

Lääkehoidon perehdytyksen kehittäminen Lohjan sairaalan kirurgisella vuodeosastolla



Fallenius, Heidi

Korhonen, Jenni

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Lääkehoidon perehdytyksen kehittäminen Lohjan sairaalan kirurgisella vuodeosastolla

Fallenius Heidi
Korhonen Jenni
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2010

Heidi Fallenius ja Jenni Korhonen

Lääkehoidon perehdytyksen kehittäminen Lohjan sairaalan kirurgisella vuodeosastolla

Vuosi 2010 Sivumäärä 70

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää lääkehoidon perehdytystä Lohjan sairaalan kirurgisella vuodeosastolla ja tuottaa lääkehoidon perehdytystä tukeva muistilista. Muistilistan avulla haluttiin yhtenäistää lääkehoidon perehdytyksen sisältöä, selkeyttää työnjakoa sekä luoda suunnitelmallinen aikataulu perehdytyksen etenemiselle. Tavoitteena oli myös tuoda kirurgisen vuodeosaston lääkehoitosuunnitelma näkyväksi osaksi lääkehoidon perehdytystä.

Opinnäytetyö oli osa Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan toimipisteen, Lohjan sairaalan kirurgisen vuodeosaston, Hangon kotihoitoon ja tanskalaisen Vejlen sairaalan yhteistä turvallisen lääkehoidon kehittämishanketta. Yhteistyö Lohjan sairaalan kirurgisen vuodeosaston kanssa aloitettiin keväällä 2009 ja työryhmään kuului kaksi Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoidon opiskelijaa sekä neljä työelämän edustajaa.

Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt muistilista perustuu Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2005 julkaisemaan Turvallinen lääkehoito -oppaaseen sekä Lohjan sairaalan kirurgisen vuodeosaston lääkehoitosuunnitelmaan. Opinnäytetyön tietoperustan muita aiheita olivat potilas-turvallisuus ja lääkehoidon perehdyttäminen. Opinnäytetyöhön liittynyt tiedonhakumatka Tanskaan toteutettiin tammikuussa 2010. Matkan tarkoituksena oli tutustua Vejlen sairaalan osaston A150 perehdytysohjelmaan ja tuoda sieltä hyviä käytänteitä omaan opinnäytetyöhön. Idea lääkehoidon perehdytystä tukevan muistilistan lähettämistä uudelle työntekijälle ennakoon saatiin tältä Tanskan matkalta.

Kehittämistoiminnan menetelmänä käytettiin juurruttamista, joka mahdollistaa näkyvän ja hiljaisen tiedon käsittelyn sekä uuden tiedon luomisen. Opinnäytetyön ensimmäisessä vaiheessa Lohjan sairaalan kirurgisen vuodeosaston lääkehoidon nykytilaa kartoitettiin teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelun pohjalta laadittiin lääkehoidon eri osa-alueita kuvaavia käsittekarttoja, joista työyhteisö valitsi lopulliseksi kehittämiskohteeksi lääkehoidon perehdytyksen. Opinnäytetyön toisessa vaiheessa työryhmä kehitti yhdessä työyhteisön kanssa lääkehoidon perehdytystä tukevan muistilistan, sekä ehdotuksen lääkehoidon perehdytyksen työnjaosta ja aikataulusta perehdytyksen etenemiselle.

Työryhmän toimintaa ja opinnäytetyön tuotosta arvioitiin erillisen arviointikaavakkeen avulla. Vastausten perusteella työryhmän kehittämän muistilistan käyttöönottoon uskottiin erittäin paljon tai paljon. Työryhmän ehdottaman työnjaon ja aikataulun arvioitiin selkiyttävän osastonhoitajan, perehdyttäjän ja perehdytettävän rooleja sekä lääkehoidon perehdytyksen suunnitelmallista toteuttamista.

Läkehoidon perehdyttäminen on keskeinen osa uuden sairaanhoitajan tai lähi- ja perushoitajan perehdytysohjelmaa. Tämän opinnäytetyön tuotosta voidaan jatkossa hyödyntää myös perehdytysohjelman muiden osa-alueiden perehdytyksen ja niitä tukevien perehdytysmateriaalien kehittämisessä. Myös työryhmän ehdottama perehdytyksen aikataulu ja työnjako on sovellettavissa koko osaston perehdytysohjelmaan.

Asiasanat: potilasturvallisuus, turvallinen lääkehoito, lääkehoitosuunnitelma, perehdyttäminen, lääkehoidon perehdyttäminen.

Heidi Fallenius ja Jenni Korhonen

Development of orientation process of pharmacotherapy in Lohja hospital's surgical bed ward

Year	2010	Pages	70
------	------	-------	----

The purpose of this Thesis was to develop the orientation process of pharmacotherapy in Lohja hospital's surgical bed ward and to produce a checklist that supports the orientation process. The goal of the checklist was to unify the content, clarify the division of responsibilities and to create a systematic schedule for the orientation process of pharmacotherapy.

This Thesis was part of the Safe pharmacotherapy project with Laurea University of Applied Sciences, Lohja hospital's surgical bed ward, homecare unit in Hanko and Vejle hospital in Denmark. Collaboration with Lohja hospital's surgical bed ward was started in spring 2009. Workgroup consisted two nursing students from Laurea University of Applied Sciences and four working life representatives.

The output of this Thesis is based on pharmacotherapy plan of Lohja hospital's surgical bed ward and national guidelines for safe Pharmacotherapy by the Finnish Ministry of Social Affairs and Health. Other areas of the theoretical basis were patient safety and orientation process of pharmacotherapy. This thesis project included a research visit to Denmark. The goal of the visit was to benchmark good practices from the orientation program of Vejle hospital's ward A150. The idea of sending the checklist to new staff member in advanced was picked from this visit.

Dissemination was used as method for development process in this Thesis. Dissemination enables to produce some new knowledge by processing tacit, practical and examined knowledge. At the first stage of this Thesis project working life representatives of the workgroup were interviewed for the present stage description of pharmacotherapy. Visual herringbone pattern that represents the present stage description was introduced to work community and they chose that the orientation process of pharmacotherapy should be the area of development. At the other stage of this theses project workgroup produced a checklist that supports the orientation process of pharmacotherapy. Suggestion of division of responsibilities and systematic schedule for orientation process was also made.

Actions of the workgroup and the product of this thesis were evaluated with an assessment form. According to answers, the change and the practical benefits of this thesis were considered significant or very significant Workgroup's suggestion of division of responsibilities and systematic schedule for orientation process were considered to clarify the roles of the head nurse, mentors and orientees.

Pharmacotherapy is very important area of the orientation program for new nurses and practical nurses. The product of this thesis could also be used in development of the other areas of the orientation program. Workgroup's suggestion of division of responsibilities and systematic schedule for orientation is suitable for entire orientation program.

Key words: patient safety, safe pharmacotherapy, pharmacotherapy plan, orientation, orientation of pharmacotherapy.

SISÄLLYS

1	Johdanto.....	6
2	Kehittämistoiminnan ympäristö	8
2.1	Lohjan sairaalan kirurginen vuodeosasto	8
2.2	Muutoshasteet kehittämistoiminnan ympäristössä.....	9
2.3	Muutosprosessi.....	10
3	Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut	12
3.1	Potilasturvallisuus.....	12
3.1.1	Potilasturvallisuuden kehittämistyö Suomessa	13
3.1.2	Potilasturvallisuuden kehittämistyö Tanskassa.....	14
3.2	Turvallinen lääkehoito	15
3.2.1	Lääkehoitoa ohjaava lainsäädäntö Suomessa	18
3.2.2	Lohjan sairaalan kirurgisen vuodeosaston lääkehoitosuunnitelma	19
3.3	Lääkehoidon perehdyttäminen	21
3.3.1	Perehdytys käsitteenä	21
3.3.2	Perehdytyksen suunnittelu ja arviointi	23
3.3.3	Mentorointi	24
4	Kehittämistoiminnan menetelmät	25
4.1	Juurruttaminen	25
4.2	Teemahaastattelu.....	28
4.3	Sisällön analyysi	29
5	Kehittämistoiminnan toteutus	30
5.1	Kehittämistoiminnan eteneminen	30
5.1.1	Lääkehoidon nykytilan kartoitus	31
5.1.2	Uuden toimintamallin kehittäminen	31
5.1.3	Tiedonhakumatka Tanskaan	32
6	Uusi toimintatapa	33
7	Kehittämistoiminnan arviointi	35
7.1	Uuden toimintamallin arviointi	35
7.2	Käytettävissä olevan kirjallisuuden arviointi	39
7.3	Opinnäytetyöryhmän toiminta	40
7.4	Oman oppimisen arviointi	40
	Lähteet	41
	Kuviot	44
	Liitteet.....	45

1 Johdanto

Tämä opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää lääkehoidon perehdytystä Lohjan sairaalan kirurgisella vuodeosastolla ja luoda lääkehoidon perehdytystä tukeva muistilista. Muistilistan avulla haluttiin selkiyttää lääkehoidon perehdytykseen liittyvää työnjakoa ja luoda suunnitelmallinen aikataulu perehdytyksen etenemiselle. Tavoitteena oli myös, että osaston lääkehoitosuunnitelma saataisiin näkyväksi osaksi lääkehoidon perehdytystä. Opinnäytetyön taustalla oli Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan toimipisteen, Lohjan sairaalan, Hangon kotihoidon ja tanskalaisen Vejlen sairaalan yhteinen turvallisen lääkehoidon kehittämishanke. Hankkeeseen kuului tiedonhakumatka Tanskaan. Matkan tarkoituksena oli tutustua tanskalaisen Vejlen sairaalan osaston A150 perehdytysohjelmaan ja tuoda sieltä hyviä käytänteitä omaan opinnäytetyöhön.

Opinnäytetyön teoreettisen tietoperustan keskeisiä aiheita ovat potilasturvallisuus, turvallinen lääkehoito ja lääkehoidon perehdyttäminen. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2005 valtakunnallisen oppaan lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Turvallinen lääkehoito -oppaan tarkoituksena oli yhtenäistää lääkehoitoa ja sen toteutumista valtakunnallisesti ja selkeyttää lääkehoitoon liittyvää vastuunjakoa. Turvallinen lääkehoito-oppaan mukaan jokaisen lääkehoitoa toteuttavan työyksikön tulisi laatia yksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma (STM 2005, 4.) Lohjan sairaalan kirurgisen vuodeosaston lääkehoitosuunnitelma laadittiin Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeiden mukaisesti vuonna 2007 ja se sisältää tarkat kuvaukset osaston lääkehoitoon liittyvistä prosesseista ja toimintatavoista (HUS Lohjan sairaanhoitoalue 2007b).

Läkehoidon perehdyttäminen on osa uuden työntekijän perehdytysohjelmaa. Läkehoidon perehdytyksen tarkoituksena on, että uusi työntekijä oppii osastolla toteutettavaan lääkehoitoon liittyvät toimintatavat ja tunnistaa läkehoidon riskitekijät ja -tilanteet joissa lääkehoidon poikkeamia saattaa tapahtua (STM 2005 36- 47.) Perehdytystyyleistä mentorointi sopii erityisen hyvin myös läkehoidon perehdyttämiseen. Mentorointi antaa kokeneille sairaanhoitajille mahdollisuuden siirtää osaamistaan ja hiljaista kokemustietoaan työyksikön uusille hoitajille. (Lahti 2007, 17; Salonen 2004, 71.)

Osastonhoitajan tehtäviin kuuluu vastata työyksikkönsä perehdytyksen kokonaisuudesta ja luoda mahdollisuudet perehdytyksen suunnitelmalliselle toteuttamiselle, arvioinnille ja kehittämiselle. Osastonhoitajan aktiivinen rooli ja hyvin suunniteltu perehdytysohjelma vahvistavat hoitotyöntekijöiden työhön sitoutumista sekä edistävät myönteistä työnantajakuva ja organisaation imagoa. (Koskue 2008, 37; Lahti 2007, 58- 59; Peltokoski 71; Taurus 2006, 71- 72; Salonen 2004, 68.)

Opinnäytetyön kehittämismenetelmänä käytettiin juurruttamista, jossa uutta tietoa tuotettiin vertailemalla käytännön toiminnassa olevaa hiljaista tietoa ja tutkittua teoreettista tietoa (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005; Kivisaari 2001, 16- 21). Lohjan sairaalan kirurgisen vuodeosaston lääkehoidon nykytilaa ja siihen sisältyvää hiljaista tietoa kartoitettiin teemahaastattelun avulla ja haastatteluaineisto purettiin ja analysoitiin sisällön analyysimenetelmällä. Haastatteluaineiston ja osaston lääkehoitosuunnitelman pohjalta laadittiin 15 osaston lääkehoidon nykytilaa kuvaavaa käsittekarttaa, jotka muodostavat rungon opinnäytetyön tuotoksena syntyneeseen lääkehoidon perehdytyksen muistilistaan.

2 Kehittämistoiminnan ympäristö

2.1 Lohjan sairaalan kirurginen vuodeosasto

Lohjan sairaala kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) Lohjan sairaanhoitoalueeseen, joka tarjoaa erikoissairaanhoidon palveluita Karjalohjan, Karkkilan, Lohjan, Nummi-Pusulan, Sammatin, Siuntion ja Vihdin asukkaille. Kirurginen vuodeosasto kuuluu operatiiviseen tulosyksikköön, jonka lääketieteellisiä erikoisaloja ovat ortopedia, traumatologia, pehmytkirurgia, gastroenterologia, urologia, verisuonikirurgia sekä korva, nenä ja kurkkutaudit. Tämän lisäksi osastolla hoidetaan myös kirurgisia infektiopotilaita. (HUS 2009.)

Kirurgisella vuodeosastolla on yhteensä 63 potilaspaikkaa. Osaston potilaista 55 % tulee lähetteellä suunniteltuun leikkaukseen, ja noin 45 % tulee osastolle päivystyksenä ensiapupoliklinikan kautta. Osasto on jaettu kahteen osaan, joista osastolla 3A hoidetaan pehmytosakirurgiset potilaat sekä potilaat, joilla on kirurginen infektio. Osastolla 3B hoidetaan ortopediset ja traumatologiset potilaat. Osastolla on käytössä hidas työnkierto, joten hoitohenkilöstöllä on mahdollisuus hyvin monialaisesti kehittää omaa ammattitaitoaan. (HUS 2009.)

Lohjan sairaalan kirurgisella vuodeosastolla toteutetaan kolmea Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin arvoa

- yhteistyöllä huipputuloksiin
- arvostamme asiakkaitamme ja toisiamme
- tahto toimia edelläkävijänä.

Potilaiden hoito kirurgisella vuodeosastolla on moniammatillista yhteistyötä. Osastolla työskentelee erikoislääkäreitä, sairaalalääkäreitä, sairaanhoitajia, perushoitajia, osastosihteereitä sekä laitoshuoltajia. Lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan lisäksi potilaiden hoitoon osallistuvat mm. fysioterapeutit, sosiaalityöntekijä, laboratorio- ja röntgenyksiköiden työntekijät. Tarpeen vaatiessa myös osteoporoosihoitajan, ravitsemusterapeutin ja sairaalapastorin sekä muiden sairaalan erityistyöntekijöiden palvelut ovat käytettävissä. (HUS 2009.)

Muita toimintaa ohjaavia arvoja ovat ihmisarvon kunnioittaminen, tasa-arvo ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Hoitotyön toteuttamistapana on yksilövastuinen hoitotyö ja kaikessa toiminnassa pyritään edistämään ja tukemaan potilaan terveyttä ja elämänlaatua. Lohjan sairaala toimii myös opetussairaalana ja yksikössä harjoittelee sekä sairaanhoitaja-, lähihoitaja- että lääketieteen opiskelijoita. Henkilökunnan jatkuvalla kouluttautumisella ja yksikön toiminnan kehittämällä pyritään antamaan opiskelijoille ammatillista ohjausta ja potilaille mahdollisimman laadukasta hoitoa. (HUS 2009.)

2.2 Muutoshasteet kehittämistoiminnan ympäristössä

HUS-organisaatiossa on viime vuosina tapahtunut paljon suuria rakenteellisia muutoksia, jotka ovat vaikuttaneet kaikkien HUS- organisaation sairaaloiden toimintaan. Vuoden 2007 lopussa HUS: n hallitus hyväksyi uudistetun henkilöstöstrategian vuoteen 2015 asti ja muutoshasteiksi lähivuosille määriteltiin vähenevä työvoiman määrä, palvelujen kysynnän kasvu sekä tiedon ja teknologian lisääntyminen. Uudistettu henkilöstöstrategia pyrkii vastaamaan näihin muutoshasteisiin asiakkuusajattelulla, johtamisen parantamisella ja ydinosaamisen kehittämislä. (HUS 2008, 3- 4.)

Muutosten toteuttamisen myötä on muutosjohtamiseen kiinnitetty HUS-organisaatiossa erityistä huomiota. Esimiesten tehtävänä on huolehtia henkilöstönsä osaamisesta, jaksamisesta ja kehittymisestä. Hyvään johtamiseen kuuluu myös jatkuva arviointi ja palautteen antaminen. Hyvä johtajuus on nostettu yhdeksi uudistetun henkilöstöstrategian tavoitteeksi ja HUS tarjoaakin esimiehilleen jatkuvaa koulutusta johtamisen ja esimiestaitojen kartuttamiseksi. Hyvän johtamisen lisäksi esimerkiksi onnistunut rekrytointi, uusien työntekijöiden järjestelmällinen perehdytys sekä henkilöstön mahdollisuus ammattiuralla etenemiseen on nostettu uudistetun henkilöstöstrategian tavoitteiksi. (HUS 2008, 3- 4.)

Suurena ja monipuolisena organisaationa HUS tarjoaa henkilöstölleen mahdollisuuden liikkua ja kehittyä laaja- alaisesti ammatissaan. Henkilöstön työhön sitoutumista, osaamisen kehittämistä ja urakehitystä voidaan tukea hoitohenkilöstön ammattiuramallien avulla. Vuonna 1996 kehitettiin ammattiuramalli AURA, jonka tarkoituksena on tarjota sairaanhoitajille mahdollisuus ammatilliseen kasvuun ja ammattiuralla etenemiseen. Lisäksi se tarjoaa hyvän työvälineen henkilöstön osaamisen arviointiin ja edistämiseen, ja sitä kautta se myös edistää potilaiden hyvää hoitoa. Uramallissa henkilöstön osaamista arvioidaan perehtyvän, suoriutuvan, pätevän, taitavan ja asiantuntijan osaamisvaatimusten avulla. Eri tasojen yhtenäiset osaamisvaatimukset helpottavat ammatillisen kasvun arviointia. (HUS 2007a, 5- 7.)

Perehtyvän ja suoriutuvan tason osaamisvaatimuksia voidaan käyttää myös uuden työntekijän perehdyttämisen runkona. Perehtyvän sairaanhoitajan toiminta on kriteerien mukaan sääntöjen ja määräysten mukaista, ja hän tarvitsee ohjausta työssään, vaikka hallitseekin ammatilliset perustiedot ja - taidot. Suoriutuvalla tasolla toimiva sairaanhoitaja puolestaan on jo perehdytetty työtehtäviinsä, mutta tarvitsee edelleen ohjausta tavallisuudesta poikkeavissa tilanteissa. Perehdytyksen edetessä tavoitteena on saavuttaa pätevä taso, jolloin toiminta on jo muuttunut suunnitelmalliseksi ja joustavaksi. Tällä tasolla toimiva sairaanhoitaja kykenee työskentelemään itsenäisesti. Tason ylläpitäminen edellyttää jatkuvaa osaamisen päivittämistä ja täydennuskoulutuksiin osallistumista. (HUS 2007a, 5-7; HUS 2007b, 4.)

Työvoimapulan vaikutukset näkyvät jo selvästi suomen työvoimamarkkinoilla. Erityisiä haasteita työvoimapulasta aiheutuu HUS-organisaation kaltaisille työnantajille, joiden toiminta on ehdottomasti turvattava. Tulevaisuuden haasteena onkin onnistuneen rekrytoinnin lisäksi saada henkilöstö myös jäämään organisaatioon. Uusien työntekijöiden ja pitkiltä työvapailta palaavien järjestelmällinen perehdyttäminen on tehokas keino lisätä henkilöstön työn hallintaa ja tukea työhyvinvointia. Vuonna 2009 käyttöön otettuun HUS-plus palveluun on rakennettu HUS-organisaation yhteinen perehdytysohjeistus, jossa kuvataan uuden työntekijän perehdytyksen kulku. Varsinainen työhön perehdytys tapahtuu edelleen työyksiköissä ja räätälöidään jokaiselle perehdytettävälle yksilöllisesti. (HUS 2008, 13- 14.)

Myös Lohjan sairaalassa on viime vuosina kiinnitetty erityistä huomiota uuden henkilöstön perehdyttämiseen. Lohjan sairaalan mediinisessä tulosyksikössä toteutettiin vuosina 2007 - 2009 moniammatillisen perehdytyksen kehittämisprojekti, jonka lähtökohtana oli olemassa olevien perehdytysohjelmien puutteellisuus ja henkilöstön tietämättömyys toisten tiimin jäsenten työnkuvasta. Projektin lopputuloksena jokaiselle Lohjan sairaalan mediinisen tulosyksikön työyksikölle luotiin visuaalisesti yhtenäinen perehdytyskansio, joka sisältää lääkärien, sairaanhoitajien, lähi- ja perushoitajien sekä osastosihteerien perehdytysohjeet. Vuoden 2010 kuluessa perehdytysprosessi yhtenäistetään koko Lohjan sairaalassa. (Alapeteri 2009.)

2.3 Muutosprosessi

Muutosta voidaan verrata matkaan, jonka aikana siirrytään vanhoista toimintatavoista uusiin. Muutos voi olla joko äkillinen tai vähittäinen, mutta siinä on aina kyse uuden idean tai toimintamallin omaksumisesta. Muutoksen luonne ja laajuus voivat vaihdella huomattavastikin. (Paasivaara, Suhonen & Nikkilä 2008, 11- 12.)

Muutos sisältää kolme perusvaihetta. Ensimmäinen vaihe on muutosvastarinta, joka kertoo siitä, ettei työntekijä ole valmis muutokseen. Muutosvastarinta on tarpeellinen vaihe muutoksessa, ja sen tutkiminen voi antaa johdolle tietoa muutoksen johtamiseen ja läpiviemiseen liittyen. Muutosvastarinnan aikana on liikkeellä runsaasti energiaa, joka kannattaa pyrkiä hyödyntämään esimerkiksi pyytämällä ihmisiä mukaan muutoksen valmisteluun ja toteuttamiseen. (Arikoski & Sallinen 2007, 68- 69.)

Toista perusvaihetta kutsutaan vanhasta poisoppimisen vaiheeksi, jolloin työntekijä siirtyy vihasta surun pohjalle. Henkilöstö on vaiheessa jossa tarvitaan tukea ja aikaa. Surutyö on tärkeää saada saatetuksi loppuun, jotta vältettäisiin pelkoon ja muutosvastarintaan palaaminen ja siirryttäisiin viimeiseen perusvaiheeseen. Uuden oppimisen vaiheessa vastarinta on murtunut ja vanhoista toimintamalleista on poisopittu. Ihmiset alkavat nauttia muutoksesta ja

saavat oppimisen kokemuksia. Tässä vaiheessa työyhteisö yleensä havaitsee, että muutos oli tarpeellinen. (Arikoski & Sallinen 2007, 69- 70.)

Onnistunut muutosprosessi edellyttää kriittistä reflektiota. Tämä tarkoittaa ymmärrystä siitä, millaisesta muutoksesta on kyse, missä muutoksen toteutuksessa mennään, sekä sitä, että toimijoilla on kykyä kriittisesti kyseenalaistaa omaa toimintaansa. Muutos vaatii aina myös avointa kommunikaatiota sekä luottamusta. Avoimen kommunikaation puute johtaa luottamuksen puutteeseen, joka puolestaan heijastuu suoraan työhyvinvointiin ja näkyy tehokkuuden laskuna. Kolmas tärkeä tekijä muutosprosessissa on tieto. Muutoksen johtaminen on helppompaa sen perustuessa tietoon ja näyttöön. (Stenvall & Virtanen 2007, 10- 15.)

Muutosprosessin toteuttaminen organisaatiossa on kahden kaappa, johon ei riitä pelkkä muutosjohtajan kompetenssi toteuttaa haluttua toimintaa. Myös henkilöstöltä edellytetään vastuuta kehittämistoiminnassa, ja juuri henkilöstön kompetensseja on mahdollista edistää onnistuneella muutosjohtamisella. Parhaimmassa tapauksessa esimiesten, muutosjohtajien ja henkilöstön kompetenssit ovat toisiaan täydentäviä. Henkilöstön muutoskompetenssit ovat avoimeen kommunikaatioon, kriittiseen reflektointiin sekä tiedon käyttämiseen ja luomiseen sisältyviä tekijöitä. Myös oma aktiivisuus on tärkeä osa muutoskompetenssia, ja viestii siitä, että työ koetaan tärkeäksi ja omasta tekemisestä välitetään. (Stenvall & Virtanen 2007, 107-108.)

Esimies toimii muutosta johtaessaan kolmessa eri roolissa. Hän on muutoksen kokija, työntekijän muutoksen ymmärtäjä ja tulevaisuuteen valmistautuja. Esimiehen täytyy käydä läpi oma muutosprosessinsa, mutta myös myötäelää johtaa muutosta. Lisäksi hänen täytyisi pystyä myös ennakoimaan muutosprosessin tulevia tapahtumia. Muutostilanteet kohdistavat normaalia suurempia paineita esimieheen, ja esimiehen liikkumisen tarve organisaation eri sidosryhmissä kasvaa normaaliin nähden. Paineiden seurauksena esimies voi ajautua tilanteeseen, jossa hän joko suojautuu tulosvaatimuksilta oman ryhmänsä sisällä, tai jää johdon vaatimusten suojaan jättäen oman ryhmänsä tuuliajolle. (Arikoski & Sallinen 2007, 83-84.)

Vuorinen (2008) tutki väitöskirjassaan erään sairaanhoitopiirin muutosjohtamista sairaanhoitajien ja osastonhoitajien arvioimana. Tutkimuksessa kävi ilmi, että hyvä johtaminen nähtiin yhteistyönä ja osastonhoitajat käyttivät johtamistoiminnoista eniten muiden valtuuttamista, tien näyttämistä, rohkaisemista ja yhteisiin visioihin innostamista. Tutkimuksessa kävi ilmi myös se, että suomalaisten osastonhoitajien johtamistoiminnan tavoitteena on ensisijaisesti perustehtävän turvaaminen. Suomalaiset osastonhoitajat ovat johtamistoiminnassaan konkreettisempia ja maltillisempia, kuin esimerkiksi osastonhoitajat Yhdysvalloissa, jossa innovatiivisuutta ja riskienottoa arvotetaan enemmän. (Vuorinen 2008, 113.)

3 Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut

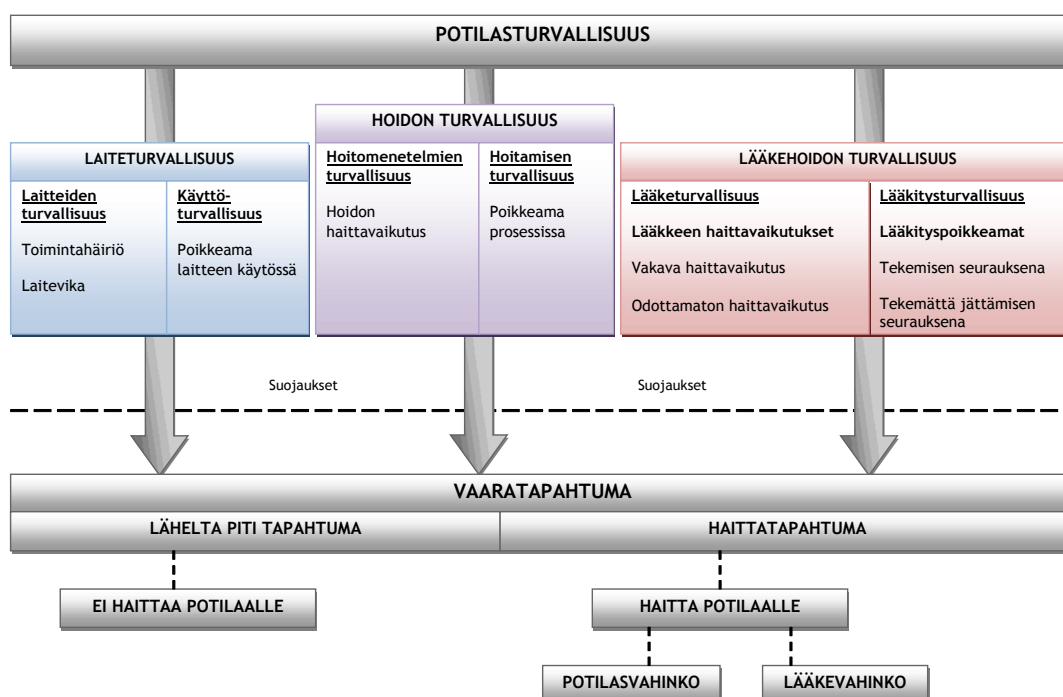
3.1 Potilasturvallisuus

Edellisen vuosikymmenen aikana tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet sairaaloiden olevan vaarallisia paikkoja; noin joka kymmenennen potilaan kohdalla tapahtui hoitoon liittyvä virhe. Useammalla kuin yhdellä sadasta haitta oli ollut vakava ja useampi kuin yksi tuhannesta potilaasta kuolee tai vammautuu vakavasti hoidossa tapahtuneen haitan vuoksi. Noin puolet näistä haitoista olisi ehkäistävissä. (Keistinen, Kinnunen & Holm 2008; Mustajoki 2005.) Samansuuntaisia tutkimustuloksia on saatu Suomen lisäksi myös esimerkiksi Englannissa, jossa esimerkiksi Jonesin (2009) mukaan joka kymmenennen lääkkeidenjaon on todettu olevan virheellinen.

Muihin korkean riskin aloihin verrattuna terveydenhuolto on jäänyt jälkeen turvallisuuden varmistamisessa. Palvelujärjestelmässä tapahtuu jatkuvasti muutoksia, jotka vaikuttavat potilasturvallisuuteen. Henkilövoimavarojen ollessa niukkoja ja työntekijöiden vaihtuessa nopeasti, lisää tehokkuuden korostaminen paineita työssä. Potilasturvallisuuden parantaminen edellyttäisi yhteisiä, tutkimukseen ja kokemukseen perustuvia käytäntöjä. Olennaisia tekijöitä ovat moniammatillisuus, avoimuus ja jatkuva kehittämistyö. Pohja turvallisuuskulttuurille tulisi luoda jo ammattihenkilöitä koulutettaessa. (STM 2009, 12.)

Jatkuvasti muuttuvat hoitokäytännöt muodostavat erityisen haasteen hoitohenkilöstön täydennyskoulutukselle. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) määrittää täydennyskoulutuksen väestön terveystarpeisiin, muuttuviin hoitokäytäntöihin ja henkilökunnan tarpeeseen perustuvaksi suunnitelmalliseksi koulutukseksi. Henkilökunnan osaamisen ja oppimistarpeiden määrittämisessä sekä osaamisen kehittämisen tukemisessa ovat esimiehet ensisijaisessa asemassa. Kehittämistarpeita voidaan järjestelmällisesti arvioida osana jokapäiväistä toimintaa esimerkiksi kehityskeskustelujen avulla. Tukena kehityskeskustelussa voidaan käyttää erilaisia osaamiskartoituksia. (STM 2004, 24- 37.)

Potilasturvallisuus käsitteenä kattaa niin hoidon turvallisuuden kuin lääkitys- ja laite turvallisuudenkin (Kuvio 1). Potilasturvallisuudella tarkoitetaan niitä terveyden- ja sairaanhoidossa käytettäviä periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumiselta. Potilaan näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että hän saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, ja että hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (STM 2009, 20.)



Kuvio 1: Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet (mukaellen Stakes & Rohto 2007)

3.1.1 Potilasturvallisuuden kehittämistyö Suomessa

Potilasturvallisuus on ollut suuren huomion kohteena koko maailmassa ja myös Suomessa on tehty aktiivista potilasturvallisuuden edistämistyötä usean vuoden ajan. Tähän asti Suomesta on kuitenkin puuttunut organisaatio tai toimija, jonka pääasiallisena tehtävänä on potilasturvallisuuden edistäminen ja tutkimus. Tilanne korjaantui vuonna 2010 perustetun Suomen Potilasturvallisuusyhdistyksen myötä. Yhdistys järjestää tulevaisuudessa potilasturvallisuuteen liittyviä seminaareja, kongresseja sekä harjoittaa julkaisutoimintaa ja yhteistyötä muiden potilasturvallisuusyhtiöiden kanssa. (Suomen Potilasturvallisuusyhdistys 2010.)

Terveys- ja hyvinvointi laitos ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto julkaisivat vuonna 2007 potilasturvallisuuden ja lääkehoidon turvallisuuden sanastot, jotka helpottavat potilasturvallisuuden systemaattista kehittämistyötä ja tieteellistä tutkimusta. Myös sähköiset raportointijärjestelmät vaativat toimiakseen tarkkoja sanastoluokituksia ja käsitehierarkioita. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2007, 2.)

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2009 Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian vuosille 2009- 2013. Strategia käsittelee potilasturvallisuutta neljästä eri näkökulmasta; turvallisuuskulttuuri, vastuu, johtaminen ja säädökset. Strategian tavoitteita ovat potilaan riit-

tävä informointi ja sen myötä potilaan voimaantuminen, potilasturvallisuuteen liittyvien riskien arviointi, vaaratapahtumista raportointi ja niistä oppiminen, henkilöstön osaaminen, potilasturvallisuustyön kehittäminen ja sekä potilasturvallisuuden huomioiminen terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa. Myös valmisteilla olevaan uuteen terveydenhuoltolakiin on tulossa uusia säädöksiä potilasturvallisuuteen ja laadunhallintaan liittyen. (STM 2009, 13.)

Suomessa terveydenhuollossa työskentelevän henkilökunnan raportointi potilaisiin kohdistuvista vaaratapahtumista perustuu pitkälti vapaaehtoisuuteen. Haittatapahtumista raportointia ja niistä oppimista on pyritty helpottamaan kehittämällä kansallinen vaaratapahtumien raportointiin ja käsittelyyn tarkoitettu sähköinen raportointijärjestelmä HaiPro. Raportointijärjestelmä sisältää vaaratapahtumien ilmoitusmenettelyn, analysointimenettelyt sekä työkaluja työyksiköiden toiminnan kehittämiseen. Tärkeintä ei ole ilmoitusten kerääminen sähköiseen järjestelmään, vaan päämääränä on potilasturvallisuuden kehittäminen, virheistä oppiminen ja toiminnan kehittäminen. (Keistinen, Kinnunen & Holm 2008, 3785.)

3.1.2 Potilasturvallisuuden kehittämistyö Tanskassa

Tanskan terveydenhuoltojärjestelmän potilasturvallisuuslaki astui voimaan tammikuussa 2004. Laki velvoittaa Tanskan terveydenhuollossa työskentelevän henkilökunnan raportoimaan potilaisiin kohdistuvista haittatapahtumista. Laki edellyttää myös sairaaloiden omistajien ja alueiden toimivan raporteista saatavien tietojen mukaisesti. Tanskan lääkintöhallitus on velvoitettu välittämään raporteista satua tietoa eteenpäin. (Wendelboe & Häkkinen 2006.)

Tanskan potilasturvallisuuslaki suojelee terveydenhuollon ammattilaisia. Terveydenhuollon ammattihenkilöä suojellaan kurinpidollisilta toimenpiteiltä, mikäli hän on raportoinut haittatapahtumasta. Haittatapahtumia varten on Tanskassa neljä erilaista potilasturvallisuusjärjestelmää: oppimisjärjestelmä, valitusjärjestelmä, valvontajärjestelmä sekä potilasvakuutusjärjestelmä. Terveydenhuollon ammattihenkilöstö tekee haittatapahtuma ilmoituksen oppimisjärjestelmään. Oppimisjärjestelmään tehtyihin raportteihin ei pääse käsiksi valitus-, valvontatai potilasvakuutusjärjestelmistä. (Wendelboe & Häkkinen 2006.)

Potilasturvallisuusjärjestelmää on toteutettu Tanskan sairaaloissa potilasturvallisuuslain voimaan astumisesta lähtien. Haittatapahtumailmoitukset tehdään sähköisesti. Raportit vastaanottavat sairaaloiden paikallistason omistajat, jotka ryhtyvät tarvittaviin toimenpiteisiin tapahtuman uusiutumisen ehkäisemiseksi. Lisäksi useimmissa sairaaloissa on oma riskiyksikkö. Terveydenhuollonhenkilöstö voi itse valita tekevätkö he raportin nimettömänä. Oppimisen kannalta olisi kuitenkin suositeltavaa, että kaikki allekirjoittaisivat raportin. Tällöin raporttien analyysivaiheessa tarvittavat lisätiedot on helpompi saada. (Wendelboe & Häkkinen 2006.)

Tanskan lääkintöhallitus ylläpitää raportointijärjestelmää ja verkkosivustoa, jonka kautta terveydenhuollon henkilöstö raportoi haittatapahtumista. Lääkintöhallituksen tehtävänä on tutkia haittatapahtumissa toistuvia kaavoja sekä antamaan sairaaloiden omistajille palautetta ja tietoa erilaisista riskitilanteista. Lääkintöhallituksen julkaisemat riskit ja ratkaisut analysoidaan paikallistasolla ja samalla terveydenhuollon henkilöstö näkee konkreettisesti, kuinka haittatapahtumien raportoinnilla on suuri merkitys potilasturvallisuuden kehittämisessä. (Wendelboe & Häkkinen 2006.)

Tanskan potilasturvallisuusyhdistys on aktiivisesti mukana kehittämässä raportointijärjestelmää. Selvityksen alla on, miten järjestelmää voitaisiin laajentaa perusterveydenhuoltoon. Potilaiden raportit omista kokemuksista haluttaisiin myös saada mukaan raportointijärjestelmään, koska usein potilas itse, ei henkilökunta huomaa haittatapahtuman ensimmäisenä. (Wendelboe & Häkkinen 2006.)

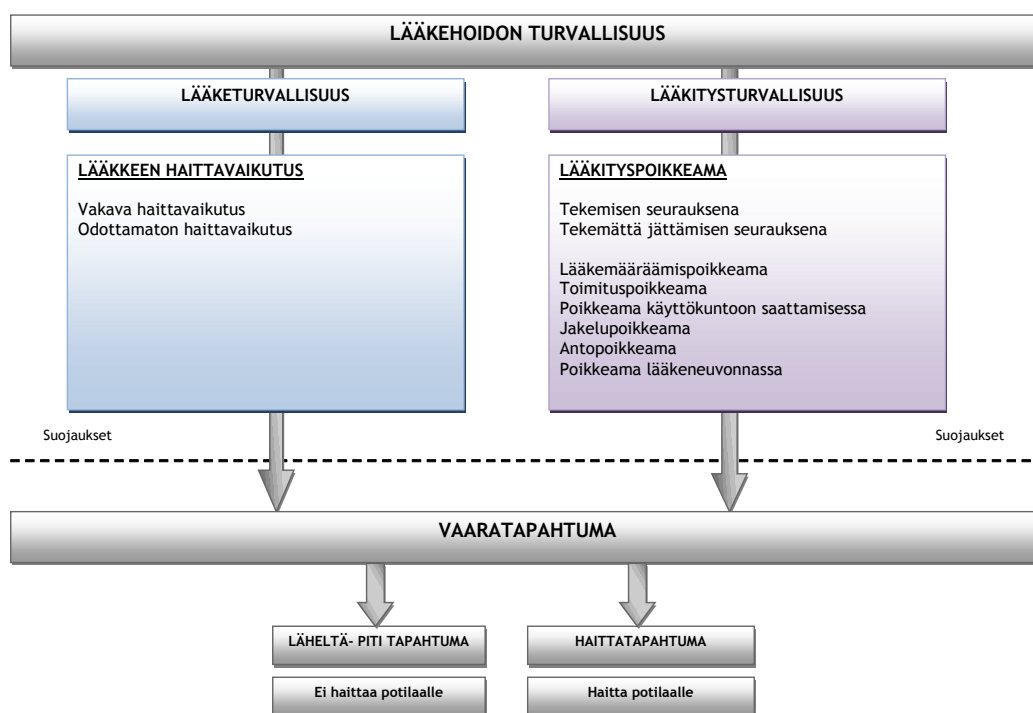
3.2 Turvallinen lääkehoito

Turvallinen ja laadukas lääkehoito on keskeinen osa potilaan kokonaisuhoitoa ja potilasturvallisuutta. Lääkehoito lasketaan terveyden- ja sairaanhoitotoiminnaksi riippumatta siitä, missä sitä toteutetaan. Turvallisesti toteutettu lääkehoito perustuu aina potilaan, lääkärin ja lääkehoitoa toteuttavan hoitohenkilöstön yhteistyöhön. Lääkehoidon aloittamisen lähtökohtana ovat potilaan yksilölliset terveystarpeet ja lääkehoidon jatkamisen perusteena on lääkehoidon vaikuttavuus. (STM 2005, 36- 45.)

Turvallisen lääkehoidon toteuttamisen, hallinnan ja kehittämisen perusedellytyksenä on, että lääkehoitoa toteuttava henkilöstö tuntee oman työyksikkönsä lääkehoidon kokonaisprosessin, sekä tunnistaa siihen liittyviä ongelmakohtia ja riskitekijöitä. (STM 2005, 36- 45.) Lääkehoitoa toteuttavat pääasiassa koulutuksen saaneet terveydenhuollon laillistettu/ nimikesuojattu ammattihenkilö eli lääkäri, sairaanhoitaja tai lähihoitaja. Yksikkökohtaisesti, tilanteen niin vaatiessa, voi myös lääkehoidon peruskoulutusta saamaton ihminen osallistua lääkehoidon toteutukseen. Lääkehoidon laadukas toteuttaminen edellyttää kuitenkin, että he ovat saaneet tarvittavat tiedot ja taidot työpaikkakoulutuksena, ja että heillä on kirjallinen lupa lääkehoidon toteuttamiseen. (STM 2005, 48-51.)

Lääkehoidon turvallisuus koostuu lääketurvallisuudesta ja lääkitysturvallisuudesta (Kuvio 2). Lääketurvallisuudella tarkoitetaan lääkkeiden farmakologisten vaikutusten ja ominaisuuksien tuntemusta ja arviointia. Siihen sisältyy myös lääkevalmisteiden laadukas valmistusprosessi, ja merkitseminen sekä lääkevalmisteisiin liittyvä informaatio. Lääkitysturvallisuudella tarkoi-

tetaan lääkevalmisteiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvää turvallisuutta. Lääkitysturvallisuuteen liittyvät myös toimenpiteet, joilla pyritään ehkäisemään, välttämään ja korjaamaan lääkehoitoon liittyviä haittatapahtumia. Poikkeaman syynä voi olla joko tekeminen, tekemättä jättäminen tai suojausten peittäminen. (Stakes & ROHTO 2007, 8-9.)



Kuvio 2: Turvallisen lääkehoidon terminologia (mukailten Stakes & Rohto 2007)

Lääkehoidossa tapahtuu jatkuvasti potilaan turvallisuutta vaarantavia tilanteita, koska kyse on inhimillisestä toiminnasta. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että tilanteet voitaisiin hyväksyä itsestään selvyyksinä, vaan niiden syitä on selvitettävä ja pyrittävä luomaan järjestelmiä joilla niiden syntymistä voidaan estää. Lääkehoidon poikkeaman voidaan määrittellä olevan joko laajasti virheellistä toimintaa tai suppeammin jonkin lääkehoidon osatehtävän laiminlyömistä. Kummassakin tapauksessa potilaalle voidaan lääkehoidon hyödyn sijasta aiheuttaa vaaraa, fyysistä ja henkistä kärsimystä sekä taloudellista vahinkoa. (Veräjänkorva ym. 2006, 98- 99; Stakes ja ROHTO 2007, 6.)

Lääkehoidon poikkeaman synty voi olla tahallinen teko tai vahinko. Useimmiten kyse on kuitenkin vahingosta. Poikkeamat johtuvat usein hoitajien riittämättömästä valppaudesta ja huolellisuudesta sekä liian vähäisestä kyseenalaistamisesta totutuissa lääkehoidon käytännöissä. Potilaan monimutkainen sairaus, persoonallisuus ja sosiaalinen tila saattavat vaikeuttaa

vuorovaikutusta potilaan kanssa. Lääkärin ja hoitajan ammattitaidossa ja ammattitaidon kehittämismahdollisuuksissa saattaa olla puutteita. Myös lääkehoitoon osallistuvan henkilöstön oma terveydentila, vireystaso, työmotivaatio ja asenteet saattavat edesauttaa lääkehoidon poikkeaman syntymistä. Riittämättömät henkilöstöresurssit, tarkoituksenmukaisten tilojen puute, epäjärjestys, melu ja huonosti toimivat tietotekniikan tukijärjestelmät vaikuttavat nekin lääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen. (Pasternack 2006, 2465; Stakes ja ROHTO 2007, 6; Veräjänkorva ym. 2006, 98- 99.)

Läkehoidon turvallisuuden edistämiseksi tulisi tulevaisuudessa kiinnittää enemmän huomiota vaaratilanteiden tunnistamiseen ja tunnistamiseen sekä seuranta- ja palautejärjestelmien toimivuuteen. Hoitajat kantavat eettisen vastuun lääkehoidon potilasturvallisuudesta. Uskallus tunnustaa omat virheensä ja uhkaavat tilanteet ovat olennaisia tekijöitä potilasturvallisuuden kannalta. Ainoa tapa säilyttää luottamus on virheiden välitön ja rehellinen paljastaminen potilaalle. Ylimääräisiä vaaratekijöitä voidaan karsia raportoimalla uhkatekijöistä lääkehoitoketjussa. (Pasternack 2006, 2459; Veräjänkorva ym. 2006, 100.)

Seuranta- ja palautejärjestelmien toimivuuden edellytyksenä on, että toimintayksiköissä korostetaan poikkeamiin johtaneita syitä ja syiden seuranta ja virheistä oppimista yksittäisten tekijöiden sijaan. Toimintayksiköitä suositellaan ottamaan käyttöön erillinen lomake poikkeamien ilmoittamista varten. Myös sähköinen vaaratapahtumien raportointijärjestelmä toimii erinomaisena työkaluna, kun potilasturvallisuuteen halutaan kiinnittää huomiota. Se auttaa myös kehittämään hoidon laatua ja turvallisuutta. (Keistinen ym. 2008; STM 2005, 61- 62.)

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2005 valtakunnallisen oppaan turvallisen lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Oppaan tarkoituksena on yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteita, selkiyttää vastuunjako ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulisi toteutua kaikissa lääkehuolto toteuttavissa yksiköissä. Turvallinen lääkehoito- oppaan mukaan lääkehoidon toteuttamisen tulisi perustua työyksiköissä laadittuun lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoitosuunnitelmassa kuvataan tarkasti työyksikön lääkehoidon kokonaisuuden suunnittelu ja toteutus sekä niissä tapahtuvien poikkeamien seuranta ja raportointi. (STM 2005,45- 46.)

Lääkehoitosuunnitelman avulla työyksiköissä voidaan määrittää ja hallita kymmentä lääkehoidon osa-alueita. Nämä osa-alueet ovat lääkehoidon sisältö ja toimintatavat, lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen, henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako, lupakäytännöt, lääkehuolto, lääkkeiden jakaminen ja antaminen, potilaiden informointi ja neuvonta, lääkehuollon vaikuttavuuden arviointi, dokumentointi ja tiedonkulku sekä seuranta- ja palautejärjestelmät. Lääkehoitosuunnitelman laajuus riippuu työyksikössä toteutettavan lääkehoidon vaatimustasosta (STM 2005, 3.) Lääkehoidon käytännön toteuttamista tulee seu-

rata säännöllisesti lääkehoitosuunnitelman mukaisesti ja erityistä huomiota on kiinnitettävä saadun palautteen hyödyntämiseen ja poikkeamista oppimiseen. (STM 2005, 61.)

3.2.1 Lääkehoitoa ohjaava lainsäädäntö Suomessa

Aikaisemmin lääkehoidon toteuttamista terveyskeskuksissa ja sairaaloissa ohjasi Lääkintöhallituksen yleiskirje 1929/1987 ja Lääkelaitoksen määräys 1/1993, joiden tarkoituksena oli lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuuden edistäminen. Yleiskirje kuitenkin kumottiin Lääkelaitoksen määräyksen sairaala-apteekkien ja lääkekeskusten toiminnasta (5/2002) tullessa voimaan. Tämän jälkeen ei ole ollut voimassa valtakunnallista ohjeistusta lääkehoidon toteuttamisesta. Tästä huolimatta lääkehoitoon vaikuttavat useat lait, asetukset ja määräykset. (STM 2005, 18.)

Keskeisiä lakeja ja ovat esimerkiksi Lääkelaki (395/1987) ja asetus (693/1987) sekä Huumausainelaki (1289/1993) ja sen nojalla annetut säädökset. Lääkelailta on tarkoitus ylläpitää ja edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta sekä tarkoituksenmukaista lääkkeiden käyttöä. Lisäksi tarkoituksena on varmistaa lääkkeiden asianmukainen valmistus ja saatavuus. Huumausainelaissa puolestaan säädetään huumausaineiden kulutuksen seurantaan, tilaukseen ja hävitykseen liittyvät asiat. (STM 2005, 18- 19.)

Lääkelain seitsemännessä luvussa säädetään lääkehuollosta sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja sosiaalihuollon laitoksissa. Siinä määrätään esimerkiksi lääkehuollon yleisestä suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta sekä sairaala-apteekkien ja lääkekeskusten toiminnasta. Lääkelaitoksen määräys 5/2002 puolestaan määrittää esimerkiksi lääkkeiden säilytyksessä vaadittavia tiloja. Lääkelaitoksen määräys ei kuitenkaan puutu henkilöstön toimintaan lääkehuollossa, koska se ei kuulu Lääkelaitoksen valvonnan alaisuuteen. (STM 2005, 23- 25.)

Huumausainelaissa määrätään huumausaineiden ja niiden valmistuksessa käytettävien aineiden valvonnan kuuluvan sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimivalle lääkelaitokselle. Tarvittaessa sosiaali- ja terveysministeriö antaa määräyksiä huumausaineiden ja niiden valmistuksessa käytettävien aineiden varastointiin, säilytykseen ja kuljetukseen, sekä muuhun käsittelyyn ja hävittämiseen liittyen. (Valtion säädöstietopankki Finlex.)

Muita lakeja jotka liittyvät turvalliseen lääkehoitoon ovat mm. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja Potilasvahinkolaki (585/1986), jotka säätelevät potilaan oikeudesta saada hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa ja kohtelua sekä terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä tapahtuneiden henkilövahinkojen korvaamisesta. Lisäksi voidaan mainita Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), joka pyrkii edistämään potilasturvallisuutta ja

terveydenhuollon palvelujen laatua mm. varmistamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöillä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus ja riittävä ammatillinen pätevyys. Edellytyksenä ammatinharjoittamiselle on virallisesti hyväksytty tutkinnon antava koulutus. (Valtion säädöstietopankki Finlex.)

3.2.2 Lohjan sairaalan kirurgisen vuodeosaston lääkehoitosuunnitelma

Joulukuussa 2005 julkaistussa Turvallinen lääkehoito- oppaassa sanotaan, että kaikkien lääkehoitoa toteuttavien yksiköiden tulee laatia lääkehoidon toteutussuunnitelma. Vastuu tämän suunnitelman laatimisesta, toteuttamisesta ja seurannasta on terveydenhuollon yksiköiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimiyksikön johdolla. Sairaanhoito- ja terveydenhuoltopiirit koordinoivat alueellisen suunnitelman laatimista, ja lääninhallitukset valvovat sen laatimista ja toteuttamista. (HUS Lohjan sairaanhoitoalue 2007a, 3.)

Lohjan sairaanhoitoalueella lääkehoitosuunnitelmasta vastaa sairaanhoitoalueen johtaja. Lääkehoitosuunnitelma on laadittu kolmena osana: koko tulosalueen, vuodeosastojen ja poliklinikoiden lääkehoitosuunnitelmana. Tämän lisäksi jokainen vastuuyksikkö laatii yksityiskohtaisemman lääkehoitosuunnitelman, jossa kiinnitetään erityisesti huomiota yksikön erityispiirteisiin lääkehoidossa. (HUS Lohjan sairaanhoitoalue 2007a, 4.)

Lohjan sairaalan kirurgisen vuodeosaston lääkehoitosuunnitelma valmistui vuonna 2007 ja se sisältää tarkat kuvaukset osaston lääkehoidon prosesseista ja toimintavoista Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito- oppaan mukaisesti. Lääkehoitosuunnitelman sisältöä on esitelty yksityiskohtaisemmin tämän opinnäytetyön liitteessä 3.

- **Lääkehoidon tarpeet, sisältö ja toimintatavat**-osiossa kuvataan Lohjan sairaalan kirurgisen vuodeosaston lääkehoidon vaativuustaso, toteuttamistapa, lääkehoitoa toteuttavat ammattiryhmät ja lääkehoidon toteutuksen riskitekijät. Toimintaa on kuvattu niiltä osin kuin se vaikuttaa lääkehoidon vaativuustasoon ja toteutukseen. Käytössä olevat lääkkeiden annostelumuodot ja kaikki annosteluun liittyvät normaalista poikkeavat käytännöt on kuvattu tarkasti. (HUS Lohjan sairaanhoitoalue 2007b.)
- **Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen**-osiossa kuvataan henkilöstöryhmittäin, mitä perusosaamista, lisäkoulutuksella hankittua tai luvanvaraista osaamista henkilöstöltä edellytetään. Lisäksi kuvataan lääkehoidon osaamisen arviointiin osallistuvat henkilöt ja heidän tehtävänsä arvioinnissa, perehdytyskäytänteet yksikössä sekä tilapäisten ja epäpätevien työntekijöiden rooli lääkehoidossa. (HUS Lohjan sairaanhoitoalue 2007b.)

- **Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako**-osiossa kuvataan henkilöstöryhmittäin, lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvan henkilöstön tehtävät ja vastuut. Osiossa on myös kuvattu opiskelijoiden osallistuminen lääkehoitoon. (HUS Lohjan sairaanhoitoalue 2007b.)
- **Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön lupakäytännöt ja luvan voimassaolo**-osiossa kuvataan henkilöstöryhmittäin lääkehoidon toteuttamiseen vaadittavat luvat lääkehoidon ja mitä oikeuksia kullakin ammattiryhmällä on lääkehoidon osalta. Osiossa kuvataan myös tilapäistyöntekijöiltä edellytetyt luvat ja kuka tarvittavat luvat allekirjoittaa. (HUS Lohjan sairaanhoitoalue 2007b.)
- **Lääkehuolto**-osiossa kuvataan yksikössä käytettävissä oleva lääkevalikoima, mahdollinen osastofarmasian osuus, lääkkeiden tilaamiskäytännöt, lääkkeiden säilytys ja tilat yksikössä, lääkkeiden säilytystilojen lämpötilojen seuranta käytännöt, avaimet ja kulunvalvonta lääkkeiden säilytystiloihin, lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen yksikössä, lääkkeiden palautus ja hävitys yksikössä sekä toiminta tuotevirhe-epäilyssä. Lisäksi kuvataan yksikön sisäiset tiedotusmenetelmät lääkehoidon osalta sekä lääkehuoltoyksikön osastokäyntien organisointiin liittyvät asiat. (HUS Lohjan sairaanhoitoalue 2007b.)
- **Lääkkeiden jakaminen ja antaminen**-osiossa kuvataan erikseen laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja nimikesuojattujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtävät lääkkeiden jakamisessa ja annostelussa. Kuvataan myös, miten, missä ja milloin lääkkeet jaetaan yksikössä, ja miten ja missä infusioiden saattaminen käyttökuntoon tapahtuu. Käyttökuntoon saatettujen ja potilaskohtaisiin annoksiin jaettujen lääkkeiden merkitseminen ja säilyttäminen kuvataan, samoin kuin potilaiden identifioiminen lääkettä annettaessa. Lääkkeiden vaikutusten arviointiin käytettävät lomakkeet ja keinot listataan, ja kuvataan miten toimitaan poikkeaman tai läheltä piti-tilanteen sattuessa. (HUS Lohjan sairaanhoitoalue 2007b.)
- **Potilaiden informointi**-osiossa Lääkehoitosuunnitelman kuvataan käytössä olevat kirjalliset ohjeet, sekä sen, missä tilanteissa niitä käytetään ja miten niiden käyttö dokumentoidaan. Suullisesti annettavan ohjauksen vastuualueet kirjataan myös ylös ja kuvataan mahdollisista poikkeamista kertominen potilaalle. (HUS Lohjan sairaanhoitoalue 2007b.)
- **Lääkehoidon vaikutusten ja vaikuttavuuden arviointi**-osiossa kuvataan henkilöstöryhmittäin potilaan lääkehoidon vaikutusten ja vaikuttavuuden seuraamiseen ja arviointiin liittyvä prosessi. (HUS Lohjan sairaanhoitoalue 2007b.)

- **Lääkehoidon dokumentointi ja tiedonkulku**-osiossa kuvataan lääkemääräysten kirjaaminen potilasasiakirjoihin, lääkemääräysten vahvistamiskäytännöt, lääkehoidon toteuttamisen kirjaaminen potilasasiakirjoihin, lääkehoidon vaikutusten kirjaaminen, potilaiden lääkelistojen tarkastamiskäytännöt, lääkehoidon jatkosuunnitelmien kirjaaminen sekä lääkehoidon poikkeamien kirjaaminen. (HUS Lohjan sairaanhoitoalue 2007b.)
- **Lääkehoidon seuranta- ja palautejärjestelmät**-osiossa kuvataan yksikössä käytössä olevat raportointi kanavat poikkeamien ja läheltä piti -tilanteiden sattuessa sekä lääkehoidon poikkeamatapahtumien seurantaan liittyvät käytännöt. (HUS Lohjan sairaanhoitoalue 2007b.)

3.3 Lääkehoidon perehdyttäminen

Lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta ja sen turvallinen toteuttaminen vaatii hoitohenkilöstöltä laaja-alaista teoreettista ja kokemukseen perustuvaa ammattitaitoa. (STM 2005, 47; Stakes & ROHTO 2007, 8-9). Lääkehoito ei ole vain teknistä suorittamista, vaan se on ymmärrettävä osana potilaan kokonaisuhoitoa. Erityisen tärkeää on, että perehdytyksen aikana uusi työntekijä oppii tunnistamaan työyksikön lääkehoitoon liittyvät riskitekijät ja tilanteet, joissa lääkehoidon poikkeamia saattaa tapahtua. Yhtä tärkeää on opettaa uudelle työntekijälle osastolla käytettävät suojauskeinot poikkeamisen välttämiseksi. Tällaisia suojauskeinoja ovat esimerkiksi lääkkeiden kaksoistarkastus. (STM 2005, 47.)

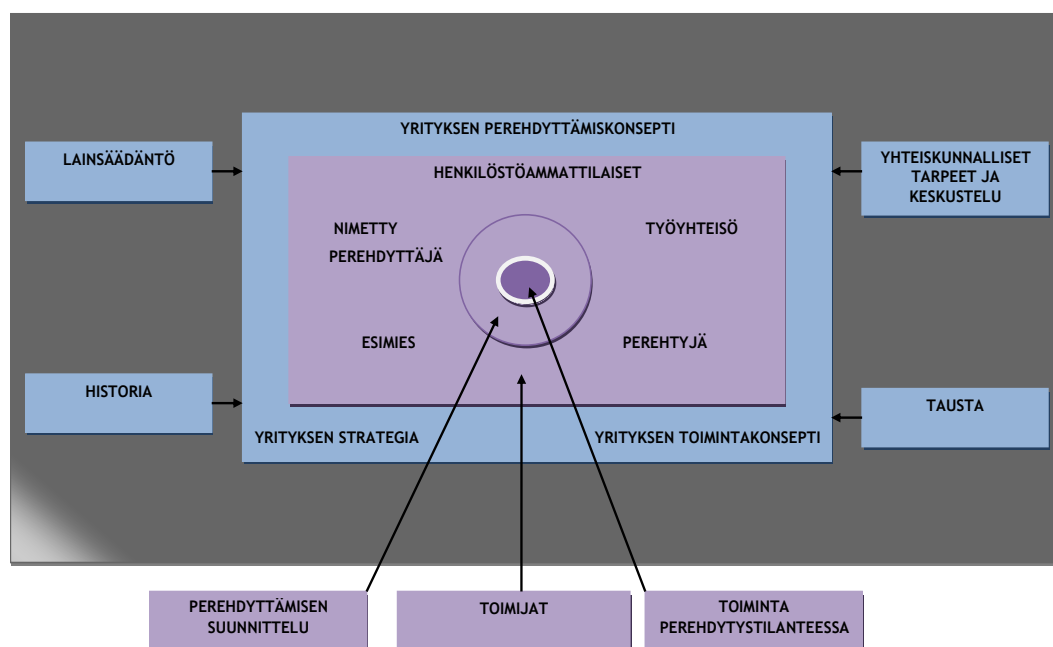
Työyksikön perehdytysuunnitelman tulee sisältää osaston lääkehoitoon liittyvät osaamisvaatimukset ja tavoitteet, jotka uuden työntekijän tulee perehdytyksensä jälkeen hallita. Tämän lisäksi perehdytysuunnitelmaan tulee määritellä ne lääkehoidon osa-alueet, joiden osaaminen tulee erikseen varmistaa. Perehdytyksen alkukeskustelujen aikana osastonhoitaja ja nimetty perehdyttäjä varmistavat, että uudella työntekijällä on peruskoulutuksen antamat valmiudet toteuttaa lääkehoitoa. Lääkehoidon perehdytyksen tavoitteena on, että uusi työntekijä hallitsee perehdytyksensä jälkeen koko työyksikössä toteutettavan lääkehoidon prosessin. Työyksikön lääkehoidon prosessi on kuvattu osaston lääkehoitosuunnitelmassa. Lääkehoitoon liittyy paljon lainsäädäntöön ja lupakäytäntöihin liittyviä osa-alueita, joiden perehdyttäminen osastonhoitajan on hyvä osallistua. (STM 2005, 47.)

3.3.1 Perehdytys käsitteenä

Perehdyttämisellä tarkoitetaan toimenpiteitä, joilla uusi työntekijä tutustuu uuden työpaikkansa organisaatioon, toimintatapoihin, henkilöstöön ja työtehtäviinsä. Uuden työntekijän

perehdytykseen sisältyvät alku- ja yleisperehdytys ja varsinainen työhön opastaminen. Perehdyttämistä tarvitsevat ensisijaisesti uudet työntekijät, mutta myös pitkään työstä poissa olleet ja organisaation sisällä työtehtäviä vaihtavat tarvitsevat perehdytystä suoriutuakseen työtehtävistään. Tämän lisäksi työyksikössä tapahtuvat muutokset, kuten työtehtävien ja työmenetelmien ja uusien laitteiden käyttöönotto vaativat koko henkilöstön perehdyttämistä. (Rainio 2008, 4; Kupias & Peltola 2009, 18- 19.)

Perehdyttämisen suunnittelua ja toteuttamista ohjaavat lainsäädännön lisäksi yhteiskunnalliset tarpeet ja keskustelu, vallalla olevat käsitykset hyvästä perehdyttämisestä, sekä työmarkkinatilanne (Kuva 3). Lainsäädäntö määrittelee minimitason työntekijöiden perehdyttämisessä huomioitavista asioista. Perehdyttämistä ohjaavat erityisesti työsopimuslaki, työturvallisuuslaki ja laki yhteistoiminnasta yrityksissä. (Rainio 2005,4; Kupias & Peltola 2009, 16.) Myös organisaation toiminnan strategiset päämäärät ja toimintakonseptit vaikuttavat uusien työntekijöiden perehdyttämiseen. Organisaation toimintakonseptilla tarkoitetaan pelisääntöjä, toimintatapoja ja työnjakoa, joiden avulla organisaation strategiaa toteutetaan. Strategia ja toimintakonsepti taas vaikuttavat organisaation perehdytyskonseptiin eli siihen miten uuden työntekijän perehdytyksen suunnittelu ja toteuttaminen käytännössä organisoidaan. (Kupias & Peltola 2009, 43.)



Kuvio 3: Perehdytyksen pelikenttä (mukaillen Kupias & Peltola 2009, 10)

Sairaaloilla on yleensä omat viralliset perehdytysohjelmansa, mutta tämän lisäksi tarvitaan yksikkökohtaisia perehdytysohjelmia, jotka sisältävät työyksikön toimintaa ohjaavat toiminta-

tavat, arvot, periaatteet ja säännöt sekä yksityiskohtaiset kuvaukset työtehtävistä, joihin uutta työntekijää ollaan perehdyttämässä. Työyksikön perehdytysuunnitelmassa tulee myös määritellä kuinka kauan uusi työntekijä ei kuulu työvoimavahvuuteen. Uudelle työntekijälle tulisi osoittaa ainakin yksi nimetty perehdyttäjä. Osastonhoitajien tehtäviin kuuluu rakentaa osastolle oppimista salliva ja edistävä ilmapiiri. Osastonhoitajat vastaavat myös siitä, että työyksiköstä löytyy kirjallinen perehdytysohjelma. (Kupias & Peltola 2009, 18- 19; Koskue 2008, 9; Lahti 2007, 58- 59; Taurus 2006,71- 72; Salonen 2004, 68- 69; Rainio 2005, 4-12.)

Osastonhoitaja vastaa työyksikkönsä perehdytyksen kokonaisuudesta, vaikkei osallistuisikaan itse työtehtävien perehdyttämiseen. Uuden työntekijän perehdyttäjänä toimivat yleensä työyhteisön jäsenet. Osastonhoitajan tehtävänä on työvuorosunnittelun avulla luoda mahdollisuudet perehdytyksen suunnitelmalliselle toteuttamiselle, arvioinnille ja kehittämiselle. Nimetylle perehdyttäjälle ja perehdytettävälle tulee antaa tarpeeksi yhteistä aikaa toteuttaa osaston perehdytysuunnitelmaa. Osastonhoitajan aktiivinen rooli perehdytyksessä vahvistaa hoitotyöntekijöiden työhön sitoutumista sekä edistää myönteistä työnantajakuva ja organisaation imagoa. (Koskue 2008, 37; Lahti 2007, 58- 59; Peltokoski 71; Taurus 2006,71- 72; Salonen 2004, 68.)

3.3.2 Perehdytyksen suunnittelu ja arviointi

Uuden työntekijän yksilöllisyys, aikaisempi osaaminen ja työhistoria tulee huomioida suunniteltaessa perehdytyksen sisältöä ja kestoja. Perehdytyksen aikana käydyt arviointikeskustelut on todettu erittäin tärkeiksi ammatillisen oppimisen edistäjiksi (Koskue 2008, 37; Lahti 2007, 58- 59; Taurus 2006,71- 72; Salonen 2004, 68- 69). Perehdytyksen alussa käytyjen arviointikeskustelujen aikana esimies, nimetty perehdyttäjä ja uusi työntekijä tutustuvat toisiinsa ja voivat yhdessä miettiä, mikä olisi paras tapa saavuttaa perehdytysohjelman mukaiset tavoitteet. (Koskue 2008, 37.)

Osastonhoitajan on saatava nimetyltä perehdyttäjältä ja työyhteisöltä palautetta uuden työntekijän perehdytyksen etenemisestä, jotta mahdollisiin ongelmiin voidaan ajoissa puuttua. Työyhteisö ei kuitenkaan aina ole halukas antamaan negatiivista palautetta. Perehdytykseen liittyvät ongelmat vaikuttavat kuitenkin koko työyhteisön ilmapiiriin ja kaikki osapuolet kärsivät. (Guhde 2005, 145.) Pahimmillaan ongelmat saattavat ilmetä potilasturvallisuuden vaarantavana tiedon- ja ammattitaidon puutteena; potilaan fyysisen hoitamisen, lääkehoidon, kirjaamisen, teknisten taitojen, stressinhallinnan ja kriittisen päätöksenteon osalla. Tällöin ratkaisuna on yksilöllisesti räätälöity lisäkoulutus siirtäminen toisentyyppiseen työyksikköön organisaation sisällä tai työsuhteen purkaminen koeajan päätyttyä (Fahje, McMyler & Mateo 2001,142.)

Oman haasteensa perehdytyksen suunnittelulle tuo oikean perehdyttäjän valitseminen uudelle työntekijälle. Onnistuneen perehdytyksen edellytyksenä on, että uuden työntekijän oppimistyylit ja perehdyttäjän ohjaustyyli kohtaavat. (Fahje 2001, 142; Kupias & Peltola 2009, 43; Rainio 2005, 5.) Nykypäivänä työyksiköissä saattaa työskennellä hoitajia neljästä eri sukupolvesta; vuosina 1925- 1945 syntyneet veteraanit, vuosina 1946- 1964 syntynyt sotien jälkeinen sukupolvi, vuosina 1965- 1980 syntynyt, X-sukupolvi ja vuosina 1980- 2003 syntynyt Y- sukupolvi. Jokainen sukupolvi on elänyt täysin erilaisessa maailmassa, mikä vaikuttaa kunkin sukupolven edustajien, arvoihin ja motiiveihin. Tämä on asia, joka tulee myös huomioida, kun uudelle työntekijälle nimetään perehdyttäjää. (Lavoie-Tremblay, Leclerc, Marchionni & Drevniok 2010, 3.)

Heizenrothin (1996) mukaan työyksikön perehdytysohjelmaa voidaan pitää onnistuneena, kun perehtyjä saavuttaa perehdytysohjelman tavoitteet ja jää uuteen työyksikköön työhön (Saastamoinen 2005, 15). Hoitotyön perehdyttämisestä tehdyt tutkimukset suosittelevat pitkiä 3-12 kuukautta kestäviä perehdytysohjelmia, joissa uudelle työntekijälle on nimetty ainakin yksi perehdyttävä. Olsonin ym. (2001) tutkimusten mukaan perehdytysaika voi olla huomattavasti lyhyempikin, mikäli sairaaloilla on käytössään hyvin suunniteltu perehdytysohjelma ja uusilla työntekijöillä on nimetty perehdyttävä (Lahti 2007, 23- 24.) Uudelta työntekijältä saattaa kuluakin jopa 9- 12 kuukautta, ennen kuin hän pystyy työskentelemään täysin itsenäisesti (Casey, Fink, Krugman & Propst 2004, 310).

Perehdytyksen keston vaikuttavat myös käytettävissä olevat resurssit. Uusi työntekijä voi vain rajallisen ajan olla työvoimavahvuuden ulkopuolella. Perehdytyksen ei kuitenkaan tarvitse päättyä vaan se voi muuttua mentoroinniksi, jossa uudelle työntekijälle ja nimetylle perehdyttäjälle annetaan mahdollisuus säännölliselle keskustelulle. Vaikka uusi työntekijä ja nimetty perehdyttävä eivät enää työskentelisi työparina, samoissa vuoroissa pitää heille antaa suunnitellusti mahdollisuus keskustella perehdytyksen etenemisestä. (Salonen 2004, 68.)

3.3.3 Mentorointi

Mentoroinnilla tarkoitetaan kokeneen työntekijän (mentorin) kokemusten, osaamisen ja ennen kaikkea ”hiljaisen tiedon” siirtämistä kokemattomalle työntekijälle (aktorille). Mentorointi perustuu mentorin ja aktorin avoimeen ja luottamukselliseen vuorovaikutussuhteeseen, jossa molemmilla on mahdollisuus ammatilliseen kasvuun. Perehdytystyylinä mentorointi soveltuu hyvin uusien työntekijöiden perehdytykseen ja opiskelijoiden ohjaukseen. Kokeneille sairaanhoitajille mentorointi antaa mahdollisuuden siirtää osaamistaan ja kokemustietoa työyksikön kokemattomille hoitajille. (Lahti 2007, 17; Salonen 2004, 71.)

Fawcett (2002) ja Kokko (1999) toteavat, että pätevällä mentorilla on työuran antamaa kokemusta, elämän tuomaa viisautta sekä kiinnostusta käyttää aikaansa muiden opettamiseen. Tämän lisäksi pätevä mentori on pitänyt ammatillisen osaamisensa ajan tasalla. Pätevälle mentorille on myös ominaista, että hän ymmärtää erilaisten työtapojen tarjoamat mahdollisuudet. (Saastamoinen 2005, 16.)

Hyvä mentori on työyhteisössä arvostettu ja tehtäväänsä sitoutunut henkilö, jolta edellytetään sekä koulutuksen-, että kokemuksen tuomaa hiljaista tietoa. Mentori toimii uuden työntekijän motivaattorina, tukihenkilönä ja työyhteisön asiantuntijana. Mentori toimii myös koordinaattorina uuden työntekijän ja työyksikön esimiehen välillä. Perhdytyksessä mentoiminnin tavoitteena on uuden työntekijän voimaannuttaminen, mutta parhaimmillaan myös mentori voimaantuu. (Jokinen, Mikkonen, Jokelainen, Turjamaa & Hietämäki 2010, 62- 63.)

4 Kehittämistoiminnan menetelmät

4.1 Juurruttaminen

Vuosina 1997-1999 toteutettiin VTT:llä Tuotekonseptista markkinoille-hanke, eli Tuma-hanke. Hankkeella pyrittiin luomaan erityisesti terveydenhuollon markkinoille soveltuvaa lähestymistapaa, jonka avulla uudenlaisten, laadukkaiden ratkaisujen kehittäminen ja käyttöönotto helpottuisivat. Hankkeessa kehitettyä lähestymistapaa alettiin kutsua juurruttamiseksi. (Kivisaari 2001, 16-21.)

Juuruttamisella tarkoitetaan yhteisöllistä oppimisprosessia, jossa tuotetaan uutta tietoa vertailemalla käytännön toiminnassa olevaa hiljaista tietoa ja tutkittua teoreettista tietoa. Kyseessä on vuorovaikutteinen oppimisprosessi, johon osallistuva verkosto kehittyy ja muuttuu koko prosessin ajan. Verkosto koostuu tuottajista, käyttäjistä ja yhteiskunnallisista toimijoista. Rungas vuorovaikutus toimijoiden kesken on olennainen tekijä juurruttamisessa ja sen salliminen ja edistäminen ovat haasteellisia johtamisen tehtäviä. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005; Kivisaari 2001, 16-21.)

Tuma-hankkeessa saatujen kokemusten mukaan palvelun kehityksen, pilotoinnin ja lanseeraamisen vaiheita on vaikea erottaa toisistaan. Koska tuotteen kehittäminen ja markkinoiden rakentaminen ovat niin voimakkaasti sidoksissa toisiinsa, alkaa tuotteen yhteiskuntaan juurruttaminen jo tuotekonseptin kehittämisvaiheessa. (Kivisaari 2001, 16-21.)

Kivisaaren (2001, 16-21) mukaan tuotekonseptin kehityspolulla on kolme ydinkysymystä, joita voidaan kutsua juurruttamisprosessin ydinkysymyksiksi. Seuraaviin kolmeen kysymykseen kehittäjien tulee hakea vastausta kerta toisensa jälkeen.

- Minkälaista tuotetta tai palvelua kehitetään?
- Minkä tahojen asiantuntemusta ja hyväksymistä tarvitaan kehittämistyöhön?
- Mitkä ovat eri osapuolien intressit osallistua kehittämiseen?

Koko prosessin ajan nämä kysymykset ovat jatkuvan uudelleenarvioinnin ja huomion kohteena. Konseptin alustava hahmotus luodaan jo tuoteidean syntyessä. Tällöin myös valitaan sopivat henkilöt työstämään ideaa ja selvitetään jokaisen oma rooli kehittämistyössä. Kysymysten tullessa uudelleen pohdittaviksi, on näkemys kehitysyhteistyöstä ja sen kohteesta jo tarkentunut ja konkretisoitunut. Tuotteesta ja sen kytkeytymisestä käyttöympäristöön syntyy jäsen-tyneempi käsitys, ja näiden seikkojen valossa voidaan valita ehkä uusiakin osapuolia kehittämisprojektiin. Samalla syntyy tarve heidän sitouttamisestaan projektiin. Kolmannella kerralla tuote on saanut entistä selkeämmän hahmon ja syntyy uusi tarve toimijoiden asiantuntemuksen ja hyväksymisen saamiseksi. Osapuolien sitouttaminen toimijaverkoston uusiutuessa vaatii aina ponnistelujia. (Kivisaari 2001, 16- 21.)

Se, kuinka monta kertaa kysymyksiin joudutaan miettimään vastauksia, ei ole olennaista. Koska kyseessä on oppimisprosessi, on lopullisten oikeiden vastausten antaminen mahdotonta. Täytyy myös huomioida, että ydinkysymysten vastaukset ovat aina suhteessa toisiinsa, joten kun tapahtuu muutos yhden kysymyksen suhteen, on muitakin vastauksia arvioitava uudelleen. Kehitysprosessin aikana kumuloituvan tiedon hyödyntäminen sekä ympäristön ja kehityskohteen ymmärtäminen on olennaista. Tältä pohjalta arvioidaan kehitysprosessin tilaa uudelleen. (Kivisaari 2001, 16- 21.)

Kehittämistoimintaan osallistuessaan organisaatiot tuovat aina mukanaan omat kulttuurinsa, arvonsa, päämääränsä, tavoitteensa, käsityksensä ja tapansa toimia. Lisäksi organisaatiot muodostuvat useista eri tasoista, kuten työyksiköt, työyhteisöt, yksilöt ja ammattikunnat. Jokaisella tasolla on myös omat kulttuurinsa, arvonsa, päämääränsä, tavoitteensa, käsityksensä ja tapansa toimia. Yhteiselle kehittämistoiminnalle on aluksi muodostettava yhteinen merkitys, johon molempien organisaatioiden eri tasojen kulttuurit vaikuttavat. (Ahonen ym. 2005.)

Yhteisen kehittämistoiminnan tavoitteena tulisi olla hoitotyön näkyvän toiminnan muutos, eikä ainoastaan sen taustalla olevien hoitajien ajattelun muutos. Mikäli näkyvää toimintaa muutetaan vain määräyksestä, ei muutos jää pysyväksi. Hoitajien ajattelun tulisi muuttua yhteisen oppimisen seurauksena tuotetun tiedon pohjalta. (Ahonen ym. 2005.)

Juuruttamisen mallia voidaan syventää, kun sitä tarkastellaan Nonakan ja Takeuchin (1995) kuvaaman tiedontuottamisprosessin kautta. Heidän mallissaan on kuvattu organisatorisen tiedon tuottamisen prosessia eksplisiittisen ja hiljaisen tiedon vuorovaikutuksen kautta. Hiljaisella tiedolla tarkoitetaan kokemuksellista tietoa ja sitä on vaikea esittää formaalissa muodossa. Esimerkkejä hiljaisesta tiedosta ovat esimerkiksi uskomukset ja mielikuvat. Nimenomaan hiljaisen tiedon siirtäminen on kiinnostava kysymys organisaatioiden yhteistyössä. (Kivisaari 2001, 16-21.)

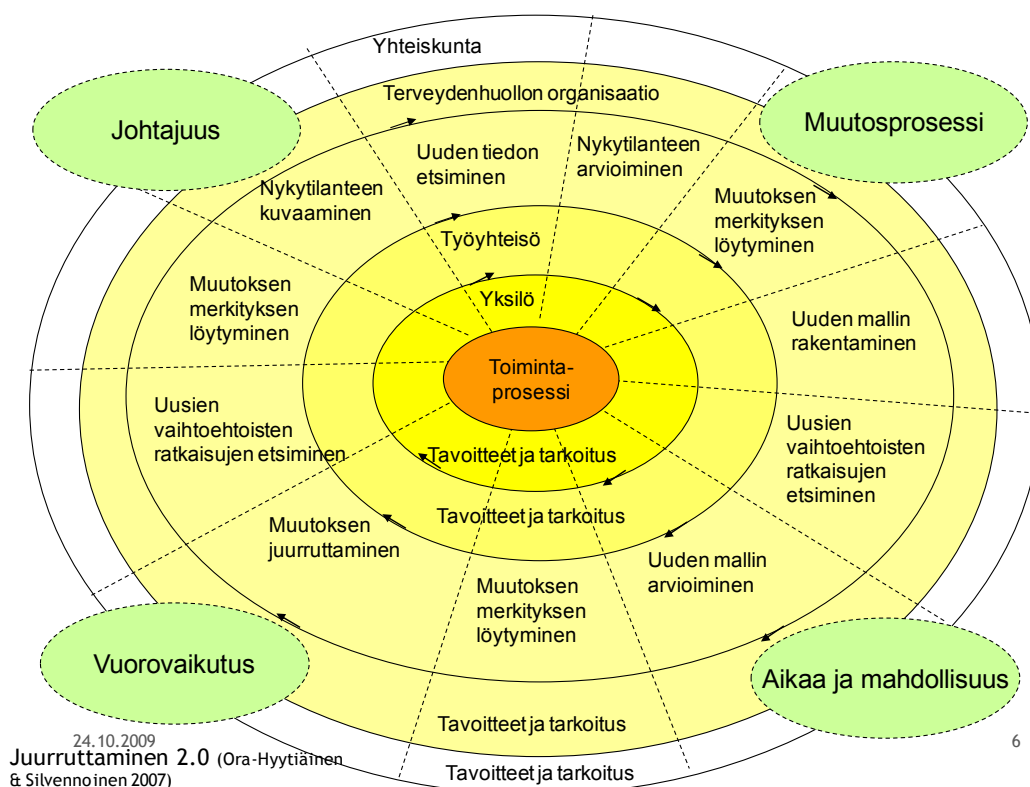
Nonakan ja Takeuchin (1995) mukaan tieto käy läpi neljä vaihetta: sosialisointi, ulkoistamisen, yhdistämisen ja sisäistämisen. Yhteiset kokemukset ovat edellytys sille, että hiljaista tietoa voidaan siirtää toiselle hiljaiseksi tiedoksi. Hiljaisessa tiedossa on kyse huomaamatta omaksutuista toimintatavoista. Sitä voidaan siirtää esimerkiksi yhdessä työskenneltäessä. Tyypillisimmillään sosialisointi on perinteisessä harjoittelussa, jossa harjoittelija oppii hiljaisen tiedon käytännön kokemuksen kautta, eikä oppikirjoista. Hiljaista tietoa ulkoistettaessa eksplisiittiseksi tiedoksi edellytetään sen artikulointia. Jaettuna toisille sitä voidaan käyttää uuden tiedon pohjana. (Kivisaari 2001, 16- 21.)

Yritysten ja julkisten organisaatioiden keskinäisessä kehitystyössä on runsaasti hiljaista tietoa. Sen artikuloiminen olisi erittäin tärkeää. Kun julkilausuttua tietoa jäsennetään, on kyse yhdistämisestä. Sisäistäminen puolestaan tarkoittaa sitä, että saatu tieto muuttuu tiedostamattomaksi toiminnaksi. Kun juuruttamisen malli siirtyy palveluorganisaatioissa toimintaa ohjaavaksi ajatteluksi ja automaattiseksi toiminnaksi, on kyse tiedon sisäistämisestä. Nonakan ja Takeuchin (1995) tiedontuottamismalli liittyy juuruttamisen malliin kahdella tavalla. Mikäli juuruttamisen ydinkysymyksiin vastatessa käydään läpi edellä kuvatut tiedon tuottamisen vaiheet, tuotetaan uutta tietoa. Toisaalta juuruttaminen kaikkine vaiheineen voidaan nähdä pyrkimyksenä sisäistää vuorovaikutuksellisen kehittämistyön malli. (Kivisaari 2001, 16- 21.)

Toimijoiden roolit muuttuvat kehittämisessä perinteisistä ja totutuista uusiksi. Perinteisen opiskelijan roolista poiketen on opiskelija kehittämistyöryhmän aktiivinen jäsen ja työskentelee tasavertaisena hoitajien rinnalla. Hän kantaa myös oman osansa hoitotyön kehittymisen vastuusta. Hoitajan rooli on myös toisenlainen kuin perinteinen harjoittelun ohjaajan rooli. Hän toimii aktiivisena ja vastuullisena työnsä kehittäjänä. Myös opettajat joutuvat muuttamaan omaa rooliaan. Perinteisen tiedon välittäjän roolin sijaan opettaja on yhteisöllisen oppimisen osapuoli, joka edistää uuden tiedon ja osaamisen leviämistä siirtämällä sitä opetuksensa. (Ahonen ym. 2005.)

Juuruttaminen on kierroksittain etenevä prosessi (kuvio 4), jonka ensimmäisellä kierroksella kehittämistoimintaan osallistuvat osapuolet kuvaavat nykyistä tilannetta kehitettävällä osaluueella. Ensimmäisellä kierroksella siis tehdään hiljaista tietoa näkyväksi. Toisella kierroksel-

la puolestaan jäsenetään nykyisiä käytäntöjä teoreettiselle tasolle, eli toisin sanottuna tieto muutetaan tarkasteltavissa oleviksi käsitteiksi. Näitä käsitteitä voidaan tarkastella työyhteisössä ja näin tunnistaa kehitystä kaipaavat kohdat. Kolmannen kierroksen aikana kehitystä kaipaavia kohtia tarkastellaan ja verrataan aiempaan tutkittuun tietoon. Tämän pohjalta voidaan tuottaa ehdotus uudeksi toimintamalliksi. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005b, 5- 6.)



Kuvio 4: Juurruttaminen 2.0 (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)

4.2 Teemahaastattelu

Haastattelu on joustava tiedonkeruumenetelmä, joka sopii käytettäväksi moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin. Haastattelu antaa mahdollisuuden olla kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa ja tutkittavat voivat kertoa omia kokemuksiaan ja itseään koskevia asioita. Varsinkin kvalitatiivisessa tutkimuksessa haastattelua on käytetty pääasiallisena tutkimusmenetelmänä. Haastattelun etuna on se, että aineiston keruuta voidaan säädellä tilanteen mukaan ja vastaajaa myötäillen. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2008, 199- 200.)

Haastattelu sopii hyvin aineistonkeruumenetelmäksi myös silloin, kun tutkijat eivät etukäteen tiedä vastausten suuntia, tai jos tiedossa on jo etukäteen, että vastaukset tulevat olemaan monitahoisia. Haastattelussa nähdään myös vastaajan ilmeet ja eleet. Haastateltava voi myös kertoa aiheesta ennakoitua laajemmin, jolloin tutkija voi selventää saatuja vastauksia esimerkiksi pyytämällä perusteluja. Haastatteleamalla voidaan tutkia myös vastaajalle arkoja ja vaikeita asioita. (Hirsjärvi ym. 2008, 200.)

Haastattelun etuihin kuuluu se, että ihmiset yleensä saadaan mukaan tutkimukseen. Haastateltavat on myös helppo tavoittaa jälkikäteen esimerkiksi lisäkysymyksiä tai tarkennuksia varten. Haastattelun haittapuolia ovat sen hitaus. Haastattelut vievät aikaa ja vaativat huolellista suunnittelua. Haastateltavat voivat myös kokea haastattelutilanteen epämukavaksi ja uhkaavaksi tai saattavat antaa vastauksia, joiden he ajattelevat olevan sosiaalisesti hyväksyttäviä. (Hirsjärvi ym. 2008, 201.)

Tutkimushaastattelut on jaettu kolmeen eri ryhmään sen mukaan miten strukturoituja ja muodollisia haastattelutilanteet ovat. Strukturoidussa, eli lomakehaastattelussa kysymykset ja väittämät ovat täysin ennalta määrättyjä. Avoimessa haastattelussa tiettyyn aiheeseen liittyvää keskustelua käydään täysin vapaasti. Haastateltavan ajatuksia käsitellään siinä järjestyksessä, kuin ne keskustelun aikana tulevat esille. (Hirsjärvi ym. 2008, 204.)

Teemahaastattelu on strukturoidun ja vapaan haastattelun välimuoto. Tyypillisesti haastattelun teemat ovat ennalta tiedossa, mutta kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa ja järjestystä. Teemahaastattelulla saadut vastaukset voidaan muuttaa myös määrälliseen muotoon, jolloin aineistosta voidaan laskea esimerkiksi frekvenssejä. Tilastollisilla menetelmillä aineistoa voidaan analysoida ja tulkita monin eri tavoin. (Hirsjärvi ym. 2008, 203.)

Teemahaastattelun teemat muodostuvat tutkimuksen teoreettisista peruskäsitteistä. Haastattelurunkoa laadittaessa ei tehdä yksityiskohtaisia kysymysluetteloita. Haastattelurunkona toimii teema-alueuettelo, joka toimii haastattelutilanteessa keskustelua ohjaavan muistilistana. Haastattelutilanteessa teema-alueita tarkennetaan kysymyksillä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 66.)

4.3 Sisällön analyysi

Litteroinnilla tarkoitetaan tutkimusaineiston sanasanaista puhtaaksikirjoittamista. Se voidaan tehdä koko aineistosta tai teema- alueittain. Tutkijoiden on tiedettävä, minkälaista analyysiä aineistosta ollaan tekemässä ja käytetäänkö analysointiin jotain tietokoneille suunniteltua analyysiohjelmaa. (Hirsjärvi ym. 2008, 217; Hirsjärvi & Hurme 2008, 138.)

Sisällönanalyysin avulla tutkimusaineisto järjestetään sanalliseen, selkeään ja tiiviiseen muotoon, jotta tutkittavasta ilmiöstä voitaisiin tehdä luotettavia johtopäätöksiä. Milesin ja Hubermannin (1994) mukaan aineistolähtöinen analyysi on kolmevaiheinen prosessi: aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteidenluominen. (Tuomi & Sarajärvi. 2009, 108.)

Aineiston redusointivaiheessa litteroidusta aineistosta etsitään tutkimustehtävän kysymyksiä kuvaavia ilmaisuja. Löydetyt ilmaukset voidaan esimerkiksi alleviivata tekstistä erivärisillä kynillä, jonka jälkeen ne listataan peräkkäin erilliselle paperille. Aineiston klusterointivaiheessa aineiston redusoiduista ilmauksista etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat asiat ryhmitellään luokiksi, jotka nimetään sen sisältöä kuvaavalla käsitteellä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110- 111.)

Aineiston abstrahointivaiheessa erotellaan tutkimuksen kannalta olennainen ja epäolennainen tieto. Valikoidusta tiedosta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä pyritään käsitteitä yhdistelemällä saamaan vastaus tutkimustehtävään. Tulokset esitetään empiirisestä aineistosta muodostettuina malleina, käsitejärjestelminä, käsitteinä tai aineistoa kuvaavina teemoina. Analyysin kaikissa vaiheissa pyritään ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.)

5 Kehittämistoiminnan toteutus

5.1 Kehittämistoiminnan eteneminen

Turvallisen lääkehoidon kansainvälinen hanke aloitettiin helmikuussa 2009, jolloin julkaistiin hankkeeseen valitut opiskelijat. Yhteistyösopimus työelämän edustajien kanssa allekirjoitettiin toukokuussa 2009 ja työryhmä asetti tavoitteekseen, että opinnäytetyö valmistuu viimeistään toukokuussa 2010. Työryhmään kuuluu kaksi Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan toimipisteen sairaanhoitajaopiskelijaa, neljä työelämän edustajaa sekä kaksi ohjaavaa opettajaa.

Työryhmä on kokoontunut opinnäytetyöprosessin aikana kuukausittain. Työryhmän työelämäedustajat ovat osastotunneilla kertoneet opinnäytetyöprosessin etenemisestä koko hoitohenkilökunnalle. Hankkeeseen kuului tiedonhakumatka Tanskaan, jossa opinnäytetyötä esiteltiin Vejlen sairaalan osasto A150 henkilökunnalle. Opinnäytetyöprosessi suunniteltiin ja aika-
taulutettiin huolellisesti ja prosessi eteni alkuperäisen suunnitelman mukaisesti(Liite 1).

5.1.1 Lääkehoidon nykytilan kartoitus

Kesän 2009 aikana kartoitettiin Lohjan sairaalan kirurgisen vuodeosaston lääkehoidon nykytilaa. Tiedonhankintamenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, jonka runko (Liite 2) perustuu sosiaali- ja terveysministeriön Turvallisen lääkehoidon- oppaaseen. Teemahaastattelu toteutettiin kesäkuussa 2009 ja haastatteluun osallistui kaksi työelämän edustajaa. Haastattelussa tehtyjen muistiinpanojen tueksi opiskelijat saivat osaston vuonna 2007 tekemän lääkehoidosuunnitelman, joka perustuu sosiaali- ja terveysministeriön turvallinen lääkehoito-oppaaseen.

Haastattelu litteroitiin ja sen pohjalta laadittiin osaston lääkehoidon nykytilannetta kuvaava käsittekartta. Lohjan sairaalan kirurgisella vuodeosastolla toteutettava lääkehoito oli sisällöltään niin laaja, ettei käsittekarttaa saatu mahtumaan yhdelle A4-arkille, vaan jokaisesta lääkehoidon osa-alueesta tehtiin oma käsittekarttansa. Osaston lääkehoidon nykytilaa kuvaavat käsittekartat löytyvät myös opinnäytetyön tuotoksena syntyneestä perehdytysmateriaalista (Liite3).

Läkehoidon nykytilaa kuvaavat käsittekartat esiteltiin työyhteisölle osastotunnilla syyskuussa 2009. Osastotunnilla olivat läsnä työryhmän opiskelijat, ohjaavat opettajat, työryhmän työelämän edustajat sekä työyhteisön hoitohenkilökuntaa. Työyhteisö valitsi lopulliseksi kehittämiskohteeksi lääkehoidon perehdytyksen. Työyhteisössä oltiin kiinnostuneita työryhmän ehdotuksesta kehittää lääkehoidon perehdytystä tukeva muistilista, sekä ehdotuksesta lääkehoidon perehdytyksen uuteen työnjakoon ja perehdytyksen aikatauluun.

5.1.2 Uuden toimintamallin kehittäminen

Syksyn 2009 aikana opiskelijat hakivat tutkittua tietoa kehitettävän toiminnan tueksi. Työelämän edustajat olivat erityisen kiinnostuneita miten kirjallisuudessa käsiteltiin esimiehen roolia ja vastuuta perehdytyksessä. Tämän lisäksi työryhmän työelämäedustajien ehdotuksesta päätettiin, että opinnäytetyöstä rajataan verivalmisteisiin liittyvä perehdytys pois. Opinnäytetyön lopulliseksi kehittämiskohteeksi muodostui siis Lohjan sairaalan kirurgisen vuodeosaston osaston lääke- ja nestehoidon perehdyttäminen.

Läkehoidon nykytilannetta kuvaavat käsittekartat päätettiin jättää myös lopulliseen lääkehoidon perehdytyksen muistilistaan. Työryhmä halusi, että koko hoitohenkilökunta saa osallistua lopullisen perehdytysmateriaalin kehittämiseen ja käsittekartat sisältävä ehdotus lääkehoidon perehdytyksen muistilistaksi jätettiin hoitohenkilökunnan luettavaksi ja kommentoitavaksi tammikuun 2010 ajaksi. Alkuperäinen ajatus oli, että muistilistasta tulee A5-kokoinen

vihko. Hoitohenkilökunta oli kuitenkin sitä mieltä, että A5-kokoisessa vihkossa teksti ja käsitekartta olivat liian pienet ja vaikeasti luettavissa. Hoitohenkilökunnan kommenttien pohjalta työryhmä päätti, että lopullisessa versiossa käytetään kokoa A4. Osa henkilökunnasta koki käsitekartat selkeiksi ja osa taas kovin sekaviksi. Lopulliseen versioon työryhmä päätti käsitekarttojen lisäksi laittaa perehdytettävät asiat vielä erikseen taulukoihin käsitekarttojen alle. Tämän lisäksi työryhmän opiskelijat laativat ehdotuksen lääkehoidon perehdytyksen työnjaosta ja perehdytyksen etenemisestä.

5.1.3 Tiedonhakumatka Tanskaan

Turvallisen lääkehoidon kansainväliseen hankkeeseen kuului tiedonhakumatka Tanskaan, joka toteutettiin tammikuussa 2010. Matkan tarkoituksena oli tutustua lääkehoidon perehdyttämiseen Vejlen sairaalan osastolla A150 ja tuoda sieltä hyviä käytäntöjä omaan opinnäytetyöhön. Lääkehoidon hyvien käytäntöjen tuominen sellaisenaan toisesta maasta ei ole ihan yksinkertaista, koska jokaisessa maassa on omat lääkehoitoa koskevat säädöksensä.

Osastolla A150 oli juuri päivitetty koko perehdytysohjelma ja siihen liittyvä perehdytysmateriaali. Perehdytysohjelma oli jaettu hoitotyön eri osa-alueisiin ja jokaisen osa-alueen vastuuhoitaja huolehti oman vastualueensa yleisperehdyttämisestä. Esimerkiksi lääkehoidon perehdytys oli jaettu kahdelle eri vastuuhoitajalle. Toisen vastuualueena oli lääkehoitoon liittyvät laitteet ja toisen vastuualueena olivat lääkehoidon tietojärjestelmät ja käytännön toimintatavat.

Tämän lisäksi jokaisella uudella työntekijällä oli nimetty mentori, joka oli ollut osastolla vähintään kaksi vuotta töissä. Perehdytykseen liittyvä materiaali ja muistilistat lähetettiin uudelle työntekijälle kotiin hyvissä ajoin ennen ensimmäistä työpäivää. Näin uuden työntekijän oli mahdollista tutustua tulevan työpaikkansa käytäntöihin ja vastuualueisiin jo ennakolta. Mielestämme tämä oli hyvä tapa orientoida uusi työntekijä tulevaan perehdytysaikaansa ja ehdotimme vastaavan käytännön aloittamista myös Lohjan sairaalan kirurgisella vuodeosastolla.

Tanskassa potilaiden lääkitystiedot ja lääkkeenjakokortit ovat sähköisessä järjestelmässä ja ainoastaan lääkäri voi tehdä niihin muutoksia omilla henkilökohtaisilla tunnuksillaan. Hoitajat kuittaavat omilla tunnuksillaan potilaiden lääkkeet jaetuksi ja viedyksi potilaalle. Lääkitystietoja ei siis tarvitse kirjata paperilta toiselle kuten Suomessa, joten virhekirjausten riski on pienempi. Myös huumausaineita koskeva lainsäädäntö on Tanskassa erilainen. Huumausaineet kirjataan kuten muutkin lääkkeet, eikä mitään erillistä kirjanpitoa tarvitse tehdä.

Matkan aikana esittelimme myös omaa opinnäytetyö prosessiamme ja Vejlen sairaalan osastolla A150 oltiin hyvin kiinnostuneita Laurea-ammattikorkeakoulun Learning by Developing-toimintamallista ja he toivoivat vastaavanlaisia työelämälähtöisiä hankkeita myös omalle osastolleen.

6 Uusi toimintatapa

Tämän opinnäytetyöprosessin tuotoksena syntyi Lohjan sairaalan kirurgisen vuodeosaston lääkehoitosuunnitelmaan perustuva lääkehoidon perehdytyksen muistilista, joka esitellään tämän opinnäytetyöraportin liitteenä 3. Muistilistan tarkoituksena on yhtenäistää lääkehoidon perehdytyksen sisältöä, selkeyttää työnjakoa sekä luoda suunnitelmallinen aikataulu perehdytyksen etenemiselle. Ehdotus lääkehoidon perehdytyksen etenemisestä ja työnjaosta perustuu tämän opinnäytetyön tietoperustassa käytettyihin lähteisiin.

Läkehoidon perehdytys on osa uuden työntekijän perehdytysohjelmaa. Perehdytysohjelma sisältää kaikki työyksikön toimintaa ohjaavat toimintatavat, arvot, periaatteet ja säännöt sekä yksityiskohtaiset kuvaukset työtehtävistä, joihin uutta työntekijää ollaan perehdyttämässä. Perehdytysohjelman kokonaisuudeksi työryhmä ehdottaa neljää kuukautta, koska myös uuden työntekijän koeaika on HUS-organisaatiossa neljä kuukautta. Perehdytysohjelman sisältö ja aikataulu tulee aina räätälöidä yksilökohtaisesti siten, että uuden työntekijän aikaisempi osaaminen tunnustetaan ja huomioidaan. Läkehoidon osuuden perehdytykseen kuluva aika voi siis olla huomattavasti neljää kuukautta lyhyempikin

Perehdytykseen valmistautuminen

Osaston hoitajan tehtäviin kuuluu lääkehoidon perehdytyksen muistilistan ja muun perehdytysmateriaalin lähettäminen uudelle työntekijälle kotiin ennen työsuhteen alkamista. Näin uudella työntekijällä olisi mahdollisuus orientoitua tulevaan perehdytysaikaan ja arvioida omaa osaamistaan hyvissä ajoin ennen perehdytyksen alkukeskustelua. Osastonhoitajan tehtäviin kuuluu myös nimetyn perehdyttäjän nimeäminen ja työvuorosunnittelu.

- Perehdytyksen ensimmäisen viikon ajan uusi työntekijä ei kuulu osaston vahvuuteen ja työskentelee nimetyn perehdyttäjän parina.
- Perehdytyksen toisella viikolla uusi työntekijä kuuluu osaston vahvuuteen, mutta työskentelee nimetyn perehdyttäjän kanssa samoissa vuoroissa

Perehdytyksen alkukeskustelu

Uuden työntekijän kanssa käydään perehdytyksen ensimmäisten päivien aikana alkukeskustelu, jossa arvioidaan uuden työntekijän osaaminen, asetetaan perehdytykselle tavoitteet ja sovitaan milloin perehdytys päättyy. Alkukeskustelun aikana osastonhoitaja yhdessä nimetyn perehdyttäjän kanssa käyvät läpi lääkehoidon perehdytyksen muistilistasta seuraavat osiot:

- Lääkehoidon tarpeet, sisältö ja toimintatavat
- Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen
- Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako
- Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön lupakäytännöt ja luvan voimassaolo
- Lääkehoidon seuranta ja palautejärjestelmät

Lääkehoitoon liittyvien työtehtävien perehdyttäminen

Varsinainen työtehtäviin perehdyttäminen tapahtuu käytännön työtä tehdessä, nimetyn perehdyttäjän ohjaamana. Perehdytyksen kahden ensimmäisen viikon aikana uusi työntekijä käy nimetyn perehdyttäjän kanssa läpi lääkehoidon muistilistasta seuraavat kohdat:

- Lääkehuolto
- Lääkkeiden jakaminen ja antaminen
- Potilaiden informointi
- Lääkehoidon vaikutusten ja vaikuttavuuden seuraaminen ja arviointi
- Dokumentointi ja tiedonkulku

Perehdytyksen viikoilla 3- 16 uusi työntekijä työskentelee jo itsenäisesti osana osaston vahvuutta. Nimetty ohjaaja toimii edelleen mentorina ja koordinaattorina uuden työntekijän ja osastonhoitajan välillä. Vaikka uusi työntekijä ei enää työskentele nimetyn ohjaan kanssa samoissa vuoroissa, on osastonhoitajan työvuorosuunnittelun avulla tarjottava mahdollisuus uuden työntekijän ja nimetyn perehdyttäjän kahdenkeskiselle keskustelulle.

Perehdytyksen arviointi- ja loppukeskustelut

Perehdytyksen viikoilla 8 ja 12 uusi työntekijä, nimetty perehdyttäjä ja osastonhoitaja käyvät arviointikeskustelun, jossa arvioidaan perehdytyksen etenemistä ja asetetaan tarvittaessa uusia tavoitteita. Ennen perehdytyksen loppumista viikolla 16 osastonhoitaja käy yhdessä uuden työntekijän kanssa perehdytyksen loppukeskustelun jossa arvioidaan perehdytyksen

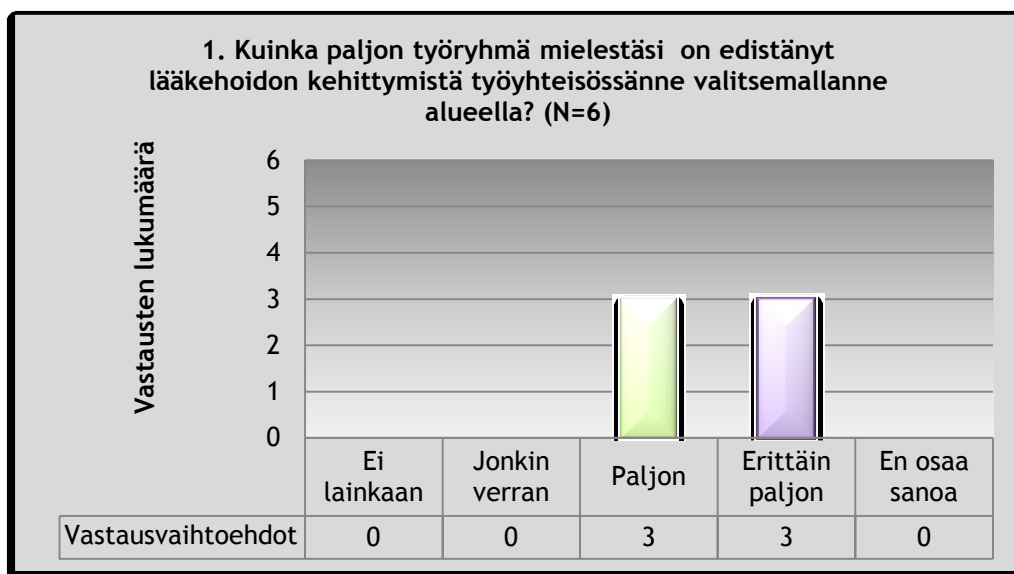
onnistumista. Arviointikeskusteluissa pyydetään myös uutta työntekijää antamaan palautetta saamastaan perehdytyksestä.

7 Kehittämistoiminnan arviointi

7.1 Uuden toimintamallin arviointi

Uutta toimintamallia arvioitiin Elina Ora-Hyytiäisen ja Ritva Hautalan kehittämällä arviointilomakkeella (Liite 4). Arviointilomake sisälsi yhdeksän kysymystä työryhmän toiminnasta ja kehitetyn uuden toimintamallin käyttökelpoisuudesta. Arviointilomake jaettiin työryhmän kaikille kuudelle jäsenelle. Kaikki kyselylomakkeet palautuivat täytettyinä.

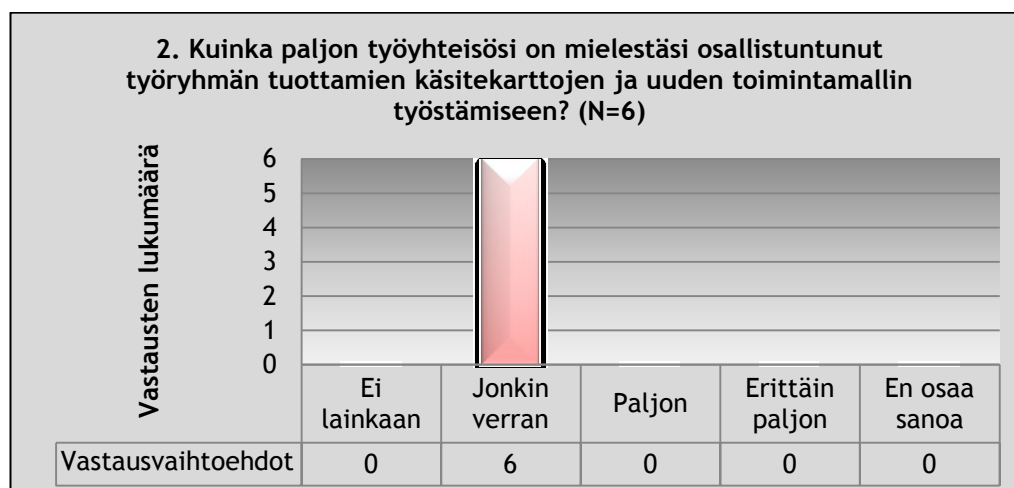
Kyselyn ensimmäisessä kysymyksessä pyydettiin arvioimaan työryhmän toiminnan vaikutusta kehitettävään toimintaan. Työryhmän jäsenistä kolme oli sitä mieltä, että työryhmän toiminta on edistänyt lääkehoidon perehdytyksen kehittämistä paljon ja kolme oli sitä mieltä, että erittäin paljon (Kuvio 5). Avoimissa kommentteissa työryhmän jäsenet toivat esille uuden toimintamallin selkeyttävän osaston lääkehoitosuunnitelman käyttöä perehdytyksen pohjana ja osaston lääkehoitosuunnitelma tulee samalla konkreettisesti näkyväksi osaksi työyhteisön toimintaa.



Kuvio 5: Työryhmän toiminta

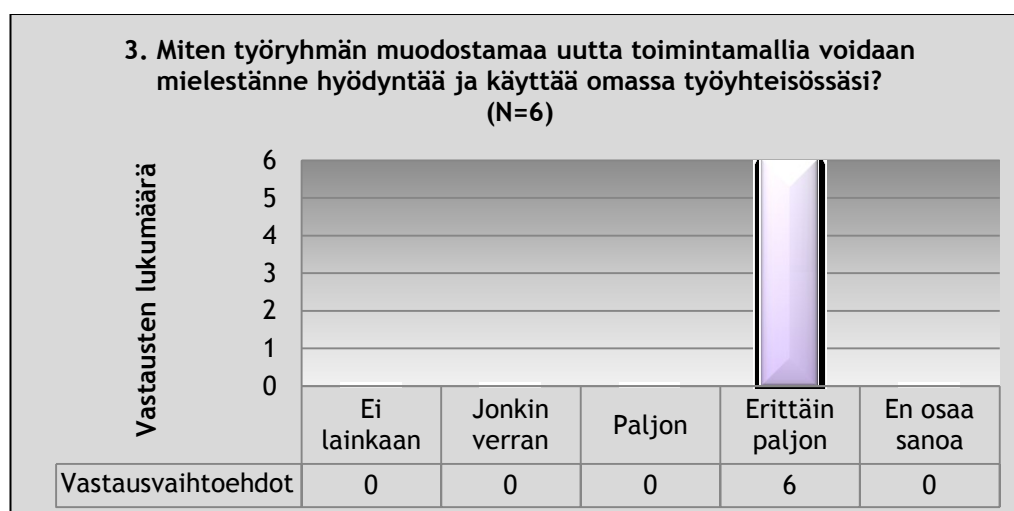
Kyselyn toisessa kysymyksessä pyydettiin arvioimaan kuinka paljon koko työyhteisö osallistui kehittämistyöhön. Työryhmän jäsenistä kaikki kuusi olivat sitä mieltä, että työyhteisö on osallistunut uuden toimintamallin työstämiseen jonkin verran (Kuvio 6). Avoimissa kommentteissa työryhmän jäsenet toivat esille, että tammikuun 2010 aikana, jolloin lääkehoidon perehdytyk-

sen muistilista ja ehdotus lääkehoidon perehdytyksen etenemisestä ja työnjaosta, olivat työyhteisön kommentoitavana, oli työyhteisöllä samanaikaisesti vastattavanaan laaja kansainvälinen tutkimus ja osastolla oli erittäin kiireistä. Tämä vaikutti siihen, että kommentteja saatiin toivottua vähemmän. Työyhteisö kuitenkin pohti ja kommentoi uutta toimintamallia ryhmässä työvuorojen aikana.



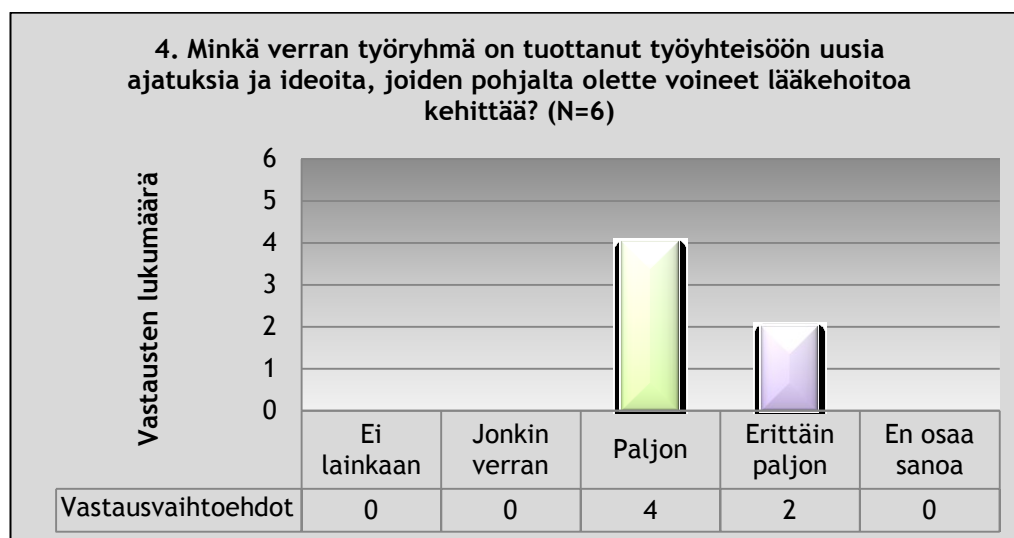
Kuvio 6: Työyhteisön toiminta

Kyselyn kolmannessa kysymyksessä pyydettiin arvioimaan uuden toimintamallin hyödynnettävyyttä työyhteisössä. Työryhmän jäsenistä kaikki kuusi olivat sitä mieltä, että työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan käyttää ja hyödyntää työyhteisössä erittäin paljon (Kuvio 7).



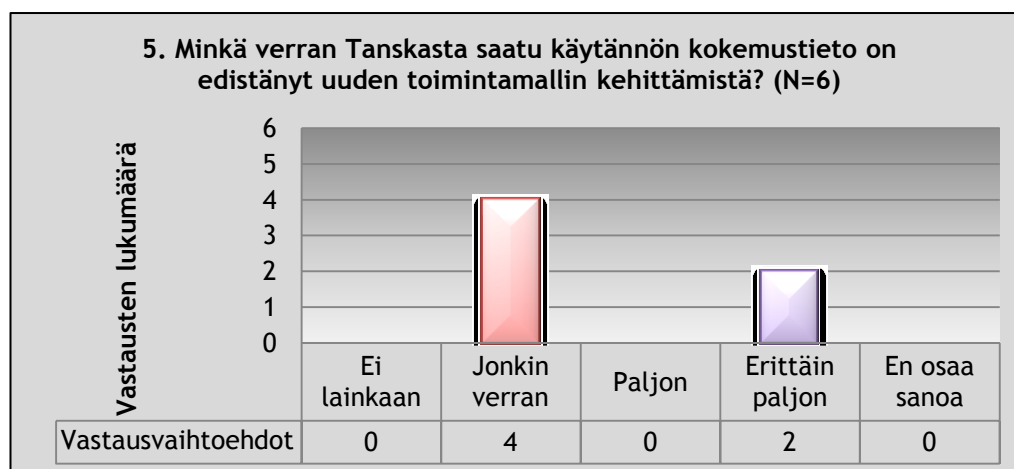
Kuvio 7: Uuden toimintamallin hyödynnettävyys

Kyselyn neljännessä kysymyksessä pyydettiin arvioimaan, minkä verran työryhmä on kehittämistyössään tuonut uusia ajatuksia kehitettävän alueen kehittämiseksi. Työryhmän jäsenistä neljä oli sitä mieltä, että työryhmä on tuottanut työyhteisöön paljon uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta lääkehoitoa on voitu kehittää ja kaksi työryhmän jäsentä oli sitä mieltä, että erittäin paljon (Kuvio 8).



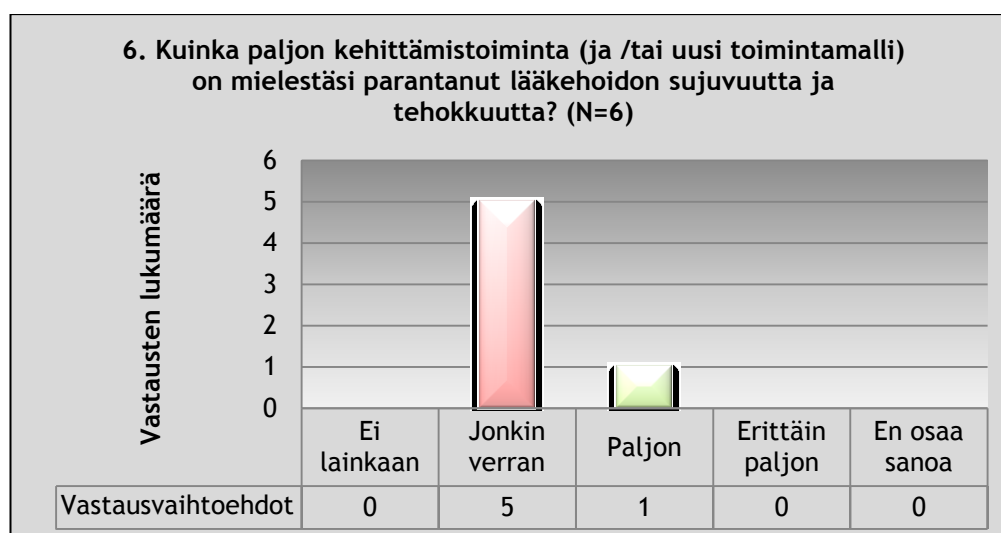
Kuvio 8: Työryhmän tuottamat uudet ajatukset ja ideat

Kyselyn viidennessä kysymyksessä pyydettiin arvioimaan kuinka paljon opinnäytetyöprosessiin liittynyt Tanskan matka vaikutti työryhmän kehittämistyöhön. Työryhmän jäsenistä neljä oli sitä mieltä, että Tanskasta saatu käytännön kokemustieto on edistänyt uuden toimintamallin kehittämistä jonkin verran ja kaksi oli sitä mieltä, että erittäin paljon (Kuvio 9).



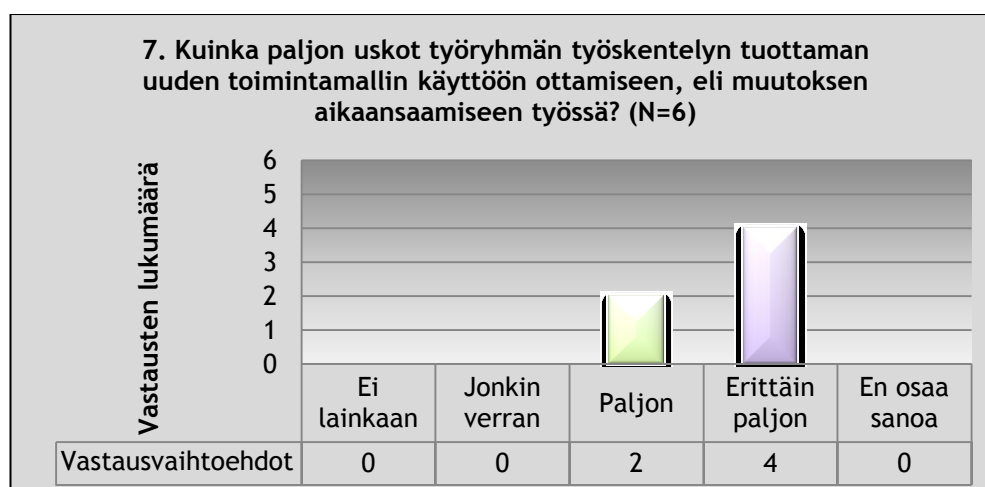
Kuvio 9: Tanskasta saatu kokemustieto

Kyselyn kuudennessa kysymyksessä pyydettiin arvioimaan kehittämistoiminnan vaikutuksia kehitettävän kohteen sujuvuuteen ja tehokkuuteen. Työryhmän jäsenistä viisi oli sitä mieltä, että uusi toimintamalli on parantanut lääkehoidon sujuvuutta tehokkuutta jonkin verran ja yksi oli sitä mieltä, että paljon. Avoimissa kommentteissa työryhmä toi esille, että tähän kysymykseen vastaaminen on vaikeaa, koska uusi toimintamalli ei ole vielä ollut osastolla käytössä (Kuvio 10).



Kuvio 10: Vaikutukset lääkehoidon sujuvuuteen ja tehokkuuteen

Kyselyn seitsemännessä kysymyksessä pyydettiin arvioimaan kuinka paljon työryhmä uskoo uuden toimintamallin käyttöönottoon työyksikössä. Työryhmän jäsenistä kaksi uskoi uuden toimintamallin käyttöönottamiseen ja muutoksen aikaansaamiseen työyhteisössä paljon ja neljä erittäin paljon (Kuvio 11).



Kuvio 11: Uuden toimintamallin käyttöönottaminen

Kyselykaavakkeen 8 kysymys oli avoin, ja siinä pyydettiin kertomaan, mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseksi. Vastauksissa tuotiin ilmi, että uusi toimintamalli ja perehdytyksen muistilista otettaisiin käyttöön heti seuraavan uuden työntekijän perehdytyksessä. Vastauksista tuotiin esille myös se, että uutta toimintamallia voidaan tulevaisuudessa mallintaa myös koko uuden työntekijän perehdytysprosessissa.

Kyselykaavakkeen kysymys 9 oli myös avoin, ja siinä pyydettiin antamaan palautetta kehittämistoiminnasta. Työryhmän vastauksissa kehittämistyö sai kiitosta hyvin onnistuneesta aika- taulutuksesta, hyvästä yhteistyöstä ja uuden toimintamallin käyttökelpoisuudesta.

7.2 Käytettävissä olevan kirjallisuuden arviointi

Turvallisen lääkehoitoon liittyvästä kirjallisuudesta olivat tämän opinnäytetyön kannalta tärkeimpiä Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2006 julkaisema Turvallinen lääkehoito- opas sekä Stakesin ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohdon samana vuonna julkaisema Potilasturvallisuussanasto. Turvalliseen lääkehoitoon liittyvää suomenkielistä kirjallisuutta löytyi melko paljon, eniten liittyen lääkehoidon poikkeamiin. Aiheesta löytyi myös kansainvälistä kirjallisuutta. Turvalliseen lääkehoitoon liittyvän kirjallisuuden löytämistä saattaa vaikeuttaa myös se, että potilasturvallisuuteen liittyvä vakiintunut terminologia on useissa maissa vasta työn alla (Stakes & Rohto 2007). Turvalliseen lääkehoitoon liittyvää kirjallisuutta haettiin Ovid-, Medic-, ja Chinal-tietokannoista käyttäen esimerkiksi seuraavia hakusanoja: turvallinen lääkehoito, potilasturvallisuus, lääkehoito, medical safety, medical error ja patient safety.

Hoitotyön perehdyttämiseen liittyvää suomenkielistä kirjallisuutta löytyi yllättävän vähän, vaikka perehdyttämisestä ja sen tärkeydestä puhutaan jatkuvasti. Lähes kaikissa kirjallisuushaussa löytyneistä pro gradu -tutkielmissa kuvattiin sairaanhoitajien kokemuksia toteutuneesta perehdytyksestään. Yksi pro gradu -tutkielma käsitteli perehdytystä hoitotyön johtamisen osana. Kansainvälistä kirjallisuutta sen sijaan löytyi paljon. Perehdytykseen liittyvässä kirjallisuudessa korostuivat nimetyt perehdyttäjän, perehdytyskeskusteluiden ja koko perehdytysvaiheen merkitys sairaanhoitajan ammatillisessa kehityksessä. Perehdytykseen liittyvää kirjallisuutta haettiin Ovid-, Medic- ja Chinal-tietokannoista mm. seuraavilla hakusanoilla: perehdytys, perehdyttäminen, orientation, orientation material, preceptoring, preceptor, preceptee ja mentor.

Kaikki kirjallisuushaussa löytyneet artikkelit ja pro gradu -tutkielmat on saatu lainattua Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan toimipisteen kirjastosta tai ne ovat olleet verkkojulkaisuja. Yksi pro graduista saatiin kaukolainana ns. lukusalilainaan. Tämän lisäksi työryhmän työelämänedustajat pystyvät hakemaan HUS-intranetista aiheeseen liittyvää kirjallisuutta.

7.3 Työryhmän toiminta

Koko työryhmä on ollut erittäin motivoitunut ja yhteistyö on sujunut hyvin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyöryhmän kaikki palaverit järjestettiin Lohjan sairaalan kirurgisella vuodeosastolla, ja se helpotti työryhmän työelämäedustajien osallistumista projektiin. Työryhmän työelämän edustajat vastasivat opinnäytetyöprosessin etenemisen raportoinnista työyhteisölle. Opinnäytetyön aihe koettiin tärkeäksi ja ajankohtaiseksi ja se motivoi työryhmää työskentelemään entistä ahkerammin.

Työryhmän sairaanhoidon opiskelijoiden keskinäinen työnjako sujui myös hyvin koko prosessin ajan. Töitä voitiin jakaa hyvässä yhteisymmärryksessä ja molemmat tekivät oman osuutensa sovituissa aikatauluissa. Eräs yhteistyötä helpottava tekijä oli se, että työryhmän sairaanhoidon opiskelijat ovat kollegoita myös työelämässä. Ohjaavilta opettajilta saatiin apua ja ohjausta aina tarvittaessa. Ohjaavat opettajat olivatkin suurena apuna opinnäytetyön aiheeseen ja sisältöön liittyvien rajausten tekemisessä.

7.4 Oman oppimisen arviointi

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme oppineet paljon projektityöskentelystä. Tämän projektin aikataulutuksessa onnistuimme mielestämme hyvin ja sen myötä koko prosessi eteni loogisesti. Myös tiedonhakutaidot ovat kehittyneet paljon. Työryhmän työelämän edustajien pitkä työkokemus ja lääkehoitoon perehtyneisyys helpottivat omaa työskentelyämme ja asioista oli helppo keskustella. Lääkehoitoon ja perehdytykseen liittyvistä asioista olemme oppineet paljon, ja tätä tietoa voimme jatkossa hyödyntää missä tahansa työyksikössä.

Tanskaan tehty tiedonhakumatka oli opettavainen kokemus. Hyvien käytänteiden tuominen toisesta maasta ei aina ole ongelmaton, esimerkiksi lainsäädännöstä johtuvien seikkojen vuoksi. Tutustuminen toisen maan hoitokäytäntöihin tuo uusia näkökulmia. Oma projektiämme ajatellen tiedonhakumatka sijoittui liian myöhäiseen vaiheeseen. Matkan ajankohtana oma kehittämistyömme oli jo niin loppuun asti suunniteltu, ettei Tanskalaisen Vejlen sairaalan osaston A150 perehdytysuunnitelmasta ja käytännöistä saatu enää uutta tietoa omaan kehittämistyöhömmme. Esittelimme matkan aikana omaa kehittämistyötämme sekä Laurea-ammattikorkeakoulun Learning by Developing -toimintamallia. Vejlen sairaalan osasto A150 oli esityksestä erittäin kiinnostunut ja toivoi vastaavanlaista työelämälähtöistä yhteistyötä myös omien oppilaitostensa kanssa.

Lähteet

Airikoski, J. & Sallinen, M. 2007. Vastarinnasta vastarannalle - johda muutos taitavasti. Keuruu. Otavan kirjapaino

Ahonen O., Ora-Hyytiäinen E. & Silvennoinen P. 2005. Juurruttaminen hoitotyön kehittämis-toiminnassa. ProTerveys 2008/35 Vsk 2, 16- 19.

Alapeteri 2009. Moniammatillisen perehdyttämisen kehittäminen Lohjan sairaalan medisiini- sessä tulosyksikössä 10/2007- 10/2009. Tulostettu 11.4.2010.
<http://intra.hus.fi/search.aspx?path=16423,116902,116903>

Casey, K., Fink, R., Krugman, M & Propst, J. 2004. Journal of nursing administration 34/2001 Vsk 6, 303- 311

Fahje,C.J., McMyler, E & Mateo, M.A. 2001, When new employee orientation doesn` t go as- planned. Journal for nurses in staff development 2001/17 Vsk 3, 137- 143.

Guhde, J.2005. When orientation ends..Supporting the new nurse who is struggling to suc- ceed. Journal for nurses in staff development 2005/21 Vsk 4, 145-151.)

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P.2008. Tutki ja kirjoita. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.

HUS 2007a. Hoitohenkilöstön ammattiuromallit. Viitattu 15.2.2010.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,2179>

HUS 2007b. AURA. Ammattiura sairaanhoitajana. Tulostettu 10.12.2010.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,2179>

HUS Lohjan sairaanhoitoalue 2007a. Lääkehoitosuunnitelma, yleissuunnitelma. Tulostettu 11.2.2010. [http:// intra.hus.fi/contetnt_lista.aspx?path=16423,109896,148564,184655](http://intra.hus.fi/contetnt_lista.aspx?path=16423,109896,148564,184655)

HUS Lohjan sairaanhoitoalue 2007b. kirurgisen vuodeosaston lääkehoitosuunnitelma. Tulostet- tu 15.6.2009.
http://intra.hus.fi/contetnt_lista.aspx?path=16423,109896,148564,184655,184656

HUS 2009. Lohjan sairaala, Kirurgia. Viitattu 5.6.2009
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,964,1670,1672>

Jokinen, P., Mikkonen, I., Jokelainen, M., Turjamaa, R. & Hietämäki, M. 2010. Mentori suo- malaisessa hoitotyön kontekstissa- käsiteanalyysi hybridisellä mallilla. Hoitotiede 2010/ 1 Vsk 22, 55-66.

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

Keistinen, T, Kinnunen,M. & Holm,T. 2008. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmät kehit- tävät hoitoa turvallisemmaksi. Suomen lääkärilehti 2008/44 Vsk 63, 3785- 3789. Tulostettu 12.3.2009.
<http://nelli.laurea.fi:2254/cl/laakarilehti/pdf/2008/SLL442008-3785.pdf>

Kivisaari, S. 2001. Kokemuksia vuorovaikutuksesta kehittämistyössä. Juurruttaminen kokeilu- na.VTT.Teknologian tutkimuksen ryhmä. Työpapereita nro 58/01. Tulostettu 15.4.2009
<http://www.vtt.fi/inf/julkaisut/muut/2001/tp58.pdf>.

Koski, S. 2008. Kehityskeskustelu hoitotyön osaamisen johtamisen apuvälineenä. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Tampere. Tulostettu 15.4.2009.

<http://tutkielmat.uta.fi/tutkielma.php?id=18364>

Koskue, S. 2008. Sairaanhoidajien perehdytys kirurgisilla vuodeosastoilla. Sairaanhoidajien näkökulma perehdytyksen toteutumiseen ja kehittämisehdotukset. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Kupias, P. & Peltola, R. 2009. Perehdytyksen pelikentällä. Oy yliopistokustannus, HYY yhtiö. Tampere.

Lahti, T. 2007. Sairaanhoidajien työhön perehdyttäminen. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Tulostettu 13.9.2009.

<http://tutkielmat.uta.fi/tutkielma.php?id=16968>

Lavoie-Tremblay, M., Leclerc, E., Marchionni, C. & Drevniok, U. 2010. The needs and expectations of generation Y nurses in the workplace. Journal for nurses in staff development 26/2010 Vsk, 2- 8.

Lääkelaitos 2010. Sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen toiminta. Lääkelaitoksen määräys 7/2007. Viitattu 3.4.2009.

http://www.laakelaitos.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/maaraykset_M7_2007_sairaala_apteekin_ja_laakekeskuksen_toiminta.pdf

Mustajoki, P. 2005. Hoitoon liittyvät virheet ja niiden ehkäisy, Peijaksen sairaalan projekti. Suomen lääkirilehti 23/2005 Vsk 60. Tulostettu 5.4.2009

<http://neli.laurea.fi:2254/cl/laakarilehti/pdf/2005/SLL232005-2623.pdf>

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Nikkilä, M. 2008. Innostavat projektit. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry.

Pasternac, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim 122/2006,2459-2470. Tulostettu 5.4.2009.

<http://neli.laurea.fi:2056/xmedia/duo/duo96057.pdf>

Peltokoski, J. 2004. Perehdyttäminen hoitotyön johtamisen osana. Osastonhoitajien näkemyksiä hoitotyöntekijöiden perehdyttämisestä yhdessä sairaanhoitopiirissä. Pro Gradu-tutkielma. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Kuopion yliopisto.

Rainio, P. 2008. Kiinnitä työhön ja tulokseen. Opas kuntatyön perehdyttäjille. Suomen kunталиitto. Tulostettu 31.10.2009

[http://www.kuntatyo2010.fi/public/files/Opas%20kuntatyohon%20perehdyttajille%20\(pdf\).pdf](http://www.kuntatyo2010.fi/public/files/Opas%20kuntatyohon%20perehdyttajille%20(pdf).pdf)

Saastamoinen, P. 2004. Sairaanhoidajien perehtyminen anestesiaosastolla. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Salonen, A. 2005. Mentorointi ja sairaanhoidajien ammatillinen pätevyys. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Tulostettu 7.10.2009.

<http://tutkielmat.uta.fi/tutkielma.php?id=14269>

STM. 2004. Terveystieteiden täydennyskoulutus suositus. Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2004:3. Tulostettu 4.4.2009.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3821.pdf

STM. 2005. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Tulostettu 15.2.2009. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf

STM.2008. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:16. Tulostettu 15.2.2009. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3725.pdf

STM. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä, Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Tulostettu 7.11.2009. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf

Stakesin ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. 2007. Potilasturvallisuussanasto, Lääkehoidon turvallisuussanasto. Tulostettu 7.11.2009. <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki. Edita publishing.

Suomen Potilasturvallisuus yhdistys. 2010. Viitattu 28.4.2010. <http://www.potilasturvallisuusyhdistys.fi/default.aspx>

Taurus, T. 2006. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kuvauksia perehdytyksestään. Pro Gradututkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Tammi. Jyväskylä.

Valtion säädöstietopankki-Finlex. Viitattu 14.3.2009. <http://www.finlex.fi/fi/>

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

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Tammi. Gummerus kirjapaino. Jyväskylä

Vuorinen, R. 2008. Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Tulostettu 24.3.2010. <http://acta.uta.fi/teos.php?id=11140>

Wendelboe, B & Häkkinen, H.2006. Potilasturvallisuus Tanskassa. Sairaalaviesti 1/2006, 16-19.

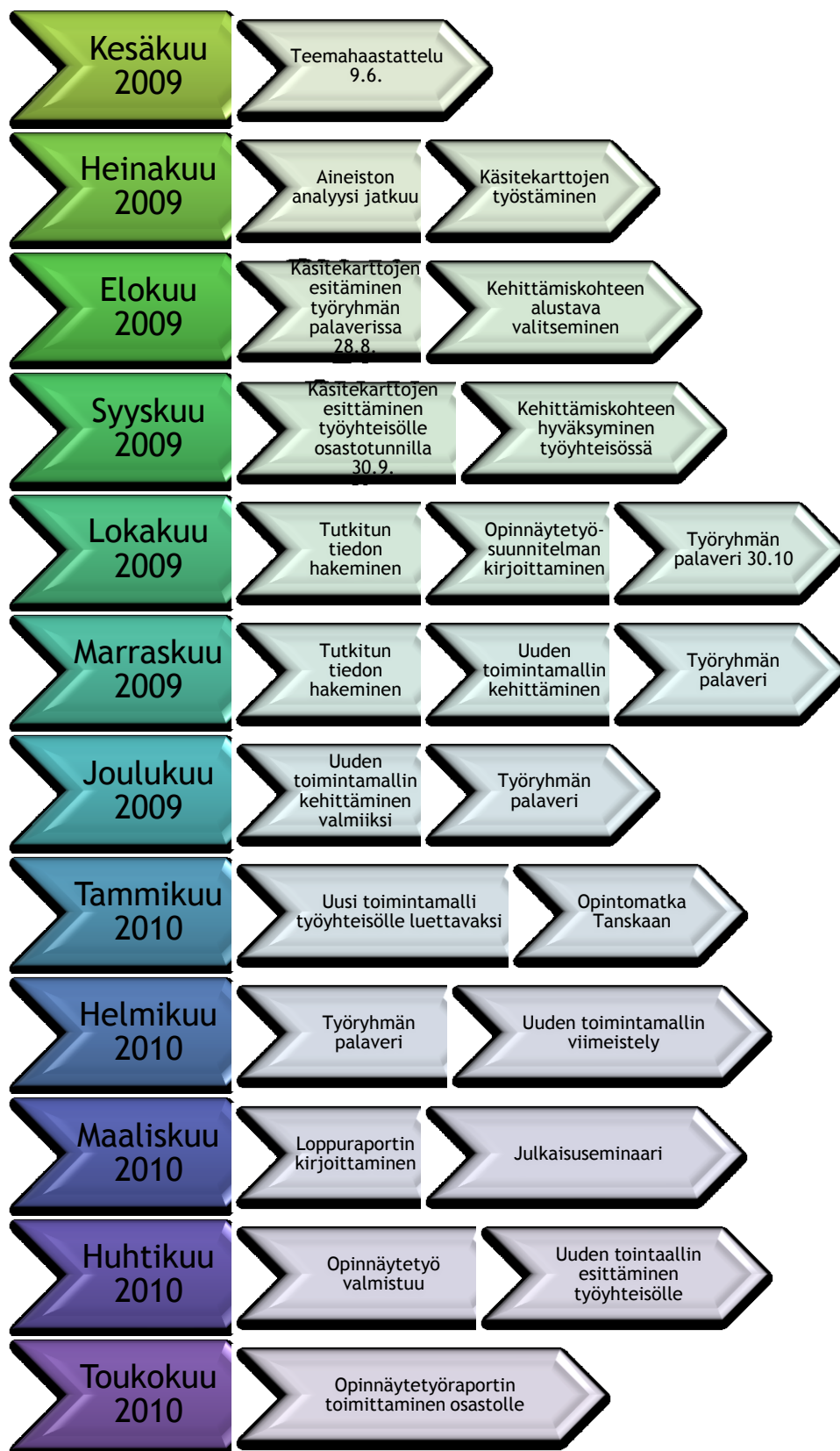
Kuviot

Kuvio 1: Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet (mukaillen Stakes & Rohto 2007)	13
Kuvio 2: Turvallisen lääkehoidon terminologia (mukaillen Stakes & Rohto 2007)	16
Kuvio 3: Pehdytyksen pelikenttä (mukaillen Kupias & Peltola 2009, 10)	22
Kuvio 4: Juurruttaminen 2.0 (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007).....	28
Kuvio 5: Työryhmän toiminta	35
Kuvio 6: Työyhteisön toiminta	36
Kuvio 7: Uuden toimintamallin hyödynnettävyys.....	36
Kuvio 8: Työryhmän tuottamat uudet ajatukset ja ideat	37
Kuvio 9: Tanskasta saatu kokemustieto	37
Kuvio 10: Vaikutukset lääkehoidon sujuvuuteen ja tehokkuuteen	38
Kuvio 11: Uuden toimintamallin käyttöönotto	38

Liitteet

Liite1: Opinnäytetyöprosessin aikataulu	46
Liite 2: Teemahaastattelurunko	47
Liite 3: Lääkehoidon perehdytyksen muistilista	49
Liite 4: Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointikaavake.....	68

Liite1: Opinnäytetyöprosessin aikataulu



Liite 2: Teemahaastattelurunko

TEEMA 1: LÄÄKEHOIDON SISÄLTÖ JA TOIMINTATAVAT

- Miten lääkehoidon vaatavuustaso on määritelty
- Miten yksikön lääkehoidon toimintatavat on määritelty
- Lääkehoidon prosessikuvaus
- Miten lääkehoitoa kehitetään

TEEMA 2: LÄÄKEHOIDON OSAAMISEN VARMISTAMINEN JA YLLÄPITÄMINEN

- Uuden työntekijän lääkehoitoon perehdyttäminen
- Miten henkilöstön lääkehoidon osaamista arvioidaan
- Miten henkilöstön lääkehoidon osaamista parannetaan/ kehitetään

TEEMA 3: HENKILÖSTÖN VASTUUT, VELVOLLISUUDET JA TYÖNJAKO

- Miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu lääkehoidossa
- Millainen työnjako lääkehoitoon osallistuvalla henkilöstöllä on
- Lääkehoidon vastualueet

TEEMA 4: LUPAKÄYTÄNNÖT

- Millä perusteella lääkkeenjakoluvat myönnetään
- Järjestetäänkö lupien edellytyksenä olevaa lisäkoulutusta säännöllisesti vai tarpeen mukaan

TEEMA 5: LÄÄKEHUOLTO

- Kuka tilaa lääkkeitä ja milloin
- Miten lääkkeiden säilytys on järjestetty
- Kuka saattaa lääkkeitä käyttökuntoon (apteekki vai osasto)
- Miten lääkkeiden hävittäminen on järjestetty
- Miten yhteistyö sairaala-apteekin kanssa sujuu

TEEMA 6: LÄÄKKEIDEN JAKAMINEN JA ANTAMINEN

- Lääkkeenjako-tilan toimivuus
- Milloin lääkkeitä jaetaan
- Käytetäänkö kaksoistarkastusta
- Miten jaetut lääkkeitä säilytetään
- Miten potilaat identifioidaan
- Miten lääkkeen vaikutuksia seurataan

TEEMA 7: POTILAIEN INFORMOINTI JA NEUVONTA

- Miten potilaiden lääkehoidon ohjaus on järjestetty
- Miten potilaalle kerrotaan mahdollisista poikkeamista

TEEMA 8: LÄÄKEHOIDON VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTI

- Millä keinoin lääkehoidon vaikuttavuutta seurataan
- Milloin konsultoidaan lääkäreitä

TEEMA 9: DOKUMENTOINTI JA TIEDONKULKU

- Miten lääkehoito kirjataan
- Tehdäänkö erillinen lääkehoidon suunnitelma
- Millä keinoin varmistetaan tiedon kulku yksiköiden välillä
- Miten tietosuoja-asiat huomioidaan ja toteutetaan
- Miten allergiat, mahdolliset interaktiot ja päällekkäisyydet huomioidaan ja kirjataan

TEEMA 10: SEURANTA JA PALAUTEJÄRJESTELMÄT

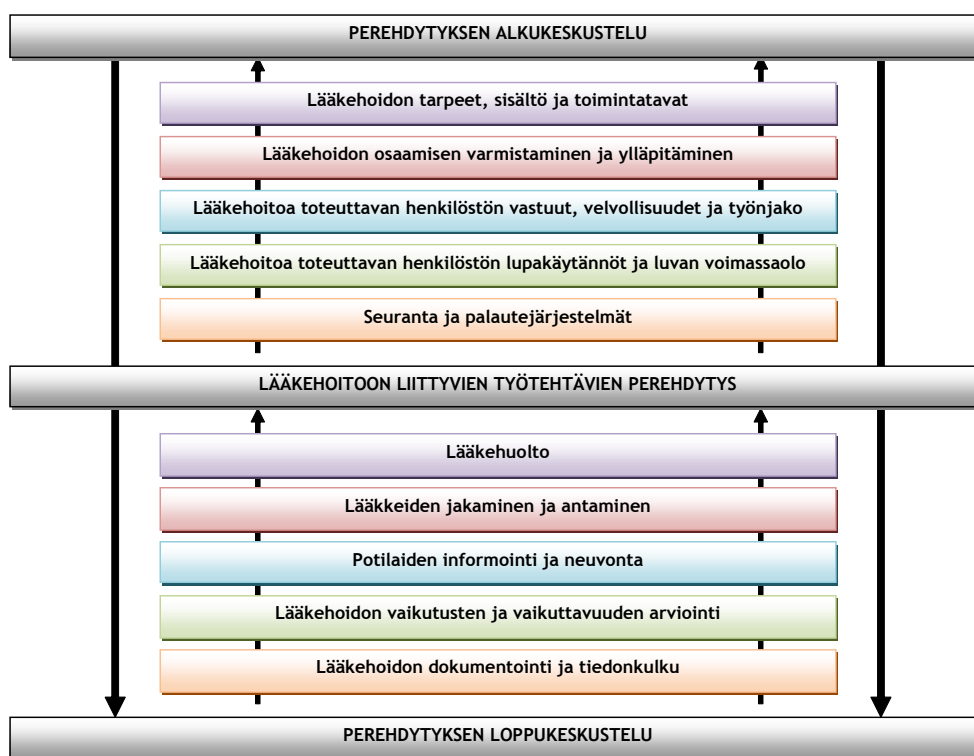
- Miten lääkepoikkeamat ilmoitetaan
- Kuka analysoi ilmoitukset
- Miten poikkeamailmoituksista saatu palaute hyödynnetään

Liite 3: Lääkehoidon perehdytyksen muistilista

LÄÄKEHOIDON PEREHDYTYKSEN MUISTILISTA

LOHJAN SAIRAALAN KIRURGINEN VUODEOSASTO

31.5.2010



Perehdytettävä:

Perehdyttäjä:

Perehdytyksen alkukeskustelu:

Lääkehoitoon liittyvien työtehtävien perehdytys:

Perehdytyksen arviointikeskustelu 2 kk:

Perehdytyksen arviointikeskustelu 3 kk:

Perehdytyksen loppukeskustelu 4 kk:

Lääkehoidon koulutukset:

Suosittelavaa kirjallisuutta:

TERVETULOA TYÖSKENTELEMÄÄN KANSSAMME!

Tämän lääkehoidon perehdytyksen muistilistan tarkoituksena on helpottaa sinua hahmottamaan, mitä kaikkea osastolla toteutettava lääkehoitosuunnitelma ja tulevat lääkehoitoon liittyvät työtehtäväsi pitävät sisällään. Perehdytyksen ensimmäisen viikon aikana osastonhoitaja ja sinulle nimetty perehdyttävä käyvät kanssasi alkukeskustelun, jossa tuleva lääkehoidon perehdytyksesi suunnitellaan tarpeitasi vastaavaksi. Ennen alkukeskustelua sinun kannattaa valmiiksi miettiä omat lääkehoitoon liittyvät vahvuutesi ja kehittymistarpeesi. Alkukeskustelun aikana käydään läpi oston lääkehoitosuunnitelman kohdat:

- Lääkehoidon tarpeet sisältö ja toimintatavat
- Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen
- Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako
- Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön lupakäytännöt ja luvan voimassaolo
- Lääkehoidon seuranta ja palautejärjestelmät

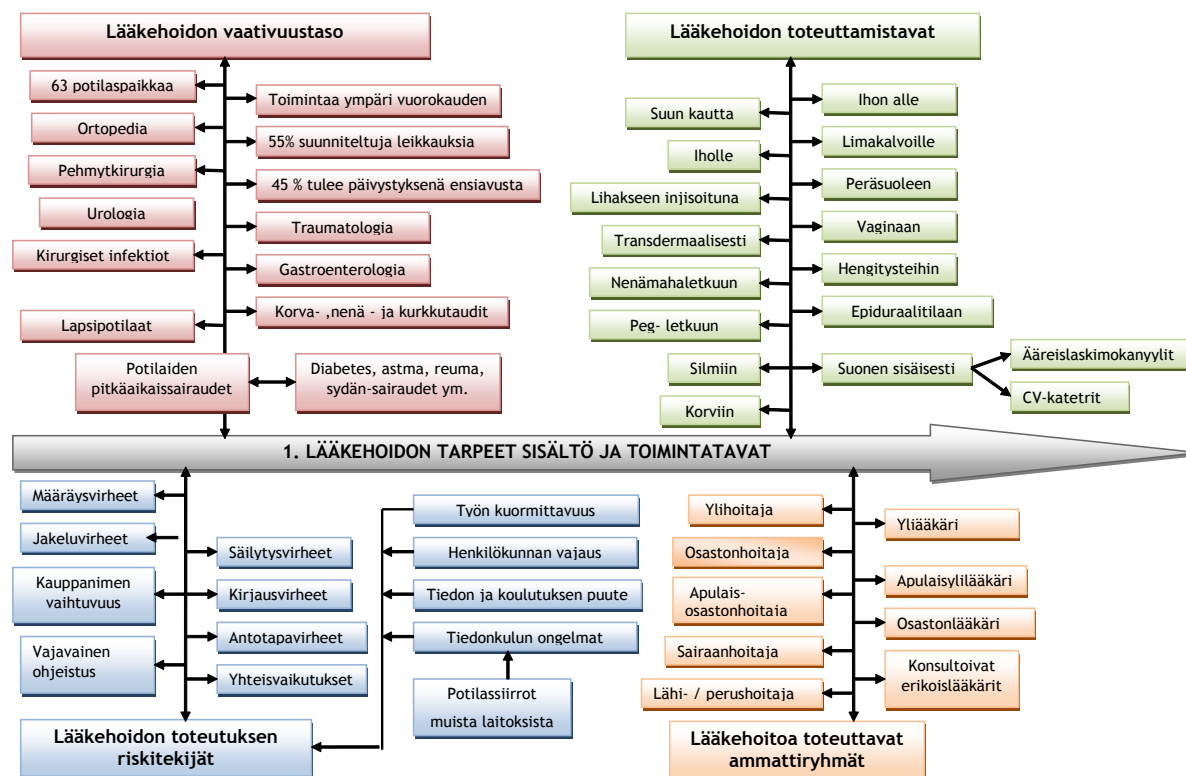
Tämän jälkeen aloitat kahden viikon käytännön työtehtäviin perehdytyksen yhdessä sinulle nimetyn perehdyttäjäsi kanssa. Työtehtäviin perehdytys etenee luonnollisesti potilastyön lomassa. Työtehtäviin perehdytys sisältää osaston lääkehoitosuunnitelman kohdat:

- Lääkehuolto
- Lääkkeiden jakamisen ja antaminen
- Potilaiden informointi
- Lääkehoidon vaikutusten ja vaikuttavuuden arviointi
- Lääkehoidon dokumentointi ja tiedonkulku

Intensiivisen työtehtäviin perehdytyksen jälkeen sinulle nimetty perehdyttävä toimii mentorinasi, koko perehdytyksen ajan 4 kk ja voit aina tarvittaessa kääntyä mentorisi puoleen sinua askarruttavissa asioissa.

ANTOISIA TYÖHETKIÄ!

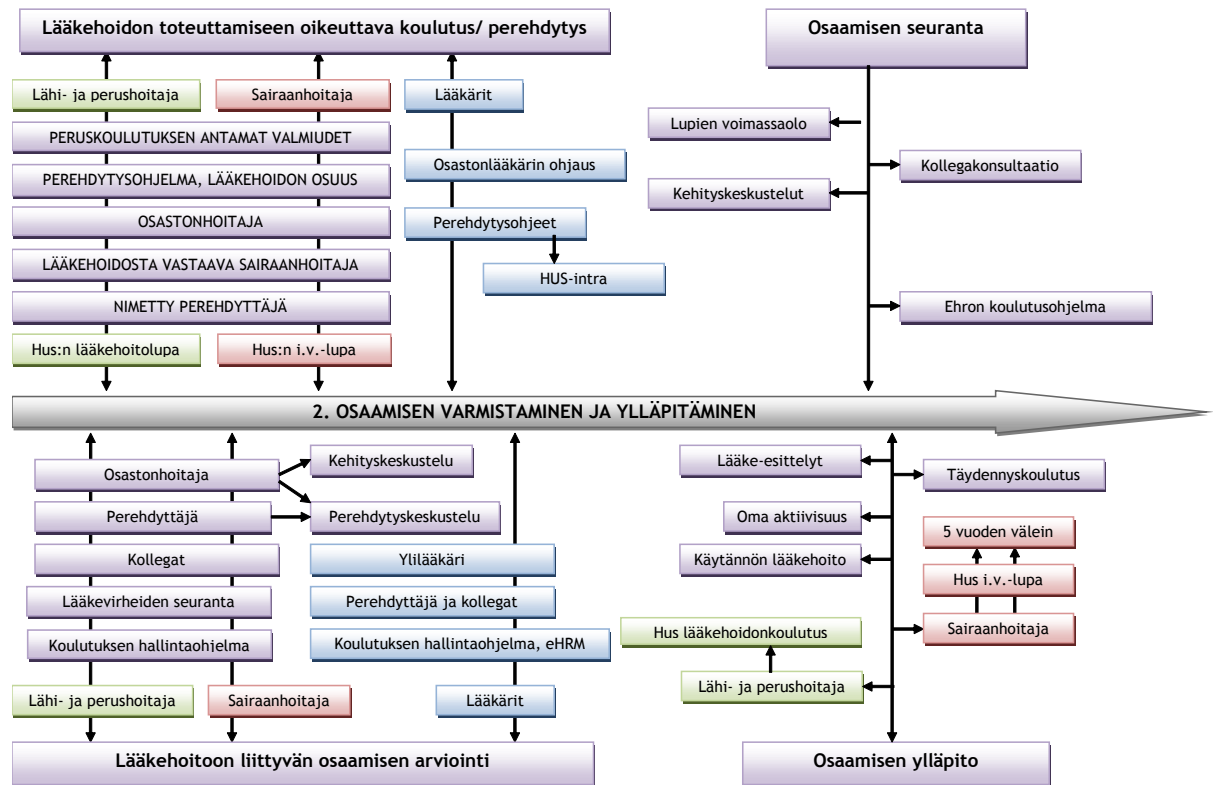
1. LÄÄKEHOIDON TARPEET, SISÄLTÖ JA TOIMINTATAVAT



Perehdytyksen alkukeskustelu

- Osaston toiminta
- Kirurgisen potilaan lääkehoidon erityispiirteet
- Osastolla käytettävät lääkkeiden annostelutavat
- Lääkehoidon toteutukseen liittyvät riskitekijät
- Lääkehoitoa toteuttavat ammattiryhmät

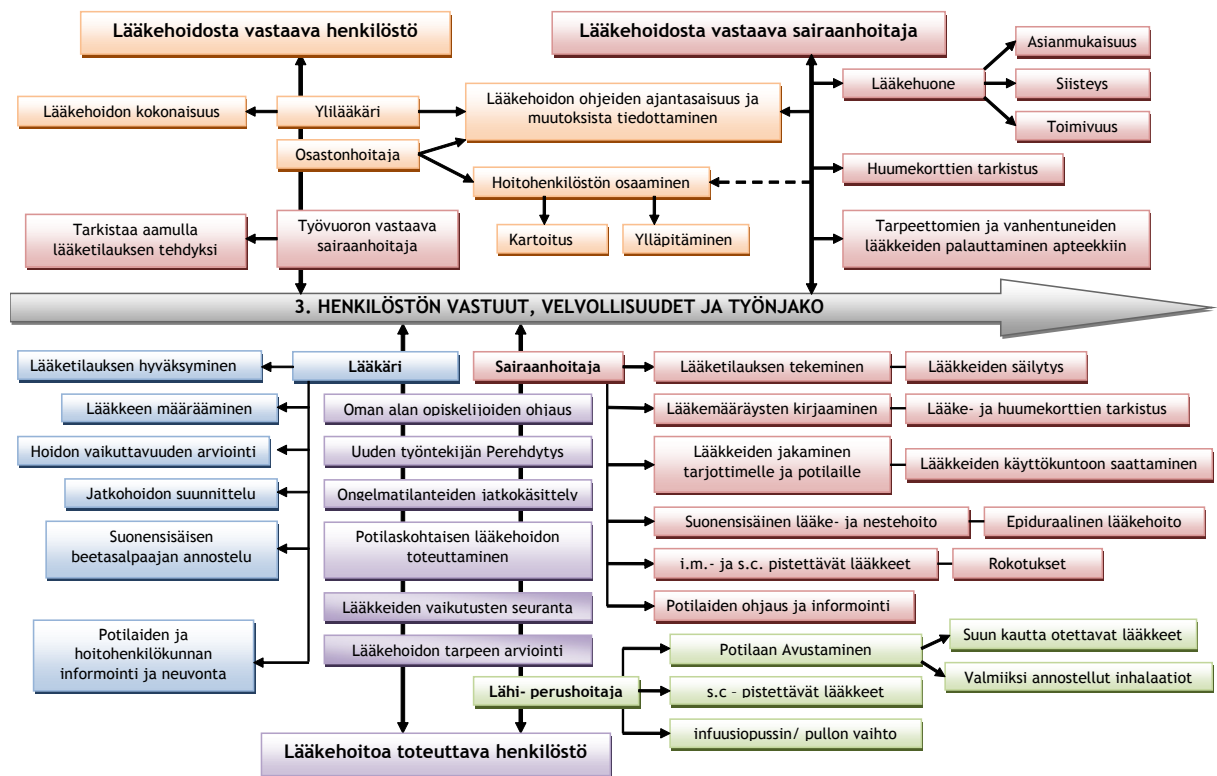
2. LÄÄKEHOIDON OSAAMISEN VARMISTAMINEN JA YLLÄPITÄMINEN



Perehdytyksen alkukeskustelu

- Lääkehoidon toteuttamiseen tarvittava koulutus ja perehdytys
- Lääkehoitoon liittyvän osaamisen arviointi ja seuranta
- Lääkehoitoon liittyvän osaamisen ylläpitäminen
- Lääkehoidon osaamisen seuranta

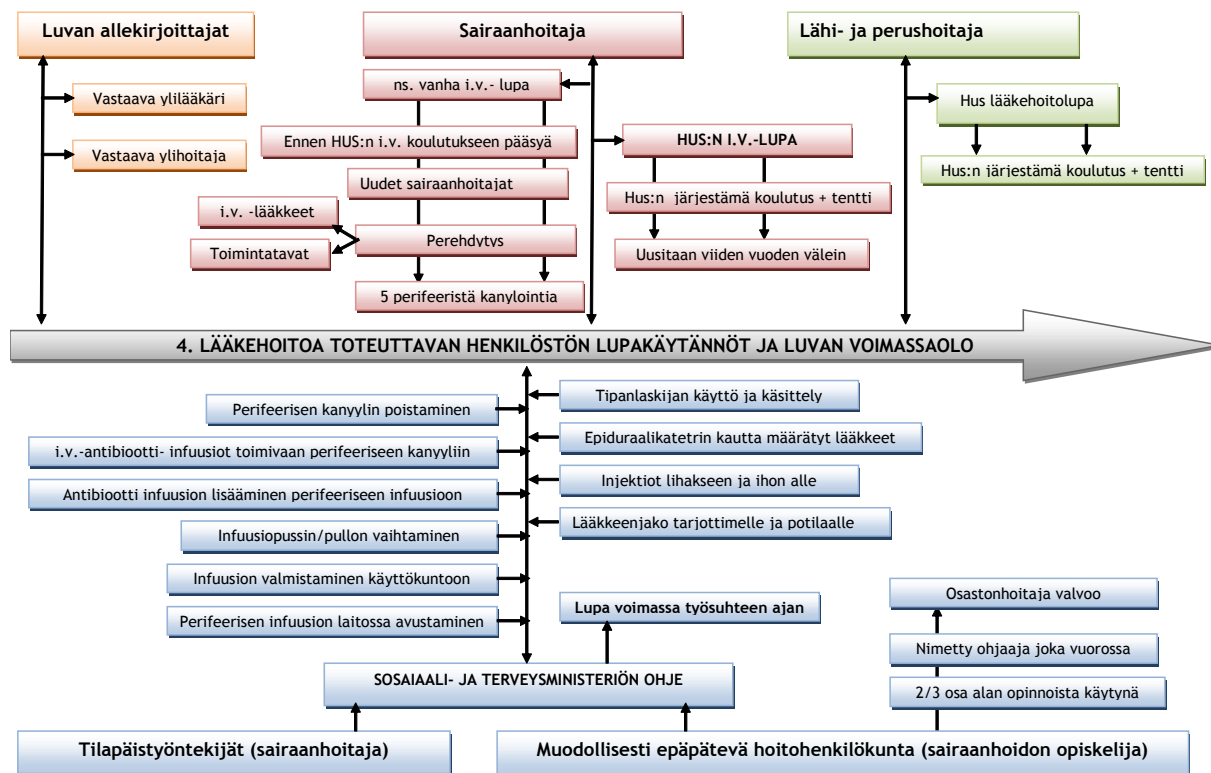
3. LÄÄKEHOITOA TOTEUTTAVAN HENKILÖSTÖN VASTUUT, VELVOLLISUUDET JA TYÖNJAKO



Perehdytyksen alkukeskustelu

- Lääkehoidosta vastaavan henkilöstön tehtävät
- Lääkehoidosta vastaavan sairaanhoitajan tehtävät
- Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön tehtävät ja työnjako

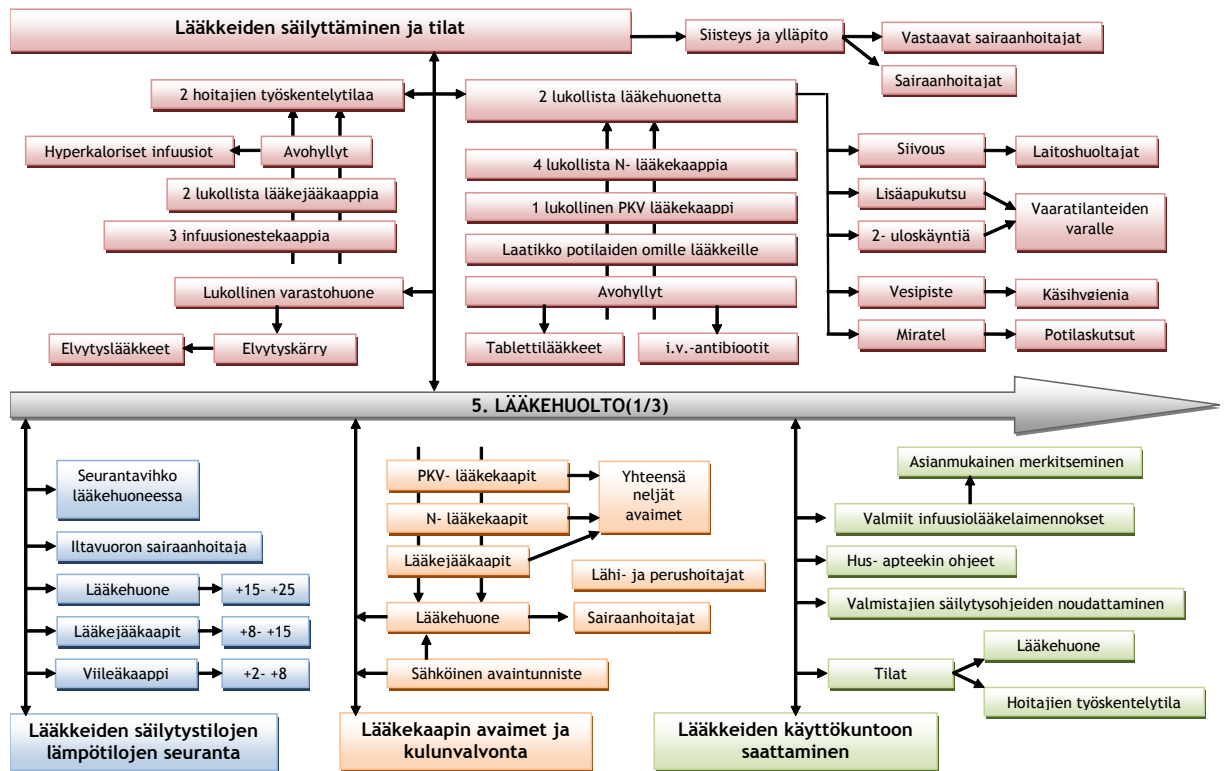
4. LÄÄKEHOITOA TOTEUTTAVAN HENKILÖSTÖN LUPAKÄYTÄNNÖT JA LUVAN VOIMASSAOLO



Perehdytyksen alkukeskustelu

- Lääkehoidosta vastaavan henkilöstön tehtävät
- Lääkehoidosta vastaavan sairaanhoitajan tehtävät
- Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön tehtävät ja työnjako

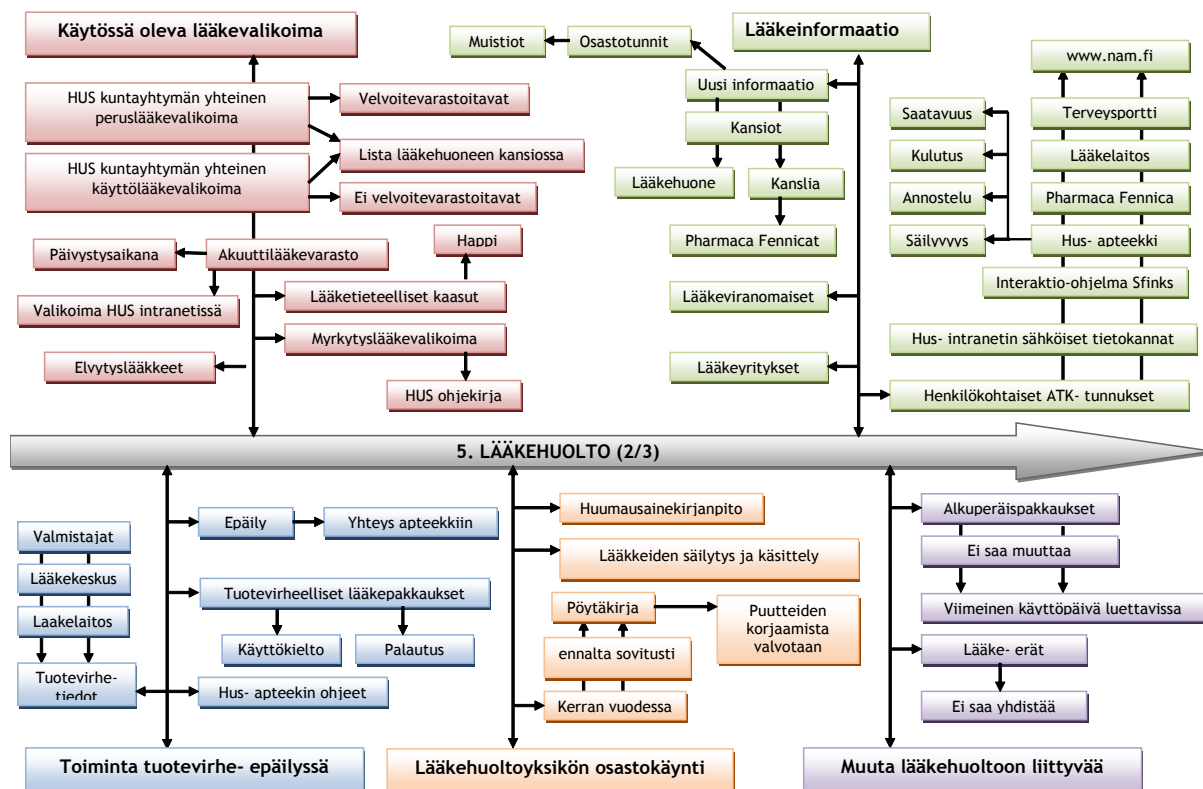
5. LÄÄKEHUOLTO (1/3)



Lääkehoitoon liittyvien työtehtävien perehdytys

- Lääkehuone
- Lääkekaapit
- Lääkejääkaapit
- Hoitajien työskentelytila
- Lääkkeiden säilytystilojen lämpötilojen seuranta
- Lääkekaapin avaimet ja kulunvalvonta

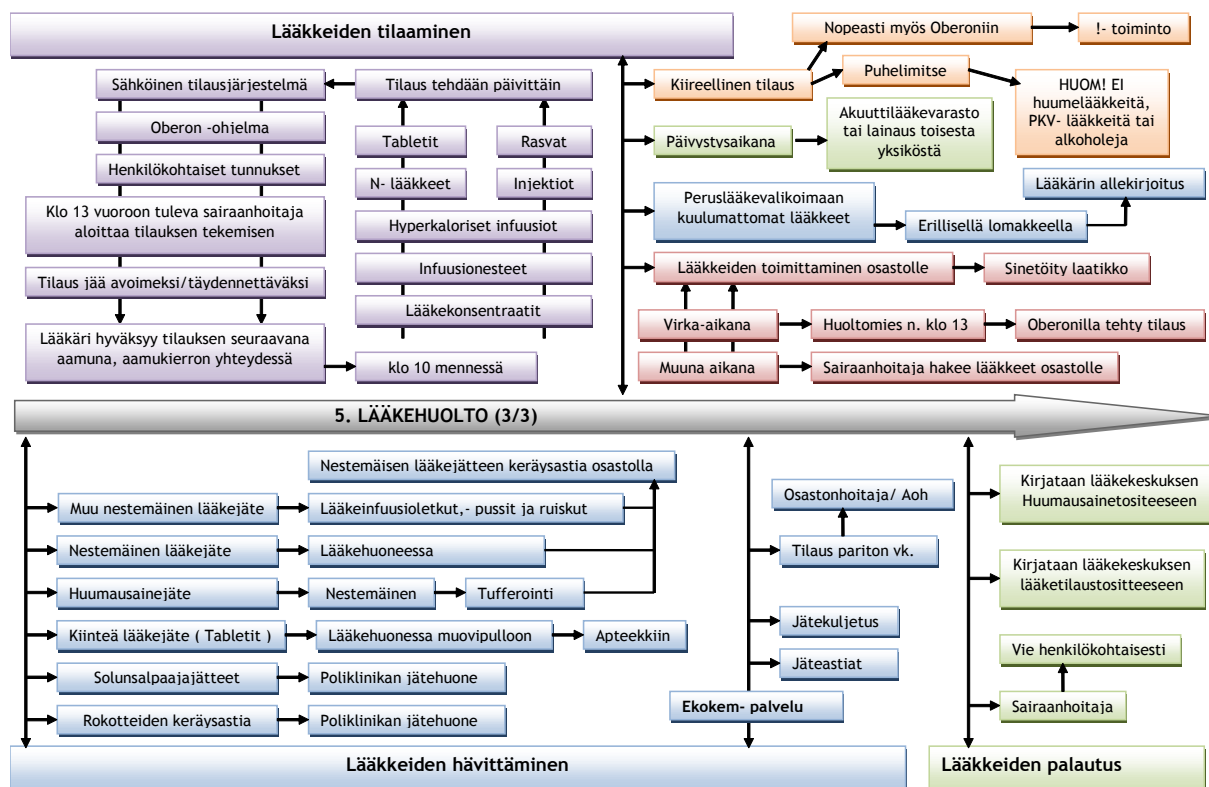
5. LÄÄKEHUOLTO (2/3)



Lääkehoitoon liittyvien työtehtävien perehdytys

- Peruslääkevalikoima
- Käyttölääkevalikoima
- Akuuttilääkevarasto
- Elvytyslääkkeet
- Osaston lääkehoitoa koskevat kirjalliset ohjeet
- HUS-intranetin sähköiset tietokannat
- Toiminta tuotevirhe-epäilyssä

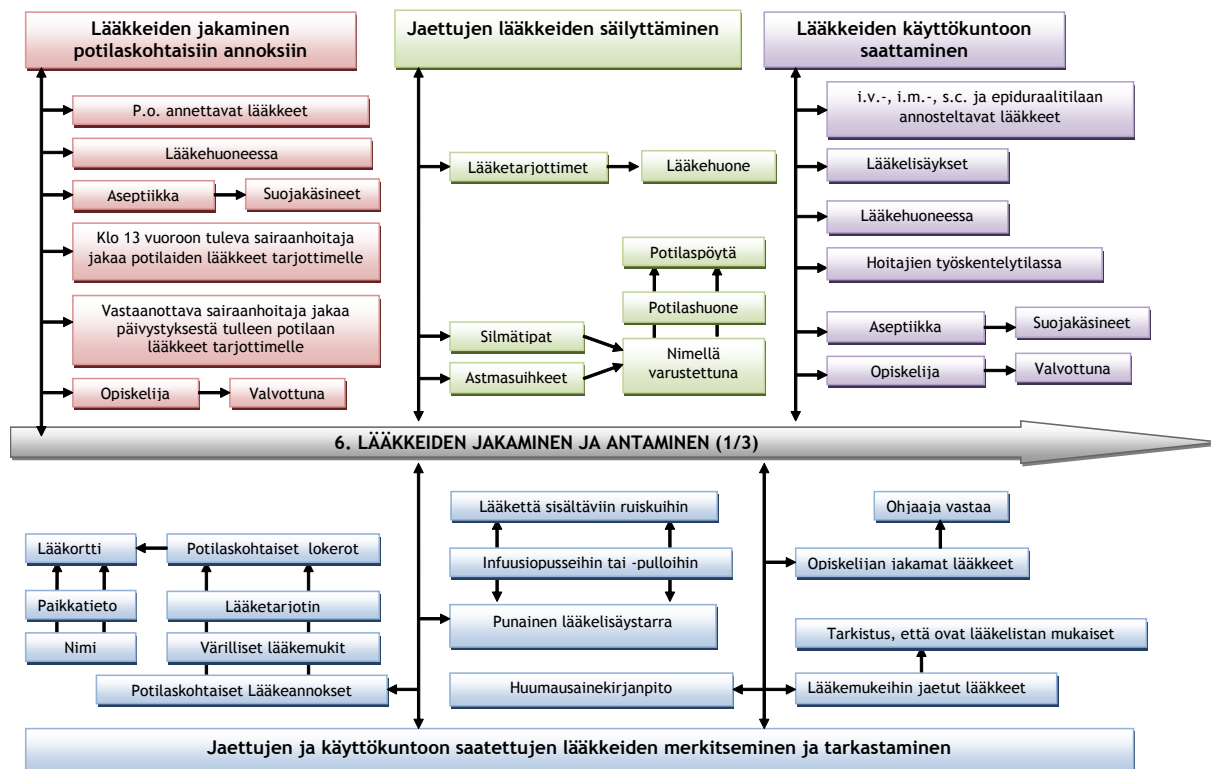
5. LÄÄKEHUOLTO (3/3)



Lääkehoitoon liittyvien työtehtävien perehdytys

- Sähköinen tilausjärjestelmä
- Päivittäinen lääketilaus
- Kiireellinen lääketilaus
- Peruslääkevalikoimaan kuulumattomien lääkkeiden tilaaminen
- Lääkkeiden lainaaminen toisesta yksiköstä
- Lääkkeiden hävittäminen
- Lääkkeiden palauttaminen apteekkiin

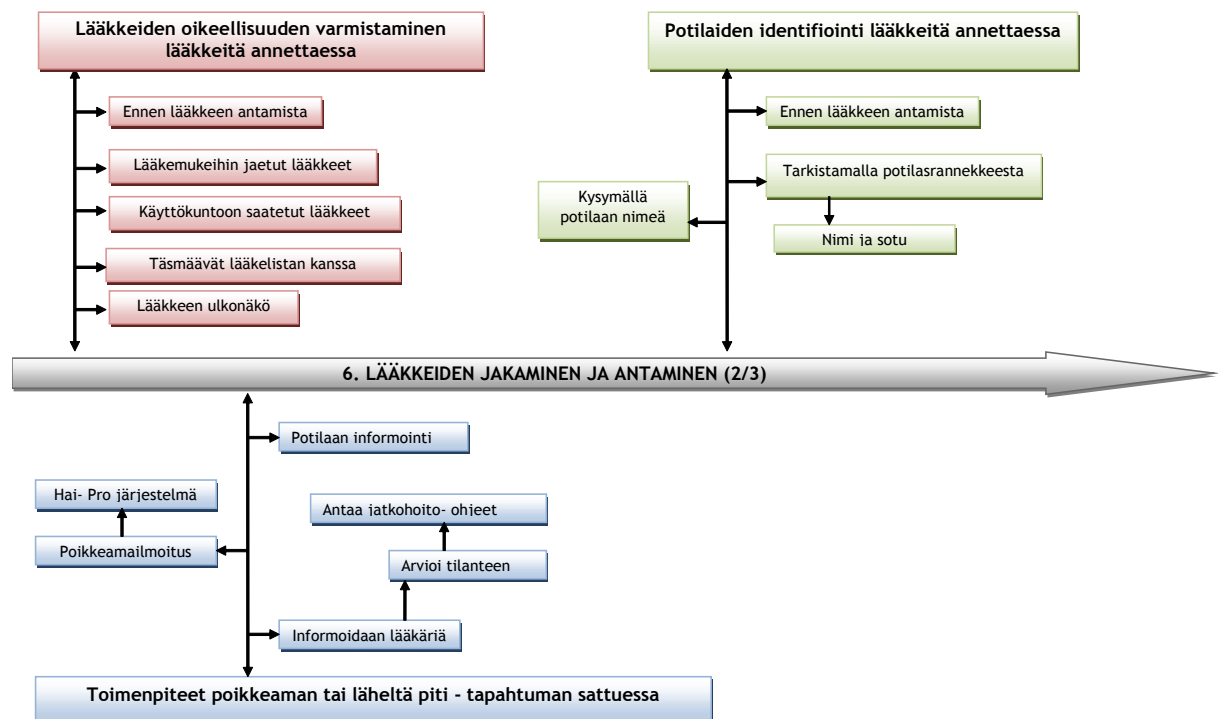
6. LÄÄKKEIDEN JAKAMINEN JA ANTAMINEN (1/3)



Lääkehoitoon liittyvien työtehtävien perehdytys

- Lääkkeiden jakaminen tarjottimelle
- Jaettujen lääkkeiden säilyttäminen
- Lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen
- Jaettujen ja käyttövalmiiksi saatettujen lääkkeiden merkitseminen ja tarkastaminen

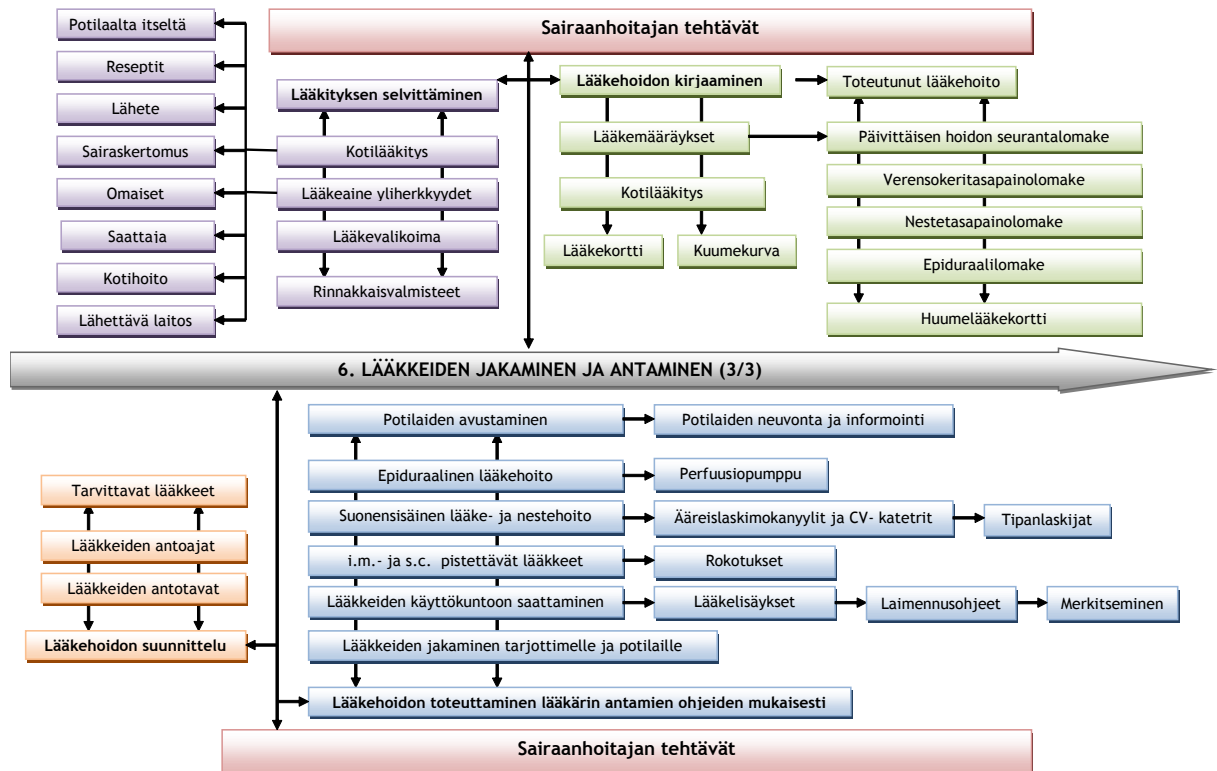
6. LÄÄKKEIDEN JAKAMINEN JA ANTAMINEN (2/3)



Lääkehoitoon liittyvien työtehtävien perehdytys

- Lääkkeiden tarkastaminen
- Potilaiden identifiointi
- Toiminta lääkehoidon poikkeaman tai läheltä piti tilanteen sattuessa
- Lääkehoidon poikkeamailmoituksen tekeminen
- Lääkehoidon vaikutusten seuranta
- Anafylaktinen sokki
- Septinen sokki

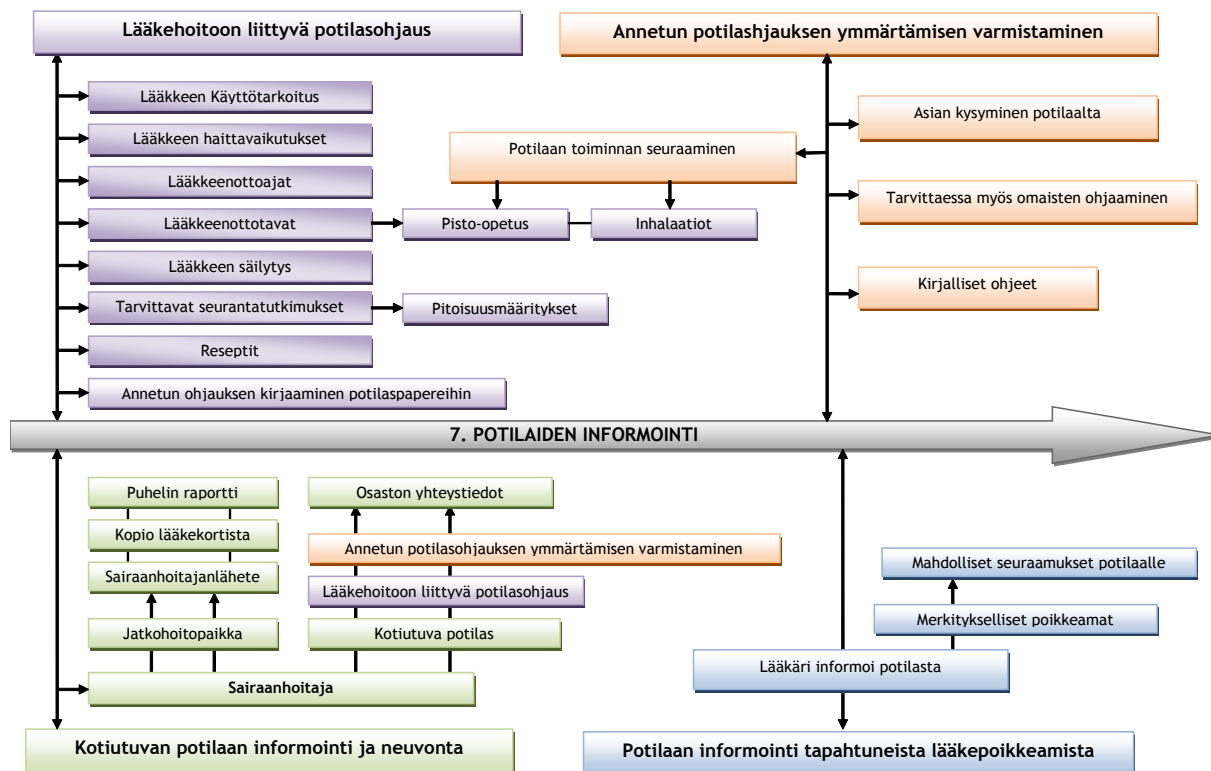
6. LÄÄKKEIDEN JAKAMINEN JA ANTAMINEN (3/3)



Lääkehoitoon liittyvien työtehtävien perehdytys

- Potilaan lääkkityksen selvittäminen
- Potilaan lääkkityksen suunnittelu
- Potilaan lääkkityksen kirjaaminen
- Lääkehoidon toteuttaminen
- Suonensisäinen lääke- ja nestehoito
- Nesteensiirtoletkuston kokoaminen
- Venttiilikanyylin keittosuolahuuhtelu
- Suonen sisäisen lääkeruiske
- Tipanlaskijoiden toiminta
- Epiduraalinen lääkehoito
- Spinaalinen lääkehoito
- Perfuusiopumpun toiminta
- Epiduraalikatetrin seuranta ja hoito
- Spinaalikatetrin seuranta ja hoito
- Ääreislaskimokanyylin asettaminen potilaalle
- Ääreislaskimokatetrien seuranta ja hoito
- CV- katetrien seuranta ja hoito
- Osastolla yleisimmin käytetyt i.v. -lääkkeet
- Lääkelisäysten tekeminen

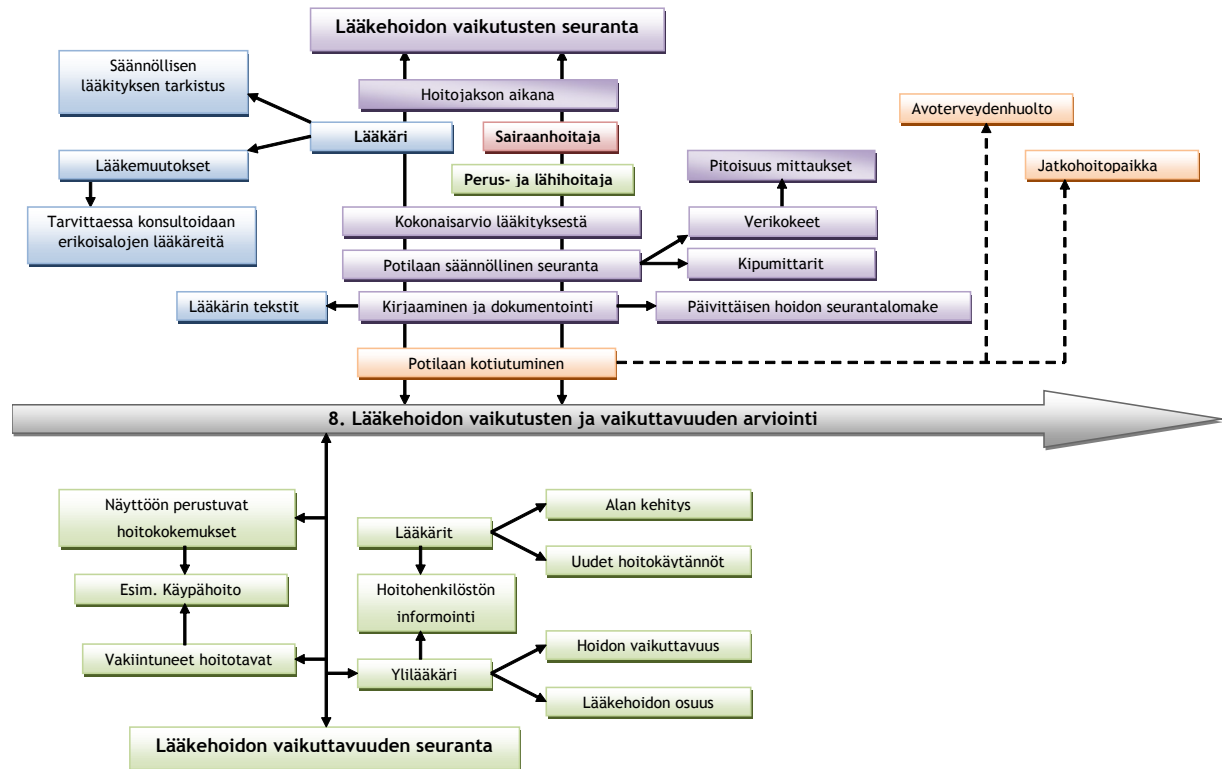
7. POTILAIDEN INFORMOINTI



Lääkehoitoon liittyvien työtehtävien perehdytys

- Lääkehoitoon liittyvä potilasohjaus
- Annetun ohjauksen varmistaminen
- Kotiutuvan potilaan ohjaus
- Potilaan informointi tapahtuneista lääkepoikkeamista

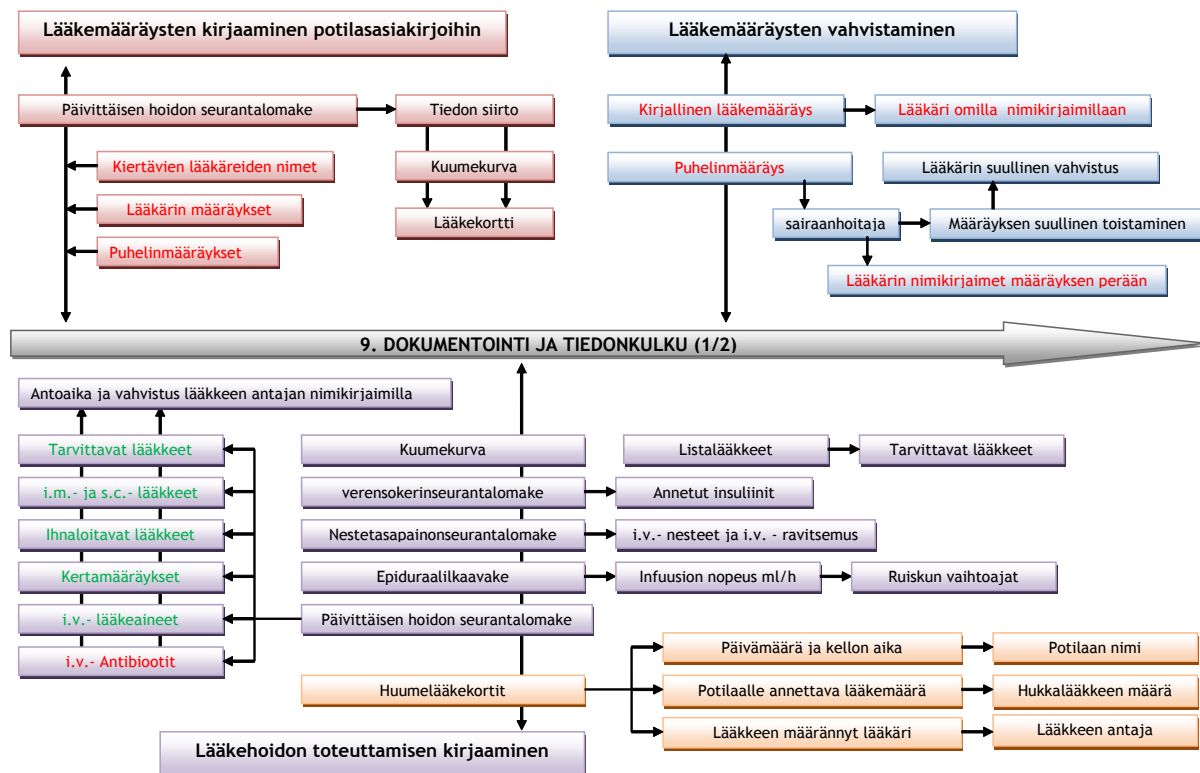
8. LÄÄKEHOIDON VAIKUTUSTEN JA VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTI



Lääkehoitoon liittyvien työtehtävien perehdytys

- Lääkehoidon vaikutusten seuranta
- Veriarvojen seuranta vaativat lääkitykset
- Lääkeainepitoisuuksien seuranta vaativat lääkitykset
- Osastolla käytettävät kipumittarit
- Lääkehoidon vaikutusten dokumentointi
- Lääkehoidon vaikuttavuuden seuranta

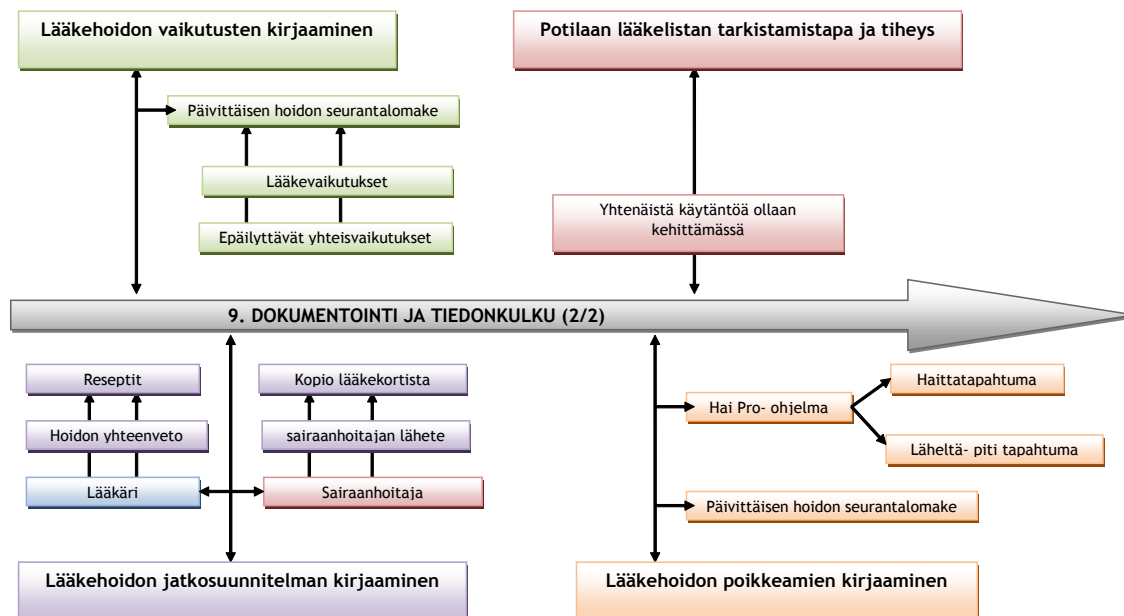
9. LÄÄKEHOIDON DOKUMENTOINTI JA TIEDONKULKU (1/2)



Lääkehoitoon liittyvien työtehtävien perehdytys

- Lääkemääräysten kirjaaminen
- Lääkemääräysten vahvistaminen
- Lääkehoidon toteuttamisen seuranta
- Huumelääkekortin täyttäminen

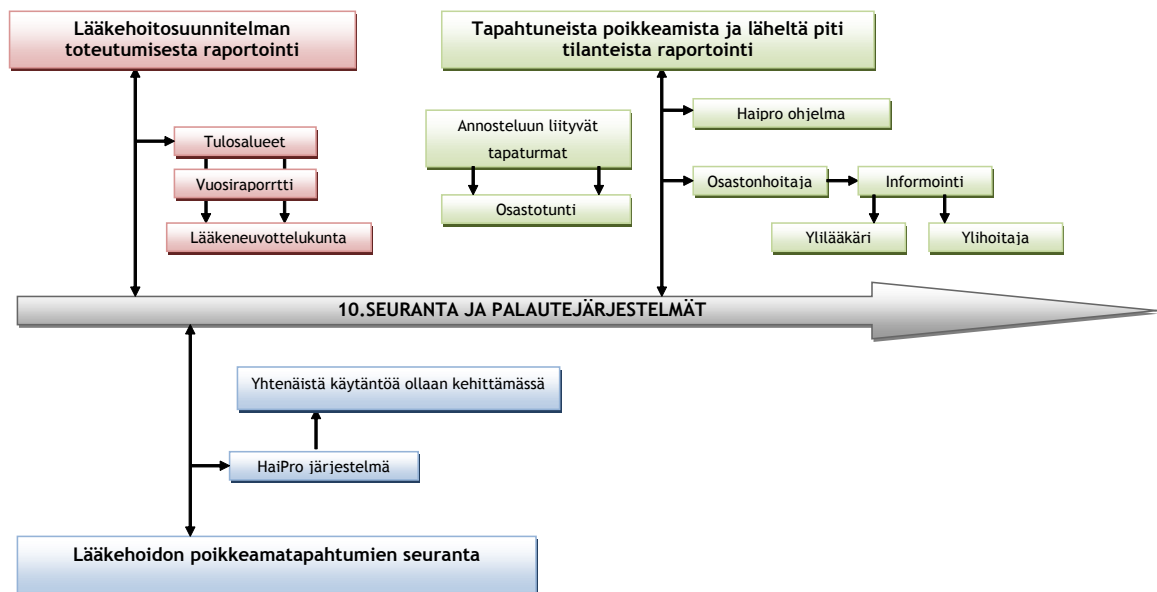
9. LÄÄKEHOIDON DOKUMENTOINTI JA TIEDONKULKU (2/2)



Lääkehoitoon liittyvien työtehtävien perehdytys

- Potilaiden lääkehoidon vaikutusten kirjaaminen
- Potilaiden lääkelistojen tarkastaminen
- Potilaan lääkehoidon jatkosuunnitelman kirjaaminen
- Lääkehoidon poikkeamien kirjaaminen

10. LÄÄKEHOIDON SEURANTA JA PALAUTEJÄRJESTELMÄT



Perehdytyksen alkukeskustelu

- Lääkehoitosuunnitelman toteutumisesta raportointi
- tapahtuneista poikkeamista ja läheltä piti tilanteista raportointi
- Lääkehoidon poikkeamatapahtumien seuranta

Liite 4: Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointikaavake

TURVALLINEN LÄÄKEHOITO ARVIOINTILOMAKE
Laurea-ammattikorkeakoulu
Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointi
Elina Ora-Hyytiäinen, Ritva Hautala

Hyvä vastaaja

Pyydämme sinua arvioimaan oman käsityksesi perusteella Turvallisen lääkehoidon kv-kehittämiprojektissa toiminutta työryhmää. Työryhmässä on omasta työyhteisöstäsi edustajia sekä hoitotyön opiskelijoita. Työryhmän toiminnan tavoitteena on ollut lääkehoidon kehittäminen. Työryhmä on tuottanut ja esitellyt työyhteisön nykytoimintaa kuvaavan käsitkartan, kehitettävää aluetta kuvaavan teoreettisen käsitkartan ja laatinut ehdotuksen uudeksi käytännön toiminnaksi yhdessä valitsemallanne alueella.

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

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

- 1 Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt lääkehoidon kehittymistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella?
1 2 3 4 5
- 2 Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottamien käsitkarttojen ja uuden toimintamallin työstämiseen?
1 2 3 4 5
- 3 Miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?
1 2 3 4 5
- 4 Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet lääkehoitoa kehittää?
1 2 3 4 5
- 5 Minkä verran Tanskasta saatu käytännön kokemustieto on edistänyt uuden toimintamallin kehittämistä?
1 2 3 4 5

Miten? _____

TURVALLINEN LÄÄKEHOITO ARVIOINTILOMAKE
Laurea-ammattikorkeakoulu
Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointi
Elina Ora-Hyytiäinen, Ritva Hautala

Vastausvaihtoehdot ovat

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

6 Kuinka paljon kehittämistoiminta (ja/tai uusi toimintamalli) on mielestäsi parantanut lääkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta?
1 2 3 4 5

7 Kuinka paljon uskot työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?
1 2 3 4 5

Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehdotasi kysymyksiin (1-7)

8. Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseen.

9. Mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta

TURVALLINEN LÄÄKEHOITO ARVIOINTILOMAKE
Laurea-ammattikorkeakoulu
Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointi
Elina Ora-Hyytiäinen, Ritva Hautala

Opiskelijat vastaavat

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

1. Miten vierailunne Tanskassa edisti kehittämissi projektin toteuttamista?

2. Miten kehittäisitte kansainvälisyyden mukaan ottamista kehittämissi projekteissa?

3. Kehittämissi projektin merkitys omalle globalisaatio-osaamiselle

1 2 3 4 5

Kiitos arvioinnistasi!
Palautus Ritvalle