

Opinnäytetyö (YAMK)

Kliininen asiantuntija, omahoidon tukeminen ja kansansairauksien hoitotyö

2024

Kaisa Hakala

# Yhtenäiset lääkehoitokäytännöt Salon sairaalan tulevilla yhteisvuodeosastoilla

Opinnäytetyö (YAMK) | Tiivistelmä

Turun ammattikorkeakoulu

Kliininen asiantuntija, omahoidon tukeminen ja kansansairauksien hoitotyö

Opinnäytetyön valmistumisajankohta 2024 | 92 sivua

Kaisa Hakala

## Yhtenäiset lääkehoitokäytännöt Salon sairaalan tulevilla yhteisvuodeosastoilla

Salon sairaalan uudisrakennukseen rakentuu kaksi vuodeosastoa, jonne yhdistyy toimintaa perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta, eli seitsemästä eri työyksiköstä, jotka toimivat Varsinais-Suomen hyvinvointialueen kolmen eri tulosryhmän alla. Työyksiköiden lääkehoitokäytännöt eriävät toisistaan. Tavoitteena on yhtenäistää lääkehoitokäytäntöjä työyksiköiden välillä tasalaatuisiksi.

Lääkehoitokäytäntöjen ohjeet projektissa määrittivät Sosiaali- ja terveysministeriö ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Tietoperusta vahvisti näiden ohjeiden laatua, luotettavuutta ja ajantasaisuutta. Vertaiskehittämisen menetelmällä laadittu lääkityskäytäntöjen itsearviointikaavake toi eroavaisuudet näkyviksi. Eriäviä lääkehoitokäytäntöjä kehitettiin yhteiskehittämisen työpajassa.

Suunnitelma lääkityskäytäntöjen yhtenäistämisestä tuo yksiköille konkreettisen työkalun kehittää omia lääkehoitokäytäntöjä yhtenäisiksi yksiköiden välillä.

Merkittävimmiksi kehittämiskohteiksi muodostui lääkkeiden jako systemaattisena parityöskentelynä, lääkekaappien järjestäminen terapiaryhmittäin ja lääkkeidenjako käytännöt.

Projektin avulla Salon sairaalan tulevilla vuodeosastoilla lääkityskäytännöt ovat yhtenäiset, laadukkaat ja sujuvat. Menetelmää voisi hyödyntää myös laajemmin toimintamallien yhtenäistämässä hoitoalalla.

Asiasanat:

Lääkityskäytännöt, lääkitysturvallisuus, aikuisvuodeosasto

Master's Thesis | Abstract

Turku University of Applied Sciences

Clinical expert, support for self-care and nursing of endemic diseases

Completion year of the thesis 2024| Total number of pages 92

Kaisa Hakala

## Uniform pharmacotherapy practices in the future joint inpatient wards of Salo hospital

Two wards will be built in the new building of the Salo hospital, where activities from basic health care and special care will be combined, i.e. from seven different work units that operate under the three different result groups of the welfare area of Southwest Finland. The medication treatment practices of the work units differ from each other. The goal is to standardize medication treatment practices between work units.

The guidelines for medication treatment practices in the project were determined by the Ministry of Social Affairs and Health and the Hospital District of Southwest Finland. The medication practice self-evaluation form prepared using the peer development method made the differences visible. Different medication treatment practices were developed in the co-development workshop.

The plan for the unification of medication practices gives the units a concrete tool to develop their own medicine treatment practices to be uniform between the units. The most significant areas of development were the distribution of medicines as systematic pair work, the organization of medicine cabinets by therapy groups and the practices of medicine distribution.

With the help of the project, medication practices in the future inpatient wards of Salo Hospital will be uniform, high-quality and smooth. The method could also be used more widely in unifying operating models in the care sector.

Keywords:

Medication practices, medication safety, adult ward

# Sisältö

<b>Käytetyt lyhenteet ja sanasto</b>	<b>6</b>
<b>1 Tausta ja tarve</b>	<b>7</b>
<b>2 Kehittämiprojektin tavoite, tarkoitus ja tuotos</b>	<b>9</b>
<b>3 Teoreettinen tausta</b>	<b>10</b>
3.1 Tiedonhaku ja kirjallisuuskatsaus	10
3.2 Lääkehoidon sääntely	11
3.3 Lääkehoidon prosessi vuodeosastoilla	12
3.4 Lääkehoidon ohjaus	25
3.5 Lääkityksen ajantasaisuuden selvittäminen	27
3.6 Lääkitysturvallisuus	30
<b>4 Kehittämiprojektin menetelmälliset ratkaisut ja toteutus</b>	<b>38</b>
4.1 Kehittämiprojektin käynnistäminen	38
4.2 Kehittämiprojektin menetelmälliset ratkaisut	43
4.2.1 Benchmarking	43
4.2.2 Yhteiskehittämisen työpaja	46
4.2.3 Tietoperusta	48
<b>5 Kehittämiprojektin tulokset ja tuotos</b>	<b>50</b>
5.1 Tulokset	50
5.1.1 Lääkehoitokäytäntöjen kehittäminen	50
5.1.2 Yhteiskehittäminen	52
5.2 Tuotos eli suunnitelma lääkehoitokäytäntöjen yhtenäistämisestä	53
<b>6 Kehittämiprojektin tulosten pohdinta ja arviointi</b>	<b>56</b>
6.1 Tulosten ja tuotoksen tarkastelu	56
6.2 Projektin etenemisen arviointi	58
6.3 Eettisyys ja luotettavuus	61
6.4 Jatkokehittäminen	63

## **Lähteet**

**65**

## **Kuvat**

Kuva 1. Lääkehoidon sääntely	11
Kuva 2. Kehittämisen eteneminen	50
Kuva 3. Suunnitelma lääkehoitokäytäntöjen yhtenäistämistä	53

## **Liitteet**

Liite 1. Kutsukirje ja suostumus osallistua opinnäytetyöhön
Liite 2. Lääkityskäytäntöjen itsearviointikaavake
Liite 3. Työpajatapaamisen arviointikaavake
Liite 4. Suunnitelma toimintatapojen kehittämiseen

## Käytetyt lyhenteet ja sanasto

Benchmarking	Benchmarkingin hyödyntämisessä tietoja ja kokemuksia vaihdetaan hyvän esikuvan kanssa sekä opitaan heidän toiminnastaan (Vuorinen 2013).
Lääkitysturvallisuus	Lääkitysturvallisuudella tarkoitetaan lääkkeen käyttöön liittyvää turvallisuutta (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 85).
Yhteiskehittäminen	Yhteiskehittämisessä palveluiden käyttäjät osallistutetaan heidän käyttämiensä palveluiden kehittämiseen (Keskitalo & Vuokila-Oikkonen 2021, 7, 9, 24.)

# 1 Tausta ja tarve

Opinnäytetyö on tehty Varsinais-Suomen hyvinvointialueelle (tästä eteenpäin käytetään lyhennettä Varha), jonka sairaalapalveluista vastaa Turun yliopistollinen keskussairaala (tästä eteenpäin käytetään lyhennettä Tyks) ja jonka alaisuudessa Salon sairaala toimii. Varha tarjoaa sosiaali- ja terveystyöpalveluita varsinaissuomalaisille (Varha 2023b). Varhan strategiana on parantaa hyvinvointia joka päivä ja tarjota laadukasta hoitoa. Hoitotyön näkökulmasta strategiassa painotetaan rakenteiden toimivuuteen, uuteen tietoon, kehittämiseen ja innovaatioon sekä erinomaiseen ammatilliseen toimintaan. (Varha 2023c.)

Opinnäytetyö liittyy Salon sairaalan uudisrakennushankkeeseen, jonka ensimmäisen osan on tarkoitus olla valmis vuonna 2025 ja toisen osan vuonna 2028. Uuden sairaalan tiloihin rakennetaan kaksi vuodeosastoa, joihin yhdistyy toimintaa nykyisistä seitsemästä yksiköstä, jotka kuuluvat kolmeen eri tulosryhmään: medisiininen, vatsaelinkirurgia sekä yleislääketieteen ja kuntoutuksen osastopalvelut. (Santikko, M., sähköposti 28.10.2022.) Sairaalaan yhdistyy erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimintaa, joka on hyvinvointialueella ensimmäinen laatuaan (Varha 2023a). Uusilla osastoilla tulee olemaan yhteensä 120 potilaspaikkaa ja tulee työskentelemään noin 150 hoitajaa (Santikko, M., sähköposti 28.10.2022).

Toiminta vuodeosastoilla on ympärivuorokautista vuoden jokaisena päivänä. Potilaiden osastolle tulon syynä on pääasiassa päivystyksellisen hoidon tarve. Osastojen potilaat ovat aikuisia ja vanhuksia. Suurin osa potilaista on monisairaita- ja lääkittyjä vanhuksia. Heidän toimintakykynsä on usein alentunut ja vaatii jatkuvaa hoitoa. Lääkehoito on merkittävä osa toimintaa suurimmalla osalla yksiköitä. Myös väestön ikääntymisen myötä perussairaudet lisääntyvät ja täten lääkkeiden käyttö lisääntyy. Yksiköissä on suuri lääkevalikoima ja lääkkeiden antoreitit vaihtelevat luonnollista tietä annettavista lääkkeistä suonensisäisiin lääkkeisiin.

Osastolla työskentelee lääkäreitä, sairaanhoitajia, lähihoitajia, farmaseutti, lääketyöntekijä, fysioterapeutteja sekä muita osaston toimintaa tukevien ammattiryhmien edustajia, kuten esimerkiksi laitoshuoltajia. Sairaanhoitajat ja lähihoitajat tekevät suurimman osan lääkehoidon käytännön toteutuksesta, jota tapahtuu jatkuvasti. Opinnäytetyössä tarkastellaan lääkehoitokäytäntöjä pääasiassa juuri hoitajia koskettavasta näkökulmasta.

Lääkehoitokäytäntöjen yhtenäistämisen tarve on noussut esille Salon sairaalan uudisrakennusten vuodeosastojen suunnittelussa, jossa on huomattu kaikkien seitsemän yksikön keskenään eriävät lääkehoitokäytännöt. Myös Laukkanen & Ruokoniemi (2021, 74) toteavat, että lääkehoidon yhteistyöstä olisi hyvä sopia paikallisesti, sillä yhteistyöllä pyritään lääkehoidon turvallisuuden ja jatkuvuuden varmistamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön (jatkossa käytetään lyhennettä stm) (2022b, 16) tavoitteissa vuodelle 2022–2026 on määritelty, että eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja yhteisiä toimintakäytänteitä tulee vahvistaa. Eri yksiköiden välisten työskentelytapojen yhtenäistäminen vähentää lääkehoitoprosessin riskejä (Hartikainen ym. 2015, 287).

Opinnäytetyössä ei käsitellä koneellista lääkkeenjakoja, älylääkekaappeja tai älylääkekärryjä, sillä uuteen sairaalaan ei sellaisia tämänhetkisen tiedon mukaan ole tulossa. Lääkehoidon kirjaamista ei myöskään ole käsitelty, sillä eri työyksiköillä on tällä hetkellä eri kirjausalustat. Stm (2022b, 14) on kuitenkin tavoitteisiinsa vuodelle 2022–2026 kirjannut, että päällekkäisiä kirjaamiskäytäntöjä tulisi purkaa ja tietojärjestelmiä yhtenäistää. Salossa kirjaamisjärjestelmien yhtenäistäminen on jo aloitettu.



## 2 Kehittämiprojektin tavoite, tarkoitus ja tuotos

Opinnäytetyön tavoitteena oli yhtenäistää lääkehoitokäytäntöjä, jotta Salon sairaalan tulevilla vuodeosastoilla lääkehoitokäytännöt olisivat turvallisia, laadukkaita ja sujuvia. Kun hoitajat toteuttavat lääkehoitoa samojen ohjeiden mukaan turvallisesti ja laadukkaasti on jokaisella yksiköissä hoidettavalla potilaalla mahdollisuus yhtä laadukkaaseen lääkehoitoon. Yhtenäiset lääkehoitokäytännöt lisäävät työn sujuvuutta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli löytää laadukkaita, turvallisia ja sujuvia lääkityskäytäntöjä aikuisvuodeosastoille. Ja muodostaa suunnitelma mahdollisimman yhtenäisistä ja toimivista lääkehoitokäytännöistä Salon Sairaalan tuleville vuodeosastoille.

Opinnäytetyön tuotos on Salon sairaalan vuodeosastoille luotu toimintasuunnitelma, jonka avulla yhtenäistetään eri yksiköiden lääkehoitokäytäntöjä vuoteen 2025 mennessä. Suunnitelmassa on aikataulutus, jota kunkin yksikön tulee seurata. Tuotos on sähköinen tiedosto, joka on jaettu yksiköiden esihenkilöille ja lääkevastaaville. Tiedoston sisältö käydään läpi puolen vuoden välein lääkevastaavien palavereissa ja muokataan tilannetta sekä tarvetta vastaavaksi.

## 3 Teoreettinen tausta

### 3.1 Tiedonhaku ja kirjallisuuskatsaus

Vuodeosastojen lääkehoitokäytännöistä tietoa etsittäessä tietokantoina opinnäytetyössä on käytetty Salon kaupungin kirjaston Vaskia ja Turun ammattikorkeakoulun Finnaa, joista haettiin pääasiassa painettua aineistoa aiheesta. Kotimaisia artikkeleja, kirjallisuuskatsauksia ja tutkimuksia etsittiin Arto – kotimainen artikkeliviite tietokannasta, Medicistä, Terveysportista ja Julkarista. Kansainvälisiä tutkimuksia ja kirjallisuuskatsauksia aiheesta etsittiin PubMedistä, Chinalista ja Cochrane librarysta. Aihealueesta löytyvää kirjallisuutta on löytynyt tietokantojen lisäksi tutkimalla aihetta hyvin käsittelevien teosten lähdeluetteloita.

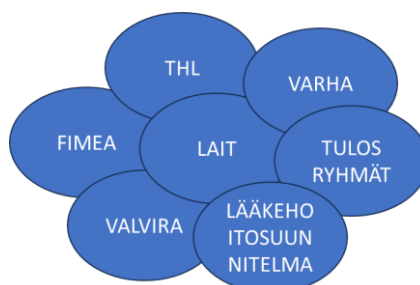
Hakusanoina käytettiin lääkehoito, lääkehoi\* lääkitysturvallisuus, medication ja medication safety. Muilla hakutermeillä ei yrityksistä huolimatta saatu haluttua sisältöä. Haku rajattiin yli 2013 vuoden julkaisuihin. Teoksia etsittiin suomen ja englannin kielellä. Osassa hakuja käytettiin aineistoa rajatakseen hakusanojen lisäksi sanoja sairaala, hospital, potilasturvallisuus, patient safety. Haut tuottivat yhteensä 10121 tulosta. Tulosta vääristää, se että Cochraine libraryssa tuli yksinään 8295 tulosta, mutta näistä tuloksista luettiin vain 100 hakua vastaavinta tulosta. Näin ollen nähdään, että todellisuudessa aineistojen otsikoita käytiin yhteensä 1926 kappaletta lävitse. Löytyneistä aineistoista on kerätty tiedostoa, johon päätyi 99 teosta, joista 22 oli aihetta käsitteleviä tutkimuksia, kahdeksan kirjallisuuskatsausta ja kaksi vertaisarvioitua artikkelia. Tutkimuksista kahdeksan oli kansainvälisiä.

Monet aihealueen tutkimukset koskivat lääkityspoikkeamien käsittelyä, kotilääkityksen tarkastusta, riskilääkkeitä ja potilaan osallistamista. Kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan huomata, että lääkitysturvallisuutta kehitetään lääkityspoikkeamien raportoinnin ja niiden kautta tehtyjen toiminnan korjauksien kautta. Oli selkeästi nähtävissä, miten uusimpien tutkimustulosten valossa toiminnan kehittäminen etenee sykleissä aihealueittain ja

ajanjaksoittain. Kirjallisuuskatsauksen perusteella oli myös nähtävissä viitteitä siitä, miten paljon jo lähitulevaisuudessa digitalisaatio ja teknologian kehittyminen tulee muuttamaan nykyisiä lääkityskäytäntöjä.

Lääkehoidon käytäntöjen yhtenäistämisen näkökulmasta lähteitä ei löytynyt, vaikkakin teoksissa kerrottiinkin asian tärkeydestä. Tiedetään kuitenkin, ettei asia ole ennen kokematon, sillä toimintaa on sairaalamaailmassa paljon yhtenäistetty, kuten tulosryhmätasoiset ohjeet, mutta niistä ei lähdemateriaaliksi soveltuvaa dokumenttia ole tuotettu.

### 3.2 Lääkehoidon sääntely



Kuva 1. Lääkehoidon sääntely

Suomessa lääkehoidon sääntely on tarkkaa ja koostuu useista säännöksistä kuten kuvasta (kuva 1) näkee. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea toimii lääkkeiden ja lääkealan toimijoiden lupa- ja valvonta viranomaisena. Lääkehoidon soveltamista käytäntöön edistää Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Palvelujen laatua valvoo Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviranomainen (Valvira). Terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden valvonta kuuluu Valviran tehtäviin. Käypä hoito- suositukset ovat kansallisia tutkimustuloksiin perustuvia suosituksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023d.)

Lääkelain tarkoituksena on ylläpitää ja edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta (Lääkelaki 10.4.1987/395). Terveydenhuoltolain tarkoituksena on edesauttaa terveystalouden laatua ja turvallisuutta sekä terveystalouden yhteistyötä muiden tarkoitusten lisäksi (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326).

Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.

(Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on tarjottava asiantuntemusta ja tukea kunnille järjestämällä koulutusta, kokoamalla hyvinvointi- ja terveysseurantatietoja sekä levittämällä kuntien käyttöön sairauksien ja ongelmien ehkäisyyn näyttöön perustuvia toimintamalleja ja hyviä käytäntöjä (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326).

### 3.3 Lääkehoidon prosessi vuodeosastoilla

Kokonaisvaltaisen hoidon keskeinen osa on lääkehoito. Lääkehoidolla on mahdollista ennaltaehkäistä ja parantaa sairauksia tai hidastaa niiden etenemistä ja lievittää sairauksien oireita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023b.)

Lääkehoidon prosessi koostuu moniammatillisesta yhteistyöstä, lääkitysturvallisuuden johtamisesta, lääkehoidon toteutuksesta ja asiakkaan/omaisen ohjauksesta. Lääkehoidon toteutuksen kokonaisuus on näistä laajin ja pitää sisällään lääkehoidon tarpeen arvioinnin, hoidon suunnittelun, lääkehoidon toteutuksen, hoidon seurannan ja tulosten arvioinnin sekä tiedonkulun varmistamisen. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 10.)

Lääkehoitoprosessissa lääkäreillä, hoitajilla ja farmasian ammattilaisilla on kaikilla oma roolinsa, mutta kaikki roolit kuitenkin tukevat toinen toisiaan (Schepel ym. 2021). Tutkimuksen mukaan moniammatillisen yhteistyön on todettu parantavan lääkitysturvallisuutta (Hartikainen ym. 2015, 284).

Terveydenhuollon yksiköissä tulisi olla lääkehoitosuunnitelma, joka kokoaa yhteen lääkehoitoprosessien ohjeita ja standardoi niitä (Schepel ym. 2021). Yksikön toimintaa tulee ohjeistaa tarkasti lääkehoitosuunnitelman avulla (Schepel & Kuitunen 2020). Ohjeiden ajantasaisuuden on todettu tutkimuksessa parantavan lääkitysturvallisuutta (Hartikainen ym. 2015, 284). Syyrilän (2023) tekemän väitöskirjatutkimuksen mukaan puolet

lääkityspoikkeamailmoituksista johtui siitä, että sovittuja ohjeita ei ollut noudatettu.

### **Ammattiryhmät ja työvuorot**

Kokonaisvastuu turvallisesta lääkehoidon toteutuksesta yksiköissä on esihenkilöillä, joiden tehtävänä on varmistaa lääkehoitoon osallistuvien henkilöiden osaaminen sekä mahdollistaa laadukkaat toimintaa vastaavat puitteet ja perehdytys. Lääkäreillä on potilaan lääkehoidon kokonaisuuden vastuu. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 8, 27–28.) Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (jatkossa käytetään lyhennettä VSSHP) (2021, 23) ohjeistuksen mukaan lääkkeiden aloituksen ja lopetuksen lisäksi myös lääkityksen tarkastaminen on tärkeä osa lääkäreiden työtä.

Sairaanhoitajat vastaavat lääkehoidon kokonaistoteutuksesta, kuten suunnittelusta, toteutuksesta ja valvonnasta. He vastaavat lääkkeiden käyttökuntoon valmistamisesta ja jakamisesta potilaskohtaisiin annoksiin sekä huumausaineiden ja pääasiassa keskushermostoon vaikuttavien (jatkossa käytetään lyhennettä pkv) lääkkeiden käsittelystä. Sairaanhoitajille kuuluu myös lääkkeiden antaminen suuhun, silmään, keuhkoihin, korvaan, iholle ja peräsuoleen sekä injektioina ihon alle ja lihakseen. Laskimonsisäinen lääke- ja nestehoito, kipupumppu, rokotukset ja verensiirrot ovat osa sairaanhoitajan vaativan lääkehoidon osaamista. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 28, 33.)

Yksiköistä tulee nimetä sairaanhoitaja, joka vastaa lääkehoidon toteutuksesta (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 33; Oksa ym. 2021, 46). VSSHP:n (2021, 25) ohjeistuksen mukaan lääkevastaavan toimenkuvaan kuuluu vaaratapahtumien seuranta, lääkehoitoprosessin kehittäminen, lääkehoidon koulutuksiin ja tapaamisiin osallistuminen, lääkeinformaation jakaminen työyksikössä, apteekkitarkastuksessa mukana oleminen, työyksikön lääkehoitokoulutuksen suunnittelu ja lääkehoitosuunnitelman laatiminen.

Lähihoitajat osallistuvat lääkehoidon toteutukseen luonnollista tietä annettavien lääkkeiden käyttökuntoon saattamisella, jakamisella potilaskohtaisiin annoksiin ja antamalla ne potilaalle. Ihon alle ja lihakseen annettavat injektiot, pkv-

lääkkeiden sekä luonnollista tietä annettavat huumausainelääkkeet kuuluvat lähihoitajan vaativan lääkehoidon toteutuksen piiriin. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 29.) Lähihoitajat saavat lopettaa perifeerisestä laskimokanyylista neste- ja lääkeinfusion VSSHP:n (2021, 26) ohjeiden mukaan erillisellä yksikkökohtaisella luvalla. Lähihoitajakoulutuksen sisältö lääkehoidon osalta on vaihteleva, joten esihenkilön on selvitettävä lähihoitajan opintojen laajuus. Perushoitajakoulutuksen lääkeopetus on ollut suppeampaa, joten esihenkilön tulee varmistua heidän lääkeosaamisestaan. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 35.)

Farmaseutin työnkuvaan kuuluu lääkehoitoprosessin kehittäminen, lääkeneuvonta ja asiantuntijatehtävät sekä lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen ja jakaminen potilaskohtaisiin annoksiin (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 30, 37). Farmaseutti voi lääkärin aloitteesta tehdä potilaalle lääkehoidon kokonaisarviointin, jossa selvitetään perusteellisesti potilaan lääkitys, lääkehoidontoteutusta ja vaikutuksia sekä annetaan tarvittaessa toimenpide-ehdotuksia lääkärille (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 295; Oksa ym. 2021, 46). Osastofarmaseuttien työaika on suunnattu Suomessakin enenevässä määrin kansainvälisen mallin mukaan myös lääkitystietojen selvittämiseen (Schepel & Kuitunen 2020; Oksa ym. 2021, 46). Kliinisen farmasian mukanaolon moniammatillisessa työryhmässä on todettu kohentavan hoidon laatua, turvallisuutta, tehokkuutta ja vähentävän kustannuksia (Schepel & Kuitunen 2020).

Osastolääketyöntekijän työnkuvaan kuuluu lääketilauksien purku, lääkkeiden varastointi, varastovalvonta, lääkkeiden kierrätys ja hävittäminen, tilojen järjestys ja siisteys sekä lämpötilojen tarkkailu. Lääketyöntekijä voi myös osallistua lääkkeiden jakoon parityöskentelyssä jakavana henkilönä VSSHP:n (2021, 27) ohjeiden mukaan.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on tutkittu, miten lääkitysturvallisuuskordinaattori uutena toimijana pystyisi vastaamaan lääkitysturvallisuushaasteisiin ja mitkä olisivat hänen työtehtävänsä. Tutkimuksessa lääkitysturvallisuuskordinaattorin työtehtäviksi muodostui

lääkehoitoprosessin muodostaminen, verkostoituminen, lääkitysturvallisuusriskien tunnistaminen ja hallinta, lääkitysturvallisuuskulttuurin muodostaminen, toiminnan standardointi, kouluttaminen, lääkeinformaation jakaminen ja kehittämishankkeissa lääkitysturvallisuusnäkökulman esiin otto. (Kankaanpää ym. 2020, 483.)

Medisiinisen tulosryhmän ohjeistuksen mukaan työvuorolistassa tulee olla ennalta sovittuna kaksi henkilöä, jotka suorittavat lääkkeenjaon. Osastofarmaseutti tai sairaanhoitaja vastaa lääkkeenjaosta, mutta hänen parinaan jakamassa voi olla lääketyöntekijä, lähihoitaja tai opiskelija. Lähihoitajien osallistaminen lääkkeen jakoon heidän osaamisensa lisäämiseksi on tärkeää. (Sevänen ym. 2022.)

### **Lääkkeiden säilyttäminen ja hävittäminen**

Lääkkeitä säilytetään erillisessä siihen tarkoitettussa lukitussa tilassa, jonne on pääsy vain henkilöillä, joilla on oikeus käsitellä lääkkeitä (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 63). Oksa ym. (2021, 43) ohjaavat, että lääkkeet tulisi säilyttää lukituissa lääkekaapeissa. Lääkkeet säilytetään alkuperäispakkauksissa ja lääkekaapeissa säilytetään vain lääkkeitä (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 63). Ensiavussa käytettäviä lääkkeitä voidaan säilyttää lääkehuoneen ulkopuolella elvytyskärryssä VSSHP:n (2021, 47) ohjeiden mukaan. Lääkkeitä tulee säilyttää asianmukaisesti ja vanhentuneita lääkkeitä ei saa käyttää, sillä niiden turvallisuutta ei voida varmistaa (Thurman & Sinisalo 2015, 68–69). Eri antoreittejä annettavat lääkkeet tulee säilyttää erillään toisistaan (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 98). Medisiininen tulosryhmä linjaa että, myös mikstuurat ja jauheet säilytetään erikseen (Sevänen ym. 2022). Nestepakkauksiin tulee merkitä avaamispäivämäärä, jotta tiedetään, milloin säilyvyysaika umpeutuu (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 97).

VSSHP ohjeistaa järjestämään lääkkeet lääkekaapeissa terapiaryhmittäin vaikuttavan aineen mukaisesti. Tämän lääkkeiden järjestyksen on todettu parantavan lääkitysturvallisuutta parantaen lääkeosaamista, vähentäen varastointipaikkojen muuttumista lääkkeen nimen vaihtuessa sekä vähentävän

samannäköisten ja samannimisten pakkausten vierekkäin oloa, jolloin sekaantumisriski vähenee. (VSSH 2021, 48.)

Lääkejätteet säilytetään lukitussa tilassa, jossa niiden ei ole vaaraa sekoittua käytössä oleviin lääkkeisiin eikä niillä ole mahdollista päätyä ulkopuolisten käsiin (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 64). Salon sairaalan osastolla neljä lääkejätteet kerätään lääketynnyreihin, Seponet-tablettijäteastiaan ja muut edellä mainittuihin astioihin kuulumattomat lääkejätteet erilliseen lääkehuoneessa olevaan astiaan. Pienet määrät nestemäistä lääkejätettä jähmetetään ennen hävittämistä erillisessä pullossa, jossa aktiivihiihtisuodatin. (Jousikivi ym. 2022, 37.)

Potilaiden henkilökohtaisiin lääkkeisiin esimerkiksi inhalaatioihin ja silmätippoihin tulee merkata potilaan koko nimi ja syntymäaika sekä ne pitää säilyttää erillään yhteiskäyttölääkkeistä (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 64). Terveystieteiden laaki (1326/2010) määrittää, että laitoshuollossa olevan potilaan hoitoon sisältyy potilaan tarvitsemat lääkkeet. Poikkeustilanteissa potilaan toiveesta ja lääkärin luvalla voidaan käyttää potilaan omia lääkkeitä, kunnes potilaalle kuuluva lääke saadaan hankittua (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 65). Farmaseutin tai sairaanhoitajan tulee tarkastaa pakottavasta syystä käyttöön otettu potilaan oma lääke ennen sen käyttöä sairaalassa (Oksa ym. 2021, 44).

### **Riskiläkkeet**

Riskiläkkeiden käyttö virheellisesti voi aiheuttaa merkittäviä haittoja (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 345; Schepel & Kuitunen 2020; Fimea 2023a).

Riskiläkkeistä on tehty kansallinen riskiläkeluokitus, joka auttaa terveydenhuollon ammattilaisia tunnistamaan suuren riskin lääkkeitä, jolloin voidaan varmistaa lääkkeiden oikeanlainen käsittely (Fimea 2023a).

Riskiläkkeet tulee tunnistaa myös yksikkökohtaisesti, sillä toimintaympäristö ja henkilökunnan osaamistasot ovat yksilölliset (Schepel & Kuitunen 2020; Oksa ym. 2021, 39). Yksiköissä määritetyille riskiläkkeille tulee luoda poikkeamia vähentäviä suojausmekanismeja (Oksa ym. 2021, 39).



Potilasvakuutuskeskuksen korvaamista lääkepoikkeamista vuosina 2013–2014 37 % liittyi riskilääkkeisiin (Schepel & Kuitunen 2020).

Insuliini saattaa väärin käytettynä aiheuttaa hypoglykemiaa tai hyperglykemiaa ja ketoasidoosin. Kaliumkloridi voi väärin käytettynä aiheuttaa hyperkalemiaa, joka voi aiheuttaa sydämen toimintahäiriöitä. Riski kasvaa suonensisäisesti annosteltuna, jolloin laimennuksella ja tiputusnopeudella on merkittävä rooli. (Fimea 2023b.) Kaliumkloridi tulee säilyttää myös erillään muista lääkkeistä ja merkitä selkeästi (Oksa ym. 2021, 44; VSSHP 2021, 13). Veren hyytymiseen vaikuttavat lääkkeet väärin käytettynä voivat aiheuttaa verenvuotoja tai tukosriskejä. Opioidien liian suuri käyttö voi altistaa hengityslamalle, liialliselle sedaatiolle, hypotensiolle, sekavuudelle ja kaatumisille. Tulehduskipulääkkeet voivat pitkäaikaiskäytössä aiheuttaa ruuansulatuskanavan limakalvovaurioita ja verenvuotoja sekä munuaisten, maksan, sydämen ja verenkiertoelimistön vaurioita. Parasetamoli voi aiheuttaa väärin käytettynä maksavaurion. (Fimea 2023b.) Suonensisäinen lääkehoito luokitellaan myös riskialttiiksi antoreitiksi (Schepel & Kuitunen 2020).

Samalta näyttävät tai samalta kuulostavat lääkkeet (käytetään jatkossa lyhennettä LASA) ovat myös lääkehoidon riskikohtia (Schepel & Kuitunen 2020). Työyksiköissä tulisi tunnistaa kyseisen yksikön LASA lääkkeet ja laatia toimintasuunnitelma sekaantumisriskin vähentämisestä (Oksa ym. 2021, 41). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HaiPro ilmoituksissa on ollut havaittavissa, että LASA lääkkeiden virheiden havainnointi ihmisen tekemässä kaksoistarkastuksessa on ollut heikkoa (Schepel & Kuitunen 2020).

Riskilääkkeet suositellaan jakamaan kahden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen toimesta (Oksa ym. 2021, 45; VSSHP 2021, 11) siten, että molemmat varmistavat annettavan lääkkeen, annoksen ja antotavan vastaavan määräystä. Lääkkeen antaminen kahden henkilön toimesta on suositeltavaa. Lääkityksen oikea käyttökuntoon valmistus ja antonopeus tulisi kaksoistarkastaa VSSHP:n (2021, 11, 54) ohjeistuksen mukaan.

## Väärinkäyttöriskissä olevat lääkkeet

Pääasiassa keskushermostoon vaikuttaviin lääkkeisiin (pkv) ja huumausainelääkkeisiin liittyy vakavia haittavaikutuksia ja väärinkäytön riski on korostunut. Huumausaineet tulee säilyttää lukitussa tilassa erillään muista lääkkeistä ja pkv- lääkkeiden säilytykseen tulee kiinnittää huomiota.

Huumausainekaappiin tulee olla pääsy ainoastaan henkilöillä, joilla on oikeus käsitellä näitä lääkkeitä. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 22, 64.)

Huumausainekaapissa suositellaan käytettäväksi sähköistä kulunvalvontaa VSSHP:n (2021, 16) ohjeistuksen mukaan.

Pkv lääkkeiden kulutusseurantaa suositellaan tapahtuvaksi esimerkiksi kulutus- tai tilauslistojen avulla. Huumausaineista täytetään kulutuskorttia. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 22–23.) Huumausaineiden kulutuskortteihin tulee kahden henkilön kuittaus kaksoistarkastuksen varmistamiseksi Salon sairaalan osastolla neljä (Jousikivi ym. 2022, 10).

Huumausainelääkkeet tulee annostella potilaalle juuri ennen antamista eikä niitä siten voida valmiiksi lääkelaseihin jakaa (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 23). Medisiinisen tulosryhmän ohjeistuksen mukaan huumausainelääkkeet tulee jakaa erilliseen lääkemukiin (Sevänen ym. 2022). Huumausaineita sisältäviä kipupumpun kasetteja olisi hyvä valmistaa ensisijaisesti sairaala-apteekissa VSSHP:n (2021, 16) ohjeistuksen mukaan.

## Dokumentointi

Lääkehoidon dokumentoinnin merkinnät tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298).

Lääkkeen määrännyt lääkäri tekee merkinnät henkilökohtaisesti sähköiseen potilastietojärjestelmän lääkelistaan (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 69–70; Oksa ym. 2021, 40), josta käy ilmi lääkkeen nimi, käyttötarkoitus, määrä, lääkemuo- to, kerta- ja vuorokausi annos, antotapa, antoajankohta ja lääkkeen määrääjän nimi (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 69–70). Lääkemääräys tulee kirjata selkeästi niin, ettei sekaantumisvaaraa voi syntyä (Billstein-Leber ym. 2018). Poikkeus ja hätätilanteissa myös muu terveydenhuollon ammattihenkilö

voi kirjata suullisen määräyksen tietojärjestelmään, mutta lääkärin tulee viipymättä tarkastaa ja vahvistaa määräys väärinymmärrysten välttämiseksi (Billstein-Leber ym. 2018; Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 70).

Puhelinmääräystä vastaanottaessa kirjaava henkilö toistaa määräyksen suullisesti määräyksen oikeellisuuden varmistamiseksi (Billstein-Leber ym. 2018; Oksa ym. 2021, 40; VSSHP 2021, 39). Osastofarmaseuteille 2012 tehdyn kyselyn perusteella puutteelliset, epäselvät ja virheelliset lääkemääräykset, sekä suulliset lääkemääräykset olivat yksi suurimmista turvallisen lääkehoidon riskeistä osastohoidossa (Hartikainen ym. 2015, 287).

Syyrilä (2023) väitöskirjatutkimuksessaan tuo esille lääkärinkierron ulkopuolella tehtyjen lääkemääräyksien kommunikaation puutteen olevan suuri riski lääkitysturvallisuudelle, jonka vuoksi tähän riskikohtaan tulisi kiinnittää huomiota. Kommunikaation puutteen vuoksi aloitettujen lääkkeiden ensimmäisen annoksen anto saattaa viivästyä tai jäädä kokonaan antamatta sekä lääkehoidot saattaisivat jatkua pidempään kuin on tarkoituksen mukaista. Tutkimuksessa nostettiin esille lääkkeen määränneen ja lääkemääräyksen toteuttajan paremman informoinnin lisäksi myös tarkastusprosessien standardointia.

### **Suljettu lääkekierto**

Suljettua lääkekiertoa kehitetään Suomessa lääkelogistiikan sähköistymisellä ja älylääkekaapein. Sairaala-apteekeissa siirrytään enenevässä määrin potilaskohtaisiin annosten jakeluihin. (Niiranen 2017, 212, 214.)

Katkeamattomassa lääkehoitoprosessissa älykkäät automaatio- ja tietojärjestelmät sekä älylaitteet tukevat lääkitysturvallisuutta. Jokainen työvaihe tulee dokumentoitua sähköisesti, lääke määrätään, tarkastetaan, toimitetaan apteekista viivakoodatuissa yksittäispakkauksissa, varastoidaan älylääkekaapeissa ja annetaan potilaalle potilasrannekkeen viivakoodin luvun jälkeen sekä antokirjataan annetuksi. (Schepel & Kuitunen 2020.) Suljetussa lääkekierrossa lääkemääräys, lääkkeenjako ja lääkkeen antokirjaus kirjataan potilastietojärjestelmään (Niiranen 2017, 212). Lääkkeen antamisessa hyödynnetään viivakooditekniikkaa, jolla voidaan varmistaa oikea potilas,

tunnistetaan hänelle määrätty lääke ja varmistetaan lääkkeen oikea antoaika (Niiranen 2017, 212; Billstein-Leber ym. 2018).

Suomessakin on tulevaisuudessa tavoitteena kansainvälisen mallin mukaan siirtyä katkeamattomaan lääkehoidon prosessiin (suljettu lääkekierto), jossa teknologian avulla varmistetaan lääkitysturvallisuutta (Schepel & Kuitunen 2020; Schepel ym. 2021). Suljetun lääkekierron on todettu vähentävän merkittävästi lääkityspoikkeamia (Niiranen 2017, 213; Schepel ym. 2021). Uusien potilastietojärjestelmien suunnittelussa on tavoitteena yhdistää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tietojärjestelmiä sekä mahdollistaa suljettu lääkekierto. Lisäksi hankinnan perusteena on potilasturvallisuus ja lääkitysturvallisuuden paraneminen. (Niiranen 2017, 212.)

### **Lääkkeiden jakaminen ja antaminen**

Yksikössä tulee olla järjestettynä lääkkeiden jakamiseen- ja käyttökuntoon saattamiseen asianmukaiset, hiljaiset ja hyvin valaistut tilat, jotka mahdollistavat lääkkeiden jaon rauhallisesti ja ergonomisesti. Lääkkeiden jako tulisi pystyä suorittamaan keskeytyksettä. Lääkkeiden jaolle tulee varata riittävästi aikaa. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 65.) Tutkimuksien mukaan kiireen ja keskeytyksien on todettu aiheuttavan lääkitysvirheitä (Hartikainen ym. 2015, 284; Billstein-Leber ym. 2018; Raja ym. 2019). Lääkitysriskit lisääntyvät väsyneenä, joten öisin jaetaan ja käyttökuntoon saatetaan vain yöllä tarvittavat lääkkeet VSSHP:n (2021, 8) ohjeistuksen mukaan.

Lääkkeet jaetaan lusikalla, atuloilla tai suojakäsineillä (Thurman & Sinisalo 2015, 65). Oraaliliuokset tulee jakaa juuri ennen antoa (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 298). Oraaliliuoksille tulee käyttää oraaliruiskuja sekaannusten välttämiseksi (Oksa ym. 2021, 45). Tablettien puolittaminen ja murskaaminen tulee aina varmistaa tuotekohtaisesti (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 303). läkkäiden tehostetun palveluasumisen yksikössä tehdyn tutkimuksen mukaan hoitajat eivät aina käsittele tai annostele lääkkeitä hyvien toimintatapojen ja valmisteyhteenvedon mukaisesti (Neulaniemi ym. 2021, 259).

Lääkkeet tulisi jakaa ensisijaisesti sähköisestä lääkelistasta sen ajantasaisuuden vuoksi (Ikäheimo ym. 2020, 41; Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 70; Oksa ym. 2021, 41). VSSHP:ssa (2021, 50) lääkkeiden jako tapahtuu potilastietojärjestelmän lääkeosiosta. Tiedonkulusta lääkitykseen tehdyistä muutoksista on varmistettava lääkityksestä huolehtivalle taholle (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 72).

Medisiinisen tulosryhmän ohjeistuksen mukaan lääkkeitä tulisi kuljettaa lääkekärryssä olevalla lääketarjottimella (Sevänen ym. 2022). Lääkkeet tulee merkitä selkeästi potilaskohtaisesti sekaannusten välttämiseksi. Potilaan koko nimi ja syntymäaika tulee kirjata jaettuihin lääkkeisiin. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 18, 66.) VSSHP (2021, 51) linjaa, että jaetut lääkkeet tulee merkitä, säilyttää ja viedä potilaalle niin, ettei sekaantumisvaaraa muiden potilaiden välillä ole. Myös erikseen annettaviin lääkkeisiin tulee kirjata potilaan koko nimi ja syntymäaika sekaannusten ehkäisemiseksi. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 66).

Medisiinisen tulosryhmän ohjeistuksen mukaan lääkelaseihin laitetaan kertakäyttöiset paperilaput merkiksi jakamattomista oraaliliuoksista, Marevan lääkkeestä, täydennysravitsemus valmisteesta tai huumausainelääkkeestä (Sevänen ym. 2022). Salon sairaalan osastolla neljä lääkelaseihin liimataan tarvittaessa tarrat ”purutabletti”, ”poretabletti”, ”Thyroxin” tai poikkeavaan aikaan menevän lääkkeen kohdalla kellonaika (Jousikivi ym. 2022, 54). Puru-, pore- ja unilääkkeet tulee jakaa omiin lääkelaseihin (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 304).

### **Iv-injektiot ja infuusiot**

Lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen tulisi tapahtua yksi potilas ja lääke kerrallaan (Oksa ym. 2021, 46). VSSHP ohjeistaa, että injektiona tai infuusiona lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen tulisi ensisijaisesti tapahtua laminaari-ilmavirtauskaapissa. VSSHP:n yksiköissä on käytössä Parenteraalisesti annettavien mikrobilääkkeiden käyttökuntoon saattaminen ja anto ohjeet opas, joka on Varsinais-Suomen lääkehuollon ja Turun kaupungin hyvinvointitoimialan

lääkehuollon tekemä. Oppaan tarkoitus on helpottaa työskentelyä. (VSSHP 2021, 51.)

Käyttökuntoon saatetut lääkkeet merkataan punaisella lääkelisäystarralla, joka sisältää tiedon lisätyn lääkeaineen nimestä, määrästä, antoajasta, käytetystä laimennusnesteestä, laimennusajankohdasta, tekijän nimestä ja potilaan tunnistustiedoista (Oksa ym. 2021, 42; VSSHP 2021, 51). VSSHP:n yksiköissä voidaan käyttää myös tarratulostusta säännöllisten lääkkeiden osalta. Tarraan tulee täydentää puuttuvat tiedot edellisen ohjeen mukaan. (VSSHP 2021, 51–52.)

### **Kaksoistarkastus**

Jaetut lääkkeet kaksoistarkastetaan kahden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen toimesta oikein jaetun varmistamiseksi (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 67). Kaksoistarkastuksen on todettu tutkimuksien mukaan parantavan lääkitysturvallisuutta (Hartikainen ym. 2015, 284; Billstein-Leber ym. 2018). Schepel & Kuitusen (2020) mukaan kaksoistarkastuksen lisääminen eri lääkehoidon vaiheisiin voi olla helppo ja nopea ratkaisu, mutta se on ihmisen toiminnasta riippuvainen heikko ja työläs suojaus, joka vaatii resursseja.

VSSHP:n (2021, 50) suosituksen mukaan listalääkkeiden jako tulee tapahtua systemaattisena parityöskentelynä. VSSHP ohjeistaa lääkkeiden parityöskentelyä siten, että parityöskentelyssä toinen henkilö lukee potilastietojärjestelmästä annettavan lääkkeen, annoksen ja antoajan. Tämän jälkeen toinen henkilö kuittaa määräyksen oikeaksi näkemästään sähköisestä potilastietojärjestelmästä ja jakaa lääkkeen lääkemukiin toistaen lääkkeen nimen, annoksen ja antoajan. Ensimmäinen henkilö varmistaa, että oikea lääke menee oikeaan lääkemukiin. Näin varmistetaan kirjauksen ja jaon kaksoistarkastus. (VSSHP 2021, 53.) Medisiinisen tulosryhmän ohjeistuksen mukaan lääkkeet, joiden jako ei ole tapahtunut parityöskentelynä laitetaan ”kaksoistarkastamatta” lappu lääkemukiin, joka merkitsee lääkkeiden kaksoistarkastuksen tarvetta ennen lääkkeiden antoa potilaalle (Sevänen ym. 2022).

Myös erikseen jaettavat lääkkeet tulee kaksoistarkastaa. Poikkeustilanteissa sama henkilö voi kahdella eri kerralla tai tekniikalla tarkastaa itse jakamansa lääkkeet. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 67.) Erikseen jaettavat lääkkeet tarkastetaan ensin lääkettä haettaessa ja toisen kerran juuri ennen lääkettä potilaalle annettaessa VSSHP:n (2021, 53) ohjeistuksen mukaan.

VSSHP ohjeistaa, että injektiona annettavien lääkkeiden kaksoistarkastuksessa toinen hoitaja tarkistaa annettavan lääkevalmisteen, annoksen ja antoreitin täsmäävän valmisteeseen sekä tulostaa tai kirjoittaa lääkelisäystarran, jonka jälkeen kerää tarvittavan lääkkeen ja sen valmistukseen tarvittavat välineet valmiiksi. Toinen hoitaja tarkastaa kerättyjen valmisteiden sopivuuden ja käyttökuntoon saattaa tuotteen. Lopuksi kaksi henkilöä tarkastaa lääkelisäystarran tietojen täsmävyuden valmistettuun lääkkeeseen. Läkettä antava henkilö varmistaa potilastiedoista lääkityksen oikeellisuuden juuri ennen lääkkeen antoa. (VSSHP 2021, 54.)

### **Lääkkeidenantoajat**

On suositeltavaa luoda alueelliset yhtenäiset käytännöt lääkkeiden jakamiseen, kuten lääkelasien värikoodaus (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 66). VSSHP:ssa on sovittu yhtenäiset lääkemukien värikoodit. Keltainen aamulääkkeet, punainen päivälääkkeet, vihreä iltalääkkeet, sininen yö lääkkeet ja läpinäkyvään ylimääräiset lääkkeet. (VSSHP 2021, 50.)

Yksiköissä tulee määritellä yleiset lääkkeenantoajat, jolloin lääkkeitä pääsääntöisesti annetaan potilaalle. Yleisistä antoajoista poiketen tulee huomioida lääkevalmisteesiin liittyvät erityispiirteet ja potilaan yksilölliset ohjeistukset. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 69.) Yksiköissä tulisi noudattaa organisaatiossa sovittuja lääkkeidenantoaikoja poikkeuksena aloitettujen lääkkeiden ensimmäinen annos (Oksa ym. 2021, 42).

Medisiinisellä tulosryhmällä suun kautta otettavien lääkkeiden antoajat ovat kello 8, 14, 20 ja 22. Keltaiseen lääkemukiiin jaetaan kello 8–13.59, punaiseen kello 14–19.59, vihreään 20–21.59 ja siniseen kello 20–7.59 annettavat lääkkeet. (Sevänen ym. 2022.) Salon sairaalan osastolla neljä kaikkiin

lääkemukeihin, joiden antoaika ei ole kello 8, 14 ja 20 laitetaan tarra, jossa kerrotaan antoaika (Jousikivi ym. 2022, 38).

Injektioina tai infuusioina säännöllisesti annettavien lääkkeiden antoajat medisiinisellä tulosryhmällä ovat kerran tai kahdesti päivässä annettavilla lääkkeillä kello 8 tai/ja 20. Kolmesti päivässä annettavien lääkkeiden antoajat ovat kello 8, 16 ja 00. Neljästi päivässä annettavien lääkkeiden antoajat ovat kello 00, 6, 12 ja 18 (Sevänen ym. 2022) sekä kuudesti annettavien lääkkeiden antoajat ovat kello 00, 4, 8, 12, 16 ja 20 Salon sairaalan osastolla neljä (Jousikivi ym. 2022, 38–39). Medisiinisen tulosryhmän ohjeistuksen mukaan inhalaatioiden ja silmätippojen antoajat annosteluna neljästi vuorokaudessa ovat kello 8, 12, 16 ja 20 sekä kuudesti annosteltuna kello 00, 4, 8, 12, 16 ja 20 (Sevänen ym. 2022).

### **Lääkkeiden antaminen**

Lääkitysturvallisuusriskiä voidaan merkittävästi pienentää potilaan oikeanlaisella tunnistamisella. Lääkkeen antaminen väärälle potilaalle voi johtaa vakaviin haittoihin. Tilanteissa, joissa potilas ei pysty kertomaan tunnistustietoja altistaa riskille, joten aina ennen lääkkeen antoa lääkkeen antajan tulee tunnistaa potilas. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 67.) Potilaan tunnistamisessa tulisi hyödyntää sähköisiä menetelmiä, kuten viivakoodin lukua mobiililaitteella potilaan rannekkeesta (Ikäheimo ym. 2020, 41; Oksa ym. 2021, 38). Jos tunnistaminen ei ole mahdollista viivakoodin avulla tulee potilas tunnistaa kysymällä hänen nimeään ja syntymäaika sekä tarkastamalla vastaavuus rannekkeesta (Oksa ym. 2021, 38). Potilas tulisi tunnistaa kahdesti ennen lääkkeenantoa (Billstein-Leber ym. 2018). Jos potilas ei pysty kertomaan nimeään, voidaan tunnistus tehdä tunnistusrannekkeesta tai toisen työntekijän tai omaisen avustuksella. Tunnistusranneketta tulisi käyttää yksiköissä, jossa lääkehoito on osa perustyötä. Tunnistusranneke tulee kiinnittää potilaan ranteeseen tai nilkkaan ja siinä tulee ilmetä potilaan koko nimi ja syntymäaika, myös viivakoodi on mahdollinen. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 68.)



Lääkettä potilaalle annettaessa on tarkastettava, että kyseessä on oikea potilas, lääke, annos, antoaika ja antotapa (Billstein-Leber ym. 2018; Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 68; Oksa ym. 2021, 41). Vastuu antamiensa lääkkeiden oikeellisuudesta on lääkkeenantajalla. Lääkkeenantajalla tulee olla tiedossa ajantasainen lääkelista. Lääkkeiden annon tulee olla mahdollisimman häiriötöntä. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 69.) Lääkitys tarkastetaan mobiilikirjaus laitteesta, joiden avulla on nähtävillä ajantasainen lääkitystieto (Oksa ym. 2021, 84; VSSHP 2021, 57). Lääkettä antava henkilö on vastuussa, että potilas ottaa oikein annetut lääkkeet. Lääkkeen annon yhteydessä potilaalle annetaan ohjausta annetuista lääkkeistä (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 307), varsinkin aloitettujen lääkkeiden osalta (Oksa ym. 2021, 49). Hoitotilanteissa ohjauksella voidaan vahvistaa potilaan sitoutumista hoitoonsa (Huupponen & Strandberg 2020).

Lääkkeen antanut henkilö tekee aina antokirjauksen viivytyksettä potilastietojärjestelmän lääkelistaan (Ikäheimo ym. 2020, 38; Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 71). Kaikki annetut lääkkeet antokirjataan mobiililaitteella potilaan vierellä, kun potilas on ottanut lääkkeen tai infuusio on laitettu tippumaan (Oksa ym. 2021, 41; Sevänen 2022). Erityisesti injektoiden ja infuusioiden kirjaaminen on tärkeää. Kaikista tarvittaessa annetuista lääkkeistä ja huumausaineista kirjataan lääkkeen nimi, määrä, lääkemuoto, käyttötarkoitus, antotapa, antoajankohta ja lääkkeen antaja. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 70.) VSSHP ohjeistaa, että hoitaja voi antaa tarvittaessa vain käsikauppalääkkeitä kertaluontoisesti ilman lääkärin määräystä. Yksiköissä olisi hyvä olla tehtynä lista kyseessä olevista lääkkeistä (VSSHP 2021, 40, 42).

### 3.4 Lääkehoidon ohjaus

Terveystieteiden tutkimuskeskus (2010) määrittää, että kunnan on järjestettävä vanhuuseläkettä saaville turvallista lääkehoitoa koskevaa ohjausta. Ohjauksella tulee tukea hoitoon sitoutumista ja omahoitoa (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010/1326). STM (2022b, 19) tavoitteissa vuodelle 2022–2026 mainitaan henkilöiden itsensä vastuun otto omasta terveydestään ja hoidostaan sekä

potilaiden ennaltaehkäisevää ohjausta tulee lisätä. Fimean julkaiseman strategian tavoitteena on vuoden 2026 loppuun mennessä lisätä luotettavan lääkeinformaation kulkua sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen ja lääkkeen käyttäjän välillä varmistaen lääkkeen käyttäjän osallisuuden lääkehoitonsa toteutukseen. Annettu lääkeohjaus tulee olla asiakaslähtöistä ja oikein suunnattua. Henkilön osallisuus omaan lääkehoitoonsa parantaa lääkehoidon onnistumista. (Kiviranta & Hämeen-Anttila 2021, 5.)

Lääkeinformaatiota antaakseen sosiaali- ja terveysalan ammattilaisella tulee olla riittävästi osaamista lääkehoidosta (Kiviranta & Hämeen-Anttila 2021, 5) ja riittävät taidot ohjaukseen (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2023c). Sahlström ym. (2019) tutkimuksessaan totesivat, että hoitotyöntekijöiden tulee kehittää toimintaansa kannustamaan potilasta osallistumaan hoitoonsa ja antaa heille riittävästi tarvitsemaansa tietoa.

Potilaan ja hänen omaisensa tai lääkehoidosta vastaavan tahon tulee saada riittävästi ohjausta ja neuvontaa turvallisen lääkehoidon varmistamiseksi (Billstein-Leber ym. 2018; Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 74). Hyvän ohjauksen avulla potilas pystyy ottamaan vastuuta omasta lääkehoidosta ja sitoutuu siihen paremmin (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 308). Turvallisessa ja vaikuttavassa lääkehoidossa potilaan sitoutuminen hoitoon on ensisijaisen tärkeää (Lapatto-Reiniluoto & Turpeinen 2021). Ohjauksen tulisi olla potilasta tukevaa ja motivoivaa eikä syyllistävää (Huupponen & Strandberg 2020). Ohjauksella pystytään myös välttämään lääkepoikkeamia (Mäkinen ym. 2017, 262). Lääkkeenkäyttäjän tulee myös pystyä kertomaan huomaamistaan lääkehoidon haitoista tai muista syistä, jonka vuoksi ei pysty lääkitystä ohjeen mukaan käyttämään (Lapatto-Reiniluoto & Turpeinen 2021). Lääkkeenkäyttäjä itse viimekädessä päättää käyttääkö lääkettä vai ei (Huupponen & Strandberg 2020; Hämeen-Anttila 2021). Suuri osa potilaista ei toteuta pitkäkestoista lääkehoitoaan suunnitellusti (Huupponen & Strandberg 2020). On esitetty, että Euroopassa jopa 9 % sydän- ja verisuonitautitapahtumista johtuisi puutteellisesti sitouduttuun lääkehoitoon (Huupponen ym. 2018).

Potilaan kotiutuessa tulee ajantasainen lääkitys selvittää ja kirjata lääkeohjelmaan VSSHP:n (2021, 35) ohjeen mukaan. Potilaalle tulostetaan kotiutuksen yhteydessä ajantasainen kotilääkekortti ja muistutetaan häntä ylläpitämään omaa lääkelistaansa sekä ottamaan se mukaan saapuessaan hoitoon (Billstein-Leber ym. 2018; Schepel & Kuitunen 2020; Oksa ym. 2021, 49–50; VSSHP 2021, 37). Sairaalassa määrätystä lääkkeitä tulee kotiutuessa antaa kirjallinen selkeä potilasohjausmateriaali. Yksikössä tulisi määrittää lääkkeet, joista annetaan potilasohjeet. (Oksa ym. 2021, 49.) Lääkeohjausta tulisi antaa koko sairaalahoitojakson ajan, jotta potilas pystyisi ohjausta paremmin sisäistämään (Mäkiniemi ym. 2017, 271). Farmaseutin osallistuminen potilaan kotiutumiseen vähentää lääkitysvirheitä (Billstein-Leber ym. 2018).

Olsen & Svetvold (2022) Norjassa tehtyjen tutkimusten pohjalta tehdyn systemaattisen katsauksen mukaan lääkitystietämyksen lisääminen lääkehoidosta on tärkeää potilaan osallisuuden lisäämisessä. Kotihoidon asiakkaille tehdyn kyselyn perusteella oli todettavissa, että merkittävä osa henkilöistä eivät olleet täysin tietoisia heille määrättyjen lääkkeiden käyttöaiheista, joka herättää huolen lääkitysturvallisuusriskistä. Henkilöitä tulisikin tiedottaa paremmin reseptilääkkeiden käyttöaiheista ja toistaa tietoa uudelleen, jotta henkilöt ymmärtäisivät paremmin omia sairauksiaan ja siten heillä olisi paremmat mahdollisuudet tehdä tietoon perustuvia päätöksiä hoitonsa suhteen. (Andfossen & Bergh 2022.) Vuonna 2017 tehdyssä tutkimuksessa kotiutuneille potilaille todettiin vain kolmasosan saaneen lääkeohjausta sairaalassa. Potilaiden todettiin myös ymmärtäneen ohjausta paremmin uusista ja aloitetuista lääkkeitä, kuin lääkkeitä, jotka olivat lopetettu tai niiden annosta muutettu. (Mäkiniemi ym. 2017, 270.)

### 3.5 Lääkityksen ajantasaisuuden selvittäminen

Tarkoituksen mukaisen, järkevän ja turvallisen lääkehoidon perusta on potilaan ajantasainen lääkitystieto (Kiviranta & Hämeen-Anttila 2021, 14). Potilaan ajankohtaisten lääkitystietojen siirtyminen potilaan mukana on yksi suurimmista lääkehoidon ongelmista (Hartikainen ym. 2015, 286; WHO 2017, 8; Schepel &

Kuitunen 2020; Lapatto-Reiniluoto & Turpeinen 2021; Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 58, 73). Päivittämättömät lääkitystiedot ovat riski potilasturvallisuudelle (Ikäheimo ym. 2020, 109). Lääkehoidon vakavia virheitä tapahtuu usein juuri siirtymävaiheessa (WHO 2017, 10). Lääkitystiedoissa on tutkimustenkin mukaan paljon virheitä, jonka vuoksi lääkityksiin liittyviä päätöksiä tehdään vajailla tai väärillä tiedoilla (Ikäheimo ym. 2020, 10). Tulossyn välinen yhteys lääkehoitoon voi jäädä huomiotta, jos kotilääkitys on selvitetty puutteellisesti (Schepel & Kuitunen 2020).

Jotta lääkehoitoa voidaan toteuttaa tarkoituksen mukaisesti, vaikuttavasti ja turvallisesti on hoitoon osallistuvilla oltava tieto potilaan todellisuudessa käyttämistä reseptilääkkeistä, itsehoitolääkkeistä ja ravintolisistä (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 58; Oksa ym. 2021, 38). Tieto potilaiden käyttämistä laittomista huumeista, alkoholista ja nikotiinituotteista on tärkeä sekä kirjaus kellonajasta, milloin viimeksi niitä on ottanut (Oksa ym. 2021, 38). Tieto potilaan allergioista ja painosta on myös tärkeää lääkitysturvallisuuden näkökulmasta (Billstein-Leber ym. 2018).

Potilaan saapuessa hoitoyksikköön tulee lääkitys aina tarkastaa ja kirjata tietojärjestelmään (Oksa ym. 2021, 38; VSSHP 2021, 35). VSSHP ohjeistaa, että lääkitys tulee kirjata lääkehjelmaan siten, miten potilas todellisuudessa lääkkeitä on käyttänyt. Potilaan omatoimisesti käyttämiä käsikauppalääkkeitä ei sairaalassa tarjota, vaan ne tauotetaan sairaalahoidon ajaksi, ellei lääkäri toisin määrää. Lääkitys tulee haastattelun lisäksi varmistaa kahdesta luotettavasta lähteestä, kuten reseptikeskuksesta, potilaan mukana tulleesta lääkelistasta, läheteestä (VSSHP 2021, 35) tai potilastietojärjestelmästä (Schepel & Kuitunen 2020). Potilas tai hänen omaisensa ovat usein ainoat henkilöt, jotka tietävät miten lääkitystä todellisuudessa käytetään, joten heidän haastattelunsa on tärkeää. Potilaiden ajantasaisia lääkitystietoja ei ole aina välttämättä saatavilla. Päivystysolosuhteissa voidaan joutua tekemään ratkaisuja puutteellisin lääkitystiedoin. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 19.)

Vastaanottavassa yksikössä ensisijaisesti lääkäri, mutta tarvittaessa sairaanhoitaja tai farmaseutti tarkastaa lääkityslistan. Epäselvyyksissä lääkitys

tulee selvittää ennen kuin lääkkeitä annetaan potilaalle. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 73.) Jos tarkastuksen tekee muu kuin lääkäri, tulee lääkärin vahvistaa omalla merkinnällään lääkitys tarkastetuksi (Schepel & Kuitunen 2020; Oksa ym. 2021, 38; VSSHP 2021, 35).

Suomessa ajantasaisien lääkelistojen ylläpitoa hankaloittaa ettei valtakunnallisista lääkityksen tarkastusprosesseista tai eri ammattiryhmien vastuunjaosta ole sovittu. Sairaaloissa tulisi olla luotuna prosessi lääkitystietojen ajantasaisuuden selvittämisestä (Billstein-Leber ym. 2018; Schepel & Kuitunen 2020), jossa farmaseutti on mukana. Tarkastuksen aikaväliksi suositellaan 24 tuntia sairaalaan saapumisesta. (Billstein-Leber ym. 2018.) Lääkityksen tarkastuksen avuksi on VSSHP:ssa (2021, 35) luotu taskukortti. Lääkityksen tarkastusprosessi on hyvin aikaa vievää (Lapatto-Reiniluoto & Turpeinen 2021).

Puutteellisia tietoja voi aiheuttaa useat eri lääkärikontaktit, julkinen ja yksityinen sektori, lääkemääräysten viivästyminen ja erilaiset kirjaamiskäytännöt- ja järjestelmät (Lapatto-Reiniluoto & Turpeinen 2021; Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 19). Keskeinen ongelma lääkitysten ajantasaisuuden ylläpitämisessä on yhtenäisten tietojärjestelmien puute ja se, ettei ravintolisiä ja luontaistuotteita pysty sinne kirjaamaan. Reseptitiedoistakin on mahdollista vain nähdä, onko potilas lääkettä hakenut vai ei, mutta se ei kerro todellisuutta, miten potilas on lääkettä käyttänyt. (Ojala ym. 2015, 46.) Reseptikeskuksessa on näkyvillä kaikki potilaalle kirjoitetut reseptit eikä tieto lääkityksen loppumisesta tai annoksen muuttumisesta sinne välttämättä päivity (Lapatto-Reiniluoto & Turpeinen 2021).

Kehitteillä on valtakunnallinen lääkelista, jonne kaikki henkilön lääkitystiedot tallentuvat keskitetysti reseptikeskuksesta. Pääsy valtakunnalliseen potilaan lääkelistaan tulee olemaan lääkehoitoprosessiin kuuluvilla ammattilaisilla ja lääkkeen käyttäjällä itsellään. (Kiviranta & Hämeen-Anttila 2021, 14.)

Tulevaisuudessa Omakanta- palvelussa on mahdollista myös ylläpitää omaa lääkelistaansa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023a). Yhtenäinen lääkelistan käyttö tulevaisuudessa vähentää hoitohenkilöstön lääkityksen selvittämiseen käytettävää työmäärää (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2022a, 39).

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin päivystyspoliklinikalle tulleilta potilailta kysyttiin heidän lääkitystietojaan ja tarkemman selvittelyn jälkeen todettiin, ettei yksikään potilas muistanut lääkitystään täysin oikein (Lapatto-Reiniluoto & Turpeinen 2021). Sydänyksiköstä kotiutetuille potilaille vuonna 2015 suunnatun kyselytutkimuksen mukaan vain 13 %:lla lääkelista vastasi potilaan käyttämää todellista lääkitystä (Mäkinieniemi ym. 2017, 263). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä 150 iäkkäälle päivystyspotilaalle tehdyn tutkimuksen mukaan vain 1 %:lla lääkelista oli ajantasainen (Ojala ym. 2015).

### 3.6 Lääkitysturvallisuus

Vuosittain suuri määrä potilaita loukkaantuu ja kuolee vaarallisen terveydenhuollon vuoksi. Keskimäärin joka kymmenes potilas sairaalahoidossa kokee haittatapahtuman sairaalahoidon aikana. Suurin osa näistä potilasvahingoista olisi vältettävissä. (WHO 2021, 7.) Turvattomat lääkityskäytännöt ja lääkitysvirheet ovat merkittävien vältettävien haittojen ryhmä potilasturvallisuudessa. Lääkitysvirheet voivat vahingoittaa tai tappaa potilaita sairaaloissa. Lääkitysvirheiden kustannukset maailmalla on arvioitu olevan 42 miljardia dollaria vuodessa. Lääkitysturvallisuuteen liittyy järjestelmien lisäksi myös inhimillisiä tekijöitä, kuten väsymys, huonot olosuhteet ja henkilöstöpula. (WHO 2017, 2, 5.) Riskit lääkityksessä lisääntyvät, jos työtä tehdään kiireessä tai väsyneenä (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 18). Lääkevirheet usein aiheutuvat puutteellisista tai toimimattomista järjestelmistä, prosessista ja työskentelytavoista. Kaikki lääkitysvirheet voisivat olla estettävissä tai ainakin vähennettävissä järjestelmien ja käytäntöjen kehittämällä (WHO 2017, 4–5).

Maailman turvallisuusjärjestö (jatkossa käytetään lyhennettä WHO) on luonut maailmanlaajuisen potilasturvallisuuden toimintasuunnitelman vuosille 2021–2030, jonka tavoitteena on vältettävissä olevien haittojen poistaminen terveydenhuollosta, sillä turvattomasta hoidosta johtuvat potilasvahingot ovat maailmanlaajuinen kansanterveyden haaste. Visiona toimintasuunnitelmassa on, ettei ketään vahingoiteta terveydenhuollossa ja kaikki potilaat saavat turvallista hoitoa (WHO 2021, 7–8). WHO on myös luonut maailmanlaajuisen

lääketurvallisuutta koskevan potilasturvallisuushaasteen, jonka tavoitteena on parantaa ja vähentää lääkehoidonriskejä näyttöön perustuvalla tiedolla. Tavoitteena on parantaa lääkitysturvallisuutta kehittämällä järjestelmää lääkitysvirheiden ja vähennettävissä olevien lääkkeisiin liittyvien haittojen vähentäminen 50 %:lla 5 vuoden aikana maailmanlaajuisesti. Haasteen tavoite on jaettu viiteen osa-alueeseen. Vältettäviä haittoja tulisi arvioida ja tehostaa seurantajärjestelmiä. Luoda yhteiset kehykset toiminnalle. Kehittää ohjausta, materiaaleja, teknologiaa ja työkaluja lääkitysturvallisuuden varmistamiseksi. Lisätä tietoisuutta lääketurvallisuuden ongelmista ja jakamaan tietoisuutta lääkitysturvallisuuden parantamiseksi. Valtuuttaa potilaita osallistumaan aktiivisesti hoitoonsa ja hoitopäätöksiinsä. (WHO 2017, 2, 5–6.) Sosiaali- ja terveysministeriön strategiassa mainitaan visio, jonka mukaan Suomi olisi vuonna 2026 potilasturvallisuuden mallimaa välttämällä vältettävissä olevat haitat (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2022a, 16).

Lääkehoitoprosessin turvallisuus on yksi tärkeimmistä potilasturvallisuuden osa-alueista (Hakoinen ym. 2019, 16). Turvallinen lääkehoito on potilaan hoidon yksi tärkeimmistä osa-alueista ja iso osa sairaanhoitajan työtä (Santavirta ym. 2020, 106). Turvallinen lääkehoito muodostuu päivittäisessä työssä, jonka perustana on sitä toteuttavien henkilöiden ajantasainen osaaminen ja laadukkaat toimintatavat. Lääkehoitoa tulisi toteuttaa siten, että ehkäistävissä olevia haittoja pystyttäisiin vähentämään riskien ennakkoinnilla ja virheistä oppimalla. Lääkehoidon prosessi koostuu moniammatillisesta yhteistyöstä, lääkitysturvallisuuden johtamisesta, lääkehoidon toteutuksesta ja asiakkaan/omaisen ohjauksesta. Laadukkaan ja turvallisen lääkehoidon merkitystä korostava työkuultuuri parantaa lääkitysturvallisuutta. Lääkehoidon turvallisuutta on tärkeä kehittää kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa toimintaympäristöissä. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 8–11.)

Laatikkaisen tekemän tutkimuksen mukaan sairaalahoidon aikana lähes joka viides potilas kokee lääkehaittaa. Tutkimuksen mukaan noin neljännes iäkkäiden potilaiden erikoissairaanhoidon päivystyskäynneistä johtuu lääkehaitoista. Arviolta 30–50 % lääkehaitoista oli lääkepoikkeamia, jotka olisi

ollut estettävissä. (Laatikainen 2020, 217, 226.) Schepel & Kuitunen (2020) mainitsevat noin 6 %:lle sairaalapotilaista tapahtuvan lääkehaittatapahtuman. Suurin osa raportoiduista lääkehaitoista oli lääkkeenjaossa tai annostelussa ja useimmiten virheiden takia potilas jäi ilman lääkettä. Lääkepoikkeamat ovat Suomessa yleisiä ja aiheuttavat ylimääräistä terveystalouden kuormittumista ja taloudellisia menetyksiä. Suurin osa vaaratapahtumista on lieviä, mutta niillä voi olla suuri vaikutus potilaiden elämänlaatuun. Lääkepoikkeamien raportointi on aliraportoitua ja raportoinnin kehittämiseen tulisi kiinnittää huomiota. (Laatikainen 2020, 217.)

Lääkityspoikkeamilla tarkoitetaan sovitusta tai suunnitellusta lääkehoidosta poikkeavia lääkitykseen liittyviä tapahtumia, jotka mahdollisesti aiheuttavat vaaraa (Hartikainen ym. 2015, 284). Lääkehoidossa tapahtuneet poikkeamat ovat yksi terveydenhuollon suurimmista haasteista (Schepel & Kuitunen 2020). Haitat ja vahingot aiheuttavat kärsimystä potilaiden lisäksi heidän omaisilleen ja tapahtumaan osallisena olleeseen ammattilaiseen psyykkisenä oireiluna ja vahvana itsekritiikkinä sekä syyllisyytenä (WHO 2021, 7; Sosiaali- ja Terveysministeriö 2022a, 18). Haittojen ja vahinkojen taloudelliset vaikutukset organisaatiolle ovat myös merkittäviä (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2022a, 18).

Potilasturvallisuuskulttuurin perustana on potilasturvallisuutta edistävät systemaattiset toimintatavat ja potilasturvallisuutta tukeva johtamiskulttuuri (Hartikainen ym. 2015, 284; Billstein-Leber ym. 2018). Potilaalle olisi tärkeää saada vaikuttavaa ja turvallista lääkehoitoa, jossa eri ammattilaiset tukevat toiminnallaan toisiaan saumattomasti. Avoin ja syyllistämätön (Schepel ym. 2021) sekä laadukasta ja turvallista lääkehoidon merkitystä korostava työskentely parantaa lääkitysturvallisuutta (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 11; Schepel ym. 2021). Lääkitysturvallisuus muodostuu lääkehoidon toteuttajan toiminnasta ja toimintayksiköiden lääkehoitoprosessien toimivuudesta (Thurman & Sinisalo 2015, 68; Schepel & Kuitunen 2020).

Sairaala on riskialtis paikka lääkehoidon turvallisuuden vaarantumiselle, sillä siellä hoidetaan kriittisesti sairaita, iäkkäitä ja monilääkittyjä potilaita, joilla voi olla munuaisten ja maksan vajaatoimintaa. Sairaalassa käytetään myös paljon



riskilääkkeitä ja riskialttiita antoreittejä. (WHO 2017, 10; Schepel & Kuitunen 2020.) Riskeille alttiita ovat myös siirtymät eri yksiköiden välillä tai kodin ja yksiköiden välissä (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 10).

Vuonna 2012 Suomen osastofarmaseuteille tehdyn tutkimuksen mukaan lääkityksen riskikohdat liittyivät kiireeseen, tiettyihin työskentelytapoihin, tiettyihin lääkkeisiin, tietojen ajantasaisuuteen ja tiedon siirtoon. Tutkimuksen mukaan lääkitysturvallisuutta paransivat kaksoistarkastus, lääkityksen tarkastukset, koulutus, perehdytys ja toimintaohjeiden ajantasaisuus. Tutkimuksessa esille nousi myös, että huolellisuus, tiedonkulun parantaminen, kiireen, häiriöiden ja keskeytysten välttäminen sekä avoin moniammatillinen työskentelytapa parantaisivat lääkitysturvallisuutta. (Hartikainen ym. 2015, 284.)

### **Lääkitysturvallisuuden johtaminen**

Esihenkilöiden on tärkeää kannustaa työntekijöitään toimimaan yhteistyössä sairaanhoitajien kesken sekä moniammatillisesti lääkitysturvallisuuden varmistamiseksi. Esihenkilöiden tulee tukea työntekijöiden ammattitaidon ylläpitämistä mahdollistamalla osallistuminen koulutuksiin, jakaa ajantasaista informaatiota ja kannustaa aktiiviseen tiedonhakuun. (Santavirta ym. 2020, 114.) Myös Etiopiassa tehdyn tutkimuksen perusteella hoitohenkilökunnan jatkuva kouluttaminen lääkitysturvallisuudesta, lääkehoidon ohjeiden asettaminen hoitohenkilökunnan saataville ja turvallisen hoitoympäristön mahdollistaminen olivat lääkehoidon turvallisuuden ja laadukkuuden varmistajia (Wondmieneh ym. 2020). Karttunen ym. tekemän tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan poikkeaminen annetusta ohjeesta aiheutti usein lääkevirheen. Hoitohenkilökuntaa tulee muistuttaa turvallisen lääkehoidon eettisistä näkökulmista ja suhtautumisesta niihin. Hoitohenkilökunnan ymmärrys ohjeiden noudatuksen tärkeydestä virheiden välttämiseksi on tärkeää. (Karttunen ym. 2019.)

### **Haitta- ja vaaratapahtumien raportointi**

Poikkeamien raportointiin ja käsittelyyn on oltava menetelmä sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen

määräämisestä 2.12.2010/1088). Menetelmän tarkoituksena on virheistä sekä yksikön toiminnasta ja haavoittuvuudesta oppiminen. Raportoinnin tulee olla sähköistä, helppokäyttöistä, anonyymiä, syyllistämätöntä ja kaikkien työntekijöiden ulottuvilla (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 77.)

VSSH:ssa on käytössä HaiPro- vaaratapahtumien raportointi järjestelmä (VSSH 2021, 22). HaiPro vaaratapahtumien raportointijärjestelmän avulla lääkepoikkeamat tehdään näkyviksi ja niistä on mahdollista oppia (Schepel & Kuitunen 2020). Vaaratapahtumien vastuuhenkilöt tulee määritellä yksikössä. Riskien moniammatillisella analysoinnilla saadaan tietoa lääkehoitoprosessin riskikohdista ja pystytään rakentamaan suojausmenetelmiä riskien ennaltaehkäisyyn. Vaaratapahtumailmoitukset tulisi käsitellä ja tehdä mahdolliset korjaustoimenpiteet viipymättä sekä raportoida niistä yksikössä. Lääkehoidon vaaratapahtumista tulee informoida yksikön vastaavaa lääkärinä ja niitä tulee käsitellä lääkehoitosuunnitelmassa. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 78–79).

Valtaosa hoidossa raportoiduista virheistä ja vaaratapahtumista koskee lääkehoitoa (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2022a, 38). Haittatapahtumien raportointijärjestelmien avulla kerätään tietoa lääkepoikkeamista, saadaan mahdollisuus ymmärtää, miksi poikkeama on tapahtunut ja voidaan kehittää ratkaisuja riskien ehkäisemiseksi. Tietojen analysoimiseen ja virheistä oppimiseen tulisi keskittyä aiempaa enemmän. Luotujen turvallisten toimintamallien käyttöönotto tulisi olla sujuvaa. Luottamuskuulttuurin luominen ja ymmärrys turvallisemman terveydenhuollon luomisesta raportoinnin avulla olisi tärkeää. (WHO 2021, 10.) Agani ym. (2021) tekemän tutkimuksen mukaan lääkityspoikkeamien tekemistä rajoitti sairaanhoitajilla pelko syyllisyydestä ja epätietoisuus ilmoitettavista lääkepoikkeamista. Syyllistämätön työkuulttuuri ja tapahtumaan osallistuneen ammattilaisen tukeminen on tärkeää (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2022a, 36).

Esihenkilöiden tulee kannustaa poikkeamien havaitsemiseen, ilmoittamiseen ja kehittämisehdotusten luontiin. Kaikki lääkityspoikkeamat tulee raportoida järjestelmään. (Oksa ym. 2021, 44, 50.) Lee & Lee (2021) tekemän tutkimuksen

mukaan sairaalan turvallisuusilmapiiri, tehtäväkeskeinen työkulttuuri, koulutustaso ja kokemukset lääkitysvirheistä liittyivät aikomukseen ilmoittaa lääkitysvirheistä, jonka vuoksi on tärkeää parantaa sairaalan turvallisuusilmapiiriä, tehtäväkeskeistä työkulttuuria ja luoda strategiaa, jolla parantaa lääkitysvirheistä ilmoittamisen kulttuuria. Avoimuus ja syyllistämätön kulttuuri parantaa lääkitysturvallisuutta yksiköissä (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 11). Lääkitysturvallisuutta tulisi käsitellä avoimesti, anonyymisti, järjestelmälähtöisesti ja syyllistämättömästi osana muuta potilasturvallisuustyötä. Riskejä tunnistamalla voidaan luoda lääkitysturvallisuuden kehittämissuunnitelmaa. (Schepel & Kuitunen 2020.) Varsinkin vakavia lääkityspoikkeamia tulisi tarkastella juurisyyanalyysilla (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 336; Schepel & Kuitunen 2020) ja poikkeamien ehkäisyyn tulisi kiinnittää huomiota (Schepel & Kuitunen 2020).

Haitta- ja vaaratapahtumien käsittelyn painopistettä tulisi siirtää tulevien poikkeamien estämiseen ja tilanteesta oppimiseen sekä tarvittaessa toiminnan muutoksien tekeminen (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2022a, 33). Vaaratapahtumien analysoinnilla saadut suojausmekanismit voivat olla toimintatapojen muutoksia, fyysisiä esteitä tai teknisiä ratkaisuja, jotka auttavat havaitsemaan poikkeaman, ennen kuin siitä on aiheutunut haittaa potilaalle (Kuusisto ym. 2019, 23).

Yksiköissä tulee tunnistaa ja raportoida ne tilanteet, joissa on mahdollisuus lääkitysturvallisuuden vaarantumiselle ja luoda toimintamallit niiden ehkäisyyn (Hakoinen ym. 2019, 16; Schepel & Kuitunen 2020; Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 24) ja kirjata nämä yksikkökohtaiseen lääkehoitosuunnitelmaan (Hakoinen ym. 2019, 16). Vakavien vaaratapahtumien lisäksi aktiiviseen läheltä-piti tapahtumien ilmoittamiseen tulisi kannustaa, jotta voidaan oppia ja estää sen toteutuminen uusilla toimintatavoilla (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 77–78; Oksa ym. 2021, 51). Raportointi on osa omavalvontaa (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 78).

Rauhala ym. 2018 tekemän tutkimuksen mukaan HaiPro ilmoitusten määrä on ollut kasvusuuntainen. Kolmasosa ilmoituksista koski läheltä piti -tilanteita ja

muidenkin ilmoitusten osalta haitat olivat lieviä. Kehittämistoimenpiteitä ilmoituksissa oli harvoin. Läheltä piti -ilmoitusten määrää tulisi saada lisättyä. Vaaratapahtumista ilmoitetaan vain noin kymmenesosa.

### **Itsearviointityökalu**

Lääkitysturvallisuustyö on tällä hetkellä Suomessa organisaatiokohtaista. Lääkitysturvallisuuden varmistamiseksi ei Suomessa tai kansainvälisesti ole olemassa vakiintuneita toimintamalleja kuten lääketurvallisuuden puolella. Valtakunnallinen lääketurvallisuutta koordinoiva yksikkö ja sote-organisaatioissa toimivat lääkiturvallisuuskoordinaattorit lisäisivät Suomen lääkiturvallisuutta. (Schepel ym. 2017, 109–111.)

Sairaalan yksiköiden käyttöön on luotu lääkiturvallisuuden itsearviointityökalu, jolla henkilökunta voi itsenäisesti arvioida yksikkönsä lääkehoidon turvallisuutta (Sarka 2021). Lääkiturvallisuuden itsearviointiin sairaaloissa käytettävä itsearviointityökalu on päivitetty tutkimustulosten pohjalta (Oksa ym. 2021, 17). Työkalun tavoitteena on tunnistaa oman yksikön riskejä ja luoda toimintatapoja riskienhallintaan. Velvoittavaa määräystä lääkiturvallisuuden auditointiin ei ole, joten käytäntö ei ole vakiintunut kaikkiin sairaaloihin. Itsearviointityökalun käyttöön kannustetaan yksiköissä lähtemään matalalla kynnyksellä ja toiveena olisi, että sen käyttö laajenisi kaikkiin Suomen sairaaloihin lähitulevaisuudessa. (Sarka 2021.)

### **Potilaan osallisuuden lisääminen**

Osallisuuden lisääminen parantaa potilasturvallisuutta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a, 15). Potilaiden mukaan ottamista potilasturvallisuuden kehittämisessä on alihyödynnetty Suomessa (Hämeen-Anttila 2021). Syyrilän (2023) väitöskirjatutkimuksen ja Olsen & Svetvold (2022) Norjassa tehtyjen tutkimusten pohjalta tehdyn systemaattisen katsauksen mukaan kommunikaatio potilaan lääkehoidosta hänen kanssaan voisi pysäyttää lääkityspoikkeaman syntymisen. WHO (2017, 8; 2021, 8) ohjaa myös potilaan aktiiviseen osallistamiseen omaan hoitoonsa potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Potilaan osallistuttamista ja voimaannuttamista pidetään ehkä jopa parhaana

potilasturvallisuuden parantajana (WHO 2021, 40). Potilasta tuleekin kannustaa osallistumaan turvallisen hoidon varmistamiseen (Welling 2021, 508), kuten kertomaan nimensä selkeästi ja näyttämään rannekkeensa (Oksa ym. 2021, 49). Laadukkaan ja turvallisen hoidon varmistamiseksi tulisi luoda turvallisuuskulttuuria, jossa potilas on tasavertainen kumppani lääkehoidon toteutuksessa (Sahlström ym. 2016).

## 4 Kehittämiprojektin menetelmälliset ratkaisut ja toteutus

### 4.1 Kehittämiprojektin käynnistäminen

Kehittämiprojektin idea on saatu toimeksiantajalta syyskuussa 2022. Tämän projektin vaiheet olivat suunnittelu (talvi 2022–2023), itsearviointi työkalun teko (kevätkesä 2023), yhteiskehittämisen työpaja (syksy 2023) ja tuotos eli suunnitelma (talvi 2023). Projektin jakaminen eri vaiheisiin ja aikatauluttaminen on tärkeää, sillä ne lisäävät projektin hallittavuutta. Vaiheistamisessa projekti jaetaan pienemmiksi kokonaisuuksiksi. Projektin aikataulutuksen tarkoituksena on projektin pysyminen aikataulussa, mutta toisaalta projektin aikataulu voi myös muuttua suunnitelman tarkentuessa. (Mäntyneva 2016, 59, 62.)

Projekteihin liittyy usein riskejä, jotka tulisi tunnistaa ja niihin pitäisi varautua ennalta. Varautuminen vähentää projektin aikaisia ongelmia ja niiden vaikutuksia. Riskien tunnistamisessa auttavat aiemmista projekteista opitut asiat. (Mäntyneva 2016, 131.) Aiemmissa projektipäällikön projekteissa muutosvastarinnan suuri määrä on haastanut projektin onnistumista, joten ennen tämän projektin alkua on varauduttu muutosvastarinnan olemassaoloon ja sen helpottamiseen varhaisella tiedottamisella ja osallistamisella sekä lisätty ymmärrystä muutosvastarinnan merkityksestä.

### **Viestintä**

Projektiviestintä on tärkeä osa projektin onnistumista ja moni projektin ongelmista johtuukin viestinnän ongelmista. Projektin sidosryhmiä tulee pitää ajan tasalla projektin etenemisestä ja motivoida projektiin. (Mäntyneva 2016, 111.) Projektin onnistumisen kannalta on tärkeää, että henkilöt, jotka liittyvät kehittämisessä saataviin toimintatapoihin ovat vakuuttuneita tuloksista (Tuominen 2021, 101). Tämän vuoksi projektipäällikkö on käynyt esittelemässä projektia helmikuussa 2023 yksiköissä, jotta projektista tiedottaminen saatiin

mahdollisimman ajoissa liikkeelle, joka siten helpottaa muutosprosessia yksiköissä.

Viestinnässä tulee kiinnittää huomiota ajantasaiseen ja oikeasisältöiseen viestintään. Tarpeeton tai liiallinen viestintä voidaan kokea hyödyttömäksi ja raskaaksi, joten sitä tulee välttää. Viestien laadukkuus ja väärinymmärryksiä pois sulkeva sisältö on tärkeä. (Mäntyneva 2016, 25, 114.) Projektiviestinnässä käytettiin sähköpostia ohjausryhmän ja projektiryhmän kanssa. Viestejä on kohdennettu mahdollisimman tarkasti oikeille henkilöille, jotta vähennetään yliviestimistä. Projektista on viestitty yksiköissä ja osastonhoitajien kokouksissa aina tietyn projektin vaiheen jälkeen, jotta projektin kulku olisi kaikkien tiedossa sekä samalla voidaan arvioida projektin onnistumista.

Projektikokoukset ovat tärkeä osa projektiviestintää. Henkilöitä ei ole hyvä kuormittaa tarpeettomilla kokouksilla, joten kokouksen tarve ja osallistujat on hyvä määritellä tarkoin. Kokousten sujuvuus ja aikataulussa eteneminen varmistetaan hyvällä valmistelulla. Projektiryhmän verkostoitumista edesautetaan viestinnällä ja aloituskokouksella (Mäntyneva 2016, 26–27, 115).

### **Projektiryhmä**

Projektipäällikkö tekee projektisuunnitelman, aloittaa ja ohjaa projektiryhmän työtä, hoitaa projektiviestintää, seuraa projektin etenemistä ja tekee projektin loppuraportin (Mäntyneva 2016, 21). Opiskelija toimi itse projektipäällikkönä tässä projektissa. Oman prosessin huolellinen tunteminen edesauttaa prosessin etenemistä (Tuominen 2021, 38). Osasto 4, jossa myös projektipäällikkö työskentelee lääkevastaavana, on toiminut aktiivisena lääkehoitokäytäntöjen kehittäjänä pitkään. Projektipäälliköllä on projektiryhmässä tärkeä rooli korostaa yhteistyön merkityksellisyyttä ja tunnistaa mahdolliset yhteistyön esteet sekä pyrkiä poistamaan niitä (Mäntyneva 2016, 25–26).

Projektin ohjausryhmä hyväksyy projektisuunnitelman, valvoo ja ohjaa projektin johtamista, seuraa toteutusta, edistää projektin ja toimintaympäristön välistä yhteistyötä, suunnittelee päätöksiä projektin resursointiin liittyen, hyväksyy projektin tulokset ja tukee projektipäällikköä (Mäntyneva 2016, 21). Projektin

ohjausryhmässä toimivat kolme henkilöä, joilla jokaisella on oma vastuualueensa. Tutoropettaja, joka vastasi opinnäytetyön kirjallisesta osuudesta sekä ohjasi suuntaa käytännön toteutukseen. Salon sairaalan koordinoiva ylihoitaja / vt. ylihoitaja Salon terveyskeskussairaala, joka vastasi esihenkilöasemallaan sitouttaen yksiköitä projektiin sekä ohjasi projektia oikeaan suuntaan. Salon sairaalan osastofarmaseutti, joka ohjasi projektia laadukkaasti sisällön näkökulmasta. Projektipäälliköllä on hyvä olla jo ennalta tieto keneen turvautua, jos projekti ajautuu vaikeuksiin (Mäntyneva 2016, 133). Tässä projektissa ongelmia ilmaantuessa projektipäällikkö oli yhteydessä ohjausryhmään.

Projektiryhmä koostuu projektissa työskentelevistä henkilöistä, jotka tukevat toisiaan projektiin liittyvissä tehtävissä tavoitteiden mukaisesti. Ryhmän jäsenten tulisi olla sidosryhmien eritasoilta, jotta saadaan laaja-alaista tietämystä. (Mäntyneva 2016, 24.) Projektiryhmä oli koottu eri yksiköiden esihenkilöistä ja lääkevastaavista sairaanhoitajista sekä farmaseuteista ja tulosryhmien klinisen hoitotyön asiantuntijoista, jotta näkemykset ovat laajoja sekä asian levikki suurta. Osastonhoitajat toimivat osittain myös projektin ohjausryhmässä oman yksikkönsä asiantuntijana.

Projektipäällikön saadessa vaikuttaa projektiryhmän koostumukseen tulee painottaa heidän osaamistaan, jotta se vastaisi mahdollisimman hyvin projektin sisältöä. Projektiryhmän kyky toimia yhdessä on tärkeä ominaisuus, kuten myös projektiryhmän jäsenten oma halu toimia projektissa mukana. Projektissa toimitaan ryhmätyössä, jossa tehokkainta on huomioida jäsenten asiantuntemus ja tieto. (Mäntyneva 2016, 26.) Projektiin oli valittu eri yksiköiden esihenkilöt ja heitä oli pyydetty valitsemaan yksiköstään vähintään yksi asiantunteva sairaanhoitaja, joka oli itse halukas projektiin osallistumaan. Esihenkilöitä kannustettiin valitsemaan juuri sairaanhoitaja, sillä he toteuttavat yksikössä suurimman osan lääkehoidon käytännöistä ja siten heillä on paras näkemys toiminnasta. Sairaanhoitajalta toivottiin myös kehittämismyönteisyyttä, lääkeosaamista, vahvaa ammattitaitoa, riittävää kokemusta, rohkeutta johtaa muutosta, voimia kestää muutosvastarintaa ja että olisi paikalla osastolla vielä



vuonna 2028. Osastonhoitajille painotetaan juuri näiden sairaanhoitajien osallisuuden tärkeyttä oman yksikön kehittämisen onnistumiseksi sekä heidän tarvitsemaansa luottamusta, vastuuta, tukea ja aikaa esihenkilöiltä.

Tämän projektin kannalta esihenkilöiden ja valittujen sairaanhoitajien rooli oli osallistua aloituspalaveriin, yhteiskehittämisen työpajaan ja päätöspalaveriin sekä tehdä itsearviointia yksikön toiminnasta. Projektiin osallistuvat henkilöt vastaavat omalta erityisalueeltaan projektin tavoitteiden saavuttamisesta (Mäntyneva 2016, 25–26). Projektiin liittyvän kehittämistoiminnan kannalta heidän roolinsa omassa yksikössään on huomattavasti suurempi, sillä he vastaavat yksiköissään toiminnan kehittämisestä ja projektin jalkauttamisesta suunnitelman mukaan. Opinnäytetyössä pyrittiin lisäämään sairaanhoitajien osallisuutta ja osaamisen sekä näkemysten huomioimista kehittämisessä, joka mainitaan myös stm:n (2022b, 20) tavoitteissa vuodelle 2022–2026 hoitohenkilökunnan työn motivaatiota lisäävänä tekijänä.

Projektin liittyessä organisaatioiden toimintaan välillisesti saattaa haasteeksi koitua henkilöiden irrottautuminen omasta työstään projektiin vaaditulla tavalla, jonka vuoksi yksiköiden esihenkilöt tulee suostutella luopumaan työntekijöidensä työpanoksesta projektin vaatimalla tavalla (Mäntyneva 2016, 26). Projektin riskeinä tunnistettiin jo ennalta sitoutumisen puuttuminen ja jos eri yksiköt eivät sitoudu tarvittavalla panoksella projektiin ei projektilla saada haluttuja tuloksia. Toimeksiantajana toimiva osastonhoitajien esihenkilö velvoitti yksiköiden esihenkilöitä sitoutumaan projektiin, joka paransi myös projektiryhmän irrottautumista projektiin. Esihenkilöitä ja työntekijöitä on motivoitu ja painotettu projektin välttämättömyyttä tulevaisuuden kannalta. Mikäli he eivät sitoudu projektiin ja kehitä toimintatapojaan etukäteen, saattaa heille tulla merkittäviä haasteita ja kuormitustekijöitä uusien tilojen käyttöönoton yhteydessä.

Yksiköiden esihenkilöille oli myös painotettu heidän yksiköidensä mukanaolon tärkeyttä motivoidakseen heitä irrottamaan valittujen sairaanhoitajien työpanosta projektia varten. Työntekijöiden irrottautumisen vaikeus omasta työtehtävästään ajallisesti projektin toteutukseen tunnistettiin jo ennalta riskiksi,

sillä kiireisessä hoitotyössä ei ole totuttu sairaanhoitajan irrottamiseen työtehtävistään projekteihin.

Projektin sidosryhmien hallinta on merkityksellistä projektin onnistumisessa.

Sidosryhmät ovat kaikki tahot, joita projekti jollain tavalla koskettaa.

Projektiryhmän pienen koon vuoksi on tärkeää saada sidosryhmät mukaan edistämään projektin onnistumista. Projektipäälliköllä on merkittävä rooli sidosryhmien kiinnostuksen lisäämisessä projektia kohtaan. Sidosryhmät tulee tunnistaa ennen projektin alkua sekä heitä tulee informoida projektista ja antaa heille mahdollisuus vaikuttaa projektiin. Sidosryhmien motivaation ylläpitäminen edesauttaa projektin onnistumista. (Mäntyneva 2016, 123, 126.)

Kehittämiskoje koskee seitsemän eri yksikön toimintaa, jonka vuoksi projektiin liittyy laaja sidosryhmä. Projektin sidosryhminä toimivat eri yksiköiden muu hoitohenkilökunta. Sidosryhmiä oli tiedotettu laajasti projektista tiedotus tilaisuudessa ja pyydetty mielipiteitä projektin suunnittelun kehittämiseksi.

### **Aloitus**

Projektin alustavaa ideaa on esitelty projektiin liittyvien seitsemän yksikön osastonhoitajille osastohoitajien kokouksessa joulukuussa 2022 ja heiltä tulleen toiveen mukaisesti projektiin liittyvien yksiköiden henkilökunnalle yksiköissä helmikuussa 2023. Lupa opinnäytetyön tekemiseen on saatu Varhasta toukokuussa 2023. Luvan saamisen jälkeen toukokuussa 2023 pidettiin myös projektiryhmälle aloituspalaveri, jossa käytiin läpi projektin tavoitetta, etenemistä ja tulevaa yhteiskehittämisen työpajapäivää. Aloituspalaveriin projektiryhmä kutsuttiin toimeksiantajan kautta sähköpostilla. Aloituspalaverissa oli mukana jokaisesta yksiköstä vähintään yksi osallistuja, joko esihenkilö tai lääkevastaava sairaanhoitaja.

## 4.2 Kehittämiprojektin menetelmälliset ratkaisut

### 4.2.1 Benchmarking

Benchmarking menetelmä vastasi hyvin menetelmällisesti tämän projektin tarpeisiin. Menetelmä tarkoittaa vertailukehittämistä ja kokemuksen siirtoa. Menetelmässä kerätään tietoa ja taitoa toisesta yksiköstä tietyltä toiminnan osa-alueelta, jota voidaan soveltaa omassa yksikössä. Tässä menetelmässä on tarkoitus oppia systemaattisesti hyvältä esikuvalta. Myös Vuorinen painottaa, että menetelmää tulisi hyödyntää Suomen julkisen sektorin terveydenhuollon palveluissa, joissa kussakin on samoja haasteita. Tehoa menetelmän toimivuudessa parantaa myös eri yksiköiden kilpailuaseman puuttuminen. Benchmarkingin hyödyntämisessä tietoja ja kokemuksia vaihdetaan esikuvayksikön kanssa sekä opitaan heidän toiminnastaan. Toimintamalli voi edesauttaa molemminpuolista oppimista sekä kehittää yhteistä toimintaa. Usein molemmilla osapuolilla on opittavaa toisen toiminnasta, vaikka toinen osapuoli olisikin kehittyneempi asian suhteen. Kehittämisvaiheessa tuodaan esille toiminnan eroavaisuuksia ja niihin johtaneita syitä. Kehittämiselle asetetaan tavoitteet ja miten eroavaisuuksia lähdetään yhtenäistämään. (Vuorinen 2013.)

Menetelmässä tulee ensin määritellä kehitystarpeita (Vuorinen 2013). Tämän kehittämisprojektin tarpeena oli yhtenäistää eriäviä lääkehoitokäytänteitä eri yksiköiden välillä, jotta toiminta uudessa sairaalassa olisi potilasturvallista, laadukasta ja sujuvaa. Seuraavaksi tulee valita kehittämiskohde (Vuorinen 2013), joka tässä projektissa oli lääkityskäytännöt. Ja sitten valitaan esikuva (Vuorinen 2013), joksi valitaan muita yksiköitä kehittyneempi yksikkö (Tuominen 2021, 35). Tässä projektissa esikuvana toimivat stm:n ja VSSH:n ohjeet sekä Salon sairaalan osasto 4.

Kehittämistarpeiden kartoittamiseen luotiin lääkityskäytäntöjen itsearviointikaavake (liite 2) benchmarking menetelmällä kooten listausta vuodeosastotoimintaa koskevista lääkityskäytännöistä ja lääkitysturvallisuutta varmistavista toimintatavoista. Itsearviointikaavakkeen sisältö koottiin stm:n

Turvallinen lääkehoito- Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen oppaan (Laukkanen & Ruokoniemi 2021), kohde organisaation eli Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin lääkehoitosuunnitelmasta (VSSH 2021) ja Medisiinisen tulosryhmän yhtenäisistä lääkehoitokäytännöistä (Sevänen ym. 2022), sillä nämä ohjeistukset määrittelevät toimintaa tulevissa yksiköissä. Medisiininen tulosryhmä on ollut aktiivinen lääkehoidon kehittäjä moniammatillisine verkostoineen. Osasto neljä työyksikkökohtaista lääkehoitosuunnitelmaa (Jousikivi ym. 2022) on käytetty myös lähteenä, sillä osasto neljä toimii kehittämismenettelyssä vertailupohjana. Osasto neljä on sisätautiyksikkö, jossa suuri osa hoidosta on juuri lääkehoitoa. Yksikössä lääkityskäytäntöjen kehittäminen on ollut aktiivista ja tulosryhmään liittyvää. Muissa yksiköissä kehittäminen on ollut yksikkökohtaista ja vähäisempää.

Turvallinen lääkehoito -Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen (2021) kuvaa lääkitysturvallisuutta edistävää lainsäädäntöä ja käytäntöjä lääkitysturvallisuuden parantamiseksi. VSSH:n lääkehoitosuunnitelma on luotu edellä mainitun oppaan pohjalta ja sen tavoitteena on yhtenäistää laadukasta lääkehoidon toteutusta, selkiyttää vastuunjako ja määrittää vähimmäisvaatimukset (VSSH 2021, 6). VSSH:n lääkehoitosuunnitelma tulee päivittymään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen Varhan lääkehoitosuunnitelmapohjaksi. VSSH:n tulosryhmille on laadittu omat yhtenäiset lääkehoitokäytännöt. Yksiköillä on omat lääkehoitosuunnitelmat. (VSSH 2021, 6.)

Benchmarking tulee rajata mistä se alkaa ja mihin se päättyy sekä keskeisiin vaiheisiin. Pohjaksi on hyvä laatia kysymyslistoja, joilla ohjataan pysymään aihealueella. (Tuominen 2021, 23, 73.) Benchmarking menetelmällä luoduissa yksiköiden lääkityskäytäntöjen itsearviointikaavakkeessa (liite 2) asiasisällöt rakentuivat edellä mainittujen ohjeiden ja suunnitelmien sisällöistä. Sisältöä rajattiin vahvasti koskemaan vain aikuisten ja vanhusten vuodeosastohoitoa. Lomakkeen työstäminen aloitettiin STM:n ohjeista, sillä nämä ohjeet määrittävät lainsäädäntöä ja koko Suomea koskevia ohjeita. Seuraavana lomakkeeseen lisättiin VSSH:n ohjeistuksia, sillä nämä ohjeistavat koko sairaanhoitopiirin

toimintaa. Medisiinisen tulosryhmän ohjeiden lisääminen toi kaavakkeeseen konkreettisia toimintamalleja, jotka on todettu vuodeosastoilla toimiviksi. Osasto neljän lääkehoitosuunnitelmasta mukaan otettiin paikallisia Salossa toimiviksi katsottuja ratkaisuja. Kaavake rakentui aihealueiden mukaisiksi kokonaisuuksiksi: lääkkeiden jakaminen, lääkemukit ja antoajat, lääkkeiden antaminen, sähköinen tekniikka, riskilääkkeet, lääkejäte, potilaan saapuminen ja lähtö, tehtäväkuvat ja HaiProt.

Lomakkeen kysymykset on hyvä testata omassa organisaatiossa (Tuominen 2021, 75). Itsearviointikaavakkeen toimivuutta testattiin ennen käyttöönottoa Salon sairaalan osasto neljä farmaseutilla ja lääkevastaavalla sairaanhoitajalla. Kaavakkeen sisältöä muokattiin yksiselitteisemmäksi ja ymmärrettävämmäksi palautteen perusteella. Yhteiskehittämisen työpajan lopussa pyydettiin osallistujia myös arvioimaan lääkityskäytäntöjen itsearviointikaavakkeen toimivuutta arviointikaavakkeella (liite 3). Itsearviointikaavake koettiin kattavaksi, mutta se olisi voinut olla vielä selkeämpi, jotta virheymmärrysten määrää olisi voinut vähentää. Kaavake kuitenkin käsitteli kattavasti aihealuetta ja se oli toimitettu riittävän ajoissa työyksiköihin sekä kerätty sieltä riittävän ajoissa pois.

### **Yksiköiden itsearviointi ja eroavaisuuksien kartoitus**

Itsearvioinnilla ymmärretään kehittämistarpeita ja parannetaan kehittämisvalmiuksia (Tuominen & Niva 2021, 7). Itsearviointikaavake lisäsi kattavasti informaatiota ohjeidenmukaisesta ja laadukkaasta lääkeshoidosta vuodeosastoilla. Itsearviointikaavakkeet jaettiin yksiköihin hyvissä ajoin ennen yhteiskehittämisen työpajaa, jotta niihin ehdittiin rauhassa paneutua ja miettiä yksiköiden toimintatapoja. Asioiden taulukoiminen helpottaa kokonaisuuden ymmärtämistä, yhteisten tavoitteiden näkemistä ja päätöksen tekemistä. Vertailun onnistumisen edellytyksenä on saadun tiedon kirjaaminen. (Tuominen 2021, 78, 85.) Yksiköt täyttivät itsearviointikaavakkeet kesän 2023 aikana ja ne pyydettiin palauttamaan kaksi viikkoa ennen yhteiskehittämisen työpajaa projektipäällikölle.

Kaavakkeita jaettiin seitsemään yksikköön, mutta niitä palautettiin vain viisi, sillä kaksi lomakkeista sisälsi kahden yksikön yhteisen arvioinnin koska he työskentelevät yhteisissä tiloissa. Palautettujen itsearviointikaavakkeiden perusteella syyskuussa 2023 projektipäällikkö teki yhteenvetoa yksiköiden eriävistä lääkehoitokäytännöistä, joilla on merkitystä tulevien yksiköiden yhdistymisen kannalta. Näistä eroavuuksista syntyi yhteiskehittämisen työpajan asiasisältörunko.

#### 4.2.2 Yhteiskehittämisen työpaja

Kehittämismenetelmänä opinnäytetyössä käytettiin yhteiskehittämisen työpajamenetelmää. Tavoitteena menetelmässä oli eri yksiköiden kehitettävien toimintamallien löytyminen sekä suunnitelma siitä, miten toiminta saadaan yhtenäistettyä vuoteen 2028 mennessä. Yhteiskehittämisessä palveluiden käyttäjät osallistutetaan heidän käyttämiensä palveluiden kehittämiseen. Kehittämismenetelmään osallistuvilla on kokemusta, tietoa ja osaamista, jota kehittämisessä tarvitaan. Tässä menetelmässä on mahdollista luoda innovatiivisia ratkaisuja ja kehittää yhteistyötä. Kehittäminen tapahtuu yhteiskehittämisen mallissa alhaalta ylöspäin. (Keskitalo & Vuokila-Oikkonen 2021, 7, 9, 24.)

Yhteiskehittämisen työpaja pidettiin Salon sairaalan kokoustilassa projektiryhmälle syyskuussa 2023. Yhteiskehittämisen työpajaan kutsuttiin projektiryhmän jäseniä kaikista seitsemästä yksiköstä. Toiveena oli esitetty, että jokaisesta yksiköstä osallistuisi vähintään yksi henkilö, joko esihenkilö tai lääkevastaava sairaanhoitaja eri yksiköiden näkökulmien kuulemiseksi, kehittämisen etenemiseksi ja laadun varmistamiseksi. Sairaanhoitajien osallistumisen tärkeyttä korostettiin.

Yhteiskehittämisen työpajaan osallistui odotetun seitsemän yksikön sijasta kuuden projektiin osallistuvan yksikön henkilökuntaa. Tapaamisessa oli paikalla 14 henkilöä. Kaksi esihenkilöä, seitsemän lääkevastaavaa sairaanhoitajaa ja kaksi farmaseuttia. Paikalla tapaamisessa oli myös kolme kliinisen hoitotyön

asiantuntijaa kaikilta eri projektia koskettavilta tulosryhmiltä. Projektiin liittyvän osaston esihenkilö kutsui oman tulosryhmän kliinisen hoitotyön asiantuntijan mukaan projektiin, jonka innoittamana kysyttiin myös muiden kahden tulosryhmän kliinisen hoitotyön asiantuntijan kiinnostusta ja mahdollisuutta työnantajansa puolesta osallistua yhteiskehittämisen työpajaan. Kaikki kliinisen hoitotyön asiantuntijat kertoivat halukkuutensa ja mahdollisuutensa osallistua päivään, joten heille lähetettiin sähköpostilla yksiköiden lääkityskäytäntöjen itsearviointikaavake (liite 2) aihealueeseen tutustumista varten.

### **Päivän eteneminen**

Yhteiskehittämisen työpajan alussa osallistujien ymmärrystä tulevasta muutoksesta parannettiin projektin toimeksiantajan ja opinnäytetyössä toimivan mentorin puheenvuorolla, jossa käytiin läpi rakennusprojektin etenemisen aikataulua ja tulevien yksiköiden sijoittumista osastoille. Osallistujien ymmärrystä projektia kohtaan vahvistettiin myös painottamalla heille projektin olevan tärkeä, jotta toiminta uusilla vuodeosastoilla olisi turvallista, laadukasta ja sujuvaa.

Seuraavaksi vuorossa oli jokaisen osallistujan itsensä esittely, joka oli tärkeää, sillä useat osallistujat olivat entuudestaan toisille tuntemattomia. Myös tulevaisuudessa osaamisverkostojen kannalta on tärkeää oppia tuntemaan oikeat henkilöt, joilta tarvittaessa saa apua kehittämisensä tueksi.

Yhteiskehittämisen työpajan ensimmäisessä vaiheessa itsearviointikaavakkeiden pohjalta nousseita eroavaisuuksia esiteltiin Powerpoint dioin. Keskeisinä aiheina olivat lääkkeiden järjestäminen terapiaryhmittäin, lääkkeidenjako systemaattisena parityöskentelynä, lääkkeiden kaksoistarkastus, lääkkeiden jako sähköisestä lääkelistasta, lääkkeidenjakokäytännöt ja lääkkeidenanto ajankohdat. Dia sisälsi otsikon aihealueesta sekä aiheen luotettavuutta ja ymmärrystä lisättiin muutaman lauseen faktatiedolla, joka perustui vahvoihin lähteisiin (WHO, STM, VSSHP, Medisiininen tulosryhmä). Faktatiedon esittämisen jälkeen pyydettiin osallistujia kertomaan ajatuksiaan ja mielipiteitään siitä, miten toiminta tulisi tapahtua

tulevissa yksiköissä ja missä aikataulussa yhtenäistämistä tehtäisiin. Keskustelua heräsi odotettua runsaammin. Projektipäällikkö kirjasi tehdyt päätökset ylös.

Työpajan toisessa vaiheessa heräteltiin ajatuksia ja keskustelua stm:n ja maailman terveysjärjestön vuodeosastojen lääkityskäytäntöjä koskevista tulevaisuuteen suuntautuvista tavoitteista ja visioista, jotka ovat lääkitysturvallisuuden lisääminen ja potilaan osallisuuden lisääminen lääkehoidossa. Näiden aiheiden käsittelyn tarve nousi esille myös yksiköiden itsearviointien pohjalta. Osallistujille jaettiin punaisia ja sinisiä lappuja. Sinisille lapuille kirjattiin nimettömänä ajatuksia siitä, miten lääkitysturvallisuutta pystyttäisiin parantamaan ja punaisille lapuille, miten potilaan osallisuutta lääkehoidossa voitaisiin lisätä tulevilla vuodeosastoilla. Suunnitelman mukaan osallistujat olisi jaettu kahteen ryhmään, joissa asioista olisi keskusteltu, mutta ajan puutteen vuoksi henkilöt saivat kertoa halutessaan ryhmälle, millaisia ajatuksia heille oli herännyt. Ajatuksia lapuille kertyi paljon odotettua enemmän, sillä lääkitysturvallisuuteen saatiin 43 vastausta ja potilaan osallisuuden lisäämiseen 40 vastausta. Laput kerättiin ja niitä hyödynnettiin kehittämissuunnitelman teossa.

Päivän aikana heräsi myös paljon keskustelua muista lääkitysturvallisuuteen vaikuttavista asioista kuten esimerkiksi ajan ja rauhan puutteesta sekä yhtenäisten käytäntöjen puuttumisesta. Näitä asioita myös kirjattiin ylös päivän aikana ja hyödynnettiin suunnitelman teossa. Keskustelujen pohjalta luotiin yhteiset tavoitteet kehittämiselle ja toimintasuunnitelmaa niiden toteuttamiselle, jotka projektipäällikkö kirjasi ylös. Aikataulu kehittämisen toteuttamiselle muotoutui jo aloitettujen projektien tai vaiheiden tärkeyden perusteella.

#### 4.2.3 Tietoperusta

Tietoperustalla on projektissa varmistettu lääkityskäytäntöjen itsearviointikaavakkeen (liite 2) ohjeiden laatua, luotettavuutta ja ajantasaisuutta. Tietoperustassa tulokset stm:n ja VSSHP:n ohjeisiin verrattuna



olivat hyvin samansuuntaisia, joten voitiin todeta ohjeet laadukkaiksi ja ajantasaisiksi. Uusina näkökulmina tietoperustasta löytyi kohtia, jotka liittyivät lääkehoidon teknologian ja digitalisaatioon, mutta nämä rajattiin projektista pois, sillä niiden käyttöönotto ei ole mahdollista uudessa sairaalassa.

Tietoperustassa käytetyissä uusissa tutkimuksissa ja artikkeleissa käsiteltiin runsaasti lääkehoidon riskikohtia, joita ovat lääkemuutokset, työrauhan puute, yhtenäisten toimintakäytänteiden puute ja lääkkeiden jako paperisista lääkelistoista. Stm:n ja WHO:n suosituksissa oli selkeästi nähtävissä tulevaisuuteen suuntautuvia lääkehoidon kehittämiskohteita, joita ovat niin suomessa kuin maailmalla lääkitysturvallisuus ja potilaan osallisuuden lisääminen lääkehoitoonsa.

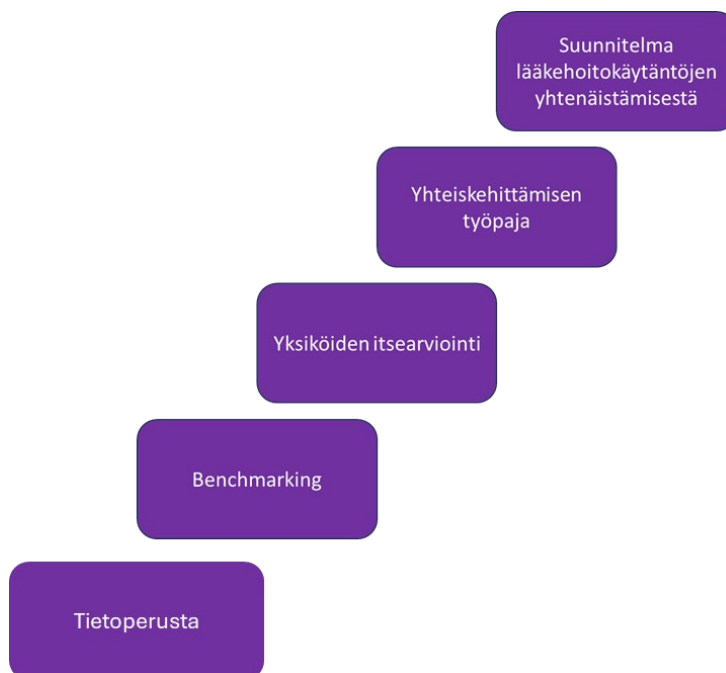
Tietoperustasta esiin nousseita ajankohtaisia asioita korostettiin yhteiskehittämisen työpajassa, jotta uusi tutkittu tieto ja ohjeet tavoittavat Salon sairaalan vuodeosastojen lääkehoidosta vastaavat henkilöt. Laadukkaan ja oikea-aikaisen tiedon jakaminen oikealle kohdeyleisölle on tärkeää toimintamallien kehittämiseksi. Tietoperustassa esiin nousseet riskikohdat ja tulevaisuuden kehittämiskohteet lääkehoidossa ovat huomioitu vahvasti projektin tuotoksena olevassa suunnitelmassa toimintatapojen kehittämiseen (liite 4), jotta toimintatavat jalkautuisivat käytäntöön.

## 5 Kehittämisen tulokset ja tuotos

### 5.1 Tulokset

#### 5.1.1 Lääkehoitokäytäntöjen kehittäminen

Kehittämisprojekti oli selkeästi ollut odotettu nytkähdys lääkityskäytäntöjen kehittämisessä ja jalkauttamisessa useissa yksiköissä. Projektin sisältö otettiin yksiköissä vastaan innokkaasti ja kehittäminen osassa yksiköissä oli jopa odotettua aktiivisempaa. Tarve oli myös selkeästi tunnistettu, joka osaltaan on vienyt kehittämistä tehokkaasti eteenpäin. Projekti innosti osaa yksiköistä kehittämään omaa toimintaansa heti ensimmäisestä informointipalaverista alkaen projektin tavoitteiden mukaisesti. Kehittämisprojekti on varsinaisen tuotoksen lisäksi tuonut yksiköihin runsaasti lisää tietämystä laadukkaista ja ajankohtaisista lääkityskäytännöistä. Projektissa kehittäminen eteni kuvan (kuva 2) mukaan.



Kuva 2. Kehittämisen eteneminen

Benchmarking menetelmällä luotu lääkityskäytäntöjen itsearviointikaavake (liite 2) toi jokaisen projektiin osallistuvan yksikön tietoisuuteen stm:n, VSSHP:n ja medisiinisen tulosryhmän laadukkaita lääkityskäytäntöjä sekä lääkitysturvallisuutta varmistavia asioita. Kohdat kaavakkeessa oli kohdennettuna koskemaan juuri aikuisten vuodeosastotoimintaan sekä olivat kirjattu hyvin lyhyesti ja yksinkertaisesti, joka paransi kaavakkeen informatiivisuutta ja helppolukuisuutta. Itsearvioinnin myötä yksiköiden oli helppo heti saada käsitystä, millaista kehittämistä oma yksikkö tarvitsee.

Esitietojen koonnissa yksiköiden itsearviointikaavakkeista nousivat kehittämiskohteiksi lääkkeiden järjestäminen lääkekaappeihin terapiaryhmittäin, lääkkeidenjako systemaattisena parityöskentelynä sähköisestä tietojärjestelmästä, lääkkeiden kaksoistarkastus, lääkkeiden yhtenäinen merkitseminen ja säilyttäminen sekä lääkkeidenantoajat ja lääkemukien värit. Osassa yksiköitä oli käytössä työläitä ja tarpeettomia prosesseja, joista nähtiin jo esitietojen keruu vaiheessa, että he saavat toimintaansa tehostettua paljon projektin aikana. Muutamia heikkoja toimintamalleja tuli myös esille, joten nämä käytännöt pystyttiin poistamaan käytännöstä uuden tiedon avulla.

Lääkevastaavan ja lähihoitajan työnkuvat sekä heidän hyödyntämisensä lääkehoidossa olivat monessa yksikössä alihyödynnetty ja vaativat selkeästi kehittämistä. Samoin haitta ja vaaratapahtumien ilmoitus, käsittely ja suojausmekanismien rakentaminen. Näiden yhteys yhdistyvien yksiköiden toimintaan on kuitenkin vähäinen, jonka vuoksi ne eivät ole tämän projektin ensisijaisia kehittämiskohteita.

Esitiedoista oli myös havaittavissa, että yksiköissä on paljon samoja haasteita työrauhan ja yhtenäisten ohjeistusten puutteessa sekä prosessien selkeytyksessä. Tällä projektilla kuitenkin ei niihin voida juurikaan vaikuttaa, sillä toimintatavat ovat hyvin vahvasti sidoksissa kyseisten yksiköiden tiloihin ja toimintaan. Mobiilikirjaus ja yhtenäisten tietojärjestelmien puute tunnistettiin

myös kehittämistarpeeksi, mutta näihin asioihin tällä projektilla ei kuitenkaan pystytä vaikuttamaan, joten se rajattiin varsinaisen kehittämisen ulkopuolelle.

### 5.1.2 Yhteiskehittäminen

Yhteiskehittämisen työpajapäivä oli osallistujille lääkehoidon näkökulmasta hyvin opettavainen. Päivää voisi jopa kuvata koulutuspäivää tehokkaammaksi oppimiskokemukseksi, sillä päivä kosketti yksiköiden käytännön työtä konkreettisella tasolla ja esitetyt toimintamallit olivat tämänhetkisen tiedon valossa parhaita mahdollisia. Kohderyhmä oli myös oikea, sillä kaikki paikalla olijat työskentelevät lääkeasioiden parissa ja olivat kaikki lääkehoidon vahvoja ammattilaisia. Tunnelma päivässä oli avoin ja auttavainen, jonka vuoksi päivässä toteutui erittäin hyvin monialainen ja moniammatillinen yhdessä oppiminen.

Päivässä käytiin läpi kattavasti esitietojen valossa esiin nousseita eroavaisuuksia. Aihe kerrallaan edetyssä rungossa oli varattuna riittävästi aikaa asioiden läpikäymiselle ja heränneihin kysymyksiin saatiin ratkaisuja heti moniammatillisen osallistujaryhmän vuoksi. Keskustelu oli runsasta ja erimielisyyksiä ei juurikaan syntynyt. Muutamia ohjeistuksen vastaisia näkemyksiä ilmaantui päivässä, mutta nämä saatiin heti asiantuntijoiden avulla korjattua, ettei ohjeistuksen vastaisia näkemyksiä päässyt leviämään käytäntöön.

Tietoperustan tutkimuksissa ja artikkeleissa esille nousseet lääkehoidon riskikohdat olivat selkeästi tunnistettuja riskikohtia myös yhteiskehittämisen työpajassa. Riskikohtia ovat esimerkiksi kiire, työrauhan puute, kaksoistarkastuksen puute, useat eriävät lääkkeidenantoajat, lääkkeiden jako paperisesta lääkelistasta ja potilaan osallisuuden vähyyys lääkehoidon toteutuksessa. Näiden riskikohtien pohdintaan työpajassa keskityttiin huolella.

Tulevaisuuteen suuntaavien toimintamallien läpi käyminen oli osallistujille kiireen alle jäänyttä tietoa, jota ei koettu varsinaiseksi lääkehoidontoteutukseksi ja tämän vuoksi eivät toteutuneet päivittäisessä hoitotyössä. Tietoperustassa

esiin nousseet lääkitysturvallisuuden parantaminen puhutti työpajassa runsaasti, sillä koettiin ettei tähän ole yksiköissä keskitytty riittävästi eikä tähän ole riittävästi aikaa. Turvallisemmat toimintamalliratkaisut vaativat toimenpiteitä tulosryhmien klinisiltä hoitotyön asiantuntijoilta, yksikön esihenkilöiltä ja lääkevastaavilta sairaanhoitajilta. Potilaan osallisuuden lisääminen ja ohjauksen antaminen koettiin työpajassa etäiseksi. Tämä tulevaisuuden suunta vaatii hoitajien lisäkoulutusta ja asenteen muutosta palvelevasta hoitamisesta osallistavan ja ohjaavan hoitajan rooliin.

## 5.2 Tuotos eli suunnitelma lääkehoitokäytäntöjen yhtenäistämisestä



Kuva 3. Suunnitelma lääkehoitokäytäntöjen yhtenäistämisestä

Kehittämissuunnitelmasta tulee laatia suunnitelma (Tuominen 2021, 85). Projektipäällikkö teki lokakuussa 2023 suunnitelman toimintatapojen kehittämiseen (liite 4) itsearviointikaavakkeiden (liite 2), yhteiskehittämisen työpajan ja tietoperustan pohjalta. Kuvassa (kuva 3) on esitelty suunnitelman keskeiset sisällöt aikajanalla.

Suunnitelman avulla on tarkoitus kehittää kaikkien yksiköiden lääkehoidonkäytäntöjä yhtenäisiksi yhteisiin tiloihin siirtymiseen mennessä. Suunnitelman sisältö laadittiin käytännönläheiseksi, joten se on helposti käytettävä. Suunnitelma on suuntaa antava, sillä toimintatapojen yhtenäistämässä yksiköt ovat hyvin eri vaiheissa ja osaa yksiköistä voi lääkehoidon ulkopuoliset kehittämissuunnitelmat kuormittaa yhtäaikaaisesti kuten esimerkiksi tietojärjestelmän vaihtuminen. Liian nopeaa kehittämistä tai suuria yhtäaikaaisia muutoksia on ohjattu yksiköissä välttämään, ettei henkilöstöä

ylikuormiteta liikaa kehittämisellä. Tukea omien yksiköiden kehittämiseen on luvattu myös antaa yhteiskehittämisen työpajaan osallistujien kesken.

Suunnitelma kattaa kehitettävät kokonaisuudet vaiheittain ottaen huomioon hoitoalan kesäajan kuormituksen ja tulevaan muuttoon liittyvät muut vaiheet. Aikataulussa huomioidaan muutoksen tuomat kuormitukset, joten suuria muutoksia ei ole suunniteltu peräkkäin. Yhteisiin tiloihin siirtymisen kannalta tärkeimmät kehittämiskohteet on suunnitelmassa nostettu nopeimmin tapahtuvammiksi ja muuten tärkeät, mutta ei muuton kannalta oleelliset ovat suunnitelman lopussa. Suunnitelman mukaan alussa ovat yleisten ohjeiden luonti, systemaattinen parityöskentely, kaksoistarkastuksen tehostus ja lääkekaappien järjestäminen. Suurin yksittäinen kokonaisuus, joka koskee kaikkia yksiköitä, on suunniteltu tapahtuvan vuoden 2024 syksyllä ja koskee lääkkeenjako-prosessin yhtenäistämistä.

Suunnitelma koskee myös muuton suunnittelua ja muuton jälkeistä kehittämistä kuten HaiProjen käsittelyn tehostamista, lääkevastaavien työnkuvan tehostamista sekä potilaan osallisuuden lisäämistä. Suunnitelmassa on myös esillä asioita, jotka vaativat suunnittelua ja kehittämistä, mutta näiden ajankohta on vielä avoin, jonka vuoksi niitä ei tässä suunnitelmassa voida käydä varsinaisesti läpi, joten ovat huomioina suunnitelman lopussa. Tällaisia asioita on esimerkiksi yhtenäiset tietojärjestelmät ja älylääkekaapit. Osaamisen varmistamisen yhtenäisten käytäntöjen puute oli esillä yhteiskehittämisen päivässä, mutta se oli rajattu pois opinnäytetyöstä, jonka vuoksi tämä jäi vain huomautukseksi suunnitelman loppuun.

Toimintasuunnitelmaa on tarkoitus puolivuositain käydä läpi yksiköiden esihenkilöiden, lääkevastaavien sairaanhoitajien, farmaseuttien ja kliinisten hoitotyön asiantuntijoiden kanssa palaverissa sekä tehdä tarvittavia muutoksia. Palaverissa käytäisiin läpi kunkin yksikön etenemistä suunnitelman mukaisessa kehittämisessä. Tarkoituksena olisi myös vertaisoppiminen ja Salon sairaalan vuodeosastojen lääkehoidon osaajien verkoston ylläpitäminen.

Suunnitelma hyväksyttiin osastofarmaseutilla ja yksiköiden esihenkilöillä. Heidän hyväksyntänsä jälkeen toimintasuunnitelmaa käytiin läpi osastonhoitajien kokouksessa toimeksiantajan ja eri yksiköiden osastonhoitajien kanssa lokakuussa 2023. Kokouksessa ei tullut esille muutostarpeita, joten suunnitelma hyväksyttiin käyttöön. Suunnitelma lähetettiin projektiryhmän jäsenille käyttöönottoa varten.

## 6 Kehittämiprojektin tulosten pohdinta ja arviointi

### 6.1 Tulosten ja tuotoksen tarkastelu

Projektilla saavutettiin stm:n Turvallinen lääkehoito -Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen määritelty tavoite, että lääkehoidon yhteistyöstä olisi hyvä sopia paikallisesti, sillä yhteistyöllä pyritään lääkehoidon turvallisuuden ja jatkuvuuden varmistamiseen (Laukkanen & Ruokoniemi 2021, 74). Stm:n tavoitteissa vuodelle 2022–2026 on määritelty, että eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja yhteisiä toimintakäytänteitä tulee vahvistaa (stm:n 2022b, 16), joka myös tässä projektissa toteutui. Hartikainen ym. (2015, 287) kirjoittamassa artikkelissa: Lääkitysturvallisuuden riskikohdat ja lääkitysturvallisuutta edistävät toimintatavat osastoilla – Poimintoja osastofarmaseuteille suunnatusta kyselystä todettiin, että eri yksiköiden välisten työskentelytapojen yhtenäistäminen vähentää lääkehoitoprosessin riskejä.

Sote uudistuksen kannalta projektissa keskityttiin uudistuksen kannalta keskeisiin asioihin, kuten tarjota yhdenvertaisia ja laadukkaita palveluita (Valtioneuvosto 2023). Projektissa todistettiin, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä eri erikoisalojen lääkehoitokäytäntöjen yhdistäminen on ollut oletettua helpompaa, sillä projektin myötä tuli hyvin ymmärrys, että lääkehoidon perustoteutus on kuitenkin yksikön toiminnasta riippumatta hyvinkin samanlaista.

Kehittämiprojektissa saatiin selkeä käsitys yksiköiden nykytilanteesta ja keinoista toiminnan yhtenäistämiseksi ja konkreettinen suunnitelma, miten toimintaa tulee kehittää. Projektin tavoitteena oli muodostaa suunnitelma mahdollisimman yhtenäisistä ja toimivista lääkehoitokäytännöistä Salon Sairaalan tuleville vuodeosastoille sekä suunnitelma, miten toimintaa yhtenäistetään eri yksiköiden kesken vuoteen 2028 mennessä. Tähän tavoitteeseen työssä myös päästiin jopa alkuperäistä suunnitelmaa nopeammassa aikataulussa. Projekti eteni suunnitelman mukaan.



Toimintasuunnitelman esittelyssä osastonhoitajille pohdittiin projektin tavoitteiden täyttymistä ja arviointia. Osallistujat olivat tyytyväisiä suunnitelmaan, eikä korjattavaa suunnitelmaan tullut. Palaverissa todettiin osan yksiköistä olevan aikataulusta edellä ja toisten perässä. Suuri vastuu yksiköiden varsinaisessa kehittämisessä suunnitelman mukaan on yksiköiden esihenkilöillä ja lääkevastaavilla sairaanhoitajilla. Osassa yksiköitä kehittäminen vaikuttaa jääneen harmillisesti tavoiteltua heikommaksi. Yksiköiden lähtötasot ovat olleet hyvin erilaiset, joten kehittäminenkin sen myötä yksilöllistä.

Projekti osui myös tavallaan hyvään väliin, sillä yhden yksikön sulun takia vapautui resursseja kehittämistyöhön useammassa yksiköissä. Toisaalta ajoittain on mietityttänyt, onko kehittämistähti ollut kuitenkin jopa liian kova ja pelko yksiköiden henkilökunnan uupumisesta on ollut mielessä, jonka vuoksi esihenkilöitä on muistutettu rauhallisesta ja tasaisesta kehittämisestä.

Stm:n Turvallisen lääkehoidon opas ja nykyään Varhan lääkehoitosuunnitelma pohja ohjaavat yksiköissä toimintaa hyvin vahvasti, mutta ohjeet ovat siellä paljon yleisemmällä tasolla ja yksiköihin sovellettavassa muodossa. Tässä opinnäytetyössä ohjeistusta syvennettiin vahvasti käytännön tasolle, jotta toiminta olisi oikeasti yhdistymisen hetkellä samanlaista. Teoreettista taustaa luodessa huomasi asiasisällön olevan kattavasti kirjattuna stm:n ja Varhan ohjeisiin, mutta tulevaisuuteen painottuvia tavoitteita lääkityskäytännöistä olisin kaivannut niissä käsiteltävän enemmän. Se miten lääkitysturvallisuutta jatkuvasti parannetaan tai miten potilasta saadaan osallistumaan entistä paremmin omaan hoitoonsa, jäivät kyseisissä oppaissa kuitenkin mielestäni ajatustasolle, vaikka ovat hyvin tärkeitä asioita.

### **Vaikutukset potilaihin ja henkilökuntaan**

Tämän opinnäytetyön myötä kaikki Salon sairaalan tulevilla vuodeosastoilla olevat potilaat saavat ainakin ohjeistuksen valossa lääkityksensä yhtä laadukkaasti ja turvallisesti. Henkilökunnan näkökulmasta kaikilla on myös samat ohjeet työn tekemiseen, joka vähentää turhia työvaiheita ja lisää työn laatua. Henkilökunnan eriarvoisuus vähenee lääkityskäytäntöihin liittyen, sillä

kaikilla on samat valmiudet, toteuttaa lääkehoitoa sujuvasti. Projekti opetti yksiköiden esihenkilöille ja lääkevastaaville sairaanhoitajille yhteiskehittämisen mallia, joka etenee alhaalta ylöspäin toisin kuin sairaalamaailmassa on yleisesti totuttu. Sairaanhoitajien osallistamista kehittämiseen ja näkemysten huomioimista kehittämisessä pidetään työn motivaatiota lisäävänä tekijänä STM:n (2022b, 20) tavoitteissa vuodelle 2022–2026.

## 6.2 Projektin etenemisen arviointi

Arvioinnissa tärkeää on miettiä, onko kehittämiskohde ja sen tarve selkeästi tunnistettu (Tuominen 2021, 34). Yksiköissä on tiedostettu selkeästi eriävät lääkehoitokäytännöt ja niiden tuomat ongelmat. Kehittämisessä on mietittävä, liittyykö aihe organisaatiolle tärkeisiin aiheisiin (Tuominen 2021, 34). Yksiköiden yhdistymisen kannalta on erittäin tärkeää, että toimintamallit ovat yhtenäiset, jotta toiminta on turvallista, laadukasta ja sujuvaa. Opinnäytetyön toimeksiantaja on kokenut aiheen hyvin tärkeäksi, jopa välttämättömäksi toiminnan onnistumiseksi uudessa sairaalassa. Organisaation johdon tulee olla sitoutunut muutokseen (Tuominen 2021, 34). Opinnäytetyön toimeksiantaja on pyrkinyt sitouttamaan vahvasti yksiköiden esihenkilöitä projektiin.

Projektiryhmän on tunnistettava yksiköidensä tarpeet (Tuominen 2021, 34). Projektiryhmään valitut esihenkilöt ja yksiköiden sairaanhoitajat ovat yksiköidensä lääkehoidon asiantuntijoita, joten he olivat yksiköidensä asiantuntijoita aiheesta. Projektiryhmän tulee tuntea projektijohtajan odotukset (Tuominen 2021, 34). Projektin alkuvaiheessa yksiköitä on tiedotettu tästä projektista. Projektinjohtaja informoi projektiryhmää aktiivisesti suunnitelmista projektin suhteen. Projektiryhmällä tulee olla yhteinen käsitys kehitettävästä asiasisällöstä (Tuominen 2021, 34). Projektiryhmälle jaettiin lääkityskäytäntöjen itsearviointikaavake (liite 2), joka kattoi kehitettävät sisällöt.

Projektiryhmän kokoonpanon laatu ja koko tulee olla oikeanlainen (Tuominen 2021, 34). Projektiryhmään oli valittu jokaisesta projektiin osallistuvasta yksiköstä esihenkilöt ja vähintään yksi lääkeasioista vastaava sairaanhoitaja.

Tällä kokoonpanolla jokainen yksikkö oli edustettuna ja jokaista yksikköä edusti vahva ammattilainen. Projektista tulee informoida siihen liittyviä henkilöitä (Tuominen 2021, 34). Projektiviestintä oli pyritty alusta alkaen pitämään laajana ja avoimena, mutta yliviestimistä on kuitenkin pyritty välttämään.

Kehittämismenetelmän onnistumisen arvioinniksi on tärkeää selvittää, sekä kirjata lähtötilanne ja asettaa projektille tavoite. Muutosta tulee myös arvioida koko prosessin ajan, jotta voidaan nähdä, onko projekti menossa oikeaan suuntaan ja tehdä mahdollisimman varhain korjaavia toimenpiteitä niin toimintaan kuin suunnitelmaankin. (Kallankari 2019, 176.) Projektin arviointia tehtiin tiedustelemalla useasti toimeksiantajan, projektiryhmän ja sidosryhmien näkemyksiä projektin suunnasta.

Menetelmästä tulee luoda mittari, joka kuvaa nykytasoa ja kehittämistarvetta (Tuominen 2021, 25). Luotettavuuden arviointia tehdessä tuloksia voidaan laadukkaasti verrata lähtötilanteeseen, jos kartoitus tehdään samalla mittarilla ennen ja jälkeen projektin (Kallankari 2019, 183). Projektissa lääkityskäytäntöjen itsearviointikaavake (liite 2) toimii yksiköiden kehittämisen arvioinnin välineenä. Projektin arviointia kuitenkin hankaloittaa se, että opinnäytetyön kehittämisprojekti koskee vain suunnitelman tekemistä, ei varsinaista toiminnan kehittämistä. Vasta vuonna 2029 voitaisiin todellisia tuloksia tarkastella suhteessa tämän opinnäytetyön suunnitelmatuotokseen.

### **Kehittämismenetelmät**

Benchmarking menetelmä oli hyvin toimiva kattavaan aihealuetta koskevaan itsearviointikaavakkeen luontiin, vaikka menetelmää toki käytettiin hieman soveltaen. Vuorisen (2013) mukaan menetelmä sopii hyvin julkisen terveydenhuollon kehittämiseen ja kilpailuasetelman puuttuminen tehostaa menetelmää.

Yhteiskehittämisen työpajan arviointi tehtiin työpajatapaamisen arviointikaavakkeen (liite 3) avulla. Toiminta tapaamisessa koettiin informatiiviseksi, laadukkaaksi ja tulokseksi saatiin haluttua tietoa sekä ne

kirjattiin riittävällä tarkkuudella. Menetelmä vastasi hyvin projektin tarpeita, sillä näkemyksiä konkretian tasolta saatiin hyvin esille.

Yhteiskehittämisen työpajan osallistujien koostumus oli hyvin moniammatillinen ja laadukas, sillä paikalla oli laajaa osaamista eri työyksiköistä (6), eri ammattiryhmistä (4) ja eri tulosryhmiltä (3) sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta. Lääkevastaavat sairaanhoitajat toivat päivään näkemyksiä oman yksikön käytännön työstä lääkehoidon parissa. Farmaseutit toivat vahvaa näkemystä turvallisen lääkehoidon osalta. Hoitotyön kliinisten asiantuntijoiden näkemykset olivat kokonaishoidon laadun näkökulmasta. Esihenkilöillä oli näkemystä asioiden eteenpäinviemiseksi ja päätöksen tekemiseksi. Työryhmän vahvan ja kattavan osaamisen vuoksi päivässä pystyttiin tekemään laadukkaita päätöksiä ja aiemmin ohjeistettuja toimintatapoja muotoilla nykypäivään sopiviksi ilman erillistä prosessia.

Sairaanhoitajien osallistumisen painottaminen esihenkilöiden sijasta näyttäytyi todennäköisesti avoimempuna ja vilkkaana keskusteluna. Esihenkilöiden vähyyttä taktisena liikkeenä työpajassa kuitenkin jäi mietityttämään, sillä olisiko projekti kuitenkin jalkautunut käytäntöön paremmin, jos esihenkilöitä olisi ollut enemmän. Esihenkilöiden näkemyksen mukaan tiedonkulku työpajasta esihenkilöille sairaanhoitajien tuomana oli hieman epäselvää, mutta toisaalta tämä voitaisiin kuitenkin nähdä oppimiskokemuksena esihenkilön ja lääkevastaavan sairaanhoitajan välillä luottamusta ja vastuuta kasvattavana tekijänä. Osa esihenkilöistä koki kuitenkin sairaanhoitajan osallistumisen huomattavasti esihenkilön osallistumista tärkeämpänä.

Yhteiskehittämisen työpajaan osallistui odotetun seitsemän yksikön sijasta kuuden projektiin osallistuvan yksikön henkilökuntaa. Yksikkö, josta osallistuja puuttui, selittynee varmasti sillä, että kyseinen yksikkö oli suljettuna kyseisenä ajankohtana. Puuttuvan yksikön esihenkilö on ollut kuitenkin hyvin aktiivisesti mukana projektissa, vaikka paikalle ei päässytäkään tulemaan.

Yhteiskehittämisen työpajassa syntyi paljon odotettua enemmän keskustelua aiheesta ja ideoita toiminnan kehittämiseksi. Keskustelusta oli huomattavissa,

että aihe koettiin hyvin tärkeäksi ja muutoksia kaivataan pikaisesti.

Yhteiskehittämisen työpajapäivässä aika kului keskustellessa hyvin nopeasti ja keskustelu sekä ideoiden kehittäminen olisi varmasti ollut syvällisempää, jos aikaa olisi ollut enemmän.

Viestintä yksiköistä projektin tekijään päin oli hyvin vähäistä. Syitä pohdittaessa on varmasti suurin tekijä se, että kysymykset projektiin liittyvistä asioista on kohdennettu farmaseuteille, hoitotyön klinisille asiantuntijoille ja esihenkilöille projektipäällikön sijasta. Voiko projektipäällikön rooli tuoda hierarkkisuutta, jonka vuoksi sairaanhoitajien kynnys kertoa kuulumisia sähköpostitse on korkeampi. Toisaalta, se ettei osastonhoitajat ole ottaneet yhteyttä varmaankin selittynee sillä, että heillä on kehittämisessä vahva tukiverkko tai paljon muitakin vireillä olevia asioita yhtäaikaisesti.

### 6.3 Eettisyys ja luotettavuus

Projektin luotettavuuden pohdinnassa suuri merkitys on käytetyn aineiston oikeellisuudella ja sen oikeanlaisella tulkinnalla, asiasisällön vääristymisen pois sulkemiseksi. Projektin koskettaessa 120 potilaspaikkaa ja heidän lääkehoitonsa toteutusta olisi erittäin suuri potilasturvallisuus riski, jos projektin seurauksena yksiköissä leviäisi vääränlainen informaatio. Lähdemateriaalina on käytetty luotettavia lähteitä, joiden julkaisuajankohta on alle 10 vuotta vanhaa.

Kehittämismenetelmän luotettavuutta lisää huolellinen suunnittelu siitä mitkä tiedot ovat oleellisia juuri tämän projektin kannalta. Benchmarkingin asiasisällön tulee olla ajantasaista, luotettavaa ja tulevaisuuteen suuntaavaa. (Tuominen 2021, 78.) Projektin laatua varmistaa itsearviointikaavakkeessa ja yhteiskehittämisen työpajassa käytetyt laadukkaat ja ajantasaiset lähteet (WHO, stm, VSSHP, Medisiininen tulosryhmä). Itsearviointikaavakkeen tietoja verrattaessa tietoperustaan voitiin todeta käytettyjen ohjeiden olevan hyvin laadukkaita. Laaja tietoperusta tuki edellä mainittujen ohjeiden ja suunnitelmien sisältöä vahvistaen merkittävästi projektin luotettavuutta. Projektissa otettiin

huomioon tuoreimmat, laadukkaimmat ja turvallisimmat työskentelytavat, jotta jokaisella yksiköiden potilaalla olisi mahdollisuus yhtä laadukkaaseen hoitoon.

Yhteiskehittämisen työpajassa oli mukana asiasisällön kannalta vahvoja ammattilaisia, jotka omalta osaltaan vahvistivat projektin luotettavaa sisältöä sekä käytännön läheisyyttä. Farmaseutit, kliinisen hoitotyön asiantuntijat ja esihenkilöt varmistivat laadukkaasti sisällön. Ohjausryhmä varmisti myös omalta osaltaan projektin laatua tehtyjen sisällön tarkastuksien näkökulmasta.

### **Luvat, osallistujien oikeudet ja tietosuojat**

Opinnäytetyöllä on toimeksiantajan ja koulun kanssa tehty opinnäytetyösopimus. Opinnäytetyölle on saatu tutkimuslupa Varhasta toukokuussa 2023. Projektiryhmää on informoitu projektista aloituspalaverissa ja kirjallisesti. Yhteiskehittämisen työpajan kutsukirje, suostumus osallistua opinnäytetyöhön (liite 1) ja tietosuojaseloste yhteiskehittämisen työpajaan jaettiin aloituspalaverissa. Nimitietoja ei käytetty opinnäytetyön raportissa, eivätkä yksiköt tai yksittäiset henkilöt ole tunnistettavissa. Kehittämiskohtaan osallistuminen oli osallistujille täysin vapaaehtoista ja heillä oli oikeus keskeyttää osallistuminen, milloin vain itse halusivat, kuten suostumuslomakkeessa heille kerrottiin.

Toimeksiantaja on antanut projektipäällikölle projektia koskevien yksiköiden ja heidän esihenkilöidensä nimet. Esihenkilöt ovat antaneet oman yksikkönsä projektiin osallistuvien sairaanhoitajien suostumuksella heidän nimitietonsa. Kliinisen hoitotyön asiantuntijoiden ja toisen farmaseutin yhteystiedot on saatu ohjausryhmältä. Nimitietoja käytetään vain varmistaakseen, että kaikki yksiköt tulevat kuulluksi projektissa ja saavat tarvittavan informaation. Projektipäällikkö pitää nimitiedoista rekisteriä ja vastaa henkilötietorekisterin asianmukaisesta säilytyksestä ja tuhoaa sen opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Henkilön halutessaan poistaa nimitietonsa rekisteristä tämä tehdään viivytyksettä.

## 6.4 Jatkokehittäminen

Opinnäytetyössä luotua suunnitelmaa on tarkoituksena käydä yksiköiden lääkevastaavien sairaanhoitajien, esihenkilöiden ja farmaseuttien kanssa puolivuositain läpi ja päivittää suunnitelmaa tarvetta vastaaviksi. Tällä menetelmällä opinnäytetyössä alulle saatu kehittäminen pysyy jatkuvassa liikkeessä eikä kehittäminen lopu opinnäytetyön valmistumiseen.

Opinnäytetyössä luotua itsearviointikaavaketta olisi mahdollista hyödyntää vuodeosastojen lääkityskäytäntöjen kartoituksessa ja yhtenäistämisessä myös muissa sairaaloissa tai hyvinvointialueilla. Lääkityskäytännöt kuitenkin kehittyvät jatkuvasti, joten kaavakkeen tiedot saattavat nopeasti vanhentua, joten tiedon ajantasaisuus tulee tarkastaa uusimmista lähteistä ennen lomakkeen käyttöönottoa. Opinnäytetyön toimintamallin hyödyntäminen hyvinvointialueilla erilaisissakin asiayhteyksissä toiminnan yhtenäistämisessä olisi varmasti tehokas tapa toimia. Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt suunnitelma on vahvasti kohdennettu juuri Salon sairaalan toiminnan yhtenäistämiseksi, joten sitä ei suoraan pysty muille sairaaloille kopioimaan, vaikkakin siitä varmasti voisikin hyviä toimintatapoja jalkauttaa muillekin toimintayksiköille.

Kehittämiprojektista rajautui pois osaamisen varmistaminen sen suuren laajuuden vuoksi. Tämä aihealue olisi kuitenkin ollut käytännön ja toiminnan yhtenäistämisen kannalta hyvin merkityksellinen. Tästä suositellaankin tekemään oma kehittämiprojekti.

### **Oppiminen**

Oppiminen työpaikoilla on murroksessa ja siirtymä varsinaisista koulutuspäivistä ketterään työssä tapahtuvaan oikea aikaiseen oppimiseen valtaamassa oppimiskulttuuria. Opinnäytetyön yhteiskehittämisessä korostui hyvin monialainen ja moniammatillinen yhteiskehittämisen malli, jossa opittiin yhdessä ja tehtiin päätöksiä yhteisymmärryksessä. Jatko palaverissa pidetään myös yllä jatkuvaa oppimista sekä ketterää toiminnan muutosta. Tällä yhteistyöllä varmistetaan myös työn sujuvuutta jatkossakin. Tämä on myös hyvin

kustannustehokasta ja käytännön läheistä oppimista. Tästä projektista voidaan oppia varsinkin, kuinka tehokasta on monialainen ja moniammatillinen yhdessä oppiminen, jonka kautta käytäntöjä pystytään yhtenäistämään uudella tavalla.

Opiskelija on oppinut projektin myötä paljon projektijohtajuudesta, muutosjohtajuudesta, laadukkaasta projektin läpiviemisestä ja ennen kaikkea runsaasti turvallisista lääkityskäytännöistä aikuisvuodeosastoilla.

Päätöksenteon ja omien ratkaisujen perustelu tiedon avulla on ollut myös keskeistä projektin onnistumisen kannalta. Projektin toteutus on ollut pääasiassa itsenäistä, mutta projektin ohjausryhmä on kuitenkin ollut mukana varmistamassa laatua ja ohjaamassa oikeaan suuntaan sekä ennen kaikkea kannustanut opiskelijaa projektin eri vaiheissa.



## Lähteet

Agani, A.; Kennedy, D. & Hyunok, K. 2021. Improving patient safety through identifying barriers to reporting medication administration errors among nurses: an integrative review. Viitattu 31.10.2023.

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-07187-5>

Andfossen, N. & Bergh, S. 2022. Do they know what medication they are prescribed? A study among persons older than 60 years in Norway receiving home care Sservices. Teoksessa Olsen, M. & Svetvold, H. (Toim.). Medication safety in municipal health and care services. Viitattu 18.9.2023.

<https://press.nordicopenaccess.no/index.php/noasp/catalog/view/172/934/7693>

Billstein-Leber, M.; Carrillo, J.; Cassano, A.; Moline, K. & Robertson, J. 2018. ASHP Guidelines on Preventing Medication Errors in Hospitals. Teoksessa American Journal of Health-System Pharmacy. Vol. 75, No 19, 1493–1517.

Fimea 2023a. Kansallinen riskiläkeluokitus. Fimea Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus. Viitattu 15.8.2023.

[https://www.fimea.fi/laakehaut\\_ ja\\_ luettelot/kansallinen-riskilaakeluokitus](https://www.fimea.fi/laakehaut_ ja_ luettelot/kansallinen-riskilaakeluokitus)

Fimea 2023b. Kansallinen riskiläkeluokitus. Fimea Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus. Viitattu 15.8.2023.

[https://www.fimea.fi/documents/160140/12592610/L%C3%A4%C3%A4kekortti\\_kansallinen+riskil%C3%A4%C3%A4keluokitus.pdf/f272ff0c-22d5-2689-5df5-e49b9d40284d?t=1691124797193](https://www.fimea.fi/documents/160140/12592610/L%C3%A4%C3%A4kekortti_kansallinen+riskil%C3%A4%C3%A4keluokitus.pdf/f272ff0c-22d5-2689-5df5-e49b9d40284d?t=1691124797193)

Hakoinen, S.; Halmetoja, A.; Ottela, A. & Linden-Lahti, C. 2019. Lääkehoitoa toteutetaan monessa eri ympäristössä. Teoksessa Sic! No 1–2, 16–17. Fimea Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus.

Hartikainen, P.; Heikkilä, R.; Kivekäs, E. Koskinen, T. & Vainio, T. 2015. Lääkitysturvallisuuden riskikohdat ja lääkitysturvallisuutta edistävät toimintatavat osastoilla – Poimintoja osastofarmaseuteille suunnatusta kyselystä. Teoksessa Dosis farmaseuttien aikakauskirja. Vol. 31, No 4, 283–294. Suomen farmasialiitto ry.

Huupponen, R. & Strandberg, T. 2020. Miten auttaa potilasta sitoutumaan lääkehoitoonsa. Teoksessa Duodecim Lääkehoitoa toteutetaan monessa eri ympäristössä. Vol. 136, No 2, 223–227. Suomalainen lääkäriseura Duodecim.

Huupponen, R.; Korhonen, M. & Strandberg, T. 2018. Miten parantaa sitoutumista lääkehoitoon?: Esimerkkinä statiinihoito. Teoksessa Suomen lääkärilehti. Vol. 73, No 19, 1226–1228. Suomen lääkäriliitto.

Hämeen-Anttila, K. 2021. Turvallinen lääkehoito: Potilaan ja läheisen ohjaus ja neuvonta. Fimea lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus. Viitattu 14.8.2023. <https://sic.fimea.fi/-/turvallinen-laakehoito-potilaan-ja-laheisen-ohjaus-ja-neuvonta#:~:text=Turvallinen%20I%C3%A4%C3%A4kehoito%3A%20Potilaan%20ja%20I%C3%A4heisen%20ohjaus%20ja%20neuvonta,havaitsee%20parhaiten%20I%C3%A4%C3%A4kehoitonsa%20vaikutukset%20...%203%20Kirjallisuutta%20>

Ikäheimo, R., Uusitalo, M., Kallio, M., Vuokko, R. & Palojoki, R. 2020. Katkeamaton lääkehoito- Työryhmämuistio toimintamalleista sairaalassa.

Jousikivi, V.; Jokiniemi, K.; Hakala, K.; Achrèn, L. & Ojala, T. 2022. Työyksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma. TO5 Medisiininen toimialue. Salon sisätautiosasto. Vaatii kirjautumisen.

Kallankari, S. 2019. Muutoksen johtaminen arjessa - opas sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kankaanpää, M.; Celiccayalar, E. & Kankaanpää, J. 2020. Lääkitysturvallisuuskoordinaattori uutena toimijana Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä – toimenkuvan kartoitus teemahaastattelututkimuksella. Dosis: farmaseuttinen aikakauskirja. Vol. 36, No 4, 482–497. Suomen farmasialiitto ry.

Karttunen, M.; Sneck, S.; Jokelainen, J. & Elo, S. 2019. Nurses' self-assessments of adherence to guidelines on safe medication preparation and administration in long-term elderly care. Teoksessa Scandinavian journal of caring sciences. Vol. 34, No 1, 108–117.

Keskitalo, E. & Vuokila-Oikkonen, P. 2021. Yhteiskehittämällä ratkaisuja sote-palveluihin – Kansalaiset ja palvelunkäyttäjät mukaan kehittämiseen. Helsinki:

Diakonia-Ammattikorkeakoulu. Viitattu 24.8.2023. Yhteiskehittämällä ratkaisuja sote-palveluihin (theseus.fi)

Kiviranta, P. & Hämeen-Anttila, K. 2021. Lääkkeen käyttäjä lääkeinformaation keskiöön – Kansallinen lääkeinformaatiostrategia 2021–2026. Fimea kehittää arvio ja informoi julkaisusarja 2/2021. Kuopio: Fimea Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus.

Kuusisto, M.; Sneck, S.; Sova, P. & Härkänen, M. 2019. Lääkehoidon vaaratilanteet – Mitä voimme oppia HaiPro ilmoituksista? Teoksessa Sic! No 1–2, 21–23. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea.

Laatikainen, O. 2020. Lääkkeisiin liittyvät haittatapahtumat terveydenhuollossa. Teoksessa Dosis farmaseuttien aikakauskirja. No 2. 216–229. Suomen Farmasialiitto ry.

Lapatto-Reiniluoto, O. & Turpeinen, M. 2021. Turvallinen lääkehoito on potilaiden ja ammattilaisten yhteistyötä. Teoksessa Duodecim. Vol. 137, No 5, 510–511. Suomalainen lääkäriseura Duodecim.

Laukkanen, E. & Ruokoniemi, P. (Toim.) 2021. Turvallinen lääkehoito -Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Lee, H. & Lee, E-K. 2021. Safety climate, nursing organizational culture and the intention to report medication errors: A cross-sectional study of hospital nurses. Teoksessa Nursing practice today. Vol. 8, No 4, 284–292.

Lääkelaki 10.4.1987/395. Annettu Helsingissä 10.4.1987.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1987/19870395?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=l%C3%A4%C3%A4kelaki>

Mäkineniemi, E.; Koljonen, M.; Ojala, R. & Kirsti, L. 2017. Lääkeneuvonta ja lääkityslistan ajantasaisuuden varmistaminen sairaalasta kotiutettaessa. Teoksessa Dosis farmaseuttinen aikakauskirja. Vol. 33, No 4, 262–275. Suomen farmasialiitto ry.

Mäntyneva, M. 2016. Hallittu projekti – Jäntevästä suunnittelusta menestykselliseen toteutukseen. Kauppakamari.

Neulaniemi, A.; Toropainen, T.; Vainio, K. & Savela, E. 2021. Lääkkeiden annostelukäytäntöjen kehittäminen tehostetun palveluasumisen yksikössä.

Teoksessa Dosis farmaseuttien aikakauskirja. Vol. 37, No 3, 258–277. Suomen farmasialiitto ry.

Niiranen, K. 2017. Turvallista lääkehoitoa sairaaloissa uudistuvan lääkehoitoprosessin, suljetun lääkekierron ja tietotekniikan avulla. Teoksessa Dosis farmaseuttien aikakauskirja. Vol. 33, No 3, 210–215. Suomen farmasialiitto ry.

Ojala, R.; Tyynismaa, L & Hämeen-Anttila, K. 2015. Lääkitystiedon ajantasaisuus luo pohjan sujuvalle ja turvalliselle lääkeshoidolle. Teoksessa Sic! Fimea Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus. No. 4, 46–49. Fimea Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus.

Oksa, E.; Olin, K.; Airaksinen, M. & Celikkayalar, E. 2021. Lääkitysturvallisuuden itsearviointi sairaaloissa – Itsearviointityökalun päivitys. Teoksessa Dosis farmaseuttien aikakauskirja. Vol. 37, No 1, 16–55. Suomen farmasialiitto ry.

Olsen, M. & Svetvold, H. 2022. Patient engagement interventions to enhance medication safety in long-term care: a systematic review. Teoksessa Olsen, M. & Svetvold, H. (Toim.) 2022. Medication safety in municipal health and care services. Viitattu 18.9.2023.

<https://press.nordicopenaccess.no/index.php/noasp/catalog/view/172/934/7693>

Raja, Padil, Sajid, A.; Shaheen S. 2019. Association of medication administration errors with interruption among nurses in public sector tertiary care hospitals. Teoksessa Pakistan journal of medical sciences. Vol. 35, No 5, 1318–1321. Pubmed.

Rauhala, A.; Kinnunen, M.; Kuosmanen, A.; Liukka, M.; Olin, K; Sahlström, M. & Roine, R. 2018. Mitä vapaaehtoiset vaaratapahtumailmoitukset kertovat? Teoksessa Lääkärilehti. Vol. 73, No 46, 2716–2720. Suomen lääkäriliitto.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2020. Lääkehoidon käsikirja. 9. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma pro Oy.

Sahlström, M.; Partanen, P. Azimirad, M.; Selander, T. & Turunen, H. 2019. Patient participation in patient safety-An exploration of promoting factors. Teoksessa Journal of nursing management. Vol. 27, No 1, 84–92.

Sahlström, M.; Partanen, P.; Rathert, C. & Turunen, H. 2016. Patient participation in patient safety still missing: Patient safety experts' views. Teoksessa *International journal of nursing practice*. Vol. 22, No 5, 461–469. Pubmed.

Santavirta, J.; Kuusisto, A.; Saranto, K.; Suominen, T. & Asikainen, P. 2020. Hoitotyöntekijöiden näkemyksiä lääkehoidon hallintajärjestelmän tuesta ammattimaiseen ja turvalliseen lääkehoitoon. Teoksessa *Finnish journal of ehealth and ewelfare*. Vol. 12, No 12, 105–116.

Santikko, M. 2022. Sähköposti. Salon sairaalan koordinoiva ylihoitaja ja vt. ylihoitaja Salon terveyskeskussairaala Minna Santikolta sähköposti 28.10.2022 opinnäytetyön tekijälle Kaisa Hakalalle.

Sarka, E. 2021. Riskit kuriin itsearviointityökalulla. Suomen farmasialiitto. Viitattu 17.8.2023. Riskit kuriin itsearviointityökalulla » *Farmasia-lehti* (farmasialehti.fi)

Schepel, L. & Kuitunen, S. 2020. Lääkitysturvallisuus sairaalassa. Teoksessa *Duodecim*. Vol. 136, No 2, 212–222. Suomalainen lääkäriseura Duodecim.

Schepel, L.; Holmström, A-R.; Kvarnström, K. & Airaksinen, M. 2017. Lääkitysturvallisuuden kansallisen koordinaation tarve Suomessa. Teoksessa *Dosis farmaseuttien aikakauskirja*. Vol. 33, No 2, 109–112. Suomen farmasialiitto ry.

Schepel, L.; Inkilä, J. & Kivivuori, S-M. 2021. Ammattien välinen yhteistyö osana turvallista lääkehoitoa. Teoksessa *Duodecim* Vol. 137, No 5, 512–514. Suomalainen lääkäriseura Duodecim.

Sevänen, A.; Lumiaho, J; Taivainen, M; Aalto, K; Lenkkeri, M. & Jokiniemi, K. 2022. Medisiinisen toimialueen yhtenäiset lääkehoitokäytännöt. Tyks Medisiininen. Vaatii kirjautumisen.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2022b. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2022–2026. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2023a. Lääkehoidon arvoketju. Viitattu 10.8.2023.  
<https://stm.fi/web/stm/laakehoidon-arvoketju>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2023b. Lääkehoidon turvallisuus. Viitattu 10.8.2023. <https://stm.fi/laakehoidon-turvallisuus>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2023c. Rationaalinen lääkehoito. Viitattu 10.8.2023. <https://stm.fi/web/stm/rationaalinen-laakehoito>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2023d. Säädökset, ohjaus, valvonta, yhteistyö. Viitattu 10.8.2023. <https://stm.fi/laakkeet/saadokset-ohjaus-ja-valvonta-yhteistyö>.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 2.12.2010/1088. Asetettu 2.12.2010. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101088>
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298. Annettu Helsingissä 30.3.2009. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298#Pidm45843170184000>
- Syyrilä, T. 2023. Communication factors contributing to medication incidents in hospitals. Väitöskirja. Terveystieteiden tiedekunta. Kuopio: Itäsuomen yliopisto. Viitattu 23.8.23. [urn\\_isbn\\_978-952-61-4827-4](https://urn.isbn_978-952-61-4827-4) (1).pdf
- Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Terveystieteiden tiedekunta. Kuopio: Itäsuomen yliopisto. Viitattu 23.8.23. [urn\\_isbn\\_978-952-61-4827-4](https://urn.isbn_978-952-61-4827-4) (1).pdf
- Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Terveystieteiden tiedekunta. Kuopio: Itäsuomen yliopisto. Viitattu 23.8.23. [urn\\_isbn\\_978-952-61-4827-4](https://urn.isbn_978-952-61-4827-4) (1).pdf
- Thurman, K. & Sinisalo, L. 2015. Lääkehoito hoiva ja hoitoyössä. 2., uudistettu painos. Keuruu: Edita.
- Tuominen, K. & Niva, M. 2021. Benchmarking käytännössä – Hyviä kysymyksiä ja benchmarking-tutkimuksia. ChangeManager Pro.
- Tuominen, K. 2021. Kehityksen tie – Benchmarking-käsikirja. Oy Benchmarking Ltd.
- Valtioneuvosto 2023. Sote-uudistus. Viitattu 12.12.2023. <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti>
- Varha 2023a. Salon uusi sairaala alkaa nousta syksyllä. Viitattu 7.11.2023. <https://www.varha.fi/fi/ajankohtaista/salon-uusi-sairaala-alkaa-nousta-syksylla>

Varha 2023b. Sosiaali- ja terveystalvet. Viitattu 23.3.2023. Saatavilla Sosiaali- ja terveystalvet | Varha

Varha 2023c. Strategia ja arvot. Viitattu 23.3.2023. Saatavilla Strategia ja arvot | Varha.

Vsshp (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri) 2021. Lääkehoitosuunnitelma. Vaatii kirjautumisen.

Vuorinen, T. 2013. Strategiatyökirja 20 työkalua. Alma Talent oy.

Welling, M. 2021. Lääkehoidon turvallisuutta varmistetaan lääkkeen kehittämisestä aina lääkehoidon lopettamiseen asti. Teoksessa Duodecim Vol. 137, No 5, 507–509.

WHO (World health organization) 2017. Medication without harm. WHO global patient safety challenge. Viitattu 17.8.2023. WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf

WHO (World health organization) 2021. Global patient safety action plan 2021–2030 Towards eliminating avoidable harm in health care. Viitattu 17.8.2023. 9789240032705-eng (2).pdf

Wondmieneh, A.; Alemu, W.; Tadele, N. & Demis, A. 2020. Medication administration errors and contributing factors among nurses: a cross sectional study in tertiary hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. Viitattu 18.9.2023. <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-020-0397-0>

# Kutsukirje ja suostumus osallistua opinnäytetyöhön

## Yhteiskehittämisen työpajan kutsukirje

Opinnäytetyön nimi: Yhtenäiset lääkehoitokäytännöt Salon sairaalan tulevilla yhteisvuodeosastoilla  
Päiväys: 17.5.2023

### Hyvä osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, farmaseutti tai sairaanhoitaja

Salossa on käynnissä sairaalahanke, jonka myötä muodostuu kaksi vuodeosastoa, joille yhdistyy nykyisten seitsemän yksikön toiminta. Kutsunkin Sinua nyt osallistumaan työpajaan, jonka tavoitteena on kehittää yhtenäisiä lääkehoitokäytäntöjä näille yhteisvuodeosastoille. Työpajassa käydään läpi yksiköiden nykyisiä lääkityskäytäntöjä ja mietitään käytäntöjen yhtenäistämistä sekä niiden aikataulua. Työpajassa edetään aiemmin luodun asiasisältörungon mukaisesti keskustellen aihealueista. Osallistuessasi työpajaan voit vaikuttaa kehittämiskohteiden sisältöön. Yksiköstänne vähintään yhden henkilön osallistuminen työpajaan olisi hyvin arvokasta kehittämisen onnistumiseksi yksikössäsi. Työpaja on osa Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempää ammattikorkeakoulututkintoa ja siihen kuuluvaa opinnäytetyötä.

**Yhteiskehittämisen työpaja pidetään maanantaina 11.9.2023 klo 12.00–15.00 Salon sairaalan lääkärin kansliassa kerroksessa 1 ja on työaikaanne.**

Toivon, että vastaatte kutsuun 27.8.2023 mennessä lähettämällä vastauksenne osallistumisestanne sähköpostilla sekä palauttamalla yksikkönne itsearviointikaavakkeen minulle.

Osallistuminen työpajaan katsotaan samalla suostumukseksi opinnäytetyöhön osallistumiseen. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja Sinulla on oikeus keskeyttää osallistuminen opinnäytetyöhön tai peruuttaa antamasi suostumus milloin tahansa seuraamuksitta ja syytä ilmoittamatta. Opinnäytetyössä opiskelijalle kerääntyy henkilötietoja ja näitä käsitellään Turun ammattikorkeakoulun tietosuojaselosteen mukaisesti. Liitteenä tietosuojaseloste, jossa on tarkemmat tiedot henkilötietojesi käsittelystä. Opinnäytetyön tekijä huolehtii aineiston tietoturvallisesta säilyttämisestä, ja pääsy aineistoon on ainoastaan hänellä ja opinnäytetyötä ohjaavalla opettajalla. Opinnäytetyön valmistuttua kerätty aineisto hävitetään 6 kuukauden kuluttua. Työpajojen tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen työpajaan osallistuja tai yksikkö ole tunnistettavissa tuloksista.

Vastaan mielelläni mahdollisiin lisäkysymyksiin.

Osallistumisestanne kehittämisprojektiini syvästi kiittäen

Kaisa Hakala

Sairaanhoitaja

YAMK Kliininen asiantuntija, omahoidon tukeminen ja kansansairauksien hoitotyö.

kaisa.hakala@edu.turkuamk.fi

Opinnäytetyön ohjaaja on lehtori, Turun amk/Terveys ja hyvinvointi, Master School.



## Suostumus osallistua opinnäytetyöhön

Opinnäytetyön nimi: Yhtenäiset lääkehoitokäytännöt Salon sairaalan tulevilla yhteisvuodeosastoilla

Olen ymmärtänyt, että opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja voin keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa ilmoittamalla asiasta opinnäytetyön tekijälle. Keskeyttämisestä ei aiheudu minulle minkäänlaisia kielteisiä seuraamuksia.

Minua on informoitu suullisesti ja kirjallisesti opinnäytetyön toteuttamiseen liittyvistä asioista, kuten opinnäytetyön toteutuksesta ja etenemisestä, vapaaehtoisuudesta ja oikeudestani keskeyttää osallistuminen syytä ilmoittamatta.

Kun osallistut työpajaan ilmaiset, että haluat osallistua opinnäytetyöhön.

Yhteystiedot:

Kaisa Hakala  
Sairaanhoitaja, yamk-opiskelija  
kaisa.hakala@edu.turkuamk.fi

## **Lääkityskäytäntöjen itsearviointikaavake**

# **Salon vuodeosastojen lääkituskäytäntöjen ja lääkitysturvallisuuden kartoitukseen benchmarking menetelmällä laadittu asiasisältörunko**

- Yksiköiden itsearvioiti
- Yhteisöllisen kehittämistyöpajan asiasisältörunko
  - Kehittämisen arviointi

**Opinnäytetyössä Yhtenäiset lääkehoitokäytännöt**

**Salon sairaalan tulevilla yhteisvuodeosastoilla**

**Kaisa Hakala**

**15.5.2023**

**Jokaisen yksikön valitut projektiryhmän jäsenet arvioivat oman yksikkönsä lääkityskäytäntöjä ja lääkitysturvallisuuden toteutumista kaavakkeen avulla kesän 2023 aikana.**

**Yhteiskehittämisen työpajassa syksyllä 2023 asiasisältöä käydään läpi laaditun rungon mukaan vertaillen eroavaisuuksia, miettien tärkeimpiä yhteiskehittämiskohteita, sekä parhaita toimintatapoja ja suunnitellaan yhtenäisiä toimintamalleja tuleville vuodeosastoille sekä kehittämisen aikataulua.**

**Kehittämisen toteutumista arvioidaan talvella 2023–2024 projektin päätyttyä myös samaa työvälinettä apuna käyttäen.**

**Sulkeissa olevat kirjaimet kertovat minkä ohjeistuksesta on kyse**

**S= Sosiaali- ja terveysministeriön ohje**  
**V= Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ohje**  
M= Medisiinisen toimialueen ohje  
O= Osasto 4/sisätaudit ohje

## Yksikön nimi:

**Lääkkeiden jakaminen**

	Kyllä	Kesk.	Ei	Ei voi tot.	Miten yksikössä tapahtuu nyt? Ideoita?
<b>Lääkkeiden järjestäminen terapiaryhmittäin lääkekaappeihin (V)</b>					
<b>Lääkkeiden jako</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Työrauha (S)</li> <li>- Riittävästi aikaa (S)</li> <li>- Lääkkeiden jakoaika klo 12–15 (O)</li> <li>- Lääkkeenjaon kesto 5min/pot? (O)</li> <li>- Osastofarmaseutti, sairaanhoitaja, lähihoitaja, lääketyöntekijä (O)</li> <li>- Sähköisestä potilastietojärjestelmästä (S)</li> </ul>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Systemaattinen parityöskentely (V)</li> <li>- Lääkkeidenjaon ulkopuolella jaettujen lääkkeiden kaksoistarkastus (S) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Kaksoistarkastamatta lappu (M)</li> <li>o Määräyksen ja lääkkeen näyttäminen toiselle hoitajalle (O)</li> </ul> </li> <li>- Oraaliliuokset, lisäravinteet ja huumausaineet jaetaan juuri ennen antoa <ul style="list-style-type: none"> <li>o Lappu lääkemukiin (M)</li> </ul> </li> <li>- Jakamatta jätettyjen lääkkeiden merkitseminen <ul style="list-style-type: none"> <li>o Marevan (M)</li> <li>o Post.it (O)</li> </ul> </li> <li>- Kotiin jaettavien lääkkeiden jako <ul style="list-style-type: none"> <li>o Lääkelista + pussit (O)</li> </ul> </li> <li>- Puru, pore, Thyroxin, sytostaatti tarrat lääkemukeihin (O)</li> <li>- Lääkkeiden merkitseminen tarjottimella (V) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Paikka, nimi, sotu (ranneke) (O)</li> </ul> </li> <li>- Kertalääkkeiden mukien merkitseminen (S)</li> <li>- Lääkkeiden jako potilaille kärryn avulla (M) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Säilytys kansliassa (O)</li> </ul> </li> <li>- Lääkemuutoksien huomiointi <ul style="list-style-type: none"> <li>o Klo 12 – jakoon lääkkeen jakajat (O)</li> <li>o Muulloin solun hoitaja (O)</li> </ul> </li> </ul>					

**Lääkemukit ja antoajat**

	Kyllä	Kesk.	Ei	Ei voi tot.	Miten yksikössä tapahtuu nyt? Ideoita?
<b>Lääkemukit (V/M)</b> - Keltainen aamu / 8 (-13.59) - Punainen päivä/ 14 (-19.59) - Vihreä ilta/ 20 (-21.59) - Sininen yö/ 22 (-7.59) - Kirkas ylimääräiset					
<b>Lääkkeiden antoajat (M)</b>  <b>p.o</b> -8, 14, 20, 22  <b>iv, sc, im</b> - 1x vrk 8, (16 tai 20) - 2x vrk 8 ja 20 - 3 x vrk 00, 8, 16 - 4x vrk 00, 6, 12, 18 - 6 x vrk 00, 4, 8, 12, 16, 20 <b>Silmätipat, inhalaatiot tmv</b> - 4x vrk 8, 12, 16, 20 - 6x vrk 00, 4, 8, 12, 16, 20 <b>Poikkeavaan aikaan menevät</b>  <b>lääkkeet (O)</b> - Tarra lääkemukiin - Tarkastus Medanetsistä 12, 16 - Merkintä päivittäisjohtamisen taululle					

**Lääkkeen antaminen**

	Kyllä	Kesk.	Ei	Ei voi tot.	Miten yksikössä tapahtuu nyt? Ideoita?
<b>Potilaan tunnistus (S)</b> - Ranneke (tulostettu) + potilas (V) <b>Lääkkeiden anto</b> - Oikea potilas, lääke, annos, antotapa, antoaika (S) - Ajantasaisesta lääkelistasta (S) - Ajantasainen antokirjaus/nollakirjaus (S) - Ilman lääkärin määräystä annettavien lääkkeiden lista (V)					
<b>Henkilökohtaiset lääkkeet</b> - Merkitseminen (S) - Säilytys potilaspöydällä (O) - Omien lääkkeiden käyttö poikkeustilanteissa (S)					

**Sähköinen tekniikka**

	Kyllä	Kesk.	Ei	Ei voi tot.	Miten yksikössä tapahtuu nyt? Ideoita?
<b>Sähköinen tietojärjestelmä</b> - Sähköinen lääkelista (S) - Medanets mobiilikirjaus (V) - Jakonäyttö lääkekaapissa (O) - Lääkelisäystarratulostin (V) - Ranneketulostin (O)					

<b>Riskilääkkeet</b>					
	Kyllä	Kesk.	Ei	Ei voi tot.	Miten yksikössä tapahtuu nyt? Ideoita?
<b>Riskilääkkeet (S)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kartoitettu</li> <li>- Kirjattu</li> <li>- Varautumissuunnitelma <ul style="list-style-type: none"> <li>o Kaksoistarkastus</li> <li>o Laskuri (KCL) (O)</li> </ul> </li> <li>- LASA, antikoagulantit/antitrombootit, insuliini, kaliumkloridi, opioidit, syöpälääkkeet, immunosuppressantit (V)</li> </ul>					
<b>Parenteraaliset lääkkeet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Käyttökuntoon saattaminen (iv) Liv-kaapissa (V)</li> <li>- Kirjalliset ohjeet laimennukseen (V)</li> <li>- Lääkelisäystarra (tulostus) (V)</li> <li>- Kaksoistarkastus (V)</li> <li>- Antokirjaus (S)</li> </ul>					
<b>Huumausaineet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaksoistarkastus/merkintä (V/O)</li> <li>- Erillinen lääkemuki (M)</li> <li>- Lääke jaetaan juuri ennen antoa (S)</li> <li>- Lääkkeen jaossa lääkejakamatta lappu lääkelasiin (M)</li> <li>- Säilytys lukittuna (S)</li> <li>- Antokirjaus (S)</li> </ul> <b>Pääasiassa keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet (PKV)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lukitus (O)</li> <li>- Kaksoistarkastus (S)</li> <li>- Kulutusseuranta (S)</li> </ul>					

<b>Lääkejäte</b>					
	Kyllä	Kesk.	Ei	Ei voi tot.	Miten yksikössä tapahtuu nyt? Ideoita?
<b>Lääkejäte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lukitus (S)</li> <li>- Tabletit Seponett astiaan (O)</li> <li>- Lääkeinfuusio letkut yms. tynnyriin (V)</li> <li>- Pienten nestemäisten lääkejätteiden jäähmettäminen + aktiivihillisuodatin (O)</li> </ul>					

## Potilaan saapuminen ja lähtö

	Kyllä	Kesk.	Ei	Ei voi tot.	Miten yksikössä tapahtuu nyt? Ideoita?
<b>Lääkityksen ajantasaisuuden selvittäminen (S)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saapuessa osastolle (V)</li> <li>- Taskukortti ohje (V)</li> <li>- E-reseptit, potilas/omainen, hoitava taho (V)</li> <li>- Kirjaus määräyskenttään (O)</li> <li>- Lääkärin hyväksyntä (V)</li> </ul>					
<b>Kotiutus/siirto</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lääkelista (V)</li> <li>- Ohjaus (S)</li> <li>- Kirjaus (V)</li> </ul>					



**Tehtävänkuvat ja HaiProt**

	Kyllä	Kesk	Ei	Ei voi tot.	Miten yksikössä tapahtuu nyt? Ideoita?
<b>Lääkevastaava (V)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Haiprojen käsittely</li> <li>- Lääke koulutuksiin – ja tapaamisiin osallistuminen</li> <li>- Lääkehoitosuunnitelman päivitys</li> <li>- Lääkehoidon kehittäminen</li> <li>- henkilökunnan kouluttaminen ja informaation jakaminen</li> <li>- Apteekkitarkastuksissa mukanaolo</li> </ul>					
<b>Lähihoitaja (S)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Luonnollista tietä annettavien lääkkeiden jakaminen ja antaminen (myös huumausaineet)</li> <li>- SC, IM lääkehoito</li> <li>- Infuusion lopettaminen perifeerisestä kanyylista (V)</li> </ul>					
<b>Lääkäri (S)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kirjaa itse lääkemääräyksen lääkeohjelmaan <ul style="list-style-type: none"> <li>o Poikkeus hätätilanteet</li> </ul> </li> </ul>					
<b>Lääkevuoro (M)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lääkkeiden jako 12-15 sh/of + 1h/ltt(O)</li> <li>- iv, im, sc lääkehoito 15–20 (O) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ei insuliinit</li> </ul> </li> </ul>					
<b>HaiPro (S)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Matala kynnys HaiProjen tekoon</li> <li>- Toimintaa kehittävä käsittely</li> </ul>					

**Lääkityskäytännöt, joita ei edellä mainittu, mutta olisi hyvä ottaa huomioon yksiköiden yhdistyessä:**

## Työpajatapaamisen arviointikaavake

	Kyllä	Ei
Onko tieto esitietokaavakkeeseen laadukkaasti hankittu?	X	
Onko kysymykset laadittu ja ennalta testattu?	X	
Onko kysymykset selkeästi laadittu?		Kaavake olisi voinut olla selkeämpi, jotta virheymmärrysten määrää olisi voinut vähentää.
Kattaako kysymykset alueen kattavasti?	X	
Onko kysymykset toimitettu ennalta yksiköihin?	X	
Onko tiedot yksiköistä hankittu etukäteen?	X	
Onko kaikkien yksiköiden edustus paikalla?		Yksi yksikkö puuttui.
Onko toiminta tapaamisessa edennyt laadukkaasti?	X	
Saatiinko tapaamisessa halutunlaista tietoa?	X	
Oliko tapaaminen informatiivinen muille yksiköille?	X	
Onko tiedot kirjattu riittävällä tarkkuudella?	X	

## **Suunnitelma toimintatapojen kehittämiseen**

# Suunnitelma lääkehoitokäytäntöjen yhtenäistämisestä

## Salon sairaalan vuodeosastoilla

2023–2027

Opinnäytetyössä:

Yhtenäiset lääkehoitokäytännöt Salon sairaalan tulevilla yhteisvuodeosastoilla

Kaisa Hakala

10.11.2023

- Suunnitelman pohjana toimii yksiköiden täyttämät itsearviointikaavakkeet ja yhteiskehittämisen työpajassa esille nousseet asiat.
- Paikalla yhteiskehittämisen työpajassa oli edustus kuudesta yksiköstä
  - 7 sairaanhoitajaa
  - 1 osastonhoitaja
  - 1 apulaisosastonhoitaja
  - 2 farmaseuttia
  - 3 kliinisen hoitotyön asiantuntijaa
- Aikataulutuksen tarkoituksena on toimia eteenpäin vievänä pohjana
- Jokainen yksikkö voi halutessaan muotoilla kehittämissuunnitelmaa oman yksikkönsä tarpeisiin ja tehdä kehittämistä omantahtisesti
- Muutoksia olisi hyvä suunnitella yksiköissä toteutettavaksi jaksoittain pidemmällä aikavälillä, siten ettei useita suuria muutoksia toteuteta yhtäaikaisesti
- Osasto 4 ja medisiininen tulosryhmä ovat lupautuneet jakamaan tekemiään materiaaleja ja ohjeistuksia pyydetessä yksiköihin kehittämisen tueksi

## 2023 Syksy

- Yksikön esihenkilön ja lääkevastaavien palaveria lääkeasioista
  - Kehittämissuunnitelman muotoilu omaa tarvetta vastaavaksi
  - Työrauha lääkkeenjakoön
    - Miten välttää ylimääräisiä käyntejä lääkehuoneessa
  - Lääkehoidon toteutukseen riittävästi aikaa ja rauhaa
  - Työaikojen ja -roolien muotoilua tarvetta vastaavaksi
    - Lääkkeenjakaajat selkeästi sovittuna työvuoroissa
  - Lääkemutoksien toteuttamiseen selkeät ohjeet
    - Lääkkeidenjaon rauha
    - Lääkitysturvallisuus
  - Lähihoitajat aktiivisesti toteuttamaan po ja sc lääkehoitoa, sekä iv nesteiden ja lääkkeiden korkkaamista
    - Lisäkoulutuksen tarve?
    - stm, vsshp, medisiinisen tulosryhmän ohjeet työnkuvasta
    - Sairaanhoidajan työmäärän kevennys
    - Lähihoitajien työn mielekkyyden lisääminen
- Yksikön esihenkilön, lääkevastaavien ja lääkäreiden palaveria
  - Lääkärinkierron aikataulusta
    - Aamulääkkeiden (iv) jaon jälkeen, mutta ennen koko osaston lääkkeidenjakoa
  - Lääkemääräysten teosta ennen lääkkeiden jakoa
  - Lääkkeiden antoaikojen muuttumisesta
- Luodaan toimintakäytänteet, joita koko yksikkö noudattaa

## 2023–2024 Talvi

- Systemaattinen parityöskentely
  - Sairaanhoidaja vastaa lääkkeenjaosta, mutta lähihoitaja tai opiskelija voi toimia hänen parinaan
- Lääkkeiden jako sähköisestä lääkelistasta
- Lääkekaappiin jakonäyttö/tabletti (?)
- Kaksoistarkastamatta lappu aina lääkemukiin, jos lääkkeet jaettu yksin
- Lääkkeiden kaksoistarkastuksen tehostaminen (Riskilääkkeet!)

**KAKSOISTARKASTA**

## 2024 Kevät:

- Lääkekaappien järjestäminen terapiaryhmittäin

## 2024 Kesärauha

## 2024 Syksy

- P.o lääkkeiden lääkemukien värit ja antajat
  - Keltainen aamu kello 8 (- 13.59)
  - Punainen päivä kello 14 (- 19.59)
  - Vihreä ilta kello 20 (- 21.59)
  - Sininen yö (unilääkkeet) kello 22 (- 7.59)
  - Kirkas ylimääräiset
- Kaikki lääkkeet ohjelmoidaan yllä mainitun aikataulun mukaisesti sairaalahoidon aikana
  - Poikkeuksena on lääkkeet, joilla on perusteltu syy poikkeavaan annosteluun (esim. Ormox, Creon, Rimapen, Parkinsonin taudin lääkkeet, dialyysipotilaat)
  - Jos lääke joudutaan jakamaan poikkeavaan aikaan, liimataan lääkemukiin tarra, jossa on potilaan paikka ja lääkkeenantoaika

**Paikka:**

**Klo:** \_\_\_\_\_

- Huumausainelääkkeet, oraalliliuokset ja täydennysravintovalmisteet jaetaan juuri ennen niiden antoa
  - Lääkemukiin laitetaan puuttuvista lääkkeistä merkiksi kertakäyttöiset paperilaput
  - Huumausaineet jaetaan erilliseen lääkemukiin

**N-lääkkeet jakamatta**

**Oraaliliuos jakamatta**

**Täydennysravintovalmiste jakamatta**

**MAREVAN**

- Puru, pore, Thyroxin ja sytostaatti lääkkeet jaetaan erilliseen lääkemukiin
  - Lääkemukeihin laitetaan tarrat
  - Sytostaatteihin laitetaan kansi

**Purutabletti**

**Porettabletti**

**Thyroxin**



- Suussa sulavat lääkkeet ja immunosuppressantit jaetaan foliossa erilliseen lääkemukiin
  - Foliossa jaettavien lääkkeiden pakkaukset merkitään tarralla

**Jaa foliossa!**

- Erityistä annostelua vaativat lääkkeet merkitään kertakäyttöisellä lapulla

Maitohappobakteeri.

Ei yhtä aikaa  
antibiootin kanssa.

Väli 1–2 tuntia.

**Bisfosfonaatti**

(alendronat,  
risedronat). Otettava  
30min ennen aamiaista  
ja muita lääkkeitä.

Oltava  
pystyasennossa.

Tavanic, Ciprofloxacin,  
Moxifloxacin,

Doximycin: Ei yhtä  
aikaa maitotuotteiden,  
raudan, kalsiumin tai  
magnesiumin kanssa.

Väli 2 tuntia

- Jauheet, rakeet, laastarit, emätin- ja peräpuikot jaetaan myös p.o lääkkeiden yhteydessä tarjottimelle ja niihin tulee tarra, jossa potilaan paikka ja kellonaika

**Paikka:**

**Klo:** \_\_\_\_\_

- Lääkkeitä säilytetään lääkekärryssä, jolla myös lääkkeet jaetaan potilaalle
- Lääkkeet säilytetään lukitussa tilassa tai kaapissa
- Lääkekärryssä tulee olla jokaiselle potilaspaikalle merkitty riittävän kokoinen paikka lääkkeille
- Potilaan nimi ja henkilötunnus (rannekkeesta) laitetaan lääketarjottimelle potilaan paikkaa vastaavalle paikalle
- Lääkemukeihin tai lääkemukinkanteen ei kirjoiteta käsin potilastietoja, jos ne menevät sovittuihin antoaikoihin
- Ei tarvetta kansille (sytostaatit poikkeus)

## 2024–2025 Talvi

- Yksiköt, joiden muutto on 2025 sopivat lääkkeenjakkokäytännöistä yhteisissä lääkehuoneissa
  - Lääkevastaavat
  - Farmaseutti
  - Esihenkilöt
  - Kliininen hoitotyön asiantuntija?
- Iv, sc, im infuusioiden ja injektioiden käyttökuntoon saattaminen tulisi tehdä ensisijaisesti Liv- kaapissa
- Iv lääkkeiden kaksoistarkastus
- Iv, sc, im lääkkeiden antoajat
  - 1 x vrk 8 (tai 20)
  - 2 x vrk 8, 20
  - 3 x vrk 00, 8, 16
  - 4 x vrk 00, 6, 12, 18
  - 6 x vrk 00, 4, 8, 12, 16, 20

## 2025 Muuttorauha



## 2026

- Lääkitysturvallisuuden lisääminen
  - Koulutus
    - Esihenkilön kannustus HaiProjen tekoon
    - Lääkevastaavien osaamisen kehittäminen HaiProjen käsittelyyn
    - Henkilökunnan ymmärryksen lisääminen lääkitysturvallisuudesta ja HaiProista
  - Matala kynnyks lääkitystä koskevien HaiProjen tekoon
  - Moniammatilliseen lääkityksiä koskevien HaiProjen käsittelyyn varataan aikaa
    - esihenkilö, lääkevastaavat sairaanhoitajat, farmaseutti, kliinisen hoitotyön asiantuntija, lääkäri
    - työyhteisö
  - Läheltä piti- ja vaaratapahtumien juurisyiden etsiminen
  - Toimintamallien korjaaminen ja ohjeistuksen laatiminen tai muokkaaminen
  - HaiProjen käsittelyä osastokokouksissa
  
- Lääkevastaavien roolin kehittäminen
  - 2 lääkevastaavaa / yksikkö?
    - Yhden henkilön poistuessa työyhteisöstä toiminta jatkuu
  - HaiProjen käsittely
  - Lääkehoitosuunnitelman päivitys
  - Koulutukseen osallistuminen
  - Yksikön kehittäminen ja kouluttaminen
  - Sairaala-apteekin osastokäynnit
  - Tapaamiset/palaverit säännöllisesti

## 2027

- Yhteisessä lääkehuoneessa tapahtuvasta lääkkeenjako käytännöstä sopiminen
  - Lääkevastaavat
  - Farmaseutti
  - Esihenkilöt
  - Kliininen hoitotyön asiantuntija?
  
- Potilaan osallistamisen lisääminen lääkehoidossa
  - Koulutusta ohjaukseen (lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja)
    - Oikean tiedon löytämisen kanavat
  - Potilasohjauksen lisääminen potilaan sairaudesta ja lääkehoidosta potilaan ymmärryksen lisäämiseksi ja hoitoon sitouttamiseksi sekä omahoidon tukemiseksi
  - Potilaan informointi uusista lääkkeistä/lääkemuutoksista ja niiden merkityksen perustelu (lääkäreiden kirjaus minkä sairauden tai oireen hoitoon lääke menee)
  - Potilasta informoidaan mitä tehdään ja miksi, jotta ymmärtää merkityksen ja sitoutuu hoitoon
  - Kuuntelu ja mielipiteiden huomiointi
  - Keskustelu, haastattelu
  - Motivointi, sitouttaminen
  - Potilaan mukaan ottaminen voimavarojensa mukaan lääkehoidon toteutukseen (inhalaatiot, pisto-ohjaus yms.) hoitajan valvomana
  - Lääkkeen vaikutusten arviointiin kannustaminen
  - Omaisten mukaan ottaminen
  - Sitouttaminen ymmärtämällä miksi potilas ei pysty esim. nielemään tai ostamaan lääkkeitä
  - Ajantasaisen lääkelistan mukaan ottaminen sairaalaan ja sen ylläpito
  - Kotilääkityksen selvitys potilaalta, omaiselta, hoitajalta, e-resepteistä
  - Lääkehoidon arvioinnit /lääkehoidon turvatarkastus (farmaseutti)

## 2028 Muuttorauha

## Tulossa olevia muutoksia, joiden aikataulu epäselvä

- Mobiilikirjaus
- Yhtenäiset tietojärjestelmät
- Lääkelisäystarratulostin
- Liv-kaappi kaikkiin yksiköihin?
- Uuden sairaalan lääkehoitoon liittyvien tilojen ja toimintamallien suunnittelu
  - Osastonhoitajat
  - Yksiköiden lääkevastaavat
  - Farmaseutit
  - Kliiniset hoitotyön asiantuntijat?
- Antibioottipumput
- Varhan lääkehoitosuunnitelmapohjan julkaisu

## Muuta huomioitavaa

- Osaamisen varmistaminen: lääkeluvat
- Koulutetun henkilöstön saatavuuteen ja pitämiseen panostaminen
- Lääkehoidon koulutuksen ja perehdytyksen tehostaminen
- Osastokokouksiin enemmän lääkeasioiden läpikäyntiä
- Päivittäisjohtamisen taulun hyödyntäminen lääkehoidossa
- Kanyylien ja nesteensiirtolaitteiden yhtenäistäminen?

## Tulevaisuudessa?

- Älylääkekaapit?
- Älylääkekärryt?
- Annosjakelu?
- Suljettu lääkekierto?

## Miten tästä eteenpäin?

Tapaamiset kahdesti vuodessa?

- Huhtikuun ja lokakuun viimeinen torstai klo 14–15?
- Joka yksiköstä vähintään yksi osallistuja
  - Lääkevastaavat sairaanhoitajat
  - Osastonhoitaja
  - Farmaseutit
  - Kliinisen hoitotyön asiantuntijat?
  
- Aiheet
  - Vertaisoppiminen
  - Luodun suunnitelman läpikäynti
    - Toteutuneiden vaiheiden poistaminen suunnitelmasta
    - Miten yksiköt ovat pysyneet tavoiteaikataulussa
    - Seuraavaan kehittämisvaiheeseen valmistautuminen
  - Tiedon jakaminen kehittämisprojekteista
  - HaiProihin kehitettyjen suojausmekanismien jakaminen