

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Ikäosaamisen kehittäminen ja johtaminen  
Ylempi ammattikorkeakoulu

Anni Suomalainen

HELSINGIN KAUPUNGIN KOTIHOIDON LÄÄKEHOITOPROSESSIN KEHITTÄMINEN POTILASTIETOJÄRJESTELMÄN VAIHTUESSA

Opinnäytetyö  
Helmikuu 2020



**OPINNÄYTETYÖ**  
**Helmikuu 2020**  
**Ikäosaamisen kehittäminen ja johtaminen, Ylempi AMK**  
Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
+358 13 260 600 (vaihde)

**Tekijä**  
Anni Suomalainen

**Nimeke**  
Helsingin kaupungin kotihoidon lääkehoitoprosessin kehittäminen potilastietojärjestelmän vaihtuessa

**Toimeksiantaja**  
Helsingin kaupunki, Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut. Helsingin kaupungin Apotti.

**Tiivistelmä**

Helsingin kaupunki ottaa käyttöön uuden Apotti-potilastietojärjestelmän lokakuussa 2020. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli valmistella Apotin käyttöönottoa yhdessä Helsingin kaupungin henkilöstön kanssa. Tavoitteena oli kehittää lääkehoidon prosessimalli demokraattisen dialogin avulla. Lisäksi tavoitteena oli edistää Helsingin kaupungin kotihoidon lääkehoitoprosessin turvallista käyttöönottoa potilastietojärjestelmän vaihtuessa.

Opinnäytetyön toiminnallisena osuutena pidettiin kaksiosainen työkonferenssi, jossa toteutettiin demokraattista dialogia. Työkonferenssien tuotoksena tehtiin lääkehoidon prosessimalli ajantasaisen lääkityslistan saamiseksi Apotissa.

Opinnäytetyön keskeisimpänä tuloksensa oli se, että ikääntyneiden lääkehoito koetaan laajana aiheena. Lääkehoito koettiin liian laajaksi aiheeksi, jotta siitä voisi saada yhden prosessimallin. Luotu prosessikaavio sujuvoittaa lääkehoito siirryttäessä uuteen potilastietojärjestelmään. Tuloksena oli myös se, että Helsingin kaupungin kotihoidon lääkehoidosuunnitelmaa tulee vielä ajantasaistaa sekä selkiyttää. Jatkokehittämisaiheena on prosessimallien kehittäminen jakamalla lääkehoidon prosesseja valmiiksi pienempiin aihealueisiin.

**Kieli**  
suomi

Sivuja 70  
Liitteet 3  
Liitesivumäärä 3

**Asiasanat**

Ikääntyneiden lääkehoito, lääkitysturvallisuus ja lääkehoidon prosessi



**THESIS**  
**February 2020**  
**Master's Programme in Active Ageing**

Tikkarinne 9  
FI-80200 JOENSUU  
FINLAND  
Tel +358 13 260 600

Author  
Anni Suomalainen

Title  
Improving the Pharmacotherapy Process Within Helsinki City Home Care Services as the Patient Information System Changes

Commissioned by  
City of Helsinki, Hospital, Rehabilitation and Nursing Services. Apotti, the City of Helsinki

Abstract

The city of Helsinki will implement the new Apotti Patient Information System in October 2020. The purpose of this thesis was to prepare the implementation of Apotti together with Helsinki City staff. The aim was to develop a process model for pharmacotherapy through democratic dialogue. Another aim was to promote the safe introduction of the pharmacotherapy process within Helsinki City Home Care Services as the patient information system changes.

As a functional part of the thesis, a two-part conference was held where the principles of democratic dialogue were followed. As a result of these work conferences, a pharmacotherapy process model was developed to obtain an up-to-date medication list in Apotti.

The main result of the thesis was that pharmacotherapy in older people is considered as a broad topic. Pharmacotherapy was perceived as too broad a subject for a single process model. The created flowchart will streamline pharmacotherapy as the new patient information system is introduced. Another finding was that the pharmacotherapy plan of Helsinki City Home Care Services still needs to be updated and clarified. A topic for further development is to develop process models by subdividing the pharmacotherapy processes into smaller sections.

Language

Finnish

Pages 70

Appendices 3

Pages of Appendices

Keywords

pharmacotherapy in older people, safety in pharmacotherapy, pharmacotherapy pro-

## Sisältö

1	Johdanto .....	5
2	Turvallinen lääkehoito ikääntyneen hoidossa .....	6
2.1	Ikääntyneiden lääkehoito .....	7
2.2	Lääkehoito osana ikääntyneen asiakkaan potilasturvallisuutta .....	8
2.3	Ikääntyneen lääkehoidon vaaranpaikat .....	10
2.4	Läkehoidon toteuttamisen prosessi .....	14
2.5	Kotihoidon lääkehoidon prosessi Apotti-potilastietojärjestelmässä ....	17
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävät .....	19
4	Opinnäytetyön toteutus sekä kehittämisprosessin menetelmälliset valinnat	20
4.1	Opinnäytetyön kehittämisprosessi .....	20
4.2	Demokraattiseen dialogiin pohjautuva kehittämistoiminta .....	23
4.3	Työkonferenssi kehittämistoiminnan menetelmänä .....	26
4.4	Kehittämistoiminnan osallistujat .....	27
4.5	Opinnäytetyön arviointimenetelmät .....	29
5	Kehittämisprosessin toteutus .....	31
5.1	Työkonferenssien valmistelu .....	32
5.2	Ensimmäinen työkonferenssi .....	34
5.2.1	Tuotokset .....	37
5.2.2	Palaute .....	38
5.3	Toinen työkonferenssi .....	39
5.3.1	Tuotokset .....	42
5.3.2	Palaute .....	45
5.4	Työkonferenssien arviointi .....	46
6	Tulokset .....	52
6.1	Ikääntyneiden lääkehoito .....	52
6.2	Lääkitysturvallisuus .....	54
6.3	Läkehoidon prosessi .....	56
7	Pohdinta .....	57
7.1	Luotettavuus ja eettisyys .....	57
7.2	Johtopäätökset ja jatkokehitystehtävät .....	61
	Lähteet .....	65

### Liitteet

Liite 1	Motivaatiokirje
Liite 2	Demokraattisen dialogin ohjeet
Liite 3	KKK-palautelomake

## 1 Johdanto

Koko maailman väestö ikääntyy vauhdilla (He, Goodkind & Kowal 2016, 4; World Health Organization 2015, 43). Tällä hetkellä Suomen väestöstä noin kuusi prosenttia on yli 65-vuotiaita. Ennusteen mukaan vuonna 2030 vastaavan ikäisen väestön osuus koko Suomen väestöstä on 26 prosenttia. (Tilastokeskus 2018.) Helsingin kaupungissa 75 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa ennusteen mukaan tämän hetken seitsemästä prosentista kymmeneen prosenttiin vuoteen 2030 mennessä. Lukumäärällisesti tämä tarkoittaa 24 000 asukasta. (Helsingin kaupungin tilastokeskus 2013, 41.)

Lääkehoito on olennainen osa hoitotyötä ja sen rooli korostuu ikääntyneiden hoitotyössä (Alexander-Magalee 2013; Hepler & Strand 1990, 533). Ikääntyminen tuo mukanaan toimintakyvyn laskua ja erilaisia sairauksia, jolloin huolellisesti toteutetun lääkehoidon merkitys lisääntyy. Ikääntyneiden mahdollisuudet toteuttaa turvallista lääkehoitoa itsenäisesti voi olla alentunut erilaisten kognitiivisten toimintojen heikkenemisen vuoksi. (Fialová & Onder 2009, 641, 644.)

Suomen lainsäädännön mukaan kunnan on tarjottava asiakkailleen kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa. Kunta voi yhdistää sosiaalihuoltolain mukaisen kotipalvelun ja terveydenhuoltolain mukaisen kotisairaanhoidon, jolloin tehtävien muodostama kokonaisuutta kutsutaan kotihoidoksi. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 20. §; Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 25. §.) Kotihoidon palveluja tarjotaan niille henkilöille, joiden kotona pärjääminen on vaarantunut sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi (Sosiaali- ja terveysministeriö). Vuoden 2018 lopulla Helsingin kotihoidossa oli säännöllisiä kotihoidon asiakkaita 7 007, joista 5 437, eli 77.5 prosenttia, oli 75 vuotta täyttäneitä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019).

Potilastietojärjestelmien integraatio sekä potilastietojen nykyistä sujuvampi vaihto parantaisi lääkehoidon laatua ja kokonaisuuden hallintaa. Erityistä huomiota lääkehoidon kokonaisuudessa tulisi kiinnittää monisairaisiin ja -lääkittyihin asiakkaisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018, 10.)

Lääkehoidossa tapahtuu maailmanlaajuisesti runsaasti erilaisia virheitä ja vahinkoja. Virheet voivat vaikuttaa yksilöön eri tavoin, pienestä haitasta aina kuolemaan saakka. Sen lisäksi lääkehoidon virheet aiheuttavat maailmanlaajuisesti vuosittain arviolta 42 miljardin dollarin kulut. (World Health Organization 2019a.) Osa lääkehoidon virheistä tapahtuu tiedonsiirron ongelmien vuoksi. (Linden-Lahti, Airaksinen, Pennanen & Käyhkö 2009; Welling 2019.)

Helsingin kaupunki ottaa käyttöön uuden potilastietojärjestelmän loppuvuodesta 2020. Hankinta on tehty Apotti-potilastietojärjestelmästä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on valmistella Apotin käyttöönottoa yhdessä Helsingin kaupungin kotihoidon henkilöstön kanssa. Tavoitteena on kehittää lääkehoidon prosessimalli demokraattisen dialogin avulla.

Lisäksi tämän opinnäytetyön tavoitteena on edistää Helsingin kaupungin kotihoidon lääkehoitoprosessin turvallista käyttöönottoa potilastietojärjestelmän vaihtuessa syksyllä 2020. Opinnäytetyön tehtävänä tuotetaan prosessikaavio lääkehoitoprosessista ennen Apotin käyttöönottoa. Lisäksi tehtävänä on luoda henkilöstöä osallistava toimintamalli lääkehoitoprosessin ohjaamisesta ja suunnittelusta Helsingin kaupungin kotihoidon henkilöstölle toimeksiantajan edustajan käyttöön.

Tämä opinnäytetyö toteutetaan käytännön tarpeeseen Helsingin Apotin toimeksiannosta. Apotin tulon myötä kirjaamiskäytänteet ja toimintatavat muuttuvat. Kotihoidossa lääkehoidon prosessi koskettaa tuhansien asiakkaiden lääkehoitoa, sen turvallisuutta ja onnistumista.

## **2 Turvallinen lääkehoito ikääntyneen hoidossa**

Tämän opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat ikääntyneiden lääkehoito, lääkitysturvallisuus ja lääkehoidon prosessi. Lääkehoidon ja lääkitysturvallisuuden rajaukseksi on otettu ikääntyneiden lääkehoito, sillä suurin osa kotihoidon asiakkaista on 75 vuotta täyttäneitä. Lisäksi lääkitysturvallisuus korostuu erityisesti ikääntyneillä heidän monien sairauksien ja sitä kautta monilääkityksen vuoksi.

Lääkehoidon prosessia on käsitelty yleisellä tasolla, sillä lääkehoidon prosessien tulisi toteuta kaikkien lääkehoidossa samoja kriteereitä noudattaen. Ikä tai muut yksilölliset ominaisuudet eivät saisi vaikuttaa lääkehoitoon, lääkehoidon prosesseihin ja toteutuksen laatuun. Opinnäytetyön asiasisältö muodostuu keskeisien käsitteiden ympärille. Lopussa kerrotaan uuden potilastietojärjestelmän, Apotin, lääkehoitoprosessista. Helsingin kaupunki ottaa uuden potilastietojärjestelmän käyttöönsä vuoden 2020 lopulla.

## **2.1 Ikääntyneiden lääkehoito**

Lääkehoito on osa ihmisen kokonaisvaltaista hoitoa. Lääkkeillä voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa sairauksia sekä tukea kuntoutumista. Parhaimmillaan lääkehoito parantaa yksilön elämänlaatua. (Thurman & Sinisalo 2015, 9.) Suomessa lääkehoitoa säätelee lainsäädäntö ja asetukset. Lääkehoidon toteuttaminen luokitellaan terveydenhuollon toiminnaksi, jossa laillistetut ja nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt vastaavat lääkehoidon toteuttamisesta. (Valvira 2017.)

Ikäihmiset tarvitsevat useasti lääkehoitoa erilaisten ikääntymisen mukana tulevien sairauksien ja terveydentilan muutoksien vuoksi. Hyvin toteutetulla lääkehoidolla voidaan tukea ikääntyneen elämänlaatua ja toimintakykyä. Ikääntymisen myötä lääkkeiden vaikutus elimistössä muuttuu. Kehon koostumuksen muutoksen myötä lääkkeiden jakautuminen ja imeytyminen elimistöön muuttuu. (Fimea 2018; Thurman & Sinisalo 2015, 196–198.) Lääkitysreaktiot voivat olla ikääntyneillä voimakkaammat. Mahdollisista lääkitysreaktioista toipumiseen menee ikääntyneellä enemmän aikaa kuin nuoremmalla henkilöllä. (Kalliokoski, Sommarberg & Forsell 2007, 58.) Munuaisten toiminnan heikentyessä lääkkeiden poistuminen elimistöstä hidastuu. Maksan vanhenemismuutosten vuoksi lääkkeiden puoliintumisajat voivat pidentyä. Aivot ja sydän voivat herkistyä lääkkeiden vaikutuksille. Iäkkäillä lääkehaittoina voi esiintyä erilaisia oireita. (Fimea 2018; Thurman & Sinisalo 2015, 196–198.)

Lääkkeiden haittavaikutukset tulisi erottaa, jotta niitä ei sekoitettaisi sairauden oireisiin (Thurman & Sinisalo 2015, 197). Haittavaikutusten vähentämiseksi lääkitys täytyisi määrätä oikein perustein. Tarpeeton, epäsopiva tai väärä lääke tai annostus voi lisätä riskiä esimerkiksi kaatumisille ja sitä kautta ikääntyneen terveydentilan heikkenemiseen ja terveydenhuollon järjestelmien lisääntyneeseen käyttöön (World Health Organization 2002, 25; Nurminen 2011, 105.) Lääkehoidon vaikutuksia seuraavat kaikki henkilön lääkehoitoon osallistuvat (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2015, 46). Ikääntyneiden lääkehoitoon olisi tärkeä saada yhtenäinen järjestelmä, joka varoittaisi ja tiedottaisi enemmän lääkehoidon riskeistä ja hyödystä terveydenhuollon ammattilaisia, mutta myös ikääntynyttä itseään. (World Health Organization 2002, 25).

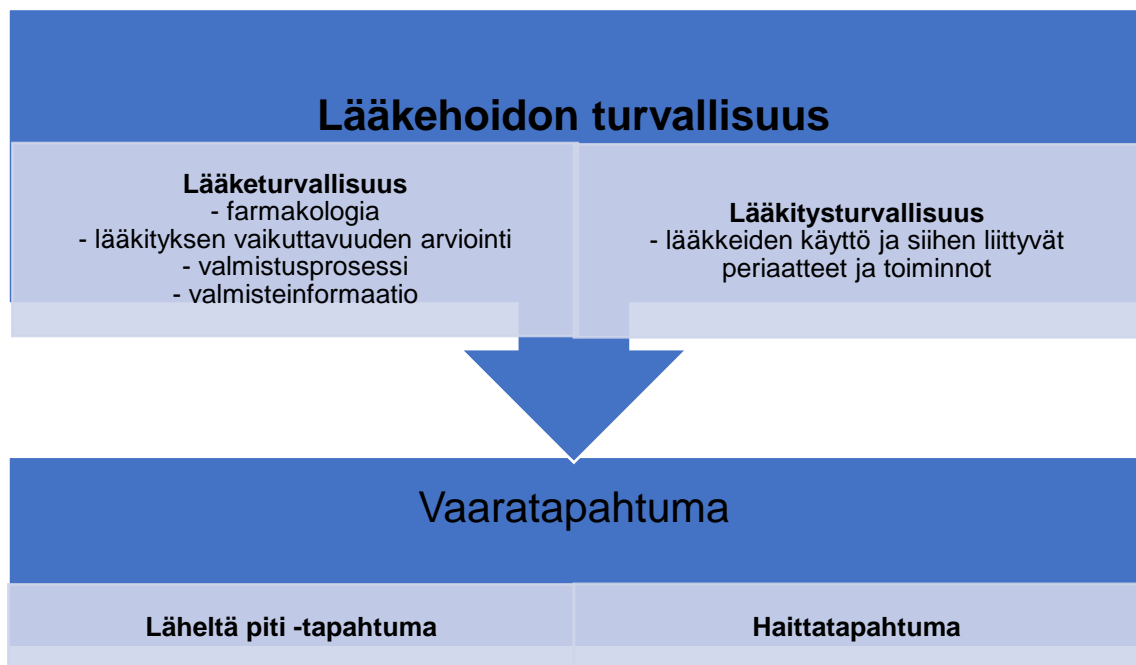
## **2.2 Lääkehoito osana ikääntyneen asiakkaan potilasturvallisuutta**

Hoidon laadun ja turvallisuuden yksi osa on potilasturvallisuus. Sen tarkoituksena on suojata potilasta vahingoittumasta ja varmistaa hoidon turvallisuus. (World Health Organization 2019b.) Potilasturvallisuutta on se, että hoito, hoiva tai palvelut edistävät asiakkaan fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista hyvinvointia (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2017, 12). Hoidon tavoitteena on taata asiakkaalle turvallinen ja vaikuttava hoito. Palveluprosessien on oltava sellaisia, että ne suojaavat asiakkaita vaaratapahtumilta. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2017, 11.) Potilasturvallisuuteen kuuluu hoidon, laitteiden ja lääkehoidon turvallisuus. Kaikissa edellä mainituissa hoidon laadun ja turvallisuuden osa-alueissa voidaan erottaa menetelmän turvallisuus sekä hoitoprosessin turvallisuus. Menetelmän turvallisuudella tarkoitetaan esimerkiksi laitteen tai lääkkeen turvallisuutta. Hoitoprosessin turvallisuudella tarkoitetaan muun muassa lääkehoitoprosessia ja työmenetelmiä. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 5–6.)

Läkehoidon turvallisuudella (kuvio 1) on keskeinen osa potilasturvallisuudessa. Läkehoidon turvallisuus voidaan jakaa kahteen eri osaan: lääketurvallisuuteen ja lääkitysturvallisuuteen. Lääketurvallisuuteen kuuluvat lääkkeen farmakologia, lääkityksen vaikuttavuuden arviointi, valmistusprosessi sekä valmisteinformaatio.



Lääkitysturvallisuuteen kuuluvat lääkkeiden käyttöön liittyvät periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa turvallinen lääkehoito. Lääkitysturvallisuus käsittää toimenpiteet lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien tunnistamiseksi, korjaamiseksi ja ehkäisemiseksi. Kun lääkkeiden käytössä tapahtuu sovitusta poikkeava tapahtuma, esimerkiksi asiakkaalle annetaan väärä lääke, väärällä annoksella, väärään aikaan tai lääke jää kokonaan antamatta, syntyy lääkityspoikkeama. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 5–8.) Lääkityspoikkeamien tiedetään olevan yksi merkittävimmistä potilasturvallisuutta heikentävistä tekijöistä (Linden-Lahti ym. 2009). Poikkeama voi johtaa vaaratapahtumaan ja sitä kautta haittatapahtumaan. Joskus poikkeama voi olla myös suunniteltu tai potilaan edun mukainen. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 5–8.)



Kuvio 1. Lääkehoidon turvallisuus (mukaillen Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 5–8.)

Haitalla tarkoitetaan potilaalle aiheutuvaa tilapäistä tai pysyvää vaikutusta, joka on ei-toivottu. Haitta voi olla fyysinen, psyykinen, emotionaalinen, sosiaalinen tai taloudellinen. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 7.) Lääkitykseen liittyvät haitat ovat merkittävä osuus kaikesta annetusta hoidosta. Kotihoidon asiakkaat kärsivät monista lääkehaitoista. Yleisimpiä fyysisiä haittoja ovat

heikkous, ripuli, ihoreaktiot sekä pahoinvointi. (Ellenbecker, Frazier & Verney 2004, 167.)

### **2.3 Ikääntyneen lääkehoidon vaaranpaikat**

Lääkityspoikkeamia tapahtuu kaikkialla maailmassa (Jones & Treiber 2010, 240). Euroopassa neljäsosa ihmisistä on altistunut lääkityspoikkeamille elämänsä aikana. (Pitkänen, Teuho, Uusitalo & Kaunonen 2015, 122.) Lääkityspoikkeamat ovat yleisiä myös Suomessa. Yli puolet hoitoon liittyvistä virheistä ja poikkeamista syntyy lääkityksestä. (Mustajoki 2005, 2624.) Lääkityspoikkeamat voivat syntyä lääkehoitoprosessin eri vaiheissa (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 8–9). Yli kolmasosa potilasvahinkoa aiheuttaneista lääkityspoikkeamista tapahtuu ikääntyneiden ikäryhmässä (Eronen 2016, 60). Erityinen riskiryhmä lääkityspoikkeamille ovat iäkkäät ja monilääkityt potilaat (Linden-Lahti ym. 2009; Salmasi, Wimmer, Khan, Patel & Ming 2017, 129; Fialová & Onder 2009, 641). Lääkityspoikkeamia tapahtuu säännöllisesti kotihoidossa (Berland & Bentsen 2017, 3734). Lääkityspoikkeamat voivat aiheuttaa vakavaa haittaa tai jopa kuoleman. Erosen (2016, 68) mukaan 5 prosenttia lääkityspoikkeamista on aiheuttanut kuoleman.

Ikääntyneiden monilääkitys on yleistä. Helsingin kaupungin kotihoidon 75 vuotta täyttäneistä asiakkaista 80 prosenttia käyttää säännöllisesti vähintään kuutta lääketta. (Jokinen, Vanakoski, Skippari, Iso-Aho & Simoila 2009). Ahosen (2011, 123) tutkimuksen mukaan kolmasosa kotihoidon ikääntyneistä asiakkaista käyttää iäkkäillä vältettäviä lääkkeitä. Puolella ikääntyneistä on havaittu mahdollisuus iäkkäillä vältettävien lääkkeiden aiheuttamiin oireisiin (Ahonen 2011, 127). Ahosen (2011, 130) mukaan joka viidennellä ikääntyneellä on käytössä lääkkeitä, joilla on kliinisesti merkittäviä yhteisvaikutuksia. Helsingin kotihoidossa toteutetussa tutkimuksessa tuli ilmi, että ei-vakavien lääkkeiden yhteisvaikutusten esiintyvyys on yleistä. Samassa tutkimuksessa ilmeni, ettei vakavia lääkepäällekkäisyyksiä todettu ollenkaan ja iäkkäillä vältettäviä lääkkeitä oli käytössä noin 10 prosentilla asiakkaista. Kuitenkin yli 70 prosentilla kotihoidon asiakkailla todettiin C-luokan interaktio. (Jokinen ym. 2009).

Lääkityspoikkeamien syntyyn on monia syitä (Berland & Bentsen 2017, 3734; Pitkänen ym. 2015, 124–125; Jones & Treiber 2010, 241). Yleisin lääkityspoikkeama on lääkitsemättä jättäminen. Joka kolmas poikkeama syntyy tästä syystä. Toiseksi yleisin lääkityspoikkeama syntyy väärästä annostuksesta. Kolmanneksi yleisin poikkeama on puutteellinen seuranta. (Eronen 2016, 65–66.) Valtaosa lääkityspoikkeamista syntyvät terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnan seurauksena. Lääkityspoikkeamien syntyyn vaikuttaa usein myös prosessin eri vaiheet sekä ongelmat informaation siirtymisessä asiakkaan, henkilöstön, osastojen tai yksiköiden välillä. (Linden-Lahti ym. 2009; Welling 2019.)

Yksi lääkevirheiden synnyn riskikohta on asiakkaan siirtyminen hoitopaikasta toiseen tai kotihoitoon. Jopa puolella asiakkaista on vähintään yksi lääkevirhe, joka johtuu huonosta tiedon siirtymisestä tai kommunikoinnista ammattilaisten välillä. Näissä tapauksissa hoitoon joutuminen lääkevirheiden vuoksi on selkeästi suurentunut. (Moore, Wisnivesky, Williams & McGinn 2003; Linden-Lahti ym. 2009; Berland & Bentsen 2017, 3734; Ellenbecker ym. 2004, 169.)

Suomessa on siirrytty sähköisen reseptin kirjoittamiseen. Sähköisen reseptin avulla pyritään parantamaan potilas- ja lääketurvallisuutta sekä tehostamaan lääkkeen määräämistä. Sähköiset reseptit tallentuvat reseptikeskukseen, josta asiakkaan kokonaislääkityksen pystyy selvittämään ja huomioimaan lääkehoitoa toteutettaessa. (Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 61/2007, 1§; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2018, 18; Goldschmidt 2005, 70.) Reseptikeskus koetaan kuitenkin hankalana, sillä lääkitystiedot ovat hajanaiset ja ajantasaista lääkitystä on vaikea löytää. Potilastietojärjestelmät ja reseptikeskus koetaan huonosti integroiduksi. Lisäksi ajantasaista lääkitystietoa on vaikea löytää, sillä turhia ja lopetettuja lääkitysten reseptejä ei ole mitätöity reseptikeskuksesta. (Korhonen, Timonen, Kauppinen, Mäntyselkä & Ahonen 2019, 1820–1821.)

Yksi lääkitysturvallisuutta heikentävä ja lääkitysvirheitä aiheuttava tekijä on puutteellinen tai väärin kirjoitettu resepti (Jones & Treiber 2010, 241, 243; Ellenbecker ym. 2004, 168). Reseptien kirjoittamisessa on havaittu puutteita. Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan sähköiseen reseptiin ollaan pääsääntöisesti tyytyväisiä ja sen katsotaan lisäävän lääkitysturvallisuutta. Sähköisen reseptin kirjoittaminen ei

ole poistanut kuitenkaan kaikkia reseptien kirjoittamisen puutteita tai epäselvyyksiä. (Hammar, Nyström, Petersson, Rydberg & Åstrand 2010; Linden-Lahti ym. 2009.) Erityisesti monilääkityksen hallinnassa asianmukaisella lääkitystietojen kirjaamisella ja päivittämisellä on tärkeä rooli. Resepteissä ilmenee edelleen väärä lääkkeitä, annoksia, vahvuuksia tai pakkauskojoja. (Jokinen ym. 2009.) Reseptien annosteluohje on saatettu kirjoittaa lyhenteillä (Odukoya & Chui 2012, 1061–1063). Asiakkaan kokonaislääkitystä tarkastellaan kuitenkin huolellisemmin, jos asiakkaalla on monilääkitys tai kyse on iäkkään asiakkaan lääkityksestä (Korhonen ym. 2019, 1820). Reseptien huolellinen käsittely on tärkeä osa lääkityksen riskien minimoimisessa. (Jokinen ym. 2009).

Erilaiset teknologiset sovellukset sekä sähköiset järjestelmät voivat parantaa lääkitysturvallisuutta ja sitä kautta potilasturvallisuutta. Kolme neljäosaa hoitajista oli sitä mieltä, että teknologian avulla voidaan välttää lääkitysvirheiden syntyä. (Jones & Treiber 2010, 244; Alenius & Graf 2016, 300–301.) Sähköisestä potilastietojärjestelmästä sekä reseptikeskuksesta on kuitenkin hyötyä erityisesti silloin, kun asiakkaalle on määrätty lääkkeitä eri hoitoyksikössä. Sähköisistä järjestelmistä voidaan tarkistaa asiakkaan lääkitykseen liittyviä perustietoja tai muita mahdollisia epäselvyyksiä. (Korhonen ym. 2019, 1820.) Kanta-palveluiden tarkoitus on parantaa potilasturvallisuutta ja parantaa hoidon jatkuvuutta sujuvan tiedonkulun avulla (Kanta 2019). Suurin osa lääkäreistä tarkistaa reseptin uudistamiseen tarvittavia tietoja asiakkaan potilastietojärjestelmästä tai Kanta-arkiston potilastiedon arkistosta (Korhonen ym. 2019, 1820). Kuitenkin suurin osa (82.3 %) lääkäreistä on sitä mieltä, ettei tieto muissa organisaatioissa määrättyistä lääkkeistä ole edelleenkään helposti saatavilla (Saastamoinen, Hyppönen, Kaipio, Lääveri, Reponen, Vainiomäki & Vänskä 2018, 1817–1818).

Suurin osa lääkehoidosta ja sen toteutuksesta on hoitajien toteuttamaa (Jones & Treiber 2010, 240). Lääkehoidon turvallista toteuttamista on tutkittu ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Tuloksia ei voida suoraan soveltaa kotihoidon lääkehoidon toteuttamiseen, mutta siitä voidaan saada viitteitä ikääntyneiden lääkehoidon toteuttamisesta hoitohenkilökunnan itsensä arvioimana. Karttusen (2019, 52 & 73) mukaan suurin osa hoitajista saattaa lääkkeet käyttökuntoon suosituksia nou-

dattaen. Kuitenkin melkein puolet hoitajista poikkeaa lääkkeiden antamisen ohjeista. Jos lääkkeet tulisi antaa tasaisin väliajoin, lääkkeen antovälistä poiketaan hoitajien arvion mukaan yli puolessa tapauksista. (Karttunen 2019, 54–55 & 74.) Valtaosa hoitajista tekee suositellut tarkistukset lääkehoidon prosessin eri vaiheissa, kuten tarkistaa lääkkeen, sen antomuodon ja määrän. Kuitenkin vain puolet hoitajista kertoi tarkistavansa antamansa lääkkeet aina lääkekortista. Lääkemäärän tarkistamisessa ennen lääkkeen jakamista ollaan tarkempia. Hoitajista 78 prosenttia arvioi tarkistavansa lääkemäärän lääkekortista tai -määräyksestä ennen lääkkeen jakamista. Melkein kaikki, 89 prosenttia, hoitajista tarkistaa lääkkeen vahvuuden lääkepakkauksesta ennen lääkkeen jakamista. (Karttunen 2019, 56–57 & 76.)

Helsingin kaupungin kotihoidon HaiPro-ilmoituksista suurin osa (78 %) liittyy lääkehoitoon. Näistä kolme neljäsosaa liittyy lääkkeen antamisen. Lääkkeen antamatta jääminen oli näistä lääkitysvirheistä yleisin. Viides lääkitysvirheistä tapahtui HaiPro-ilmoitusten perusteella lääkkeen jakovirheestä. (Aho, Harakka, Heikkuri, Polvi, Samola, Sirola & Talja 2020, 8.) HaiPro on sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien tietotekninen raportointityökalu (Knuuttila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 42).

Lääkkeen tarpeen arvioinnissa on Karttusen väitöskirjan tutkimuksen (2019, 59 & 78) mukaan puutteita. Pieni osa (31 %) hoitajista arvioi lääkkeen tarvetta asiakkaan vointiin suhteutettuna. Kuitenkin ei-toivottujen haittavaikutusten ilmaantumista seurattiin melkein puolessa tapauksista. Muuta lääkehoitoa koskeva arviointi vaihteli sen mukaan, minkä lääkkeen vastetta seurattiin. Kipulääkityksen arviointia kivun hoidossa arvioitiin hyvin, sillä 74 prosenttia hoitajista kertoi arvioivansa kipulääkkeen vastetta. Psyykelääkityksen arviointia tehtiin kuitenkin vain hieman yli puolessa (59 %) tapauksista. (Karttunen 2019, 59 & 78.)

Karttusen (2019, 63 & 81) mukaan farmakologian ja infektioiden torjunnan hyvällä tietoperustalla ja sekä lääkelaskennan osaamisella oli selkeä yhteys lääkehoidon toteuttamisen kanssa. Mitä paremmin hoitaja hallitsi kyseiset taidot, sen paremmin hän arvioi toteuttavansa lääkehoitoa (Karttunen 2019, 63 & 81). Karttusen

tutkimuksesta (2019, 82) ilmeni myös, että vanhemmat hoitajat toteuttivat lääkettä hoitoa huolellisemmin kuin nuoremmat hoitajat.

Ikääntyneiden lääkehoidossa tulee noudattaa erityistä huolellisuutta ja varovaisuutta. Tähän tarvitaan maailmanlaajuisia ja erityisesti valtakunnallista päätöksentekoa, linjauksia ja standardointia hoiva-alan ammattilaisten osaamisen lisäksi. (Fialová & Onder 2009, 644; Pitkänen ym. 2015, 126.) Hoitajat haluavat tehdä työnsä hyvin ja jakavat mielellään osaamistaan (Ellenbecker ym. 2004, 170). Hoitajien mukaan tehokas keino estää lääkityspoikkeamia ovat yhteisten hoitolinjojen ja hoito-ohjeiden kehittäminen (Härkänen, Turunen, Saano & Vehviläinen-Julkunen 2013, 49). Karttusen (2019, 83 & 85) mukaan lääkitysturvallisuutta voidaan parantaa ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa kehittämällä lääkehoidon prosesseja sekä hoitohenkilöstön osaamista niin, että lääkehoitoa toteutettaisiin ohjeiden ja suositusten mukaisesti. Korhosen ym. (2019, 1821) mukaan reseptien uudistamiseen ja käsittelyyn tarvitaan malli, joka varmistaa yhdenmukaiset käytännöt. Kyseisten ohjeiden tulee olla kaikkien lääkehoitoa toteuttavien työntekijöiden tiedossa (Korhonen ym. 2019, 1821). Erilaisilla teknologian sovelluksilla voitaisi myös parantaa lääkitysturvallisuutta (Pitkänen ym. 2015, 126). Osaamisen rinnalla hoitajien asenteella on merkittävä rooli turvallisessa lääkehoidossa (Karttunen 2019, 83). Lisäksi organisaation antamalla tuella sekä hyvän ja turvallisen työskentelyn mahdollistamisella on yhteys työntekijöiden virheettömämpään työskentelyyn (Linden-Lahti 2009).

Turvalliseen lääkehoitoon on tehty erilaisia tarkistuslistoja, joiden avulla voidaan välttää useimmat lääkehoidon toteuttamisen virheet. Yksi esimerkki on WHO:n ”viiden oikean lista”, joka ohjaa tarkistamaan, onko potilas, lääke, annos, antoreitti ja aika oikea. (Valvira 2017.)

## **2.4 Lääkehoidon toteuttamisen prosessi**

Kaikki lääkehoito voidaan jakaa prosesseihin. Lääkehoidon prosessit voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen: lääkkeen määrääminen, lääkkeen annostelu, jaka-

minen ja käyttökuntoon saattaminen, lääkkeen antaminen sekä vaikutusten seuranta ja arviointi. Lääkehoidon prosessi voidaan jaotella asiakaslähtöisemmin viiteen eri vaiheeseen: lääkityksen aloittaminen, lääkityksen ottaminen, lääkityksen muuttaminen tai lisääminen, lääkityksen uudelleen arviointi sekä lääkityksen lopettaminen. (World Health Organization 2019c.) Thurmanin ja Sinisalonen (2015, 15–16) mukaan lääkehoito on prosessi, joka vaatii tarkkuutta ja huolellisuutta. Lääkehoidon prosessi alkaa nykyisen lääkityksen tarkistamisella ja mahdollisen uuden lääkkeen määräämisellä. Lääkkeen hankintapaikka riippuu asiakkaan hoitopaikasta ja kuntoisuudesta. Lääke saatetaan käyttökuntoon ja jaetaan oikean suuruisiin annoksiin. Ennen lääkkeen antoa varmistetaan asiakkaan henkilöllisyys. Lääkkeen annossa kiinnitetään huomiota lääkkeeseen, annoskoko, lääkemuotoon ja antotapaan. Kaikki lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät tiedot kirjataan. Myös mahdolliset poikkeamat kirjataan. Asiakkaan saatua lääkkeen lääkkeen vaikutusta seurataan ja asiakkaalle annetaan ohjausta ja neuvontaa. (Thurman & Sinisalo 2015, 15–16.) Tämän opinnäytetyön tuotoksessa keskitytään lääkkeen määräämiseen sekä lääkityksen tarkistamiseen.

Lääkitysturvallisuudesta huolehtiminen kuuluu lääkehoidon prosessiin. Lääkehoitoa toteuttavalta henkilöltä edellytetään lääkehoidon osaamista, joka muodostuu koulutuksesta, työkokemuksesta ja täydennyskoulutuksesta. Työnantajan vastuulla on tarkistaa työntekijöidensä osaaminen työtehtäviensä kohtaan sekä luoda edellytykset laadukkaaseen ja potilasturvalliseen toimintaan. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011, 1. §). Eri ammattiryhmillä on eri tehtävät ja vastuut lääkehoidon prosessin eri vaiheissa (Inkinen ym. 2015, 25–26). Lääkäreitä, proviisoreja ja farmaseutteja lukuun ottamatta lääkehoitoa toteuttavien henkilöiden osaaminen tulee varmistaa. Myös lääkäreillä, proviisoreilla ja farmaseuteilla on velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan säännöllisesti täydennyskoulutuksilla ja tutustumalla ammattiansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 18. §.)

Turvallinen lääkehoito -Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa (Inkinen ym. 2015), sisältää taulukon, johon on lueteltu lääke-

hoitoon osallistuvan henkilön vastuut lääkehoidossa ja edellytykset osallistua lääkehoidon toteuttamiseen. Tehtävänkuvat voivat olla hyvinkin erilaiset. Osaamisen näytöillä sekä lisä- ja täydennyskoulutuksilla vastuu lisääntyy. Muun muassa nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö, kuten lähihoitaja, tarvitsee lisäkoulutusta ja osaamisen näytön, jotta hän voi toteuttaa PKV-lääkehoitoa. (Inkinen ym. 2015, 25–30.)

Pääsääntönä on se, että lääkehoitoa voi toteuttaa vain lääkehoitoon koulutettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Lääkehoitoa toteuttavilta henkilöiltä varmistetaan osaaminen näytöin ja kokein lääkehoidon eri tilanteista. Yleisimmin näytön vastaanottaja on kokenut lääkehoitoa toteuttava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, kuten sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Pääsääntöisesti luvan myöntäjä on toimintayksikön lääkähoidosta vastaava lääkäri. (Inkinen ym. 2015, 26–30.) Lupakäytänteiden on oltava toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmassa. Henkilöstön lääkehoitoon oikeuttavat luvat tulisi olla esillä kaikkien helposti nähtävillä. Lääkelupaan oikeuttava osaaminen tulee varmistaa 2–5 vuoden välein toimintayksikön lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. (Inkinen ym. 2015, 32.)

Lääkehoidosta päättäminen kuuluu lääkärille. Lääkkeen määräyksen tulee perustua tietoon potilaan lääkehoidon tarpeesta. (Inkinen ym. 2015, 35.) Lääkkeen määrääminen tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010, 8. §). Potilaan mukaan ottaminen lääkehoidonsa suunnitteluun jo lääkkeen määräämisvaiheessa edistää lääkitysturvallisuuden toteutumista. Lääkityksestä kertominen ja käytön ohjeistaminen asiakkaalle lisää tunnetta lääkityksen tärkeydestä. (Meranius & Hammar 2016, 96.) Lääkettä määrättäessä tulee ottaa huomioon lääkehoidon tarve huomioiden potilaan terveydentila, sairaudet, allergiat sekä muu lääkitys. Huomioon tulee ottaa myös lääkehoidon toteutettavuus, kuten missä muodossa lääke annetaan, milloin ja kenen toimesta. Hoitajat ovat saaneet rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden tiettyjen lääkkeiden määräämiseen. (Inkinen ym. 2015, 35; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994, 23. b §.) Henkilö, jolla ei ole lääkehoidon koulutusta, ei voi osallistua lääkehoidon tehtäviin ja sen toteuttamiseen (Valvira 2017).



Turvalliseen lääkehoidon prosessin toteuttamiseen on tehty erilaisia tarkistuslistoja asiakkaan, omaisen ja ammattilaisen käyttöön. World Health Organization on luonut yhdenlaisen tarkistuslistan, jossa lääkeprosessin vaiheita ja lääkityksen turvallisuutta sekä tarpeellisuutta käydään läpi erilaisin kysymyksin. Tarkistuslistan tarkoituksena on estää lääkitysvirheiden syntyä ja lisätä lääkkeenkäyttäjän omaa osallisuutta lääkitykseensä. (World Health Organization 2019c.)

## **2.5 Kotihoidon lääkehoidon prosessi Apotti-potilastietojärjestelmässä**

Helsingin kaupunki ottaa uuden Apotti-potilastietojärjestelmän käyttöön lokakuussa 2020. Käyttöönoton valmistelu on jo aloitettu. Apotti on uudenlainen potilastietojärjestelmä, joka yhdistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietokannat. Apotti on toiminnanohjausjärjestelmä, joka ohjaa käyttäjänsä toimintaa. (Apotti,a).

Apotti-potilastietojärjestelmässä tieto kirjataan pääsääntöisesti rakenteisessa muodossa, mutta tietoa voidaan täydentää kuvailevalla tekstillä. Potilastietojärjestelmä ohjaa työntekijää antamalla ohjeita ja tekemällä muistutuksia. Tietojen tuottamiseksi ja niiden saamiseksi kotihoidon työntekijältä vaaditaan jatkossa rakenteellisen kirjaamisen osaamista. (Apotti 2019a.)

Uuden potilastietojärjestelmän myötä lääkehoidon prosessi ja sen hoitaminen muuttuu. Lääkehoidon kirjaaminen tapahtuu jatkossa rakenteellisesti. Apotin lääkelista ja Reseptikeskuksen lääketiedot ovat jatkossa yhteydessä toisiinsa. Lääkkeet on apotissa järjestetty geneerisen nimen mukaan. Apotin myötä lääkehoidon vastuut ja tehtäväkuvat muuttuvat kotihoidossa. (Oy Apotti Ab 2018).

Uuden potilastietojärjestelmän myötä henkilöstöä tullaan kouluttamaan sen käyttöön. Apotin myötä lääkehoidon prosessi muuttuu nykyisestä Pegasos-potilastietojärjestelmästä huomattavasti. Jotta kotihoidon asiakkaiden turvallinen lääkehoito voidaan turvata, tulee Apotin lääkehoitoprosessi olla suunniteltu, harjoiteltu ja toteutettu hyvin. Tämä vaatii ennakoivalmisteluja, henkilöstön koulutusta ja työnjaon selkiyttämistä. (Kärki 2019a.)

Apotin käyttöönottovaihe on jo käynnistynyt. Käyttöönottovaiheessa vanha potilastieto siirretään Apotti-järjestelmään. Henkilöstöä koulutetaan uusien toimintamallien oppimiseen ja järjestelmän käyttöön. (Apotti, b). Apotin mukanaan tuoma toiminnanmuutos vaatii organisaatiolta hyvää henkilöstön johtamista (Apotti 2019b).

Apotissa lääkkeet on järjestetty generisen nimen mukaan. Lääkelistat ovat aiempaa paremmin ajan tasalla ja näkyvät yhdenmukaisina kaikille lääkitystietoja tarvitseville ammattilaisille. Avoterveydenhuollossa, ja sitä kautta kotihoidossa, lääkelista yhteensovitetään Reseptikeskuksen tietojen kanssa. Lääkelistojen ajan tasalla pitäminen on kaikkien ammattilaisten tehtävä. Apotti-järjestelmään on rakennettu suosituksia lääkityksiin liittyen. Järjestelmä voi ehdottaa lääkitykseen liittyä toimenpiteitä tai varoittaa käyttäjää antamalla lääkevaroituksen. (Oy Apotti Ab 2018.)

Lääkelistojen ajantasaisuus tulee tarkistaa asiakkaan tai hänen omaisensa kanssa. Tarkistuksessa tulee katsoa, vastaako asiakkaan käyttämä lääkitys lääkityslistan lääkitystä. Lääkärin tulee aina arvioida, onko lääkelistan lääkitys asianmukainen suhteessa asiakkaan senhetkiseen vointiin. Lääkärin tulee päivittää lääkelista Reseptikeskuskyselyllä ja Apotti-järjestelmän yhteensovittamistoiminnolla aina ennen uuden reseptin määräämistä. Avohoidon lääkelista ja Reseptikeskus ovat yhteydessä toisiinsa. (Oy Apotti Ab 2018.) Potilastietojärjestelmä Apotti poimii asiakkaan lääkitystiedot reseptikeskuksesta. Ennen Apottiin siirtymistä Helsingin kaupungin eri yksiköissä tehdään reseptikeskuksen siivoaminen, jonka tarkoituksena on selvittää asiakkaan ajantasainen lääkitys ennen Apottiin siirtymistä. (Kärki 2019b.)

Jatkossa hoitaja ei voi antaa asiakkaalle lääkettä ilman lääkärin tekemää lääkemääräystä. Hoitaja voi lisätä lääkelistalle Reseptikeskuksen reseptejä sekä asiakkaan itseilmoittamia lääkkeitä. Lisäksi lääkelistan tarkistamisen, Reseptikeskuskyselyn sekä lääkelistan yhteensovittamisen voi tehdä hoitaja, mutta lääkäri aina hyväksyy lääkelistan. Lääkkeen lopettamisen tekee aina lääkäri. Hoitaja voi tehdä lopettamispyynnön lääkärille. (Oy Apotti Ab 2018.)

Apotti-järjestelmään on rakennettu erityisesti kotihoidon tarpeita vastaava osio lääkityksen hallintaan. Oma lääkitysosio helpottaa lääkitystietojen löytämistä ja kirjaamista kotikäynnillä. Lääkitysosio kokoaa yhteen kaikki tarvittavat lääkitystiedot. Kotihoidossa asiakaskäynneillä kirjaamistyökaluna on käytössä älypuhelimessa oleva mobiilisovellus. Apotin lääkitysosio on rakennettu toimimaan mobiilisovelluksessa. (Oy Apotti Ab 2018.)

Potilastietojärjestelmä-Apotti on otettu käyttöön jo HUS:n Peijaksen sairaalassa ja Vantaalla. Järjestelmää on ollut kehittämässä järjestelmätoimittaja Epicin lisäksi satoja lääkäreitä, hoitajia sekä sosiaalialan ammattilaisia. (Keränen 2017, 2653.) Apotin toimivuutta parannetaan koko ajan, mutta potilastietojärjestelmä koetaan edelleen hankalaksi käyttää. Erityisen vaikeaksi on koettu lääkitysjärjestelmä. (Keränen 2019, 1102; Seppänen 2018.) Apotti-potilastietojärjestelmä koetaan myös laajaksi ja sen vuoksi vaikeaksi oppia (Keränen 2019, 1102).

### **3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävät**

Opinnäytetyön tarkoituksena on valmistella Apotin käyttöönottoa yhdessä Helsingin kaupungin kotihoidon henkilöstön kanssa. Tavoitteena on kehittää lääkehoidon prosessikaavio demokraattisen dialogin avulla. Lisäksi tavoitteena on edistää Helsingin kaupungin kotihoidon lääkehoitoprosessin turvallista käyttöönottoa potilastietojärjestelmän vaihtuessa syksyllä 2020.

Opinnäytetyön tehtävinä on

- Tarkastella kotihoidon lääkehoidon nykytilannetta ja tuottaa prosessikaavio lääkehoitoprosessista ennen Apotin käyttöönottoa.
- Luoda henkilöstöä osallistava toimintamalli Apotin lääkehoitoprosessin ohjaamisesta ja suunnittelusta Helsingin kaupungin kotihoidon henkilöstölle toimeksiantajan edustajan käyttöön.

## **4 Opinnäytetyön toteutus sekä kehittämisprosessin menetelmälliset valinnat**

Tässä kappaleessa kerrotaan ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyöstä ja sen prosessista sekä opinnäytetyön toteutuksen suunnittelusta. Seuraavassa kappaleessa kerrotaan demokraattisesta dialogista. Tämän opinnäytetyön kehittämistoiminta perustui demokraattisen dialogin periaatteisiin. Näistä lisää luvussa 4.2. Opinnäytetyön varsinainen kehittämistoiminta toteutettiin työkonferenssimenetelmällä. Lopussa kerrotaan opinnäytetyön arviointimenetelmien suunnittelusta.

### **4.1 Opinnäytetyön kehittämisprosessi**

Ylemmän ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmaan kuuluu opinnäytetyö, joka on laajuudeltaan 30 opintopistettä. Opinnäytetyön tavoitteena on, että opiskelija kykenee itsenäisesti toteuttamaan sosiaali- ja terveysalan kehittämistyötä, soveltamaan kriittisesti ja analyyttisesti tutkimustietoutta sekä menetelmäosaamista. Lisäksi tavoitteena on, että opiskelija hallitsee valittujen tutkimus- ja kehittämismenetelmien käytön sekä osoittaa valmiutta vaatimaan asiantuntijatyöhön. (Karelia ammattikorkeakoulu 2019.)

Suurin osa toteutetuista ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetöistä on tutkivaa työn kehittämistä, joilla on vaikutettu työyhteisöjen toimintatapoihin aktiivisten työyhteisöjen mukaan kehittämiseen. Tärkeää olisi, että työyhteisö hyötyisi mahdollisimman paljon opinnäytetyöstä. Toisaalta on muistettava työmäärän rajaaminen. Kehittämistyön jatkumisen kannalta on tärkeää, että aihe on valittu yhdessä työnantajan kanssa. Työnantajan sitoutuminen opinnäytetyön toteuttamiseen on myös tärkeää. Näin mahdollisia tuloksia saadaan levitettyä muiden käyttöön organisaation sisällä. (Tiainen 2014, 9.)

Tämän opinnäytetyön tuotos tulee toimeksiantajan käytännön tarpeeseen. Myös kohdeorganisaatio hyötyy opinnäytetyöstä. Lääkehoitoprosessin suunnittelu ja

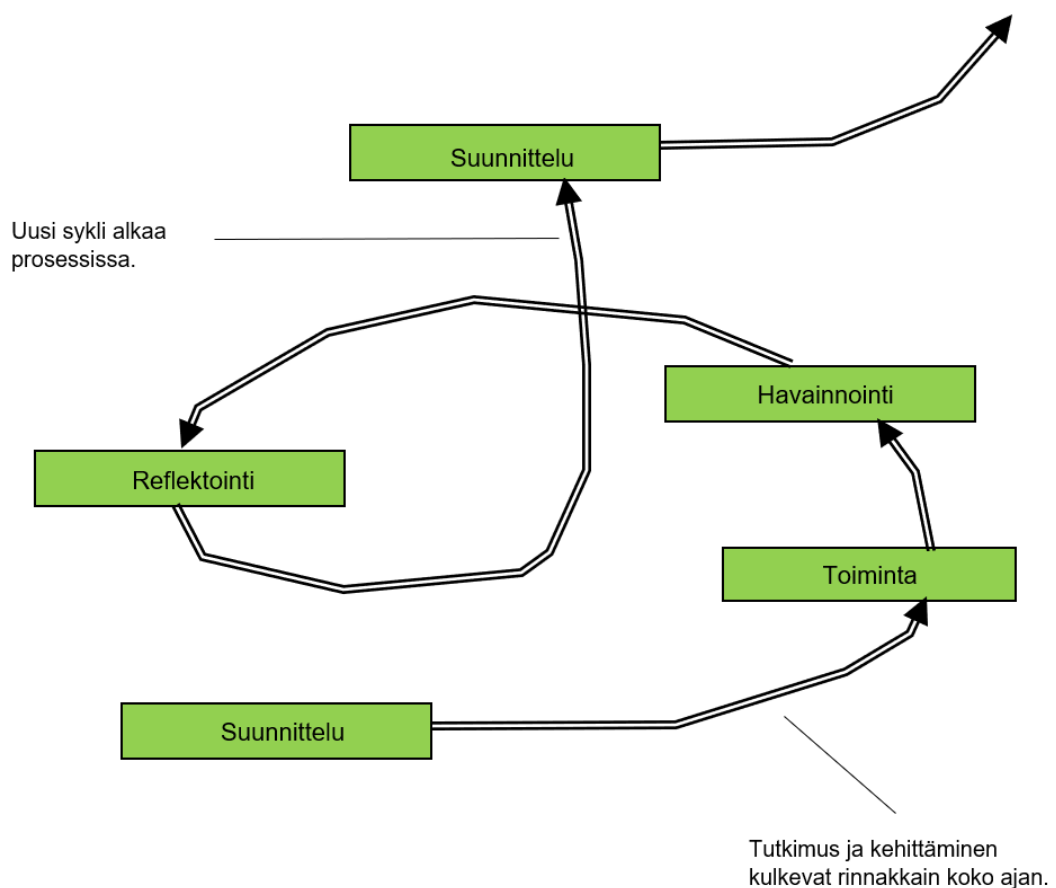
rakentaminen olisi pitänyt joka tapauksessa tehdä kohdeorganisaatiossa. Nyt toimeksiantajan aikaa vapautuu muihin Apotin tuloa valmisteleviin työtehtäviin kohdeorganisaatiossa. Toimeksiantaja saa valmiin toimintamallin Apotin lääkehoitoprosessin ohjaamisesta ja suunnittelusta käyttöönsä, jota voi halutessaan hyödyntää ja levittää muualle organisaatiossa. Aihevalinta on tehty yhteisymmärryksessä opinnäytetyöntekijän esimiehen, vanhuspalvelujohtajan, kotihoidon ylilääkärin sekä toimeksiantajan edustajan kanssa. Opinnäytetyötä koskevissa keskusteluissa kaikki edellä mainitut henkilöt ovat pitäneet opinnäytetyötä, sen aihetta ja kehittämistoimintaa tärkeänä, tarpeellisena ja hyödyllisenä.

Tämä opinnäytetyö toteutetaan tutkimuksellisenä kehittämistyönä. Kehittämistoimintaa ei voida määritellä yksiselitteisesti. Seppänen-Järvelän (1999, 59) mukaan kehittämistoiminta kohdistuu järjestelmän kautta tuotettuihin prosesseihin, palveluihin, rakenteeseen tai käytäntöihin. Toikon ja Rantasen (2009,16) mukaan kehittäminen tähtää muutokseen. Sillä pyritään saavuttamaan jotakin parempaa tai tehokkaampaa, kuin mitä nykyisessä tilanteessa on. Kehittämistoiminnan lähtökohtana voi olla ongelmien ratkaiseminen tai jonkin uuden luominen (Toikko & Rantanen 2009, 16; Seppänen-Järvelä 1999, 125). Seppänen-Järvelän (1999, 123) mukaan kehittämisen tavoitteena voi olla myös muutoksen hallinta tai toimijoiden osaamisen vahvistaminen. Kehittäminen voi kohdistua henkilöön, ryhmään, rakenteisiin tai prosesseihin. (Toikko & Rantanen 2009, 16.) Kehittämisen keskeisiä toimijoita voi olla yritykset tai työyhteisöt. Kehittämistä voidaan tehdä myös verkostoissa, jolloin eri alojen toimijoiden ideat ja näkökulmat rikastuttavat yhteistä ajattelua. Näin voidaan kehittää ja luoda jotakin uutta ja innovatiivista. (Toikko & Rantanen 2009, 16–17.) Arolan ja Suhosen (2014, 15) mukaan verkostoituminen ja sitä kautta asiantuntemuksen jakaminen, ammatillisten verkostojen muodostaminen ja niissä toimiminen on yksi tärkeimmistä tavoitteissa työelämän kehittämistöissä.

Arolan ja Suhosen (2014, 16) mukaan kehittämistoiminta on prosessi, joka etenee harvoin suoraviivaisesti. Kehittämistoiminnan etenemistä voidaan kuvata erilaisin menetelmin. Yksi tapa kuvata kehittämistoiminnan etenemistä on ajatella toiminta projektina (Seppänen-Järvelä 1999, 68–70). Projekteihin ja prosessikehittämiseen kuuluu ennakoimattomuus ja epävarmuustekijät. Joskus prosessit

voivat epäonnistua tai niiden lopullinen kulku voi olla erilainen kuin ennakkoon oli suunniteltu. (Arola & Suhonen 2014, 16.)

Spiraalimallissa (kuvio 2) kehittämistoiminnan prosessi etenee jatkuvana syklinä. Tutkimus ja kehittäminen kulkevat rinnakkain koko prosessin ajan. (Arola & Suhonen 2014, 18.) Toiminta etenee suunnittelusta toimintaan ja toiminnan kautta havainnointiin ja reflektointiin. Reflektoinnin jälkeen alkaa uusi sykli. Näin uusi sykli seuraa aina edellistä ja syntyy spiraalimainen prosessi. Jokaisen syklin jälkeen toiminnan tulokset arvioidaan ja asetetaan uudelleen. Reflektiovaihe on spiraalimallissa keskeinen vaihe. Onnistuneen reflektion tuloksena syntyy kehittymistä ja uuden oppimista. Spiraalimallissa kehittämistoiminta on jatkuva prosessi. (Arola & Suhonen 2014, 18.)



Kuvio 2. Spiraalimalli (mukaillen Arola & Suhonen 2014, 18.)

Tässä opinnäytetyössä opinnäytetyön prosessi on mukailtu spiraalimallia. Toimintaa on suunniteltu ja pohjustettu ensin hankkimalla aiheesta tietoa ja kirjoitta-

malla muun muassa opinnäytetyösuunnitelma. Toiminnan jälkeen, eli ensimmäisen työkonferenssin jälkeen toteutusta havainnoitiin itserefleksion sekä osallistujapalautteiden avulla. Tämän jälkeen kehittämistoiminnan sykli jatkui jälleen suunnitteluvaiheesta.

## 4.2 Demokraattiseen dialogiin pohjautuva kehittämistoiminta

Dialogilla tarkoitetaan vuoropuhelua, keskustelua (Suomisanakirja 2019). Se on enemmän kuin pelkkä keskustelu. Parhaimmillaan se on yhdessä ajattelua, yhdessä oppimista, uusien ideoiden keksimistä ja eri vaihtoehtojen näkemistä. Dialogisen keskustelun tavoitteena on uusien toimintatapojen muodostaminen ja parhaan mahdollisen ratkaisun löytäminen useista vaihtoehdoista. Dialoginen keskustelu auttaa ihmisiä löytämään uusia näkökulmia. (Syvänen, Tikkamäki, Loppela, Tappura, Kasvio & Toikko 2015, 9, 35, 189.)

Dialogisuudella voidaan edistää tuloksellisuutta, työelämän laatua ja innovatiivisuutta. Dialogi on hyvä toimintatapa, kun tavoitellaan uusia toimintatapoja muutoksen keskellä. (Syvänen ym. 2015, 9.) Uusien toimintatapojen oppiminen vaatii vanhan poisoppimista, luovuutta sekä ajattelu- ja toimintatapojen kehittämistä. Dialoginen johtaminen perustuu johtajan ja johdettavien väliseen vuorovaikutukseen ja kommunikaatioon. Ajatuksena on, että ihmiset rakentavat keskusteluissa omaa ja yhteistä todellisuuttaan, uudistavat ajatteluaan ja sitä kautta muodostavat uusia yhteisiä suunnitelmia ja ratkaisuja. (Syvänen, Kasvio, Loppela, Lundell, Tappura & Tikkamäki 2012, 22). Demokraattiseen dialogiin perustuvalla johtamisella voidaan luoda parhaat lähtökohdat organisaation uudistumiselle. (Syvänen ym. 2015, 38).

Dialogisuudessa on neljä peruseriaatetta: puhu suoraan, kuuntele, kunnioita ja odota. Puhumisessa on tavoitteena oman aidon sisäisen äänen ilmaiseminen ääneen. Tärkeää on tuoda omat kokemukset ja näkemykset julki. Kuuntelussa on tärkeää kuunnella toista aidosti ja pyrkiä ymmärtämään sisältöjä, merkityksiä ja tarkoituksia. Dialogisuuteen kuuluu aina toisen kunnioitus. Kaikki osapuolet ovat

tasa-arvoisia. Toisia ja heidän mielipiteitään arvostetaan. Pyrkimyksenä on ymmärtää toisen tapaa ajatella ja myös niitä ajatuksia, jotka ovat odottamattomia ja itselle vieraita. Odottamisessa on kyse omien näkökulmien ja käsitysten laajentamisesta. Odottamisen kautta yhteisymmärrys pääsee syventymään ja kokemuksia päästään jakamaan. Odottamisella kohdataan omat tunteet ja niitä voidaan reflektoida yhdessä. Tämä edellyttää kuitenkin kykyä ja halua muuttaa omia kokemuksia ja näkemyksiä. Tämän kautta on mahdollista oppia uutta, laajentaa tietoisuutta ja oppia pois vanhoista tavoista. (Syvänen ym. 2015, 33–35.) Demokraattisen dialogin perusajatuksena on se, että kaikki asianomaiset saavat sanoa sanottavansa (Lehtonen 2004, 37).

Demokraattiseen dialogiin pohjautuva kehittämistoiminta on tehokas tapa tuottaa organisaatiossa kehittämistä yhteisymmärryksessä ja yhdessä tavoitteista sopien (Ala-Laurinaho 2014, 4). Dialogisuus edellyttää avointa asennetta ja ennakkoluottomuutta erilaisia viestintäkeinoja kohtaan. Dialogisuudessa nähdään kommunikaatio yhteisymmärrystä kehittävänä, uutta luovana ja oppimista edistävänä prosessina. (Kuvaja & Malmelin 2008, 84, 90.)

Demokraattisen dialogin idean luojana pidetään norjalaista Björn Gustavsenia. Hän on avannut demokraattisen dialogin säännöt peruseriaatteiksi (kuvio 3). Peruseriaatteissa keskeisessä asemassa on osallistujien tasavertaisuus ja osallistuminen. Kaikki mielipiteet ovat yhtä arvokkaita ja toista kunnioitetaan. Asiat tuodaan ilmi ääneen keskustellen. Asioista voi ja saa olla eri mieltä. Lopulta asioista muodostetaan yhteisiä sopimuksia, josta johtavat käytännön muutoksiin ja toimenpiteisiin. Peruseriaatteet luovat pohjan erilaisten keskusteluun pohjautuvien menetelmien käytölle. (Lehtonen 2004, 16–18.)



<b>Demokraattisen dialogin periaatteet</b>	Dialogi on ajatusten vaihtoa ja osanottajien välistä vuorovaikutusta
	Kaikkien, joita asia koskee, on saatava osallistua keskusteluun.
	Mahdollisuus osallistua ei yksin riitä. Kaikkien osanottajien tulee olla aktiivisia. Lisäksi jokaisen osallistujan velvollisuutena on oman näkökulman esittämisen kautta myös auttaa muita esittämään omansa.
	Kaikki osallistujat ovat tasavertaisia.
	Työkokemus on kaikkien osallistujien perusta.
	Jokaisen osanottajan kokemuksista ainakin osa tulee nähdä keskustelutilanteessa legitiiminä.
	On välttämätöntä, että kaikki ymmärtävät, mistä on puhe.
	Kaikki esitetyt väitteet ovat oikeutettuja. Mitään väitettä ei saa hylätä ilman että sitä on tarkasteltu riittävän huolellisesti.
	Mielipiteet esitetään suullisesti.
	Jokaisen osanottajan on hyväksyttävä, että muilla saattaa olla parempia perusteluja kuin hänellä itsellään on.
	Jokaisen osanottajan työrooli, auktoriteetti yms. voidaan ottaa keskustelun aiheeksi.
	Osanottajien on siedettävä erilaisten mielipiteiden esiintyminen.
	Dialogin tulee tuottaa jatkuvasti sopimuksia, jotka voivat johtaa käytännön toimenpiteisiin.

Kuvio 3. Demokraattisen dialogin periaatteet (Lehtonen 2004, 16–18, Gustavsenin mukaan.)

Tämän opinnäytetyön kehittämistoiminnan pohjaksi valittiin demokraattinen dialogi, sillä se sopii hyvin tilanteisiin, joissa etsitään uusia toimintatapoja muutoksen keskelle. Uuden potilastietojärjestelmän tulo on suuri muutos. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää lääkehoidon prosessikaavio demokraattisen dialogin avulla juuri edessä olevan muutoksen vuoksi.

Lisäksi demokraattinen dialogi on parhaillaan yhdessä ajattelua ja oppimista sekä uusien ideoiden keksimistä. Näihin asioihin opinnäytetyön tekijä esimiehenä haluaa johtamisen taidoissaan harjaantua. Syväsen ym. mukaan (2015, 38) demokraattiseen dialogiin pohjautuvalla johtamisella voidaan luoda parhaat lähtökohdat organisaation uudistumiselle. Lisäksi toimiva dialogi edellyttää johtajan ja johdettavan välistä toimivaa vuorovaikutusta. Nämä olisivat hyviä perustaitoja

kaikissa työyhteisöissä, mutta johtamisen näkökulmasta opinnäytetyön tekijä haluaa perehtyä edellä mainittuihin taitoihin kehittyäkseen omassa työssään johtajan roolissa.

### 4.3 Työkonferenssi kehittämistoiminnan menetelmänä

Opinnäytetyön kehittämismenetelmänä käytetään työkonferenssimenetelmää. Menetelmä perustuu dialogiseen vuoropuheluun ja sillä tavoitellaan työyhteisön laajaa osallistumista kehittämistyöhön. Menetelmä soveltuu hyvin ideointivaiheeseen sekä hankesuunnitelman toteuttamiseen silloin, kun tavoitellaan koko työyhteisön sitoutumista hankkeen alkuvaiheesta lähtien. Menetelmä voi tuottaa uusia ratkaisuja mutta vaatii avarakatseisuutta. (Innokylä 2019.)

Työkonferenssit rakentuvat tavallisesti neljään vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa keskustellaan tavoitetilasta. Toisessa vaiheessa keskustellaan siitä, mitä ongelmia tavoitetilan saavuttamisessa kohdataan. Kolmannessa vaiheessa mietitään sitä, miten ongelmista päästään ja neljännessä vaiheessa tehdään konkreettinen suunnitelma muutokselle. (Kuula 2001, 94.) Työkonferenssien kesto ja osallistujamäärä vaihtelee sen mukaan, minkä mallin mukaisesti työkonferenssi järjestetään. Dialogiseen vuoropuheluun perustuva työkonferenssi kestää 1–2 päivää ja osallistujia on 35–60 henkilöä. (Vartiainen & Pulkkis 2004, 70.)

Keskeinen väline työkonferensseissa on dialoginen vuoropuhelu, jossa kaikilla osallistujilla on oikeus osallistua ja tulla kuulluksi. Työkonferenssissa (kuvio 4) osallistujat luovat koko ajan omaa näkemystään maailmasta. Asioita ei voi määrittellä yhden näkemyksen tai teorian perusteella. Työkonferenssissa osallistuja ei ole vain toiminnan kohde vaan aktiivinen toimija, joka on valmis vaikuttamaan asioihin. Työkonferenssin keskeisenä ajatuksena on luoda edellytyksiä sille, että ihmiset pääsevät suunnittelemaan ja ohjaamaan tekemisiään omien tulkintojen avulla. Työkonferenssin idea perustuu laajaan osallistujakuntaan, jossa kaikki pääsevät jakamaan osaamistaan tasavertaisessa vuoropuhelussa. Lopulta tar-

koituksena on luoda suunnitelma toiminnasta ja ottaa se käyttöön työorganisaatiossa. Työkonferenssin aikana osallistujissa tapahtuu oppimista ja kulttuurisen ymmärryksen luomista. (Lehtonen 2004, 18–20.)



Kuvio 4. Työkonferenssin idea (mukaillen Lehtonen 2004, 18.)

Tämän opinnäytetyön kehittämismenetelmäksi valittiin työkonferenssi, koska menetelmä perustuu dialogiseen vuoropuheluun. Demokraattisessa dialogissa on paljon etuja erityisesti muutostilanteissa. Tarkemmin perustelut on kuvattu edellisen luvun lopussa.

#### 4.4 Kehittämistoiminnan osallistajat

Demokraattiseen dialogiin perustuvan työnkonferenssin perusajatuksena on antaa kaikille osallistujille mahdollisuus sanoa sanottavansa. Lehtosen (2004) mukaan osallistujiksi kannattaa kutsua henkilöitä, joilla on muodollisia päätöksentekioikeuksia. Heidän mukanaolonsa muodostaa linkin työkonferenssin keskusteluiden ja päätöksenteon välille. Toinen osallistujaryhmä, joka kannattaa kutsua mukaan, on mahdolliset ehdotusten ja ideoiden estäjät. Heidän mukaanottonsa on tärkeää sen vuoksi, että demokraattisessa dialogissa täytyy kuulla kaikkia osapuolia. He tuovat yleensä arkitodellisuutta mukaan keskusteluun. Kolmas mukaan kutsuttava ryhmä on mahdollisen päätöksenteon tai käsiteltävän asian kohde. Heidän mukaanottonsa on tärkeää, koska he ovat varsinainen ydinjoukko käsiteltävään asiaan. Yleensä tämän ryhmän edustajia ovat

työntekijät. Neljäntenä ryhmänä mukaan kannattaa kutsua ne henkilöt, joilla on käsiteltävästä aiheesta erityistä tietoa. Aina erityinen tieto ei tule organisaation ulkopuolelta, vaan asiantuntemus voi muodostua kokemusten ja tulkintojen kautta. Kaikilla osallistujilla on erityistä tietoa. (Lehtonen 2004, 37–38.)

Kehittämistoiminta toteutettiin Helsingin kaupungin sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluiden Etelän palvelualueen keskisessä ja eteläisessä kotihoitoyksikössä. Kaikki Helsingin kaupungin kotihoitoyksiköt kuuluvat sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelujen palvelukokonaisuuteen (SKH), jonka tehtävänä on huolehtia iäkkäiden palveluasumisesta, laitoshoidosta, päivätoiminnasta sekä sosiaali- ja lähi-työstä. Lisäksi kotihoito, palvelukeskustoiminta ja omaishoidon tuki kuuluvat SKH-palvelukokonaisuuteen, joka on osa Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimialaa. (Helsingin kaupunki 2019.) SKH- palvelukokonaisuus koostuu kuudesta eri alaorganisaatiosta, joihin kuuluvat Selvitys, arviointi- ja sijoitus, Helsingin sairaala sekä neljä eri palvelualueita: itä, länsi, etelä ja pohjoinen. Etelän palvelualueeseen kuuluu neljän eri monipuolisen palvelukeskuksen ja Kampin palvelukeskuksen lisäksi keskinen kotihoitoyksikkö sekä eteläinen kotihoitoyksikkö. (Helmi 2019a). Eteläiseen kotihoitoyksikköön kuuluu kymmenen eri lähipalvelualueita sekä resurssipooli (Helmi 2018). Keskiseen kotihoitoyksikköön kuuluu 11 eri lähipalvelualueita (Helmi 2019b). Jokaisella lähipalvelualueella on oma esimiehensä, kotihoidon lääkäri sekä lääkehoidosta vastaava sairaan- tai terveydenhoitaja. Yhdellä lähipalvelualueella työskentelee keskimäärin 20 hoitajaa.

Kehittämistoimintaan kutsuttiin osallistujia kuudelta eri lähipalvelualueelta Etelän palvelualueen sisäältä. Osallistujina oli palvelupäälliköitä, lähipalvelualueiden lähiesimiehiä, lääkehoidosta vastaavia sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia lähipalvelualueelta sekä lähipalvelualueita hoitavia vakituisia kotihoidon lääkäreitä. Yhteensä kehittämistoimintaan oli tarkoituksena osallistua opinnäytetyöntekijän lisäksi noin 25 henkilöä. Tällä kokoonpanolla koolle saataisiin kutsuttua edustava joukko eri ammattiryhmistä ja työkonferenssin perusajatus täyttyisi.

#### 4.5 Opinnäytetyön arviointimenetelmät

Opinnäytetyön tehtävinä oli tarkastella kotihoidon lääkehoidon nykytilannetta ja tuottaa prosessikaavio lääkehoitoprosessista ennen Apotin käyttöönottoa. Lisäksi tehtävänä oli luoda henkilöstöä osallistava toimintamalli Apotin lääkehoitoprosessin ohjaamisesta ja suunnittelusta Helsingin kaupungin kotihoidon henkilöstölle toimeksiantajan edustajan käyttöön. Arviointimenetelmien tarkoituksena on arvioida tehtävien toteutumista opinnäytetyön prosessin aikana. Lisäksi opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä tulee arvioida. Luotettavuudesta ja eettisyydestä on lisää kappaleessa 7.1.

Yksi tärkeä kehittämistoiminnan arviointitapa on reflektio. Reflektio voi olla itse-reflektiota tai ryhmässä tapahtuvaa reflektiota. Reflektio tarkoittaa tilanteen arvioimista ja selkiyttämistä oman kokemuksen kautta. Tämä voi pitää sisällään omien tunteiden, ajatusten ja mielikuvien läpikäymistä ja havainnointia. Reflektiota tarvitaan kokemuksista oppimiseen. Tärkeää kehittämistoiminnan arvioinnin kannalta on reflektion selvittäminen ja avaaminen toiminnan jokaisessa vaiheessa. (Seppänen-Järvelä 1999, 153–155.) Opinnäytetyön arviointimenetelmänä käytetään tekijän koko prosessin kestävää itsereflektiota. Toimintaa ja sen suunnitelmaa muutetaan tarvittaessa. Reflektio avataan raporttiin. Reflektiota tehdään vähintään opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa, toteutusta suunniteltaessa, toteutuksen aikana ja toteutuksen jälkeen raportin kirjoitusvaiheessa.

Kehittämismenetelmän eli työkonferenssien arviointimenetelmänä käytetään osallistavaa Kirjoita, kuuntele ja kiteytä -palautekeskustelun menetelmää, joka sopii työyhteisöjen kehittämisen palaute- ja arviointimenetelmäksi. Menetelmästä käytetään lyhennettä KKK-palautekeskustelumenetelmä. Työskentely etenee pienryhmissä ja koostuu kolmesta eri vaiheesta: kirjoita, kuuntele ja kiteytä. Ryhmän tehtävänä on käsitellä kolmea erikseen määriteltyä kysymystä, kuten mitkä asiat toimivat parhaiten, mitkä asiat eivät toimineet ja mikä on jatkokehitysehdotus. Ensimmäisessä vaiheessa jokainen ryhmän jäsen kirjoittaa itse paperille vastaukset kysymyksiin. Toisessa vaiheessa jokainen esittää ajatuksensa ryhmälle ja muut kuuntelevat. Viimeisessä vaiheessa ajatukset kiteytetään yhteen. Lo-

puksi kunkin ryhmän puheenjohtaja esittelee ryhmän yhteenvedon kaikille toimintaan osallistuneille. Yksi henkilö kasaa kaikki yhteenvedot yhteen ja jakaa tiedot kaikille kehittämiseen osallistuneille sekä hyödyntää tietoa toiminnan kehittämistä varten. (Jelli 2019.)

Opinnäytetyön tehtävinä on tuottaa prosessikaavio lääkehoitoprosessista sekä luoda henkilöstöä osallistava toimintamalli lääkehoitoprosessin ohjaamisesta ja suunnittelusta Helsingin kotihoidon henkilöstölle toimeksiantajan edustajan käyttöön. Tuotetusta lääkehoitoprosessin prosessikaaviosta pyydetään palautetta lääkehoitoon osallistuvilta kotihoidon henkilökunnalta. Yhdestä kotihoidon tiimistä valitaan sairaanhoitaja, lähihoitaja, kotihoidonohjaaja ja kotihoidon lääkäri antamaan palautetta tuotetusta prosessikaaviosta. Arviointi lääkehoidon prosessikaaviosta tehdään kerättyjen palautteiden perusteella.

Osallistavan toimintamallin arviointi tehdään yhdessä toimeksiantajan edustajan kanssa SWOT-analyysiä apuna käyttäen. Toimintamallista tehdään toimeksiantajan edustajan kanssa yhdessä SWOT-analyysi ennen työkonferenssia sekä työkonferenssin jälkeen. SWOT-analyysissä arvioidaan toiminnan sisäiset vahvuudet ja heikkoudet sekä ulkoiset uhat ja mahdollisuudet. Analyysistä syntyy kahden ulottuvuuden nelikenttä. SWOT-lyhenne syntyy sanoista strengths, weaknesses, opportunities ja threats. (Innokylä 2013.) Vahvuuksien, heikkouksien, uhkien sekä mahdollisuuksien määrittelyn jälkeen tehdään johtopäätökset ja toimenpidesuunnitelma. Ennen työkonferenssia toteutetun arvioinnin perusteella voidaan tehdä vielä muutoksia osallistavan toimintamallin suunnitelmaan. Lopuksi SWOT-analyysien avulla tehtyjä arviointeja verrataan keskenään ja toimintamallista tehdään arviointi sen perusteella, osattiinko vahvuuksia käyttää hyväksi, muuttuiko heikkoudet vahvuuksiksi ja pystyttiinkö uhkia välttämään. SWOT-analyysit löytyvät työkonferenssien arvioinnista.

Opinnäytetyön raportti on opinnäytetyön pienryhmäläisten ja ohjaavan opettajan luettavissa opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa. Lopullisen raportin arviointiin käytetään member check -menetelmää. Toimintaan osallistuneelta pyydetään palaute raportoinnin oikeellisuudesta. Arvioijalle annetaan raportti tai osa siitä ra-

portin aitouden tarkistamiseksi. Tarkoituksena on kommentoida kriittisesti raportin havainnointia, tulkintaa ja avoimuutta sekä korjata virheellisten tietojen raportointia ja raportoinnin väärintulkintaa. Member check -menetelmän myötä raportointi kuvaa prosessin aidosti, alkuperäisesti ja luotettavasti. (Robert Wood Johnson Foundation 2006.)

## **5 Kehittämisprosessin toteutus**

Opinnäytetyön ideointi alkoi syksyllä 2018. Toimeksiantajan löydyttyä aiheen valinta varmistui alkukevästä 2019. Opinnäytetyösuunnitelma valmistui kesäksi 2019. Opinnäytetyösuunnitelman valmistuttua alettiin opinnäytetyölle hakea tutkimuslupaa.

Tutkimuslupahakemus laitettiin vireille 26.8.2019 jättämällä tutkimuslupahakemus Helsingin kaupungin kirjaamoon. Etelän palvelualueen johtaja myönsi tutkimusluvan 19.9.2019. Yhteyshenkilönä toimii opinnäytetyön toimeksiantajan edustaja ja tutkimuslupa on voimassa 30.9.2020 saakka. Tutkimusluvassa oli ehtona, että opinnäytetyössä tulee soveltaa tiettyjä ehtoja: tutkimusraportista ei saa olla tunnistetavissa tutkimukseen osallistuneita henkilöitä, tutkimuksesta ei tule kustannuksia sosiaali- ja terveystoimelle sekä tutkija sitoutuu noudattamaan EU:n yleisen tietosuojasetuksen, tietosuojalain 1050/2018 sekä muun voimassa olevan lainsäädännön tutkijalle asettamia vaatimuksia. Lisäksi tutkijan tulee saapua pyydettäessä esittelemään tutkimuksena tuloksia Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimeen maksutta.

Tutkimusluvan ehtojen mukaan sähköinen tutkimusraportti tai sen osoite tulee toimittaa sosiaali- ja terveystoimialan käyttöön. Valmiit tutkimukset ovat henkilökunnan käytettävissä sosiaali- ja terveystoimialan intrasivuilla. Tutkimusluvassa puhutaan tutkimuksesta ja tutkijasta, vaikka kyseessä on tutkimuksellinen kehittäminen. Tässä opinnäytetyössä tutkijalla tarkoitetaan opinnäytetyön tekijää.

Tutkimuslupan myöntämisen perusteluiksi oli mainittu, että tutkimuksen tarkoituksena on kehittää Helsingin kaupungin kotihoitoon lääkehoitoprosessi, sekä valmistella ja edesauttaa kyseenomaisen lääkehoitoprosessin turvallista käyttöönottoa potilastietojärjestelmän vaihtuessa syksyllä 2020. Aineisto kerätään järjestämällä yksikön henkilökunnalle työkonferenssit. Tavoitteena on kehittää lääkehoidon prosessikaavio kaksiosaisen työkonferenssin päätteeksi. Aineisto kerätään ja tuotetaan työkonferenssissa saaduista tuloksista. Näistä pyritään luomaan lääkehoidon prosessikaavio, josta pyydetään palautetta osallistujilta säännöllisesti opinnäytetyön edistyessä. Kerätystä aineistosta ei pysty tunnistamaan osallistujia. Aineisto tuhotaan tietosuojajätteen raportin valmistumisen jälkeen.

## **5.1 Työkonferenssien valmistelu**

Kun tutkimuslupa oli laitettu vireille, tehtiin työkonferenssia varten tilavaraukset. Tilavarauksia lähdettiin tekemään valmiiksi ennen tutkimuslupaa sen vuoksi, että kokoustilat ovat Helsingissä kysytyjä ja vapaita paikkoja ei ole heti saatavilla. Kokouspaikkoja kysyttiin sähköpostitse kaikista Helsingin kaupungin kokoustiloista, jotka sijaitsevat toteutettavan palvelualueen sisällä ja joissa on riittävät isot kokoustilat. Kyselyssä kerrottiin, millaiseen kokoontumiseen tilaa tarvitaan ja kuinka monelle hengelle tila tulisi olla. Tässä vaiheessa osallistujamääräksi ilmoitettiin 20 henkilöä, koska osallistuvat lähialueet eivät olleet vielä tiedossa. Lopulta kokoustiloja tarjottiin käyttöön kolmesta eri paikasta. Tarjottujen päivämäärien sopivuutta kysyttiin opinnäytetyön toimeksiantajan edustajalta, ylläkkäriltä sekä Kinaporin palvelupäälliköltä. Kahden kokouksen ehdotukset hylättiin sen vuoksi, ettei ehdotettu päivämäärä sopinut lääkäreille eikä toimeksiantajan edustajalle. Lopullinen kokousta valikoitui varattavaksi sen vuoksi, että kyseinen tila oli vapaana silloin, kun lääkäreillä, johtoryhmällä sekä toimeksiantajan edustajalla ei ollut tiedossa päällekkäisiä menoja. Toteutuksen paikaksi varattiin Kallion virastotalosta kaksi eri kokousta kahdeksi eri päiväksi. Päiviksi varattiin 6. ja 13.11. 2019. Tilavaraukset tehtiin siis noin kaksi kuukautta ennen toteutusta. Tässä vaiheessa tutkimuslupaa ei ollut. Osallistuvat lähialueet ja niiden osallistuvat työntekijät eivät olleet vielä tiedossa.



Työkonferenssiin osallistuvat lähipalvelualueet valikoituivat kahdella eri tavalla. Eteläisestä kotihoitoyksiköstä palvelualueen palvelupäällikkö nimesi kaksi osallistuvaa lähipalvelualueetta. Keskisen kotihoitoyksikön osallistuvat alueet saivat itse ilmoittaa osallistumisestaan. Kaikille keskisen kotihoidon lähipalvelualueiden lähiesimiehille laitettiin sähköposti valmisteilla olevasta opinnäytetyöstä, sen aiheesta ja toteutustavasta. Sähköpostissa mukaan pyydettiin vähintään kolmea lähipalvelualueetta. Vastausten toivottiin tulevan eräpäivään mennessä, joka oli viikon kuluttua sähköpostin lähettämisestä. Tätä kautta vapaaehtoisia palvelualueita ilmoittautui kaksi. Sähköpostin lähettämisen jälkeen opinnäytetyöstä kerrottiin esimiesten kehittämispäivässä yhdelle Keskisen kotihoitoyksikön ylihoitajalle. Hän puhui kehittämispäivän jälkeen opinnäytetyöstä ja sen toteutustavasta johtamilleen lähiesimiehille ja tätä kautta mukaan saatiin vielä kolme eri lähipalvelualueetta. Lopulta toimintaan osallistui Etelän palvelualueelta yhteensä seitsemän eri lähipalvelualueetta.

Lähipalvelualueita toimintaan osallistuvat henkilöt nimettiin sähköpostikeskusteluiden, skype-puheluiden ja puheluiden kautta. Osallistujiksi nimettiin kuusi sairaanhoitajaa, neljä lähiesimiestä eli kotihoidon ohjaajaa, kolme lääkäriä, yksi osastofarmaseutti, kaksi palvelupäällikköä ja yksi ylihoitaja. Osallistujiksi saatiin laajempi joukko eri ammattialojen edustajia kuin oli suunniteltu.

Osallistujista koottiin yhteinen sähköpostiryhmä, jonka kautta osallistujille lähetettiin ensimmäinen motivaatiokirje. Motivaatiokirjeet lähetettiin 24. ja 25.9.2019. Motivaatiokirjeessä kerrottiin mihin osallistujat ovat osallistumassa. Ilmi tuli se, että tapaaminen ja aihe liittyvät kirjeen lähettäjän ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyöhön. Kirjeessä kerrottiin kaksiosaisen työkonferenssin aika ja paikka. Lisäksi osallistujille kerrottiin, tulevasta työskentelymenetelmästä. Kirjeen lopussa oli opinnäytetyön tekijän nimi ja yhteystiedot sekä syksyinen kuva lähdeviitteineen (liite 1).

Viikko ennen työkonferensseja tilavaraukset varmistettiin sähköpostikyselyllä. Tuolloin tuli ilmi, että ensimmäisen työkonferenssin tila vapautuu edeltävästä varauksesta samaan aikaan kuin työkonferensseja varten tehty varaus alkaa. Koska esitystekniikka täytyi saada avattua ja valmisteltua opinnäytetyöntekijä

päätti siirtää työkonferenssin alkua puolta tuntia myöhemmin alkavaksi. Tila ei ollut myöskään ennestään tuttu. Ensimmäisen työkonferenssin uudesta alkamisajasta lähetettiin sähköposti kaikille osallistujille. Sähköpostissa kerrottiin, että tilateknisistä syistä työkonferenssin alkamisaikaa siirretään puolella tunnilla, eli uusi alkamisaika on klo 12.30. Samalla kerrattiin loppumisaika sekä kokouspaikka. Työkonferenssista oli laitettu lääkäreille, kotihoitopäälliköille, ylihoitajalle sekä kotihoidon ohjaajille kalenterikutsut, jotka lähetettiin kyseisille henkilöille nyt uudella korjatulla alkamisajalla. Uudesta alkamisajasta keskusteltiin ennen ajan siirtämistä toimeksiantajan edustajan kanssa ja hän oli ajan siirtämisen kannalla. Samalla kun opinnäytetyöntekijä varmisti ensimmäisen työkonferenssin tilavarauksen alkamisaikaa, sovittiin varausta hoitavan henkilön kanssa, että toisen työkonferenssin tilavarauksen aikaa varhennetaan yhdellä tunnilla. Tämä onnistui helposti, sillä kyseiseen kokoustilaan ei ollut muuta tilavarausta kyseiselle päivälle. Nyt myös toisessa työkonferenssissa oli valmistautumisaikaa ennen osallistujien saapumista paikalle.

## **5.2 Ensimmäinen työkonferenssi**

Ensimmäinen työkonferenssi oli keskiviikkona 6.11.2019 klo 12.30-15.00. Opinnäytetyön tekijä saapui tilaan noin tuntia ennen konferenssin alkua. Samaan aikaan paikalle saapui toimeksiantajan edustaja, joka piti myöhemmin esityksen Apotin potilastietojärjestelmästä ensimmäisessä työkonferenssissa Power-poin-tin avulla. Ensimmäiseen työkonferenssiin oli tehty valmiiksi demokraattisesta dialogista ohjeet A4-kokoisena (liite 2) sekä KKK-palautekeskustelusta (liite 3). Muuta materiaalia paperilla ei oltu enakkoon tehty.

Työkonferenssi alkoi ajallaan ja osallistujia oli yhteensä 16. Osallistujia oli yhteensä viidestä eri ammattiryhmästä: kotihoidon palvelupäällikkö, kotihoidon ohjaaja, kotihoidon lääkäri, sairaanhoitaja/terveydenhoitaja sekä osastofarmaseutti. Työkonferenssin aluksi opinnäytetyöntekijä esitteli itsensä ja kertoi, että tapaaminen on osa ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä. Alkuesittelyssä kaikki osallistajat toivotettiin tervetulleiksi ja heille kerrottiin päivän ohjelma ja aikataulu

(kuvio 5). Kaikille kerrottiin, että esiintyä ei tarvitse ja työskentely tapahtuu ryhmissä. Menetelmistä kerrottiin lyhyesti.

## 1. Työkonferenssin aikataulut

- 12.30–12.45 Asettautuminen ja esittely
- 12.45–13.30 Jaana Kärki – Apotin lääkehoitoprosessi
- 13.30–13.45 Kahvitauko (omakustanteinen)
- 13.45–14.35 Työskentelyn ohjeistus ja jakautuminen ryhmiin sekä pienryhmätyöskentely : Tavoitetilan suunnittelu ja mahdolliset ongelmat
- 14.35–14.50 KKK-palautekeskustelun ohjeistus ja teko
- 14.50–15.00 Lopetus ja seuraavan kerran info

Kuvio 5. Ensimmäisen työkonferenssin aikataulut.

Alkuinfon jälkeen toimeksiantajan edustaja piti infon Apotin lääkehoitoprosessista Power-pointilla. Esitys kesti 45 minuuttia. Osallistujat kyselivät kysymyksiä esityksen aikana ja keskustelua syntyi jo tässä vaiheessa. Ilmi tuli, että usea osallistujista kuuli Apotin lääkehoitoprosessista nyt ensimmäistä kertaa. Apotti-infon jälkeen opinnäytetyöntekijä kysyi osallistujilta, haluaisivatko he pitää tässä vaiheessa omakustanteisen kahvitauon. Tauko haluttiin pitää siinä kohtaa. Tauon pituudeksi sovittiin 15 minuuttia.

Tauolta palattuaan opinnäytetyöntekijä ohjeisti osallistujille suullisesti demokraattisen dialogin menetelmän sekä työkonferenssin mukaisen ensimmäisen ja toisen kysymyksenasettelun. Toimeksiantajan edustaja oli jättänyt kysymykset, joihin haluaisi vastauksen työpajojen aikana, heijastettuna näkyviin. Osallistujille kerrottiin, että tarkoituksena on miettiä, mitä esteitä, ongelmia ja haasteita täytyy tiedostaa kotihoidon siirtyessä käyttämään Apotin potilastietojärjestelmää ja sen mukaista lääkehoitoprosessia. Työkonferenssin ohjeistus ja demokraattinen dialogi käytiin läpi suullisesti. Yksi ryhmäläisistä tekisi muistiinpanoja keskustelussa esiin tulleista asioista. Osallistujat jaettiin kolmeen eri ryhmään läpivalvonalu-

tain, kuitenkin niin, että kaikkiin ryhmiin tulee mahdollisimman paljon eri ammattiryhmien edustajia. Jokaiseen ryhmään osallistui siis kotihoidon lääkäri ja kotihoidon ohjaaja. Palvelupäälliköt jakautuivat kahteen eri ryhmään. Yhden lähipalvelualueen ryhmä olisi jäänyt muita ryhmiä pienemmäksi, joten tähän siirrettiin kaksi sairaanhoitajaa toisesta ryhmästä. Ryhmiin jako tehtiin kokoustilassa opinäytetyön tekijän ohjeistuksella. Osallistujat osallistuivat myös itse aktiivisesti ryhmiin jakautumiseen. Ryhmätyöskentelyyn sovittiin aikaa 50 minuuttia. Ryhmät saivat mukaansa muistiinpanoja varten tyhjän paperin sekä ohjeen demokraattisen dialogin noudattamiseksi.

Toimeksiantajan edustaja poistui paikalta, kun ryhmätyöskentely alkoi. Hänen oli tarkoitus lähettää selvitettävät kysymykset opinäytetyöntekijälle sähköpostitse, jotta hän voi heijastaa kysymykset esille omalta tietokoneeltaan. Sähköposti ei kuitenkaan tullut perille ja opinäytetyöntekijä haki kysymykset toimeksiantajan edustajan työhuoneesta. Työhuone sijaitsee samassa rakennuksessa kokoustillan kanssa, joten kysymysten hakeminen onnistui melko nopeasti. Ryhmät jakautuivat kuitenkin työskentelemään haluamaansa paikkaan ja he eivät saaneet kysymyksiä mukaansa.

Kun kysymykset oli saatu jälleen opinäytetyön tekijän haltuun, ne heijastettiin esille kokoustilassa. Kaksi ryhmää oli lähtenyt työskentelemään muualle, ja he eivät nähneet kysymyksiä enää. Yhdelle ryhmälle saatiin toimitettu kysymykset kännykän kuvan avulla. Kolmas ryhmä oli mennyt työskentelemään sellaiseen tilaan, ettei opinäytetyöntekijä löytänyt heitä eikä sen vuoksi voinut toimittaa kysymyksiä jälkikäteen nähtäväksi tai seurata ryhmän työskentelyä. Kahden muun ryhmän toimintaa opinäytetyön tekijä kävi seuraamassa sivussa.

Kun 50 minuuttia oli melkein kulunut, opinäytetyöntekijä kävi ohjeistamassa yhden ryhmän KKK-palautekeskustelun tekoon. Alun perin ajatus oli ohjeistaa kaikki ryhmät palautekeskustelun tekoon kokoushuoneessa, mutta koska ryhmät olivat jakautuneet eri kerroksiin työskentelemään, ajatteli opinäytetyön tekijä käydä ohjeistamassa yhden ryhmän erikseen, jotta heidän ei tarvitse liikkua edestakaisin. Lisäksi opinäytetyöntekijä ajatteli säästävänsä tässä hieman aikaa. Ti-

lavarausta oli tässä vaiheessa 25 minuuttia jäljellä. Kaksi muuta ryhmää ohjeistettiin KKK-palautekeskusteluun kokoushuoneessa. Aikaa KKK-palautekeskusteluun annettiin 15 minuuttia.

Lopuksi kaikki ryhmät palauttivat KKK-palautekeskustelun koonnin opinnäytetyön tekijälle. Lisäksi pikkulappuihin tulleet palautemuistiinpanot kerättiin pois. Tässä vaiheessa varsinaisen työkonferenssin muistiinpanot kerättiin myös pois. Kaikki osallistujat saivat Apotti-avainnauhat, jotka toimeksiantajan edustaja oli jättänyt jaettavaksi osallistujille. Osallistujia kiitettiin osallistumisesta ja seuraavan työkonferenssin aika ja paikka kerrattiin. Opinnäytetyöntekijä oli, osallistujien tehdessä KKK-palautekeskustelua, lähettänyt motivaatiokirjeen seuraavasta työkonferenssista osallistujille. Kirje pyydettiin jakamaan eteenpäin sellaisille henkilöille, joiden osallistuminen ei ollut opinnäytetyöntekijän tiedossa ennakoon.

### **5.2.1 Tuotokset**

Kaikki ryhmät kasasivat keskusteluissa nousseita kysymyksiä ylös paperille. Yksi ryhmä oli jaotellut kysymyksiä ammattiryhmittäin: lääkärit, sairaanhoitajat/terveydenhoitajat sekä kotihoidonohjaajat. Kaksi muuta ryhmää oli laittanut keskustelussa esiin tulleita asioita paperille ranskalaisin viivoin.

Muistiinpanojen läpikäymisen jälkeen opinnäytetyöntekijä erotteli muistiinpanoista kaikki Apottiin liittyvät kysymykset ja toimitti ne sähköisesti toimeksiantajan edustajalle sähköpostin liitetiedostona seuraavaan työkonferenssiin vastattavaksi. Kuviossa 6 näkyy osa kysymyksistä.



Kuvio 6. Kysymyksiä Apottiin.

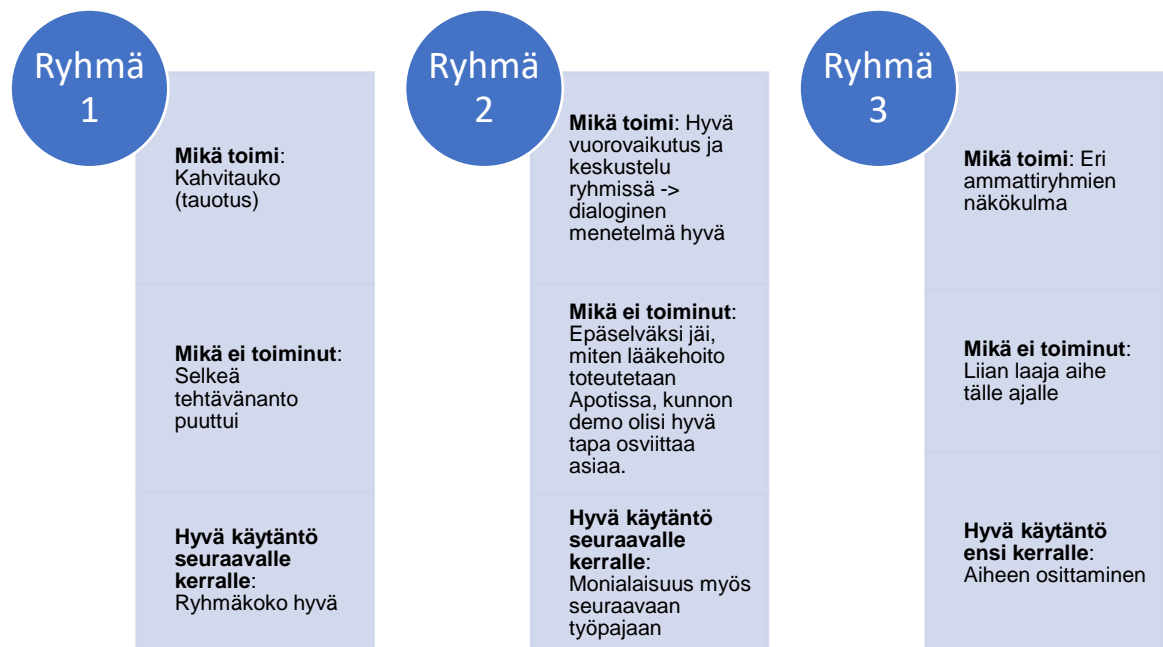
Muistiinpanojen perusteella keskustelua oli syntynyt muun muassa resepteistä, niiden siirtymisestä lääkelistalle, lääkelistan päivittämisestä sekä lääkitysannosten kuittaamisesta. Keskustelua oli syntynyt myös lähihoitajan roolista ja työtehtävistä lääkehoidon suhteen, sijaisten perehdyttämisestä sekä laitehankinnoista Apottia varten. Keskustelua oli syntynyt myös yhteistyöstä terveysasemien lääkäreiden sekä apteekin työntekijöiden kanssa.

### 5.2.2 Palaute

Kiteytetyissä palautteissa (kuvio 7) toimiviksi asioiksi mainittiin tauotus, hyvä vuorovaikutus ja keskustelu ryhmissä. Demokraattinen dialogi koettiin hyväksi menetelmäksi: ryhmässä oli hyvä vuorovaikutus ja keskustelu. Hyvänä koettiin myös moniammatillinen näkökulma, hyvä porukka sekä osallistujat eri alueilta.

Kehitettävää seuraavan kerran työkonferenssiin löytyi tehtävänannosta. Se koettiin hieman epäselväksi. Lisäksi tehtävänantoa toivottiin kirjallisena. Opinnäyte-työstä olisi kaivattu enemmän esittelyä muutaman PowerPoint dian avulla. Apottiin liittyvät kysymykset koettiin hankalana muun muassa sen vuoksi, ettei

järjestelmä ole vielä tuttu tai koska pohjatietoa ei ollut. Apotista olisi kaivattu kunnollista demoa havainnollistamaan Apotin lääkehoidon prosessia. Aihe koettiin myös liian laajaksi kyseiselle ajalle. Hyvänä käytäntönä siirrettäväksi seuraavalle kerralle mainittiin ryhmäkoko sekä moniammatillisuus. Aiheen osittamista toivottiin myös seuraavalle kerralle.



Kuvio 7. Kiteytetyt palautteet.

Ennen palautteen kiteytystä kirjoitetuissa henkilökohtaisissa palautemuistiinpanoissa toimiviksi asioiksi oli mainittu Anni Suomalaisen selkeä esiintymistyyli ja hyvä intro. Apotti-kiinnostus koettiin myös hyväksi. Se, että työskentely tapahtui oman lähipalvelualueen sisällä, koettiin hyväksi. Muutoinkin työskentelymenetelmä oli koettu hyväksi. Toisaalta ryhmien sekoittamista seuraavalle kerralle toivottiin. Kahvitaukoa kehuttiin useammassa palautteessa.

### 5.3 Toinen työkonferenssi

Toinen työkonferenssi oli keskiviikkona 13.11.2019 klo 13.00 - 16.00. Kokoustila on eri kuin ensimmäisessä työkonferenssissa, mutta rakennus oli sama. Opin näytetyön tekijä oli purkanut edellisen kerran palautteet ennen toista työkonferenssia. Palautteiden perusteella toiseen työkonferenssiin oli valmisteltu lyhyt

esittely opinnäytetyöstä ja siihen liittyvistä opinnoista. Lisäksi Apottiin liittyvät kysymykset oli lähetetty ennalta opinnäytetyön toimeksiantajan edustajalle, jotta hän voi kertoa vastauksia mieltä askarruttaviin kysymyksiin Apottiin liittyen. Lisäksi mukana oli jo ensimmäiseen työkonferenssiin valmistetut demokraattisen dialogin ohjeet A4-kokoisena (liite 2) sekä KKK-palautekeskustelusta (liite 3).

Työkonferenssi alkoi ajallaan ja osallistujia oli yhteensä 10. Osallistujia oli yhteensä neljästä eri ammattiryhmästä: kotihoidon ohjaaja, kotihoidon lääkäri, sairaanhoitaja/terveydenhoitaja sekä osastofarmaseutti. Tällä tapaamisella kotihoitopäälliköt eivät päässeet osallistumaan päällekkäisen kokouksen vuoksi. Työkonferenssin aluksi opinnäytetyön tekijä toivotti osallistujat tervetulleiksi ja kertoi päivän aikataulun (kuvio 8).

## 2. Työkonferenssin aikataulut

- 13.00–13.30 Jaana Kärki – Apotin demo ja vastauksia kysymyksiin
- 13.30–13.45 Annin opintojen esittely ja tämän päivän ohjeistus ja aikataulut
- 13.45–14.00 Kahvitauko (Annin pullat + omakustannekahvi)
- 14.00–15.00 Työskentely
- 15.00–15.30 Lääkehoitoprosessikaavion muodostus
- 15.30–15.45 KKK-palautekeskustelun ohjeistus ja teko
- 15.45-16.00 Loppukeskustelu ja lopetus

Kuvio 8. Toisen työkonferenssin aikataulut.

Teknisten ongelmien vuoksi aikataulua täytyi muuttaa. Tietokoneesta ei saatu alkuun yhteyttä videotykkiin. Tämän vuoksi 2. työkonferenssi alkoi suunnitelmasta poiketen opintojen esittelyllä ja päivän ohjeistuksella. Tällä välin koneet käynnistyivät. Päivä jatkui Apotin kysymyksiin vastaamisella ja demovideon näyttämällä. Opinnäytetyöntekijä oli suunnitellut kertaavansa edellisen kerran tuotokset osallistujille, mutta Apotin kysymyksiin vastaamisen yhteydessä syntyi jo keskustelua edellisen kerran teemoista ja lisäksi edellisen kerran tuotokset sisälsivät



paljon Apottiin liittyviä kysymyksiä. Osallistujilta kysyttiin halukkuutta vielä tuotosten kertaamiseen, mutta kaikki oli sitä mieltä, ettei kertaaminen ollut enää tarpeen Apotin osuuden jälkeen.

Alun teknisten ongelmien vuoksi aikataulu oli myöhässä suunnitellusta aikataulusta ja tämän vuoksi kahvitauko päätettiin pitää työskentelyn yhteydessä. Ryhmiin jako tehtiin kokoustilassa opinnäytetyön tekijän ohjeistuksella. Osallistujat osallistuivat myös itse aktiivisesti ryhmiin jakautumiseen. Lopulta osallistujista muodostui kaksi erillistä ryhmää, joissa oli tasaisesti eri ammattikuntien edustajia. Edelleen ryhmät jakoutuivat pääsääntöisesti lähipalvelualueen mukaan samaan ryhmään.

Ennen työskentelyn aloitusta työkonferenssin ohjeistus ja demokraattinen dialogi käytiin läpi suullisesti. Tämän päivän tavoitteena oli työkonferenssimenetelmän mukaisesti miettiä, kuinka ongelmista päästään tavoitteeseen pääsemiseksi sekä tehdä konkreettinen suunnitelma muutokselle. Osallistujille kerrottiin, että konkreettinen muutos on lääkehoitoprosessin prosessikaavion valmistaminen. Tässä yhteydessä osallistujat kertoivat, että aihe on liian laaja ja voisiko sitä jotenkin jakaa kahden ryhmän kesken. Lopulta osallistujien keskusteluiden perusteella päädyttiin siihen, että molemmat ryhmät miettivät yhdessä lääkehoitoprosessia lääkelistan näkökulmasta. Ryhmätyöskentelyyn sovittiin aikaa yksi tunti. Ryhmät saivat mukaansa muistiinpanoja varten tyhjän paperin sekä ohjeen demokraattisen dialogin noudattamiseksi. Opinnäytetyön tekijä kävi välillä seuraamassa, kuuntelemassa ja osallistumassa yhden ryhmän keskusteluihin.

Ryhmät palasivat kokoustilaan tunnin keskustelun jälkeen. Seuraavaksi tarkoituksena oli kasata kahden ryhmän valmistelevat lääkehoitoprosessin prosessikaaviot yhteen. Tuli kuitenkin ilmi, ettei kumpikaan ryhmä ollut tehnyt prosessikaavioehdotusta. Ryhmäläiset keskustelivat edelleen Apotin lääkehoidon prosessista ja sen mukanaan tuomista uudistuksista. Opinnäytetyön tekijälle tuli tässä vaiheessa tunne, ettei minkäänlaista prosessikaaviota saada tehtyä koontumien aikana ja kirjoitti muistiinpanotaululle sanan ”valmis, ajantasainen lääkelista kh:ssa”. Tämän jälkeen opinnäytetyöntekijä ohjeisti osallistujia miettimään asioita, mitkä johtaisivat siihen, että kotihoidon asiakkaalla olisi valmis ja

ajantasainen lääkelista. Tästä alkoi syntyä keskustelua, joka sisälsi konkreettisia ehdotuksia sovittuun lääkehoitoprosessin prosessikaavioon. Opinnäytetyön tekijä pyysi yhtä osallistujaa tulemaan neuvotteluhuoneen eteen ja kirjaamaan osallistujien ehdotuksia muistiinpanotaululle. Lopulta muistiinpanotaulun paperille saatiin muodostettua ehdotus yhdestä lääkehoitoprosessin osasta prosessikaavion muodossa.

Lopuksi osallistujilta pyydettiin palautetta työkonferenssista KKK-palautekeskustelun avulla. Palautekeskustelun kulku kerrattiin lyhyesti ja ryhmille annettiin KKK-palautekeskustelulomakkeet. Toinen ryhmä lähti tekemään palautekeskustelua neuvotteluhuoneen ulkopuolelle ja toinen ryhmä jäi tekemään keskustelua neuvotteluhuoneeseen, jossa myös opinnäytetyön tekijä oli. Aikaa palautekeskusteluun oli 15 minuuttia.

Lopuksi molemmat ryhmät palauttivat KKK-palautekeskustelun koonnin opinnäytetyön tekijälle. Lisäksi pikkulappuihin tulleet palautemuistiinpanot kerättiin pois. Tässä vaiheessa kerättiin pois myös muut keskustelun aikana syntyneet muistiinpanot. Osallistujia kiitettiin osallistumisesta. Osallistujille kerrottiin myös, että valmis opinnäytetyö on valmistuttuaan julkinen ja linkkiä valmiiseen työhön voi tiedustella opinnäytetyön tekijältä.

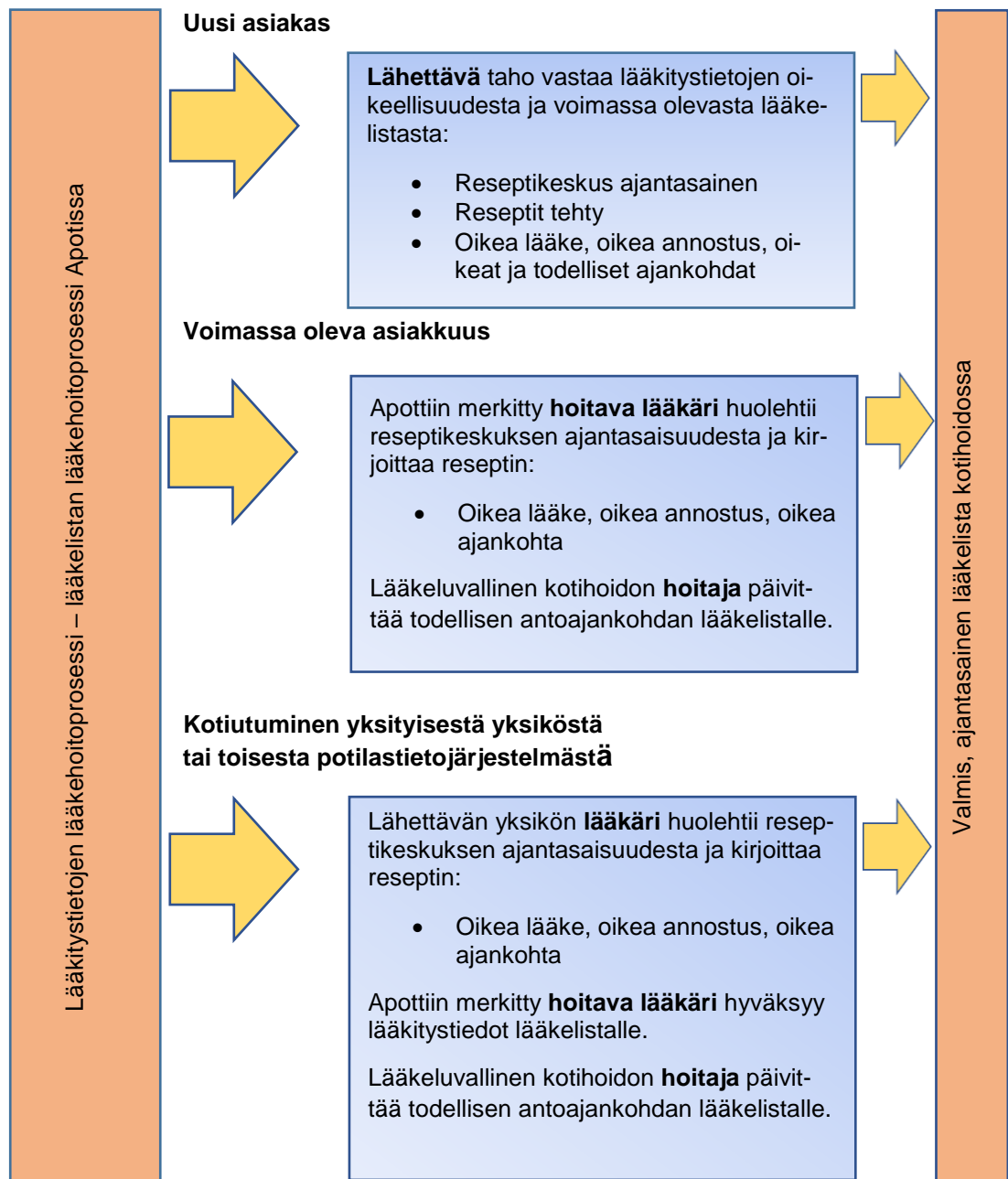
Opinnäytetyöhön ei tarvittu erillistä rahoitusta eikä työkonferensseista syntynyt erillisiä kuluja. Opinnäytetyön tekijä teki opinnäytetyötä opintoihin kuuluvana työnä, eikä saanut prosessista erillistä palkkiota tai korvausta. Kehittämistoimintaan käytettävät tilat olivat Helsingin kaupungin omistamia tiloja, eikä niistä syntynyt erillisiä kuluja. Opinnäytetyön tekijä sai toteuttaa kehittämistoiminnan menetelmät työajallaan esimiehen suullisella suostumuksella.

### **5.3.1 Tuotokset**

Kahdesta ryhmästä toinen oli tehnyt paperille muistiinpanoja dialogisen keskustelun yhteydessä. Muistiinpanojen perusteella keskustelua oli käyty siitä, kenellä

on oikeus muuttaa, lisätä tai määrittää tietoja lääkelistalla. Lähihoitajan roolia lääkitystietojen ajantasaisuudesta ja paikkansapitävyydestä oli myös käyty. Keskustelua oli käyty myös vastuukysymyksistä ja siitä voiko lääkitystietoihin luottaa, jos asiakas kotiutuu kotihoitoon toisesta yksiköstä, esimerkiksi kuntouttavasta arviointiyksiköstä, sairaalasta tai yksityisestä laitoksesta. Keskustelua oli käyty myös asiakkaista, joiden luona käydään harvemmin kuin kerran päivässä.

Lopullinen tuotos koottiin kahden ryhmän keskinäisistä keskusteluista. Tuotoksena oli lääkehoitoprosessin prosessikaavio lääkitystietojen päivittämisestä (kuvio 9). Prosessikaaviossa tarkastellaan lääkehoitoprosessia siinä tilanteessa, kun asiakkaan lääkitykseen tulee muutos. Kaavioon laadittiin kolmet erilaiset ohjeet riippuen siitä, onko asiakas lääkityksen muuttuessa täysin uusi asiakas kotihoidolle, kotihoidon vanha asiakas tai että asiakkaan lääkitystä muutettiin sellaisessa yksikössä, jossa on jokin muu potilastietojärjestelmä kuin Apotti. Lopputuloksena on valmis ja ajantasainen lääkelista kotihoidossa.



Kuvio 9. Lääkehoidon prosessikaavio.

Kotihoidolle uuden asiakkaan lääketietojen muuttamisesta ja lääkelistan ajantasaisuudesta huolehtii lähettävä taho. Kun asiakas tulee kotihoidon asiakkaaksi, on hänellä lääkelistalla oikea lääkitys, oikealla annoksella. Lisäksi lähettävä taho on merkinnyt asiakkaan lääkelistalle lääkkeen todellisen ottoajankohdan. Myös reseptien voimassaolo on varmistettu lähettävässä yksikössä. Näin ollen kotihoi-

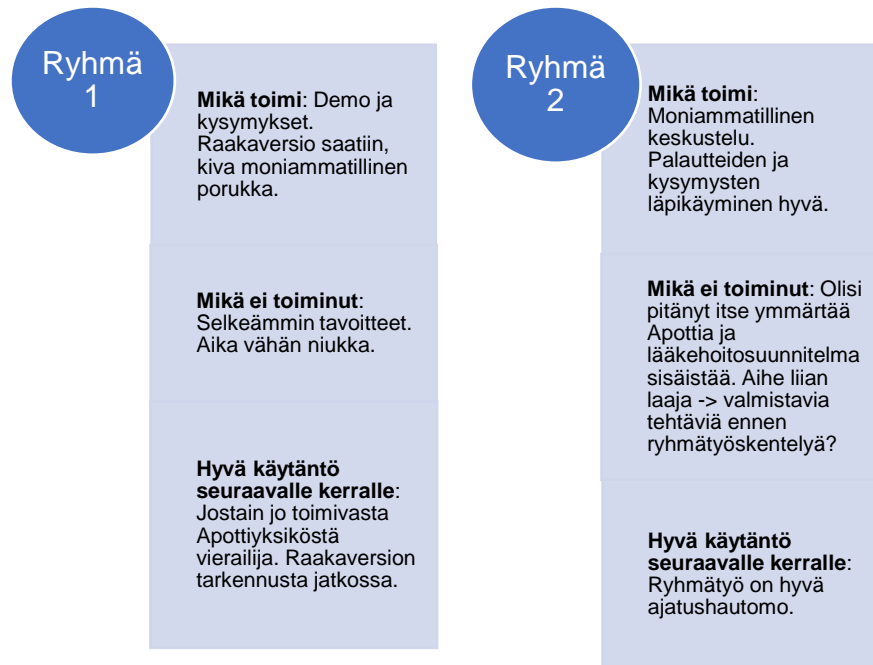
don ei tarvitse muuttaa asiakkaan lääkitystietoja heti hoitosuhteen alussa. Lähetävästä tahosta kotihoitoon kotiutuu lääkityslistan perusteella niin sanotusti valmis paketti.

Jos lääkitykseen tulee muutoksia asiakkaan jo ollessa kotihoidon asiakkaana, Apottiin merkitty hoitava lääkäri huolehtii, että reseptikeskuksen tiedot ovat oikein, asiakkaan reseptit ovat voimassa ja asiakkaalle on määrätty oikeaa lääkettä, oikealla annoksella. Hoitava lääkäri voi olla terveysaseman lääkäri tai kotihoidon lääkäri. Hoitava lääkäri on määrittänyt myös lääkkeen ottoajankohdan lääkemääräyksen tehdessään. Kotihoidon lääkeluvallinen hoitaja, eli sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai lääkeluvat suorittanut lähihoitaja muuttaa asiakkaan lääkelistalle lääkkeen todellisen ottoajankohdan.

Jos asiakkaan lääkitykseen tehdään muutoksia jotenkin muuten, kuin Apotti-potilastietojärjestelmää käyttäen, lääkitysmuutoksen tekevä lääkäri huolehtii reseptikeskuksen ajantasaisuudesta ja siitä, että resepti on kirjoitettu. Lääkitysmuutoksen tekevä lääkäri huolehtii, että reseptille on kirjoitettu oikea lääke, oikealla annoksella ja ottoajankohta on kirjoitettu reseptiin. Asiakkaan Apottiin merkitty hoitava lääkäri, joka voi olla terveysaseman lääkäri tai kotihoidon lääkäri, hyväksyy muuttuneet lääkitystiedot lääkelistalle. Kotihoidon lääkeluvallinen hoitaja, eli sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai lääkeluvat suorittanut lähihoitaja muuttaa asiakkaan lääkelistalle lääkkeen todellisen ottoajankohdan.

### **5.3.2 Palaute**

Kiteytetyissä palautteissa (kuvio 10) toimiviksi asioiksi mainittiin moniammatillisuus, Apotin demovideo ja kysymysten ja palautteiden läpikäyminen. Vastaavasti aika koettiin liian lyhyeksi, aihe liian laajaksi ja tavoitteet epäselväksi. Korjaavaksi toimenpiteeksi mainittiin valmistavat tehtävät ennen ryhmätyöskentelyä.



Kuvio 10. Kiteytetyt palautteet.

Hyväksi käytänteeksi välitettäväksi mahdolliseen seuraavaan työpajatyöskentelyyn mainittiin ryhmätyöskentely. Lisäksi kiteytetyissä palautteissa ehdotettiin vierailijaa Apottia jo käyttävästä yksiköstä sekä prosessikaavion jatkotyöstämistä.

#### 5.4 Työkonferenssien arviointi

Opinnäytetyöntekijä seurasi ensimmäisessä työkonferenssissa kahden eri ryhmän toimintaa ja toisessa työkonferenssissa yhden ryhmän toimintaa. Ryhmillä oli demokraattisen dialogin paperiset ohjeet pöydällä. Ensimmäisessä työkonferenssissa yhden ryhmän yksi osallistuja katsoi välillä demokraattisen dialogin ohjeita paperilta. Sivusta seurattuna keskustelu pohjautui demokraattiseen dialogiin: kaikki osallistuivat keskusteluun ja yksi puhui kerralla. Yhteistyö ryhmässä näytti olevan kaikkia osallistujia huomioivaa ja kaikkien osaamista arvostettiin. Tämä havainto sai vahvistusta myös KKK-palauttekeskusteluista kerätyistä palautteista.

Dialogiseen vuoropuheluun perustuvan työkonferenssityöskentelyyn suositellaan kestävän 1–2 päivää ja osallistujia tulisi olla 35–60 henkilöä (Vartiainen & Pulkkis 2004, 70). Tämän suhteen osallistujamäärä oli liian pieni ja toteutus kesti liian

lyhyen ajan. Työkonferenssin peruseriaatteet osallistujamäärän ja toteutuksen suhteen eivät siis toteutuneet. Työskentelyssä noudatettiin kuitenkin työkonferenssin etenemisperiaatteita (tavoitetila, mitä ongelmia tavoitetilan saavuttamisessa kohdataan, miten ongelmasta päästään sekä konkreettinen suunnitelma muutokselle), ja ne toteutuivat toteutuksessa. Lisäksi työkonferenssin idea laajasta osallistujakunnasta, monipuolisesta tietotaidosta sekä tasavertaisesta vuoropuhelusta toteutui.

Jos työkonferensseihin osallistuvien osallistujien määrää olisi halunnut lisätä, olisi edessä ollut todennäköisesti haasteita riittävän suuren kokoustilan saamiseksi sekä kaikille osallistujille sopivan ajankohdan löytämisessä. Nyt tila-va- raus tehtiin noin kuukautta ennen tilaisuuksia ja se osoittautui liian lyhyeksi va- rausajaksi. Lisäksi opinnäytetyöntekijä sai erinäisten kyselyiden ja järjestelyiden jälkeen mukaan seitsemän eri lähipalvelualueen työntekijöitä työkonferensseihin. Suuremman osallistujamäärän saaminen olisi ollut vaikeaa.

Hyvänä asiana pienessä ryhmässä oli moniammatillisuus, osallistava keskustelu ja ryhmien parempi hallittavuus. Lisäksi pienempi osallistujamäärä saattoi saada tilanteesta intiimimmän, jolloin omista mielipiteistä oli helpompi keskustella yhdessä avoimesti.

Työkonferenssien raportoinnin luotettavuutta arviointiin Member check -menetelmän avulla. Member check -menetelmän avulla on tarkoituksena kommentoida kriittisesti raportin havainnointia, tulkintaa ja avoimuutta sekä korjata virheellisten tietojen raportointia ja raportoinnin väärintulkintaa. Member check -menetelmän myötä raportointi kuvaa prosessin aidosti, alkuperäisesti ja luotettavasti. (Robert Wood Johnson Foundation 2006.) Member check -arviointi pyydettiin kahdelta molempiin työkonferensseihin osallistuneelta osallistujalta. Opinnäytetyöntekijä tietää, ketkä palautteen antoivat. Raporttiin arvioinnin antaneiden henkilöllisyys jätetään avoimeksi, koska tutkimusluvan ehtojen mukaan opinnäytetyön raportissa ei saa olla tunnistetavissa tutkimukseen osallistuneita henkilöitä.

Ensimmäisen member check -arvioijan mielestä raportti kuvastaa hyvin hänen kokemustaan tapahtuneesta. Arvioijan mielestä lähempänä totuutta oli se, että

usea kuuli Apotin lääkekulusta ensimmäistä kertaa. Alkuperäiseen raporttiin opinäytetyöntekijä oli kirjoittanut, että osa kuuli Apotin lääkekulusta nyt ensimmäistä kertaa. Sanamuoto korjattiin palautteen perusteella. Lisäksi arvioija halusi tämentää sitä, että erityisesti toisessa työkonferenssissa keskusteltiin paljon kotihoidon lääkehoitosuunnitelman vastaavuudesta lähihoitajien toteuttamaan lääkehoitoon ja esimerkiksi oikeudesta päivittää lääkelistaa. Keskustelun sisältö oli arvioijan mielestä huoli selkeistä työnkuvista ja tarkoituksenmukaisista oikeuksista sekä siitä, miten nämä sovitetaan Apotin kanssa yhteen. Tämä asia lisättiin myös lopulliseen raporttiin member check -arvioinnin perusteella.

Toisen member check -arvioijan mielestä työkonferenssien toteutus on kuvattu raportissa juuri niin, kuin ne menivät toteutuksessa. Arvioijan mielestä opinäytetyöntekijä oli valmistautunut hyvin työkonferensseihin. Esiintyminen oli arvioijan mielestä varmaa ja rauhallista sekä puhe oli selkeää. Arvioijan mielestä aihe oli enemmän kuin ajankohtainen ja sen vuoksi erinomainen valinta. Sairaanhoidtajien ja lääkärin mukaanotto oli arvioijan mielestä hyvä asia. Heillä oli hyvä ja ajankohtainen tieto lääkehoitoon ja sen prosessiin liittyen. Arvioija koki, ettei hänestä ollut hyötyä työkonferensseissa. Hän koki kuitenkin, että työkonferensseihin osallistuminen oli hyvä oppimiskokemus Apotti-potilastietojärjestelmän ollessa vielä täysin vieras.

Työkonferensseissa tuotettu prosessikaavio (kuvio 9) valmiin, ajantasaisen lääkelistan saamiseksi kotihoidossa koekäytettiin yhdessä Helsingin kaupungin kesken kotihoitoyksikön lähipalvelualueella. Koekäyttöön osallistuivat tiimin sairaanhoitajat. Heidän palautteiden perusteella prosessikaavio on selkeä ja ymmärrettävä. Kotihoidossa usein sairaanhoitajille lisätyötä aiheuttavat asiat oli huomioitu hyvin prosessikaaviossa. Tällainen asia oli reseptien tekemisen ohjeistus prosessikaaviossa. Sairaanhoidtajien mukaan erityisesti sairaalasta kotiutuvien asiakkaiden muuttuneista tai lisätyistä lääkkeistä puuttuu usein voimassa olevat reseptit. Alkuperäisessä prosessikaaviossa asiakkuudet oli nimetty: uusi asiakas, vanha asiakas ja kotiutuminen yksityisestä yksiköstä tai toisesta potilastietojärjestelmästä. Palautteiden perusteella vanha asiakas -termi muutettiin voimassa olevaksi asiakkaaksi. Vanha-sanana viittaa koekäyttäjien mielestä ikään



ja näin ollen voi aiheuttaa väärinymmärryksiä iältään nuoren kotihoidon asiakkaan prosessikaavion tarkastelussa. Mustavalkoisena tulostettuna prosessikaavion tekstin erottuvuus oli yhden sairaanhoitajan mielestä huono. Tämän palautteen perusteella prosessikaavion värivalintaa muutettiin vaaleammaksi, jotta teksti erottuisi paremmin. Värillisyyttä koettiin kuitenkin hyvänä asiana. Värit koettiin prosessikaaviota selkiyttävänä asiana ja teki siitä mielenkiintoisemman.

Työkonferenssien arviointi toteutettiin SWOT-analyysin avulla. Ensimmäinen SWOT-analyysin avulla tehty arviointi suoritettiin ennen työkonferenssien toteutusta niiden suunnitteluvaiheessa. Arvioinnin avulla oli tarkoitus miettiä ennakkoon mahdollisia uhkia työkonferenssin toteutumiselle sekä mahdollisuuksia onnistumiselle. Ennakoivan arvioinnin tarkoituksena oli tehdä ensimmäisestä työkonferenssista mahdollisimman onnistunut ja taata mahdollisimman hyvä osallistujaprosentti. Toimintaa ennakoiva SWOT-analyysi tehtiin toimeksiantajan edustajan kanssa Skype-puhelulla. Vahvuudet, heikkoudet, uhkat ja mahdollisuudet jaettiin sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin (kuvio 11). Uhkaksi nähtiin Apotin vastustus, pelko tehtävänkuvan muutoksesta, aikatauluhankaluudet, osallistujakato, kielteinen asenne sekä tekniikan pettäminen. Mahdollisuuksiksi nähtiin sisäinen motivaatio, oma asenne muutokseen, toive hyvästä muutoksesta, mielenkiinto Apottia kohtaan ja mahdollisuus vaikuttaa.



Kuvio 11. Toimintaa ennakoiva SWOT-analyysi.

Kun työkonferenssit oli pidetty, tehtiin työkonferensseista uudelleenarviointi SWOT-menetelmän avulla. Arvioinnin apuna käytettiin KKK-palauttekeskusteluista saatuja palautteita. Vahvuudet, heikkoudet, uhkat ja mahdollisuudet jaettiin sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin (kuvio 12). Työkonferenssien heikkouksia ja uhkia olivat Apotin tuntemattomuus, lääkehoitoprosessin tuntemuksen puute, aiheen laajuus, ajan puute ja turhautuminen. Toiseen työkonferenssiin osallistui vähemmän osallistujia päällekkäisten kokousten vuoksi. Tämä heikensi työkonferenssin moniammatillisuutta ja saattoi vaikuttaa osaamisen jakamiseen ja sitä kautta lopputulokseen.

Vahvuuksia ja mahdollisuuksia työkonferensseissa oli moniammatillisuus, osaminen, ryhmätyöskentely, kiinnostus, motivaatio, kouluttaja, Apottikoulutus, työnantajan tuki ja usealle osallistujalle sopiva aika ja paikka.



Kuvio 12. Toiminnan jälkeinen SWOT-analyysi.

Kun vertaillaan työkonferensseista tehtyjä SWOT-analyyskejä, huomataan, että sisäisen ympäristön tuomista vahvuuksista tunnistettiin ennakolta Apottiin kohdistuva kiinnostus ja motivaatio osallistumiseen. Toisaalta ryhmätyön tuomia vahvuuksia ei osattu nostaa esiin ennalta. Sisäisen ympäristön heikkouksista toteutui ainoastaan aikatauluhankaluudet ja päällekkäiset kokoukset. Ennakoivassa arvioinnissa varauduttiin mahdolliseen osallistujakatoon ja Apotin vastustuksen. Vaikka osallistujia oli toisessa työkonferenssissa vähemmän, kuin ensimmäisessä, ei varsinaisesta osallistujakadosta voida puhua. Apotti ei kohdannut minikäänlaista vastustusta ja sen vuoksi sitä ei toteutusten jälkeen tehdyistä SWOT-analyysseistä löydy. Apotin vastustus muuttui SWOT-analyysissä ennemminkin siihen, että Apottia tunnetaan vielä huonosti. Alkuarvioinnissa tehty arviointi tekniikan kaatumisesta toteutui melkein. Lopulta kaikki tekniikka saatiin toimimaan moitteettomasti.

Ulkoisen ympäristön mahdollisuuksista tunnistettiin ennakoivassa arvioinnissa asenne ja vaikutusmahdollisuudet. Jälkikäteen tehdyssä SWOT-analyysien pohjalta tehdyssä arvioinnissa mahdollisuuksiksi nousivat kuitenkin ulkopuolinen kouluttaja, Apotin vastaukset ja demot, työnantajan tuki osallistumiselle sekä useammalle osallistujalle sopiva aika ja paikka. Tässä käytettyjen termien eroavaisuudet arviointien välillä selittyvät opinnäytetyöntekijän harjaantumisessa SWOT-analyysien tekemisessä. SWOT-analyysien tekohetkellä opinnäytetyön tekijä on käsitteellistänyt ulkoisen ympäristön tekijöitä eri tavalla. Ulkoisen ympäristön uhkissa on myös SWOT-analyysien avulla toteutetuissa arvioinneissa ajateltu tekijöitä eri tavalla ennakoivan ja jälkikäteen toteutetun arvioinnin tekohetkellä. Ennakoivassa arvioinnissa ulkoisen ympäristön uhkiksi on nimetty vastustus, asenne ja työskentelystä kieltäytyminen. Ennakoivassa SWOT-analyysien avulla toteutetussa arvioinnissa ei osattu ottaa huomioon aiheen laajuutta ja ajan riittämättömyyttä. Nämä ulkoisen ympäristön uhat on avattu työkonferenssien jälkeiseen arviointiin. Aikatauluhankaluudet tai -päällekkäisyydet tunnistettiin ennakoivasta ja ne toteutuivat myös jälkikäteen tehdyssä analyysissä avulla toteutetussa arvioinnissa.

## **6 Tulokset**

Tässä osiossa kuvataan opinnäytetyön keskeisimmät tulokset. Opinnäytetyön tärkeimmät käsitteet on nostettu työkonferensseista ja siellä esiin nousseista kotihoidon lääkehoidon keskeisimmistä aiheista, jotka olivat ikääntyneiden lääkehoito, lääkitysturvallisuus ja lääkehoidon prosessi. Tuloksia tarkastellaan opinnäytetyön tarkoitukseen, tavoitteisiin ja tehtäviin viitaten.

### **6.1 Ikääntyneiden lääkehoito**

Lääkitysvirheiden estäminen on yksi hoitotyön suurimmista haasteista. Lääkitysvirheitä tapahtuu kaikkialla maailmassa ja ne aiheuttavat suuret taloudelliset kus-

tannukset vuosittain. (World Health Organization 2019a.) Lääkitysvirheiden estäminen koettiin tärkeäksi myös tämän opinnäytetyön toteutuksessa. Työkonferenssien osallistujat kokivat ikääntyneiden lääkehoidon todella laajaksi aiheeksi ja sen vuoksi vaikeaksi toteuttaa. Haasteellisena koettiin työnjako eri ammattiryhmien välillä sekä tiedon siirtyminen. Lisäksi keskusteluissa ilmeni haasteita käytännön lääkehoidon toteutuksessa, kuten lääkkeen oikea-aikaisessa antamisessa asiakkaalle. Samansuuntaisia tuloksia on Jonesin ja Treiberin (2010, 242–244) tekemässä tutkimuksessa, jossa lääkehoitoa ja sen toteuttamista oli selvitetty hoitajien näkökulmasta. Tutkimuksessa ilmeni, että lääkehoidon turvallisessa toteuttamisessa on monia näkökulmia ja monia asioita, joita tulee ottaa huomioon. Suurin osa hoitajista koki muun muassa, että epäselvyydet lääkärin kirjoittamissa resepteissä tai lääkemääräyksissä aiheuttavat suurella todennäköisyydellä lääkevirheitä. (Jones & Treiber 2010, 242–244.) Yhteistyö ja saumaton tiedonkulku ovat siis tärkeitä lääkehoidon turvallisessa toteuttamisessa.

Suurin osa lääkitysvirheistä syntyy hoitoalalla työskentelevän ammattihenkilökunnan vuoksi. Syitä lääkitysvirheiden synnylle on monia. (Berland & Bentsen 2017, 3734; Pitkänen ym. 2015, 124–125; Jones & Treiber 2010, 241.) Tämän vuoksi oli erittäin tärkeää, että opinnäytetyön toteutukseen osallistujat oli koottu monipuolisesti hoitoalalla työskentelevistä ammattilaisista. Opinnäytetyön toteutuksessa ei päästy sen alkuperäiseen tavoitteeseen, jossa olisi kehitetty lääkehoidon prosessimalli demokraattisen dialogin avulla. Demokraattisen dialogin idea toteutui hyvin työkonferensseissa, mutta koko lääkehoitoa koskevaa prosessimallia ei saatu kehitettyä, koska käytettävissä oleva aika oli liian lyhyt ja aihe liian laaja. Tuloksena on se, että ikääntyneiden lääkehoito koetaan kokonaisuudessa liian laajaksi aiheeksi.

Lääkitysvirheet ovat erityisen todennäköisiä ikääntyneillä heidän monien sairauksien ja monilääkityksen vuoksi (Linden-Lahti ym. 2009; Salmasi, Wimmer, Khan, Patel & Ming 2017, 129; Fialová & Onder 2009, 641). Lisäksi ikääntyneiden alentuneen toimintakyvyn vuoksi he ovat riippuvaisempia avusta (Fialová & Onder 2009, 641 & 644). Tämä ilmeni myös työkonferenssien keskusteluissa. Uudessa potilastietojärjestelmässä ikääntyneiden alentunut toimintakyky on huomioitu

niin, että lääkehoidon vastuutaho on merkitty asiakkaan potilastietoihin. Järjestelmään merkitään tarkka lääkityksen antoajankohta ja vastuutaho. Järjestelmä hälyttää, jos lääkityksen anto on viivästynyt.

Lisäksi monilääkitys ja sen mukanaan tuomat haasteet tulivat ilmi työkonferensseissa. Osittain tämän vuoksi opinnäytetyön tehtävät päätettiin rajata koskemaan ainoastaan ajantasaista lääkityslistaa koskevaksi tarkasteluksi. Tehtävänä saatiin tuotettua lääkehoidon prosessikaavio lääkelistan lääkehoitoprosessista Apotissa (kuvio 9). Tämän avulla saadaan selkiytettyä ikääntyneiden lääkehoitoa ja sen toteuttamisen tehtävänjakoa kotihoidossa. Luotu prosessikaavio sujuvoittaa lääkehoitoa valmiin ja ajantasaisen lääkityslistan osalta. Lisäksi työkonferenssien keskustelut lisäsivät tietoisuutta ikääntyneiden lääkehoidon haasteista ja vaaranpaikoista, joihin tulisi kohdentaa prosessien uudelleentarkastelua ja selkiyttämistä. Tämä osoittaa, että lääkehoidon prosesseja tulisi tarkastella pienemmissä osissa ja valmistella sekä kouluttaa henkilökuntaa hyvissä ajoin ennen uuden potilastietojärjestelmän käyttöönottoa. Tämä tarkoittaa lääkehoitosuunnitelman ajantasaistamista ja selkiyttämistä kaikkien ammattiryhmien osalta. Lisäksi yhteistyö muun muassa apteekkien kanssa tulisi selvittää ennen Apotin käyttöönottoa.

## 6.2 Lääkitysturvallisuus

Kaiken hoidon tulisi parantaa asiakkaan elämänlaatua (World Health Organization 2019b). Tämä tapahtuu muun muassa potilasturvallisuuteen panostamalla. Yksi potilasturvallisuutta parantava tekijä on lääkitysvirheiden estäminen ja ehkäisy eli lääkitysturvallisuus (Linden-Lahti, Airaksinen, Pennanen & Käyhkö 2009). Jokainen työntekijä voi vaikuttaa virheiden syntyyn omilla toimillaan ja huolellisuudellaan. Osaamisella ja motivaatiolla on myös tärkeä rooli (Karttunen 2019, 83.) Suuri rooli potilasturvallisuudesta ja sen toteutumisesta on kuitenkin yhtenäisillä ohjeistuksilla, resursseilla ja johdolla. Työntekijöille tulee tarjota mahdollisuus lisäkoulutukseen ja rauhalliseen työskentelyyn. Ohjeet ja prosessit tulee olla kaikkien lääkehoitoa toteuttavien tiedossa ja käytössä. (Korhonen ym. 2019, 1821.)

Tämän opinnäytetyön tehtävänä oli luoda henkilöstöä osallistava toimintamalli lääkehoitoprosessin ohjaamisesta ja suunnittelusta Helsingin kaupungin kotihoidon henkilöstölle. Tämän opinnäytetyön seurauksena saatiin luotua menetelmä, joka osallistaa ja motivoi henkilökuntaa moniammatilliseen yhteistyöhön ja tiedon jakamiseen. Työkonferenssien ansiosta työntekijät toimivat tiedostavammin ja heillä on enemmän osaamista lääkehoidon osalta. Työkonferensseissa saatiin luotua yhtenäinen ohjeistus valmiin ja ajantasaisen lääkityslistan aikaansaamiseksi Apotti-potilastietojärjestelmässä. Myös palvelupäälliköt ja kotihoidon ohjaajat osallistuivat toteutukseen, joten potilasturvallisuuden edistämistä ja sen tärkeyttä saatiin myös johtotason tietoon.

Ikääntyneiden lääkehoitoon olisi tärkeä saada yhtenäinen järjestelmä, joka varoittaisi ja tiedottaisi enemmän lääkehoidon riskeistä ja hyödystä terveydenhuollon ammattilaisia, mutta myös ikääntynyttä itseään. (World Health Organization 2002, 25). Apotti-potilastietojärjestelmän tarkoituksena on yhtenäistää muun muassa asiakkaan lääkehoitoa ja vähentää tiedon siirtymiseen liittyviä riskitekijöitä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli valmistella Apotin käyttöönottoa yhdessä Helsingin kaupungin kotihoidon henkilöstön kanssa. Henkilöstön mukaanoton tarkoituksena oli sitouttaa ja valmistaa henkilökuntaa uuden potilastietojärjestelmän tuloon. Opinnäytetyön työkonferensseissa kotihoidon henkilöstö pääsi tutustumaan Apottiin moniammatillisissa ryhmissä. Tämä koettiin palautteiden perusteella erinomaiseksi työskentelymuodoksi. Moniammatillisissa ryhmissä osaamista päästiin jakamaan. Työkonferensseihin osallistuneet henkilöt ovat nyt tietoisempia uudesta potilastietojärjestelmästä ja sen mukanaan tuomista muutoksista. Tämän seurauksena he pystyvät nyt valmistautumaan paremmin tulevaan muutokseen ja kiinnittämään huomiota lääkitysturvallisuuteen jo uuden potilastietojärjestelmän siirtymävaiheessa.

Työkonferensseihin osallistujat halusivat valita prosessikaavion aiheeksi lääkityslistan ja sen valmiiksi saattamisen (kuvio 9). Tämä vahvistaa ajatusta siitä, että lääkitysturvallisuus koetaan tärkeäksi aiheeksi ja lääkitysturvallisuutta halutaan parantaa moniammatillisessa yhteistyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää

Helsingin kaupungin kotihoidon lääkehoitoprosessin turvallista käyttöönottoa potilastietojärjestelmän vaihtuessa syksyllä 2020. Luodun prosessikaavio avulla edistetään lääkehoitoprosessin turvallista käyttöönottoa valmiin ja ajantasaisen lääkityslistan osalta. Työkonferensseissa ilmeni kuitenkin, että lääkehoidossa on vielä prosesseja ja vastuunjakoja, joita tulisi selkiyttää ennen Apotin käyttöönottoa.

### 6.3 Lääkehoidon prosessi

Molempien työkonferenssien keskusteluissa nousi toistuvasti esille lääkehoidon laajuus. Apotti-potilastietojärjestelmän tuntemattomuus aiheutti paljon keskustelua ja lisäkysymyksiä. Uusi potilastietojärjestelmä koettiin vielä tässä vaiheessa vaikeaksi ymmärtää. Lisäksi tehtävänjako eri ammattiryhmien välillä sekä tiedonsiirto eri yksiköiden välillä aiheutti keskustelua. Osallistujat olivat epätietoisia siitä, kenen vastuulle lääkehoitoprosessien eri vaiheet kuuluvat. Näihin ei saatu vastausta työkonferenssien aikana. Samat haasteet ilmenevät muun muassa Ellenbeckerin ym. (2004, 167–170) tutkimuksessa, jossa nousee esiin eri ammattiryhmien välisten vastuunjaon haasteet sekä tiedonsiirtymisen ongelmat.

Tiedonkulkuun ja moniammatillisen työskentelyn mahdollistamiseen tulee panostaa. (Linden-Lahti 2009.) Teknologian sovellukset, kuten sähköiset potilastietojärjestelmät voivat auttaa potilasturvallisuuden edistämässä monipuolisesti, mutta erityisesti hoitotyön alueella, jossa virheitä tapahtuu usein muun muassa tiedonkulun puutteiden vuoksi (Jones & Treiber 2010, 244; Alenius & Graf 2016, 300–301). Tällainen alue on lääkehoito. Jonesin ja Treiberin (2010, 143–144) tutkimuksessa ilmenee, että hoitajat kokevat uudet potilastietojärjestelmät ja muut uudet teknologiat aluksi hankalana ja asennoituvat niihin aluksi epäillen ja vastustaen. Kyseisessä tutkimuksessa tulee ilmi, että hoitajat kokivat potilastietojärjestelmät lopulta hyvänä asiana. Myös potilastietojärjestelmien koettiin vähentävän lääkevirheitä. (Jones & Treiber 2010, 143–144.) Työkonferensseissa käytyjen keskusteluiden perusteella lääkehoitosuunnitelmaa sekä Apotin käyttöohjausta tulee kuitenkin kehittää ja selkiyttää vielä. Lääkehoitoprosessi uuden potilastietojärjestelmän aikana ei ole vielä selkeä.



Erityisesti ilmeni, että prosessit muun muassa reseptien uusimiskäytännöistä sekä lääketilauksista ja lääkitysmuutoksista olivat täysin epäselvät. Tällä hetkellä reseptien uusiminen, lääketilaukset sekä lääkitysmuutosilmoitukset apteekkeihin tapahtuvat faksin välityksellä. Reseptien uusimispyynnöt ja muut lääkitykseen liittyvät tilaukset tehdään tällä hetkellä sairaanhoitajajohtoisesti. Faksin käytön poistumista toivottiin työkonferenssien osallistujien keskusteluiden perusteella. Lisäksi epäselväksi jäi, tapahtuuko kaikki lääkitykseen liittyvät muutosilmoitukset ja lääketilaukset jatkossakin ainoastaan sairaanhoitajan toteuttamana. Näihin epäselviin asioihin ei saatu kuitenkaan vastausta työkonferenssien aikana. Toisaalta kehittämistyö vastaa kuitenkin alkuperäiseen kehittämistehtävään, jonka tavoitteena oli tarkastella kotihoidon lääkehoidon nykytilannetta ja tuottaa prosessi-kaavio lääkehoitoprosessista ennen Apotin käyttöönottoa. Kehittämistoiminnan osallistujat pääsivät tarkastelemaan kotihoidon lääkehoidon nykytilannetta. Tätä kautta osallistujat pääsevät viemään syntynyttä tietoa käytäntöön oman työskentelynsä kautta. Lisäksi kehittämistoiminnan tuotoksena saatiin luotua tavoitteiden mukaisesti prosessikaavio lääkehoitoprosessista (kuviot 9). Kehittämistoiminnan luonteeseen kuuluu, että toiminnan edetessä tavoite saattaa tarkentua, niin kuin nyt tapahtui lääkehoidon prosessikaavion tarkemmassa rajauksessa.

## **7 Pohdinta**

Opinnäytetyön viimeisessä luvussa pohditaan opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä. Luvussa 7.1 pohdinta on liitetty luotettavuuden ja eettisyyden teoriaan. Lopussa on opinnäytetyön johtopäätökset sekä jatkokehitystehtävät.

### **7.1 Luotettavuus ja eettisyys**

Luotettavuus on keskeisessä roolissa tieteellisessä tiedossa, niin kuin tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassakin, jossa tärkeimmät luotettavuuden kriteerit ovat tiedon todenmukaisuus, hyödyllisyys ja käyttökelpoisuus (Toikko & Ranta-

nen 2009, 121–122). Kehittämistoimintaan voidaan soveltaa kolmea eri luotettavuuden näkökulmaa: reliabiliteetti ja valideetti, vakuuttavuus sekä käyttökelpoisuus ja siirrettävyys (Toikko & Rantanen 2009, 122–125). Reliabiliteetilla tarkoitetaan, voidaanko tutkimusta toistaa. Valideetilla tarkoitetaan, mitataanko sitä, mitä on tarkoitus mitata. (Metsämuuronen 2001, 50.) Huttusen, Kakkorin ja Heikkisen (1999, 113–114) mukaan valideetin ja reliabiliteetin käyttö toimintatutkimuksessa on kuitenkin vaikeaa. Reliabiliteetin vaatimus kehittämistoiminnassa on kyseenalaista, sillä kyseessä on aina ainutlaatuinen ryhmäprosessi. Samanlaisen ryhmäprosessin aikaansaaminen on vaikeaa, vaikka tehtävänanto pysyisi samana. Kehittämistoiminnan ryhmäprosessit muuttuvat osallistujien yksilöllisten ja yhteisöllisten tekijöiden mukaan. Valideetin vaatimus joutuu myös ristiriitaan, koska mittarit eivät ole välttämättä päteviä, tai niitä ei ole käytössä ollenkaan. Lisäksi aineistot jäävät yleensä suppeiksi. (Toikko & Rantanen 2009, 123.) Toisaalta kehittämistoiminnassa ei ole tarkoitus välttämättä mitata mitään. Kehittämistoiminta tähtää uusien prosessien tai järjestelmien aikaansaamiseen tai olemassa olevien parantamiseen (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 21).

Vakuuttavuuteen liittyy olennaisesti uskottavuus ja johdonmukaisuus. Uskottavuutta lisää se, että valinnat ja tulkinnat on tehty perustellen ja avoimesti. Johdonmukaisuutta lisää tarkka ja läpinäkyvä prosessin jokaisen vaiheen raportointi. Edellisiin luotettavuuden osatekijöihin vaikuttaa suuresti kehittämistoiminnan osallistajat ja heidän sitoutumisensa. Sitoutumattomuus heikentää koko kehittämistoiminnan luotettavuutta ja lisää virhemahdollisuuksien riskiä, jos toimijat eivät osallistu kaikkiin kehitysprosessin vaiheisiin. (Toikko & Rantanen 2009, 124.)

Käyttökelpoisuuden ajatuksen mukaan kehittämistoiminnassa syntynyt tieto on luotettavaa, jos se on käyttökelpoista. Toisin sanoen tieto on luotettavaa silloin, kun se soveltuu käytäntöön. Siirrettävyydessä täytyy harkita, onko kehittämistoiminta tai sen tuotos siirrettävissä toiseen ympäristöön sellaisenaan, sillä jokainen kehittämistoiminta on aina ainutlaatuinen tapahtuma (Toikko & Rantanen 2009, 125–126.)

Koska tämä opinnäytetyö on toteutettu tutkimuksellisena kehittämistoimintana, ei sen tuotoksia ja lopputuloksia voi yleistää. Lääkehoidon prosessikaavio on kehitetty kehittämistoimintaa osallistuneiden henkilöiden yhteistyönä sen hetkistä parasta olemassa olevaa tietoa käyttäen. Jos työkonferenssit toteutettaisiin uudelleen, ei niitä voisi kopioida täysin samanlaiseksi. Lisäksi tuotettu prosessikaavio voisi olla erilainen osallistujien muuttuessa. Lisäksi aiheen rajausta voisi olla toisaalla tai uudelleen toteutetussa työkonferenssissa erilainen. Menetelmän voi toistaa. Se on kuvattu tarkasti ja yksityiskohtaisesti, jotta sen toistettavuus olisi mahdollisimman hyvä. Menetelmän osalta tämä lisää opinnäytetyön luotettavuutta.

Tämän opinnäytetyön toteuttamisen prosessissa työn luotettavuutta vahvistettiin sillä, että valinnat ja tulkinnat on tehty perustellen ja ne on kuvattu niin avoimesti ja totuudenmukaisesti, kuin kirjoitettuun tekstiin voi kirjoittaa. Kehittämistoiminnan osallistujat ovat osallistuneet kehittämistoimintaan vapaaehtoisesti ja tämä on lisännyt heidän sitoutumistaan opinnäytetyön prosessiin. Sitoutuneisuus kehittämistoimintaan vahvisti koko kehittämistoiminnan luotettavuutta. Lisäksi tämän opinnäytetyön tulosten ja tuotoksen eli prosessikaavion (kuvio 9) luotettavuutta lisää se, että tuotettu tieto on syntynyt käytännön havainnoista ja soveltuu sitä kautta käytäntöön.

Tämän opinnäytetyön tehtävänä tuotettiin prosessikaavio lääkehoitoprosessista (kuvio 9). Luotu kaavio koski valmiin ja ajantasaisen lääkityslistan saamista kotihoitoon käyttöön. Prosessikaavio tuotettiin työkonferenssien aikana moniammatillisessa yhteistyössä. Hankaluutena oli se, etteivät osallistujat tienneet vielä, kuinka lääkitysprosessi käytännössä etenee uudessa potilastietojärjestelmässä. Tämä on uuden luodun prosessimallin luotettavuutta heikentävä tekijä. Prosessimallia ei päästy koekäyttämään vielä uudessa potilastietojärjestelmässä, koska se ei ole vielä käytössä Helsingin kaupungissa. Tämä on myös luotettavuutta heikentävä tekijä. Prosessimallin käyttökelpoisuutta ei voitu selvittää tämän opinnäytetyön aikana. Koekäytön perusteella prosessikaavio valmiin, ajantasaisen lääkelistan saamiseksi kotihoitoon, on selkeä ja ymmärrettävä.

Sosiaali- ja terveysalan kehittämistoiminnassa on otettava huomioon myös toiminnan eettisyys. Aihevalinta, aiheen kohdentaminen, toimintatavat ja menetelmät vaativat eettistä pohdintaa. Terveystieteiden kehittämissuunnitelman ensisijainen päämäärä on potilaan hyvinvointi. Tutkittavia ja kehittämistoimintaan osallistuvia on kohdeltava oikeudenmukaisesti ja heidän ihmisarvoaan kunnioittaen. Ihmisten on saatava itse päättää osallistumisestaan kehittämistoimintaan ja itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa. (Heikkilä ym. 2008, 43–45.)

Opinnäytetyö toteutetaan ja kirjoitetaan hyviä tieteellisiä käytäntöjä soveltaen ja noudattaen. Lähdeviittaus tehdään aina asianmukaisella tavalla, kunnioittaen muiden tekemää työtä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Raportointi tulee tehdä huolellisesti ja avoimesti valinnat perustellen. Tärkeää koko prosessin tarkastelu ja arviointi. (Heikkilä ym. 2008, 45–46.)

Opinnäytetyöprosessi toteutettiin huomioiden sen luotettavuus sekä eettiset näkökulmat. Opinnäytetyöhön pyydettiin tutkimuslupa. Kaikki kehittämistoimintaan osallistujat informoitiin kaikista suunnitelmista ja aikatauluista avoimesti. Osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Tutkimusluvan ehtoja noudatettiin kaikissa opinnäytetyön vaiheissa ja raportoinnissa. Opinnäytetyöprosessin jokaisessa vaiheessa noudatettiin itsereflektiota ja kriittistä ajattelua. Raportointi tehtiin huolellisesti, rehellisesti, avoimesti ja todellisuutta kuvaavasti. Opinnäytetyön pienryhmätapaamisissa arvioitiin opinnäytetyöprosessia, sen kuvaamista ja raportointia koko opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyössä käytettiin sisäistä ja ulkoista arviointia. Tuotoksen eli lääkehoidon prosessikaavion (kuvio 9) lopulliseen arviointiin pyydettiin ulkopuolisen kotihoidon henkilöstön arviointia ja palautetta. Tuotosta korjattiin palautteiden perusteella. Kehittämissuunnitelman arviointiin käytettiin member check -arviointia. Lisäksi kehittämistoimintaa arvioitiin SWOT-analyysillä. Kaikki arvioinnit ja palautteet on kirjoitettu auki raporttiin avoimesti ja todellisuutta kuvaavalla tavalla. Raportoinnissa käytettiin asianmukaisia lähdeviittauksia. Lisäksi opinnäytetyön tekijä on noudattanut Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön -ohjeita koko opinnäytetyön prosessin ajan.

## 7.2 Johtopäätökset ja jatkokehitystehtävät

Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää Helsingin kaupungin kotihoidon lääkehoitoprosessin turvallista käyttöönottoa syksyllä 2020. Tämä tavoite toteutui työkonferenssiin osallistuneiden työntekijöiden osalta. Osallistujia oli alle 20, kun koko Helsingin kaupungin kotihoidon henkilöstömäärä on yli 6 000 työntekijää. Tällä opinnäytetyöllä ei voitu edistää koko henkilöstön lääkehoitoprosessin käyttöönottoa. Tuotetulla prosessikaaviolla (kuvio 9) pystyttiin kuitenkin edistämään kotihoidon lääkehoitoprosessin kehittämistä moniammatillisesti. Prosessikaaviota ehdotetaan osaksi Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluiden kotihoidon, kuntouttavan arviointiyksikön, ympärivuorokautisen hoidon, päivätoiminnan ja kotihoidon lääkäreiden lääkehoitosuunnitelmaa. Lääkehoitosuunnitelmassa prosessikaavio edistäisi koko Helsingin kaupungin lääkehoitoprosessin käyttöönottoa Apotti-potilastietojärjestelmän tullessa käyttöön. Prosessikaavio (kuvio 9) esitellään Helsingin kaupungin Apotin valmistautumisen ydinryhmässä, johon kuuluu edustajia kaikista kotihoidon ammattiryhmistä johtotasolle saakka.

Osa lääkitysvirheistä tapahtuu puutteellisen tiedonsiirron vuoksi. Sähköisillä palveluilla, kuten potilastietojärjestelmillä, voidaan vähentää lääkitysvirheiden syntymisen riskiä. Kaikki toiminta, mikä edistää turvallista potilastietojärjestelmän käyttöönottoa, edistetään samalla lääkitys- ja potilasturvallisuutta. Työkonferenssien aikana tuli ilmi, että lääkehoito on liian suuri aihealue, jotta siitä saataisi kokonaisvaltainen prosessimalli kahden työkonferenssin aikana. Lääkehoito voidaan jaotella erilaisiin prosesseihin. Juuri lääkeshoidon prosessien laajuuden vuoksi lääkitysvirheiden syitä on monia. Lääkitysvirheet voivat tapahtua prosessin kaikissa eri vaiheissa. Työkonferenssit vahvistivat tätä tietoa. Lääkehoidossa on useita vaaran ja virheiden synnyn paikkoja. Työtä lääkeshoidon turvallisen toteuttamisen edistämiseksi täytyy siis edelleen jatkaa. Tämä vaatii työtä valtakunnallisesti, organisaatiotasolla sekä yksilötasolla. Tämän opinnäytetyön myötä turvallista lääkeshoidon toteuttamista voitiin kehittää niin organisaatio, kuin yksilötasollakin.

Demokraattinen dialogi koettiin hyväksi tavaksi käydä keskustelua. Näin jokaisen osaaminen tuli kuuluviin. Toisaalta toimintamallin aihealue koettiin liian laajaksi.

Koko lääkehoitoprosessin läpikäyminen kaksiosaisessa työkonferenssissa koettiin mahdottomaksi. Tämä jopa turhautti osaa osallistujista. Toimeksiantajan edustaja voi käyttää lääkehoitoprosessin ohjaamisessa ja suunnittelussa tämän opinnäytetyön toteutuksen pohjaa. Aihealue kannattanee kuitenkin jatkossa rajata pienempiin lääkehoidon prosessin eri vaiheiksi. Opinnäytetyön toimeksiantajan edustaja saa käyttää toteutuksen mallia haluamallaan tavalla.

Opinnäytetyöprosessi oli mielenkiintoinen ja antoisa. Opinnäytetyön tekijä toimii kotihoidossa kotihoidon ohjaajana eli 20 työntekijän lähiesimiehenä. Oma osaaminen lääkehoidosta, sen prosessin eri vaiheista ja lääkitysvirheiden synnystä lisääntyi huomattavasti. Opinnäytetyöntekijä kehittyi lähiesimiehenä demokraattisen dialogin käyttöön työyhteisön johtamisessa. Vuorovaikutustilanteissa, kuten tiimikokouksissa ja esimiehen ja työntekijän välisissä keskusteluissa, on huomioitu demokraattiseen dialogiin pohjautuvia peruseriaatteita (liite 2). Demokraattisen dialogin opettelu yhdessä tiimin kanssa on saanut opinnäytetyön tekijän muodostamaan uusia yhteisiä suunnitelmia yhdessä työntekijöiden kanssa. Dialogisuuden kautta johtajuus on kehittynyt ja luottamus sekä side työntekijöihin vahvistunut. Dialogisuuteen perustuvalla johtamisella opinnäytetyön tekijä on pystynyt johtamaan työntekijöitä itseohjautuvampaan suuntaan. Harjoittelu demokraattisen dialogin käytössä jatkuu kuitenkin edelleen.

Opinnäytetyön ajankohtaisuus ja tärkeys korostuivat prosessin edetessä. Uusi potilastietojärjestelmä Apotti otetaan käyttöön Helsingin kaupungissa syksyllä 2020, ja sen käyttöönoton valmistelu on alkanut koko organisaatiossa. Aihe on siis hyvin ajankohtainen ja tärkeä. Lisäksi Helsingin kaupungin sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluissa alkaa turvallisen lääkehoidon teemavuosi 2020. Opinnäytetyön tuotoksena toteutettu valmiin, ajantasaisen lääkityslistan prosessikaavio (kuvio 9) tukee teemavuoden aihetta erinomaisesti. Haartmanin sairaalassa lääkehoidon päivän teemana on "lääkityslista kuntoon". Aihe nähdään siis hyvin ajankohtaisena ja tärkeänä muuallakin. Näiden lisäksi kaikkien toteutukseen osallistuneiden ja toimeksi antajan edustajan mielestä aihe on tärkeä ja hyvin ajankohtainen.

Opinnäytetyön aihevalinta tukee erinomaisesti Helsingin kaupunkia uuden potilastietojärjestelmän käyttöönotossa sekä sen turvallisen lääkehoidon teemavuodessa. Opinnäytetyössä opinnäytetyöntekijä pystyy tukemaan ja ohjaamaan työntekijöitään esimiehenä turvallisessa lääkehoidon toteuttamisessa. Opinnäytetyö antoi paljon uusia ideoita lääkehoidon kehittämisessä tiimissä, jonka esimiehenä opinnäytetyön tekijä toimii. Lisäksi uusi potilastietojärjestelmä tuli tutummaksi opinnäytetyön tekijälle. Näin henkilökuntaa pystyy paremmin motivoimaan ja kannustamaan uuden potilastietojärjestelmän tuloon. Tietoperustan mukaan yksi lääkitysvirheitä estävä tekijä voi olla teknologian hyödyntäminen. Tämän vuoksi opinnäytetyöntekijä näkee uuden potilastietojärjestelmän tulon hyvänä asiana, johon kannattaa panostaa. Lisäksi lääkehoidon prosessien monimutkaisuus realisoitui opinnäytetyön tekijälle. Esimiehenä nämä puutteet ja virheen paikat haluaa korjata. Esimiehenä on myös mahdollisuus vaikuttaa työntekijöiden työpaineeseen, osaamiseen ja lisäkoulutukseen. Tähän opinnäytetyöntekijä aikoo panostaa esimiehenä toimiessaan.

Lääkitysvirheiden yleisyyden ja niiden negatiivisten vaikutusten yksilölle ja yhteiskunnalle aihe on tärkeä. Lisää tutkimuksia ja kehittämistyötä tarvitaan. Jatkossa vastaavanlaisissa kehittämistöissä lääkehoidon aluetta voisi pilkkoa pienempiin osiin. Lääkehoidon prosesseja tulisi päivittää ja tarkistaa jokainen lääkehoidon prosessin vaihe läpikäyden. Toisen työkonferenssin palautteiden perusteella jatkossa vastaavanlaisen kehittämistoiminnan voisi toteuttaa yhteistyössä sellaisen yksikön kanssa, jossa on jo Apotti-potilastietojärjestelmä käytössä tai kehittämistoimintaan voisi kutsua sellaisia osallistujia, jotka osaavat jo käyttää uutta potilastietojärjestelmää. Jatkossa olisi myös mielenkiintoista selvittää, miten uuden potilastietojärjestelmän käyttöönotto sujui ja kuinka se vaikutti turvallisen lääkehoidon toteutukseen. Asiaa voisi tutkia monesta eri näkökulmasta: eri ammattiryhmien, asiakkaan, taloudellisesti ja tilastollisesti. Eri ammattiryhmiltä voisi selvittää, miten uuden potilastietojärjestelmän käyttöönotto sujui ja kuinka sen koettiin vaikuttaneen lääkehoitoon ja sen toteuttamiseen. Asiakkailta voisi selvittää, kuinka uuden potilastietojärjestelmän käyttöönotto on näkynyt heille tai kuinka se on vaikuttanut lääkehoidon sujuvuuteen. Taloudellisesti asiaa voisi selvittää, onko uuden potilastietojärjestelmän käyttöönotto vähentänyt lääkitysvir-

heistä johtuvia sairaalajaksoja. Tilastollisesti uuden potilastietojärjestelmän käyttöönoton vaikutuksia lääkehoitoon voisi tarkastella muun muassa lääkityshaittailmoitusten määrän tarkasteluna.



## Lähteet

- Aho, V., Harakka, S., Heikkuri, J., Polvi, S., Samola, R., Sirola, J. & Talja, E. 2020/1. Lääkehoitosuunnitelma. SKH – Kotihoito ja kuntouttava arviointiyksikkö, ympärivuorokautinen hoito, päivätoiminta ja kotihoidon lääkärit -yksikkö. Helsinki.
- Ahonen, J. 2011. Lääkkeiden lääkehoito. Vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0500-0/urn\\_isbn\\_978-952-61-0500-0.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0500-0/urn_isbn_978-952-61-0500-0.pdf). 2.12.2019.
- Ala-Laurinaho, A. 2014. Välineitä toimintaa uudistavaan dialogiin. Teoksessa Virkajärvi, M. (toim.) Työelämän tutkimuspäivät 2013. Työn tulevaisuus. Työelämän tutkimuspäivien konferenssijulkaisuja 5/2014, 1–14. [https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/95420/tyoelaman\\_tutkimuspäivat\\_2013.pdf?sequence=1#page=9](https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/95420/tyoelaman_tutkimuspäivat_2013.pdf?sequence=1#page=9). 20.4.2019.
- Alenius, M. & Graf, P. 2016. Use of electronic medication administration records to reduce perceived stress and risk of medication errors in nursing homes. *Computers, Informatics, Nursing*, 34 (7). [https://www.dropbox.com/sh/rqh6kxobidv8squ/AADhSwDjz9bJCBreIL-rQZbiUa?dl=0&preview=Use\\_of\\_Electronic\\_Medication\\_Administration.5.pdf](https://www.dropbox.com/sh/rqh6kxobidv8squ/AADhSwDjz9bJCBreIL-rQZbiUa?dl=0&preview=Use_of_Electronic_Medication_Administration.5.pdf). 24.12.2019.
- Alexander-Magalee, M., A. 2013. Addressing pharmacology challenges in older adults. *Nursing* 2019. [https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2013/10000/Addressing\\_pharmacology\\_challenges\\_in\\_older\\_adults.18.aspx](https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2013/10000/Addressing_pharmacology_challenges_in_older_adults.18.aspx). 1.12.2019.
- Apotti, a. Apotti järjestelmänä. <https://www.apotti.fi/apotti-jarjestelmana/>. 15.4.2019.
- Apotti, b. Apotti-hankkeen päävaiheet ja aikataulukutus. <https://www.apotti.fi/hankkeen-seuranta/>. 15.4.2019.
- Apotti. 2019a. Miten Apotti muuttaa kotihoitoa? <https://www.apotti.fi/miten-apotti-muuttaa-kotihoitoa/>. 15.4.2019.
- Apotti. 2019b. Apotin hyödyt eivät näy käyttäjille heti – järjestelmän omaksuminen vaatii aikaa. <https://www.apotti.fi/apotin-hyodyt-eivat-nay-kayttajille-heti-jarjestelman-omaksuminen-vaatii-aikaa/>. 15.4.2019.
- Arola, M. & Suhonen, L. 2014. Osallistava tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Teoksessa Tiainen, A.-I. (toim.) YAMK työelämää kehittämässä. Sosiaali- ja terveysalan näkökulmia työhyvinvointiin. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B:25, 14–22.
- Berland, A. & Bentsen, S. B. 2017. Medication errors in home care: a qualitative focus group study. *Journal of clinical nursing* 26/2017, 3734–3741. [https://www.dropbox.com/sh/rqh6kxobidv8squ/AADhSwDjz9bJCBreILrQZbiUa?dl=0&preview=Berland\\_et\\_al-2017-Journal\\_of\\_Clinical\\_Nursing.pdf](https://www.dropbox.com/sh/rqh6kxobidv8squ/AADhSwDjz9bJCBreILrQZbiUa?dl=0&preview=Berland_et_al-2017-Journal_of_Clinical_Nursing.pdf). 24.12.2019.
- Ellenbecker, C. H., Frazier, S. C. & Verney, S. 2004. Nurses' observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care. *Geriatric Nursing* 25 (3). [https://www.dropbox.com/sh/rqh6kxobidv8squ/AADhSwDjz9bJCBreIL-rQZbiUa?dl=0&preview=Hall\\_etal.pdf](https://www.dropbox.com/sh/rqh6kxobidv8squ/AADhSwDjz9bJCBreIL-rQZbiUa?dl=0&preview=Hall_etal.pdf). 24.12.2019.

- Eronen, A.-K. 2016. Potilasvahinkona korvatut lääkityspoikkeamat potilasvakuutuskeskuksen aineistossa 2013–2014. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/161056/2016\\_Eronen.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/161056/2016_Eronen.pdf?sequence=1&isAllowed=y). 2.12.2019.
- Fialová, D. & Onder, G. 2009. Medication errors in elderly people: contributing factors and future perspectives. *British journal of clinical pharmacology*. [https://www.dropbox.com/sh/rqh6kxobidv8squ/AADhSwDjz9bJCBreLrQZbiUa?dl=0&preview=Fialov\\_et\\_al-2009-British\\_Journal\\_of\\_Clinical\\_Pharmacology.pdf](https://www.dropbox.com/sh/rqh6kxobidv8squ/AADhSwDjz9bJCBreLrQZbiUa?dl=0&preview=Fialov_et_al-2009-British_Journal_of_Clinical_Pharmacology.pdf). 24.12.2019.
- Fimea. 2018. Iäkkäiden lääkehoito. [https://www.fimea.fi/vaestolle/iakkaiden\\_laa-kehoito](https://www.fimea.fi/vaestolle/iakkaiden_laa-kehoito). 3.6.2019.
- Goldschmidt, P., G. 2005. HIT and MIS: Implications of health information technology and medical information systems. *Communications of the ACM* 48/2005. <http://www.worlddg.com/documents/622.pdf>. 14.12.2019.
- Hammar, T., Nyström, S., Petersson, G., Rydberg, T. & Åstrand, B. 2010. Swedish pharmacists value ePrescribing: a survey of a nationwide implementation. [://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1211/jphsr.01.01.0012](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1211/jphsr.01.01.0012). 2.12.2019.
- He, W., Goodkind, D. & Kowal, P. An aging world: 2015 – International Population Reports. <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p95-16-1.pdf>. 15.4.2019.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Helmi. 2018. Eteläinen kotihoitoyksikkö. [http://helmi.hel.fi/Sote/osastot/sairaala\\_kuntoutus\\_ja-hoivapalvelut/etelan\\_palvelualue/etelainen/sivut/default.aspx](http://helmi.hel.fi/Sote/osastot/sairaala_kuntoutus_ja-hoivapalvelut/etelan_palvelualue/etelainen/sivut/default.aspx). 5.9.2019.
- Helmi. 2019a. Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut. [http://helmi.hel.fi/Sote/osastot/sairaala\\_kuntoutus\\_ja-hoivapalvelut/Sivut/default.aspx](http://helmi.hel.fi/Sote/osastot/sairaala_kuntoutus_ja-hoivapalvelut/Sivut/default.aspx). 5.9.2019.
- Helmi. 2019b. Keskinen kotihoitoyksikkö. [http://helmi.hel.fi/Sote/osastot/sairaala\\_kuntoutus\\_ja-hoivapalvelut/etelan\\_palvelualue/keskinen/Sivut/default.aspx](http://helmi.hel.fi/Sote/osastot/sairaala_kuntoutus_ja-hoivapalvelut/etelan_palvelualue/keskinen/Sivut/default.aspx). 5.9.2019.
- Helsingin kaupungin tilastokeskus. 2013. Helsingin ja Helsingin seudun väestöennuste 2014–2050. Ennuste alueittain 2014–2023. [https://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/13\\_09\\_18\\_Tilastoja\\_29\\_Vuori.pdf](https://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/13_09_18_Tilastoja_29_Vuori.pdf). 3.3.2020.
- Helsingin kaupunki. 2019. Sosiaali- ja terveystoimiala. <https://www.hel.fi/sote/fi/esittely/organisaatio/skh>. 30.4.2019.
- Hepler, C., D. & Strand, L., M. 1990. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American journal of hospital pharmacy* 47/1990, 533–543. [https://www.researchgate.net/profile/Charles\\_Hepler2/publication/20838625\\_Opportunities\\_and\\_Responsibilities\\_in\\_Pharmaceutical\\_Care/links/5bf6b62692851c6b27d2e081/Opportunities-and-Responsibilities-in-Pharmaceutical-Care.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Charles_Hepler2/publication/20838625_Opportunities_and_Responsibilities_in_Pharmaceutical_Care/links/5bf6b62692851c6b27d2e081/Opportunities-and-Responsibilities-in-Pharmaceutical-Care.pdf). 1.12.2019.
- Huttunen, R., Kakkori, L. & Heikkinen, H., L., T. 1999. Toiminta, tutkimus ja totuus. Teoksessa Heikkinen, H., L., T., Huttunen, R. & Moilanen, P.(toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Atena kustannus.

- Härkänen, M., Turunen, H., Saano, S. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Terveystenhuollon henkilöstön näkemykset lääkityspoikkeamien estämisestä erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 25/2013, 49–61.
- Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. 2015. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN\\_ISBN\\_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y). 3.6.2019.
- Innokylä. 2013. SWOT. <https://www.innokyla.fi/web/malli111751>. 4.6.2019.
- Innokylä. 2019. Työkonferenssi. <https://www.innokyla.fi/web/malli110463>. 13.4.2019.
- Jelli. 2019. Osallistavat arviointimenetelmät. <https://www.jelli.fi/jarjestoiminta/arvioinnin-tyokaluja-ja-menetelmia/osallistavat-arviointimenetelmät/>. 20.4.2019.
- Jokinen, T., Vanakoski, J., Skippari, L., Iso-Aho, M. & Simoila, R. 2009. Iäkkäiden potilaiden kokonaislääkitystä on syytä arvioida säännöllisesti kotihoitossa. *Lääkärilehti* 19/2009, 1772–1776.
- Jones, J. H. & Treiber, L. 2010. When the 5 rights go wrong. Medication errors from the nursing perspective. *Journal of nursing care quality*. July-September 2010. [https://www.dropbox.com/sh/rqh6kxobidv8squ/AADhSwDjz9bJCBreLrQZbiUa?dl=0&preview=When\\_the\\_5\\_Rights\\_Go\\_Wrong\\_\\_Medication\\_Errors\\_From.8.pdf](https://www.dropbox.com/sh/rqh6kxobidv8squ/AADhSwDjz9bJCBreLrQZbiUa?dl=0&preview=When_the_5_Rights_Go_Wrong__Medication_Errors_From.8.pdf). 24.12.2019.
- Kalliokoski, A., Sommarberg, L. & Forsell, M. 2007. Adverse drug reactions in the elderly. Teoksessa *Lääketietoa lääkelaitokselta*. 5/2007. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/121276/tabu52007\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/121276/tabu52007_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y). 2.12.2019.
- Kanta. 2019. Mitä Kanta-palvelut ovat? <https://www.kanta.fi/mita-kanta-palvelut-ovat>. 14.12.2019.
- Karelia ammattikorkeakoulu. 2019. SoleOPS. Opintojakson kuvaus. [https://soleops.karelia.fi/opsnet/disp/fi/ops\\_OpetTapTeks/tab/tab/sea?opet-tap\\_id=189876458&stack=push](https://soleops.karelia.fi/opsnet/disp/fi/ops_OpetTapTeks/tab/tab/sea?opet-tap_id=189876458&stack=push). 24.4.2019.
- Karttunen, M. 2019. Lääkehoidon turvallinen toteuttaminen ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa hoitohenkilöstön kokemana. Oulu: Oulun yliopisto. Väitöskirja. Universitatis Ouluensis, D1527 <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526223421.pdf>. 28.11.2019.
- Keränen, T. 2017. Ei enää kankeita potilastietojärjestelmiä. *Lääkärilehti* 46/2017, 2650–2653.
- Keränen, T. 2019. ”Uskon että Peijaksen kokemuksista on opittu”. *Lääkärilehti* 18/2019, 1102–1103.
- Knuuttila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveystenhuollon vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007, terveydenhuollon laadunhallinta. [https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007-1\\_vaaratapahtumien\\_raportointi.pdf](https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007-1_vaaratapahtumien_raportointi.pdf). 27.12.2019.
- Korhonen, P., Timonen, J., Kauppinen, H., Mäntyselkä, P. & Ahonen, R. 2019. Haastattelututkimus lääkäreille. Sähköisen reseptin uudistamiskäytännöt terveyskeskuksissa. *Lääkärilehti* 34/2019, 1817–1821.
- Kuula, A. 2001. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.
- Kuvaja, S. & Malmelin, K. 2008. Vastuullinen yritysviestintä. Helsinki: Edita.

- Kärki, J. 2019a. Erityissuunnittelija. Helsingin kaupunki. Keskustelu. 17.4.2019.
- Kärki, J. 2019b. Erityissuunnittelija. Helsingin kaupunki. Luento. 6.11.2019.
- Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 61/2007.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 559/1994.
- Lehtonen, J. 2004. Työkonferenssi – dialoginen metodi. Teoksessa Lehtonen, J. (toim.) Työkonferenssi Suomessa. Vuoropuheluun perustuva työyhteisöjen kehittämismetodi. Raporttisarja 2004, 1. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.
- Linden-Lahti, C., Airaksinen, M., Pennanen, P. & Käyhkö, K. 2009. Vakavat lääkityspoikkeamat potilasturvallisuuden haasteena. *Lääkärilehti* 41/2009, 3429–3434.
- Meranius, M. S. & Hammar, L. M. 2016. How does the healthcare system affect medication self-management among older adults with multimorbidity? *Nordic college of caring science* 30/2016. [https://www.dropbox.com/sh/rqh6kxobidv8squ/AADhSwDjz9bJCBreIL-rQZbiUa?dl=0&preview=Meranius\\_et\\_al-2016-Scandinavian\\_Journal\\_of\\_Caring\\_Sciences.pdf](https://www.dropbox.com/sh/rqh6kxobidv8squ/AADhSwDjz9bJCBreIL-rQZbiUa?dl=0&preview=Meranius_et_al-2016-Scandinavian_Journal_of_Caring_Sciences.pdf). 24.12.2019.
- Metsämuuronen, J. 2001. Metodologian perusteet ihmistieteissä. *Metodologia-sarja* 1.
- Mustajoki, P. 2005. Hoitoon liittyvät virheet ja niiden ehkäisy Peijaksen sairaalan projekti. *Lääkärilehti* 23/2005, 2623–2625.
- Moore, C., Wisnivesky, J., Williams, S. & McGinn, T. 2003. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1494907/>. 2.12.2019.
- Nurminen, M.-L. 2011. Lääkehoito. Helsinki: WSOYpro.
- Odukoya, O. & Chui, M., A. 2012. Retail pharmacy staff perceptions of design strengths and weaknesses of electronic prescribing. <https://academic.oup.com/jamia/article/19/6/1059/728674>. 2.12.2019.
- Oy Apotti Ab. 2018. Lääkitys Apotissa – teemapaketti. Vain Helsingin soten sisäiseen käyttöön. Materiaalipaketti.
- Pitkänen, A., Teuho, S., Uusitalo, M. & Kaunonen, M. 2015. Improving medication safety based on reports in computerized patient safety systems. *Computers, Informatics, Nursing* 34 (3), 122–127. [https://www.dropbox.com/sh/rqh6kxobidv8squ/AADhSwDjz9bJCBreIL-rQZbiUa?dl=0&preview=Improving\\_Medication\\_Safety\\_Based\\_on\\_Reports\\_in.5.pdf](https://www.dropbox.com/sh/rqh6kxobidv8squ/AADhSwDjz9bJCBreIL-rQZbiUa?dl=0&preview=Improving_Medication_Safety_Based_on_Reports_in.5.pdf). 24.12.2019.
- Robert Wood Johnson Foundation. 2006. Member Checks. <http://www.qualres.org/HomeMemb-3696.html>. 20.4.2019.
- Saastamoinen, P., Hyppönen, H., Kaipio, J., Lääveri, T., Reponen, J., Vainiomäki, S. & Vänskä, J. 2018. Lääkäreiden arviot potilastietojärjestelmistä ovat parantuneet hieman. *Lääkärilehti* 34/2018, 1814–1820.
- Salmasi, S., Wimmer, B. C., Khan, T. M., Patel, R. P. & Ming, L. C. 2017. Quantitative exploration of medication errors among older people: a systematic review. *Drugs ther perspect* 34/2018, 129–137. [https://www.dropbox.com/sh/rqh6kxobidv8squ/AADhSwDjz9bJCBreILrQZbiUa?dl=0&preview=Salmasi2018\\_Article\\_QuantitativeExplorationOfMedic.pdf](https://www.dropbox.com/sh/rqh6kxobidv8squ/AADhSwDjz9bJCBreILrQZbiUa?dl=0&preview=Salmasi2018_Article_QuantitativeExplorationOfMedic.pdf). 24.12.2019.
- Seppänen, A. 2018. Apotin käyttöönotossa on ongelmia Peijaksessa. *Lääkärilehti*. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/apotin-kayttoonotossa-on-ongelmia-peijaksessa/>. 14.12.2019.

- Seppänen-Järvelä, R. 1999. Luottamus prosessiin. Kehittämistyön luonne sosiaali- ja terveysalalla. Stakes: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Rationaalisen lääkehoidon toimeenpano-ohjelma. Loppuraportti. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160659/15\\_RATI\\_toimeenpano\\_ohjelma\\_loppuraportti.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160659/15_RATI_toimeenpano_ohjelma_loppuraportti.pdf?sequence=4&isAllowed=y). 14.12.2019.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. 341/2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä. 1088/2010. Sosiaalihuoltolaki. 1301/2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Kotihoito ja kotipalvelut. <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>. 5.6.2019.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09\\_2017\\_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021\\_suomi.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf). 25.12.2019.
- Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakesin työpapereita 28/2006. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75835/T28-2006-VERKKO.pdf?sequence=1>. 28.11.2019.
- Suomisanakirja. 2019. <https://www.suomisanakirja.fi/dialogi>. 24.4.2019.
- Syvänen, A., Kasvio, A., Loppela, K., Lundell, S., Tappura, S. & Tikkamäki, K. 2012. Dialoginen johtaminen innovatiivisuuden tekijänä. Tutkimusohjelman teoreettiset lähtökodit, tutkimuskysymykset ja toteutus. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114647/Dialoginen\\_johtaminen.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114647/Dialoginen_johtaminen.pdf?sequence=1&isAllowed=y). 13.4.2019.
- Syvänen, S., Tikkamäki, K., Loppela, K., Tappura, S., Kasvio, A. & Toikko, T. 2015. Dialoginen johtaminen. Avain tuloksellisuuteen, työelämän laatuun ja innovatiivisuuteen. Tampere: Tampere University Press.
- Tarkiainen, A. 2014. Opinnäytetyön ohjaus – kehittämisen, tutkimisen ja kirjoittamisen majakoita ja karikoita tunnistamassa. Teoksessa Tiainen, A.-I. (toim.) YAMK työelämää kehittämässä. Sosiaali- ja terveysalan näkökulmia työhyvinvointiin. Karelia-ammattikorkeakoulu julkaisuja B:25, 24–34.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Säännöllisen kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2018. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/kotihoidon-asiakkaat>. 15.4.2019.
- Thurman, K. & Sinisalo, L. 2015. Lääkehoito hoiva- ja hoitotyössä. Helsinki: Edita.
- Tiainen, A. 2014. Karelia-ammattikorkeakoulun työelämäyhteistyö sosiaali- ja terveysalan ylemmässä ammattikorkeakoulututkinnoissa. Teoksessa Tiainen, A.-I. (toim.) YAMK työelämää kehittämässä. Sosiaali- ja terveysalan näkökulmia työhyvinvointiin. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B:25, 6–12.
- Tilastokeskus. 2018. Liitetäulukko 1. Väestö ikäryhmittäin koko maa 1900 - 2070 (vuoden 2020 - 2070 ennuste) Korjattu 18.12.2018. [https://www.stat.fi/til/vaenn/2018/vaenn\\_2018\\_2018-11-16\\_tau\\_001\\_fi.html](https://www.stat.fi/til/vaenn/2018/vaenn_2018_2018-11-16_tau_001_fi.html). 14.4.2019.

- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämissprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere university press.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). 14.4.2019.
- Valvira. 2017. Lääkehoidon toteuttaminen. [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon\\_toteuttaminen](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon_toteuttaminen). 3.6.2019.
- Vartiainen, E. & Pulkkis, A. Työkonferenssi työelämän tutkimuksessa ja kehittämisessä. Teoksessa Lehtonen, J. (toim.) Työkonferenssi Suomessa. Vuoropuheluun perustuva työyhteisöjen kehittämismetodi. Raporttisarja 2004, 1. Helsinki: Työturvallisuuskeskus, 57–74.
- Welling, M. 2019. Lääkehoidon vaaranpaikat potilasvakuutuksen näkökulmasta. Sic! Lääketietoa fimeasta. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137941/Sic%201-2%202019\\_30-31%20L%20a%20keuhoidon%20vaaranpaikat%20potilasvakuutuksen%20n%20a%20k%20b6kulmasta.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137941/Sic%201-2%202019_30-31%20L%20a%20keuhoidon%20vaaranpaikat%20potilasvakuutuksen%20n%20a%20k%20b6kulmasta.pdf?sequence=1&isAllowed=y). 25.12.2019.
- World Health Organization. 2002. Active Ageing: A Policy Framework. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf;jsessionid=BA23B49927BC17709EA7A021A3C96344?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=BA23B49927BC17709EA7A021A3C96344?sequence=1). 20.4.2019.
- World Health Organization. 2015. World report on ageing and health. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf;jsessionid=4B943D8866755FFF822A9919FFB726F7?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=4B943D8866755FFF822A9919FFB726F7?sequence=1). 16.12.2019.
- World Health Organization. 2019a. Patient safety. The third WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm. <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>. 24.12.2019.
- World Health Organization. 2019b. Patient safety. <https://www.who.int/patientsafety/en/>. 24.12.2019.
- World Health Organization. 2019c. Patient safety. 5 moments for medication safety. <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/5moments/en/>. 24.12.2019.

## Motivaatiokirje

Hei!

Olet osallistumassa kaksiosaiseen kotihoidon lääkehoitoprosessin suunnittelutapaamiseen. Tapaamisessa valmistellaan Apotin käyttöönottoa yhdessä Helsingin kaupungin kotihoidon henkilöstön kanssa. Tavoitteena on kehittää yhdessä prosessimalli Apotin lääkehoidon prosessista. Muut lähipalvelualueet saavat saman tiedon Apotin lääkehoitoprosessista syksyyn 2020 mennessä. Tapaamiset ovat osa ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä, joka toteutetaan toiminnallisena tutkimuksellisenä kehittämissyönä. Lisätietoja tapaamisista annan mielelläni.

Tapaamiset järjestetään **keskiviikkona 6.11 klo 12-15 Kallion virastotalo nh 6 ja keskiviikkona 13.11 klo 13-16 Kallion virastotalo nh 444**

Ilmoittautumista ei tarvita. Voit vain saapua paikalle sovittuna aikana. Laitathan päivämäärät jo kalenteriisi.

Työskentelemme yhdessä työpajatyypisesti niin, että eri ammattiryhmät pääsevät tuomaan näkemyksensä lääkehoidon prosessista. Työpaja rakentuu työnkonferenssimenetelmän ympärille. Tarkemman ohjeistuksen päivän kulusta saat tapaamisen alussa. Tarvitset mukaan avoimen mielen. Jokainen saa äänensä kuuluviin päivän aikana. Jokaista myös kuunnellaan. Esiintyä ei kuitenkaan tarvitse. Ensimmäisessä tapaamisessa on mukana Helsingin Apotin projektipäällikkö Jaana Kärki.

Tavataan marraskuussa! Tervetuloa!

Yhteistyöterveisin Anni Suomalainen, kotihoidon ohjaaja, YAMK-opiskelija.  
[anni.suomalainen@hel.fi](mailto:anni.suomalainen@hel.fi), p. 040 334 5514



Kuva: Google-kuvahaku

## Demokraattisen dialogin ohjeet

# Demokraattinen dialogi

Dialogisen keskustelun *tavoitteena* on uusien toimintatapojen muodostaminen ja parhaan mahdollisen ratkaisun löytäminen useista vaihtoehdoista

Dialogisuudessa on neljä perusperiaatetta:

- ✓ *puhu suoraan*
- ✓ *kuuntele*
- ✓ *kunnioita*
- ✓ *odota*

Puhumisessa on tavoitteena oman *aidon sisäisen äänen ilmaiseminen ääneen*. Tärkeää on tuoda omat kokemukset ja näkemykset julki.

Demokraattiseen dialogiin pohjautuva kehittämistoiminta on tehokas tapa tuottaa organisaatiossa kehittämistä yhteisymmärryksessä ja yhdessä tavoitteista sopien

Parhaimmillaan demokraattinen dialogi on *yhdessä ajattelua, yhdessä oppimista, uusien ideoiden keksimistä ja eri vaihtoehtojen näkemistä*.



## KKK-palautelomake

### **PALAUTEKESKUSTELU**

### **KKK-MENETELMÄ – KIRJOITA, KUUNTELE, KITEYTÄ**

Valitkaa ryhmästä puheenjohtaja, joka kirjaa palautteen yhteenvetdon lopuksi paperille.

#### Käsiteltävät kysymykset:

- Mitkä asiat toimivat parhaiten ja miksi?
- Mikä ei toiminut ja miten asia korjataan?
- Välitä hyvä käytäntö ensi viikon työpajatyöskentelyyn?

K = Kirjoita yksin, hiljaa 5min \*Kirjaa paperille\*

K = Kuuntele EI kritiikkiä 5min \*Esittele ajatuksesi ryhmälle, jokainen vuorollaan, muut hiljaa\*

K = Kiteytä valikoikaa yhdessä tärkeimmät asiat, kirjatkaa 5 min  
\*Kirjatkaa yhteenveto\*

Jokainen ryhmä palauttaa paperille kasatut yhteenvedot ja yksittäinen ryhmän jäsen palauttaa paperit samalle sovitulle henkilölle koostamista varten