalle laitetaan tunnisteranneke takaisin
- Potilasta ei tunnisteta missään tilanteessa vuoteen tai paikkanumeron perusteella.
- Potilaan siirtyessä jatkohoitoon siirtovastuussa oleva hoitaja varmistaa, että potilailla on tunnisteranneke.
- Potilaan kotiutuessa kotiuttava henkilö poistaa potilaalta tunnisterannekkeen

### **POTILAAN TUNNISTAMINEN LÄÄKKEENANTOTILANTEESSA**

- kysytään potilaan nimi ja henkilötunnus
- varmistetaan, että potilaalla on tunnisteranneke
- varmistetaan, että potilaan antama tiedot vastaavat rannekkeen tietoja
- kommunikointiin kykenemättömiltä potilailta varmistetaan potilaan henkilöllisyys tunnisterannekkeesta
- kiireettömissä tilanteissa toimenpidettä, tutkimusta ja lääkehoitoa ei saa toteuttaa, jos potilaalla ei ole tunnisteranneketta
- tunnistaminen ei saa viivästyttää potilaan hoitoa



# TURVALLISTA LÄÄKEHOITOA MONIAMMATILLISESTI KUNTOUTUSOSASTOLLA

Oikein toteutettu ja turvallinen lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon asiakkaan saaman palvelun laatua (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 11).

Kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää, miten kuntoutusosaston moniammatillinen hoitohenkilökunta kokee kuntoutusosaston käytännön lääkehoidon toteutuksen ja mitä kehittämistarpeita he nimeävät käytännön lääkehoidon toteuttamisessa.

Tavoitteena oli kehittää turvalliset, toimivat lääkehoidon käytännön toimintamallit moniammatillisen hoitohenkilökunnan tuottamien ratkaisujen ja teorian avulla.

Kehittämistyön tutkimusmetodologiana on toimintatutkimus, jossa tuotetaan käytännön tietoa käytännön kehittämiseksi. Alkukartoituksen aineisto kerättiin moniammatilliselta hoitohenkilökunnalta 6-3-5 menetelmää käyttäen.

Tulosten perusteella kehittämistarpeiksi nousivat:

1. Lääkkeiden jako ruokailujen yhteydessä
2. Vastuukysymykset: Potilashuoneissa olevat silmätipat, astmasuihkeet / antaminen, lääkelistat, nestelistat / täyttäminen
3. Moniammatillisen hoitohenkilökunnan lääkehoidon osaamisen kehittäminen

Interventioiksi muodostui:

- Lääkkeiden jaon selkiyttäminen ruokailujen yhteydessä: Kirjallinen toimintamalli lääkkeiden jakoon ruokailujen yhteydessä /yksi henkilö (sh / lh / ph) vastaa lääkkeiden jaosta
- Kirjallinen toimintamalli potilashuoneesta vastaavan hoitajan vastuiden ja velvollisuuksien selkiyttämiseen.
- Moniammatillisen hoitohenkilökunnan lääkehoidon osaamisen kehittäminen osaston sisäisellä koulutuksella.

Interventoiden jälkeen seuranta-aineisto kerättiin moniammatilliselta hoitohenkilökunnalta 6-3-5 menetelmällä.

Kehittämisprosessin seuranta-aineiston perusteella kehittämissä edisti käytännön lääkehoidon turvallisuutta.

Moniammatillisen hoitohenkilöstön näkökulmasta kehittämissä selkiytti ja tehosti lääkehoidon käytännön toimintamalleja sekä syvensi moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillisen hoitohenkilökunnan käytännön lääkehoidon osaaminen lisääntyi.

Kehittämistyön myötä jatkossa kehitetään edelleen käytännön lääkehoitoon liittyvää työvuorojen alussa tapahtuvaa työnjaollista suunnittelua ja informointia (nielemisvaikeus /lääkkeiden antotapa / asento, seuranta /NL) sekä osastokohtaista ammattiryhmittäin tapahtuvaa lääkehoidon koulutusta.

OULU



Elisa Sarjonen  
Ylempi AMK-opiskelija (sh)  
Klinisen asiantuntijan  
koulutusohjelma  
elisa.sarjonen@ouka.fi



KAJAANIN  
AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES