

Iäkkäiden henkilöiden lääkehoidon ja -huollon nykytilan arviointi ja toimenpide-ehdotukset

1 Johdanto

Ikääntyneiden henkilöiden lääkitystä leimaavat yleisesti kompleksisuus ja ennustamisen haasteet elimistössä tapahtuvien fysiologisten muutosten vuoksi. Lääkehoidon hallinta ei useinkaan onnistu omatoimisesti. Iäkkäiden henkilöiden palvelujen tarve vaihtelee toimintakyvyn perusteella. THL:n tilastojen mukaan noin 80 % 75-vuotta täyttäneistä asuu kotonaan ja selviytyy arjessa ilman iäkkäiden henkilöiden laitos- tai avohoidon palveluja. Noin 11 % käyttää kotihoidon palveluja. Heistä tavallisen palveluasumisen (vanhainkodit) piiriin kuuluu noin 0,9 %, terveyskeskuksen vuodeosaston pitkäaikaishoidon noin 0,2 % ja tehostetun palveluasumisen piiriin noin 7,6 %.¹

Kotona itsenäisesti asuvat iäkkäät henkilöt kuuluvat kunnan perusterveydenhuollon piiriin. Kotihoitoa ja asumispalveluita käyttävät iäkkäät henkilöt saavat terveydenhuollon palvelut osana palvelukokonaisuutta perustuen henkilökohtaisen palvelutarpeen arviointiin. Kunta vastaa siitä, että iäkkään henkilön sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden hänen hyvinvointiaan, terveyttään, toimintakykyään ja itsenäistä suoriutumistaan tukevien palvelujen tarve selvitetään kokonaisvaltaisesti.

Lääkkeen määrääminen, lääkehoidon toteuttaminen ja vaikutusten seuranta ovat osa terveydenhuoltoa. Tehostettu palveluasuminen ja kotipalvelu ovat sen sijaan osa sosiaalihuollon palvelukokonaisuutta. Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain mukaan kotipalvelun ja terveydenhuoltolain 25 §: ään sisältyvien kotisairaanhoidon tehtävien muodostamaa kokonaisuutta. Terveydenhuollon palveluja käyttävä henkilö on potilas ja sosiaalihuollon palvelujen piirissä hän on asiakas. Tässä muistiossa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen piirissä olevasta iäkkästä henkilöstä käytetään termiä asiakas. Iäkkään henkilön lääkehoidon toteutuksessa saattaa olla mukana useita eri tahoja mm. omaishoitaja, avoapteekki, kotihoito, lääkäri perusterveydenhuollosta, palveluasumisyksikön henkilökunta, erikoissairaanhoidon päivystys, sairaala ja kuntoutusosasto. Iäkkäiden henkilöiden palvelujen monituottajamalli edellyttää yksilötasolla vahvaa lääkehoidon kokonaisuuden koordinaatiota ja vastuunottoa.

¹ THL:n Tilastoraportti 21/2019, 29.5.2019: Säännöllisen kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2018 ja Tilastoraportti 41/2019, 13.11.2019: Kotihoito ja sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut.

Sisällys	
Iäkkäiden henkilöiden lääkehoidon ja -huollon nykytilan arviointi ja toimenpide-ehdotukset	1
1 Johdanto	1
2 Lääkejaoston työ	3
3 Nykytilan lainsäädäntökuvaus	5
3.1 Palveluiden järjestäminen	5
3.2 Palvelujen tuottaminen.....	5
3.3 Informaatio-ohjaus	7
3.4 Lääkehuollon toiminnot sosiaalihuollossa	8
4 Nykytilassa tunnistetut kehittämistarpeet	9
4.1 Palveluiden järjestämisaosaaminen on puutteellista.....	9
4.2 Laatu järjestelmien, johtamisen ja alihankinnan puutteet	10
4.3 Osaavan henkilökunnan riittävyys ja työtä tukevat työvälineet sekä toimintamallit ovat puutteellisia	13
4.4 Lääkehoidon oikea-aikaisuus ja lääkkeiden saatavuus	15
4.5 Tiedonhallinta ja potilasrekisterit	16
4.6 Oma- ja viranomaisvalvonta.....	17
5 Toimenpide-ehdotukset.....	19
5.1 Palveluiden järjestämisaosaamisen kehittäminen.....	19
5.2 Laatu järjestelmien ja johtamisen kehittäminen	21
5.3 Osaava henkilöstö sekä työtä tukevat työvälineet ja toimintamallit	23
5.4 Lääkehoidon oikea-aikaisuus ja lääkkeiden saatavuus	25
5.5 Tiedonhallinta	26
5.6 Oma- ja viranomaisvalvonta.....	27
6 Yhteenveto	28
6.1 Jaoston kehittämissuositukset lainsäädäntöön.....	28
6.2 Lakia alemman asteen sääntely.....	29
6.3 Jaoston kehittämissuositukset - Iäkkäiden hoidon laatusuositus	29
6.4 Jaoston kehittämissuositukset Turvallinen lääkehoito -opas.....	30
6.5 Muita jaoston kehittämissuosituksia	30

2 Lääkejaoston työ

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut iäkkäiden henkilöiden palvelujen uudistamistyöryhmän 8.4.2019 valmistelemaan esityksiä iäkkäiden henkilöiden palvelujen kokonaisuuden uudistamiseksi ja väestön ikääntymiseen varautumiseksi. Työryhmän toimikausi on 9.4.2019 – 31.12.2019. Työryhmä asetti iäkkäiden henkilöiden palvelujen uudistamistyöryhmän lääkehoidon ja -huollon jaoston (*lääkejaosto*) 8.5.2019 pidetyssä kokouksessa.

Lääkejaoston työn kohteena on kartoittaa lääkehoidon organisoituminen tällä hetkellä ja tarvittavat säädösmuutostarpeet sekä lääkehoidon laatu, turvallisuus ja omavalvonta sosiaalihuollon toimintayksiköissä. Lääkejaoston työn tuloksena ovat säädösmuutostarpeet ja ehdotus aikataulusta. Lisäksi jaoston tulee antaa syötteitä Turvallinen lääkehoito -oppaan päivittämiseen, iäkkäiden hoidon laatusuositukseen sekä omavalvontaan liittyen ja selvitykset ja arvioinnit, joita hyödynnetään lääkelain uudistamisessa. Lääkejaosto valmistelee kunkin osakokonaisuuden yhteistyössä.

Lääkejaoston työhön ovat osallistuneet:

- erityisasiantuntija Elina Asola, STM, puheenjohtaja;
- neuvotteleva virkamies Satu Karppanen, STM;
- erityisasiantuntija/johtaja Heidi Tahvanainen, STM;
- yksikön päällikkö Eeva Leinonen, Fimea (osallistunut 2.10.2019, 31.10.2019 ja 28.11.2019 pidettyihin kokouksiin);
- johtaja Johanna Nystedt, Fimea (osallistunut Eeva Leinosen sijasta 12.9.2019 kokoukseen asti sekä 28.11.2019 kokoukseen);
- kehittämissuunnittelija Leena Reinikainen, Fimea;
- lakimies Hanna Linna, Valvira;
- terveydenhuollon ylitarkastaja Paula Hevosmaa, Etelä-Suomen AVI;
- terveydenhuollon ylitarkastaja Anne Kejonen, Itä-Suomen AVI;
- ylilääkäri Matti Mäkelä, THL;
- tutkimuspäällikkö Leena Saastamoinen, Kela (osallistunut 2.10.2019 kokoukseen asti);
- tutkija Heini Kari, Kela;
- hallintoylilääkäri Päivi Koivuranta, Kuntaliitto;
- hallitussihteeri Tuija Metsävainio, STM, asiantuntijasihteeri; ja
- suunnittelija Sonja Jantunen, STM.

Jaosto kuuli myös 20.8.2019 järjestetyssä kokouksessa ylilääkäri Jonne Sirolaa, Helsingin kaupungin Kotihoidon lääkärit -yksiköstä.

Lääkejaosto on kokoontunut kuusi kertaa. Ensimmäisessä kokouksessa 13.6.2019 käytiin läpi iäkkäiden henkilöiden palvelujen uudistamistyöryhmän

työtä ja työsuunnitelmaa sekä lääkejaoston tehtäviä ja tavoitteita. Lisäksi käytiin läpi organisaatioiden odotukset jaostolle ja työskentelykäytännöt sekä kokousaikataulu. Toisessa kokouksessa 20.8.2019 aiheena oli iäkkäiden henkilöiden palvelujen lääkehoidon ja -huollon nykytilan kartoittaminen ja siinä esiintyvien haasteiden tunnistaminen. Kolmannessa kokouksessa 12.9.2019 käytiin kotihoidon osalta läpi nykytila ja siinä esiintyvät haasteet. Tämän lisäksi käytiin läpi keinoja lääkehoidon ja -huollon kehittämiseen. Lisäksi suunniteltiin pidettävää työpajaa. Neljäs kokous oli 2.10.2019 pidetty työpaja. Viidennessä kokouksessa 31.10.2019 käytiin läpi jaoston toimenpide-ehdotuksia ja pohdittiin iäkkäiden hoidon laatusuositukseen annettavia syötteitä. Viimeisessä kokouksessa 28.11.2019 käytiin läpi jaoston nykytilan kuvaus ja jaoston esittämät toimenpide-ehdotukset sekä ehdotus syötteistä iäkkäiden hoidon laatusuositukseen.

Lääkejaosto järjesti 2.10.2019 työpajan Tieteiden talolla Helsingissä. Työpajaan oli mahdollista osallistua myös verkkolähetyksen välityksellä ja tallenne työpajasta on katsottavissa STM:n internetsivuilla tapahtumakalenterista. Työpajassa esiteltiin lääkejaoston näkemys iäkkäiden lääkehoidon nykytilasta ja siinä esiintyvistä kehittämistarpeista. Tämän jälkeen oli mahdollisuus esitellä jo toteutettuja tai suunnitteilla olevia iäkkäiden lääkehoidon tutkimus- ja kehittämishankkeita, joissa tarkoituksena on kehittää iäkkäiden lääkehoidon ja -huollon laatua tai turvallisuutta. Työpajassa esiteltiin lääkejaoston tunnistamat toimenpide-ehdotukset ja niistä keskusteltiin pienryhmissä. Etäosallistujat pystyivät vastamaan samoihin kysymyksiin kyselylomakkeen kautta. Osallistuneilta kysyttiin, onko jaoston työssä tunnistettu keskeisimmät kehittämisalueet, onko työssä tunnistettu tarpeelliset toimenpide-ehdotukset, millaisia toimenpiteitä tarvittaisiin jo tunnistettujen toimien lisäksi ja millaisia esteitä esiintyy rationaalisen lääkehoidon toimeenpanossa iäkkäiden palveluissa. Vastanneista 80 % koki, että jaoston työssä on tunnistettu keskeisimmät kehittämisalueet. Vastaaajista noin 69 % vastasi, että jaoston työssä on tunnistettu tarpeelliset toimenpide-ehdotukset. Noin 31 % vastasi, että niitä ei ollut tunnistettu. Saadut vastaukset kerättiin ja niitä on hyödynnetty jaoston työssä ja toimenpide-ehdotuksien viimeistelyssä.

Työpajaan lähetettiin kutsut sidosryhmille (noin 240 kappaletta) ja lisäksi kutsu oli sosiaali- ja terveysministeriön internetsivuilla tapahtumakalenterissa ja tilaisuuteen oli vapaa pääsy. Tapahtumasta tiedotettiin myös etukäteen Twitterissä. Työpajaan ilmoittautui 98 henkilöä. Ilmoittautuneet olivat seuraavista organisaatioista: Suomen Proviisoriyhdistys, Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL ry, opetus- ja kulttuuriministeriö, SuPer, Tehy ry, Kymenlaakson sosiaali- ja terveyspalvelut kuntayhtymä, Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, sosiaali- ja terveysministeriö, Kuntayhtymä Kaksineuvoinen, Omaishoitajaliitto, Suomen Farmasialiitto ry, Valvira, Lääketeollisuus ry, Itä-Suomen aluehallintovirasto, Hoiva Mehiläinen, Turun yliopisto, Kela, Yliopiston Apteekki, Lapin sairaanhoitopiiri, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus, Suupohjan peruspalveluliikelaitos-

kuntayhtymä, Akavan sairaanhoitajat ja Taja ry, Lounais-Suomen aluehallintovirasto, Helsingin yliopisto, Pharmac Finland Oy, Attendo Oy, Itä-Suomen yliopiston apteekki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Vanhus- ja lähimmäispalvelunliitto Valli ry, Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen ky, Suomen Potilasliitto ry, Pohjois-Suomen aluehallintovirasto, Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä, Suomen Kuntaliitto, Diakonissalaitoksen Hoiva Oy, Coronaria Anna ja Aatu Oy, HUS Apteekki, Sosteri, Tampereen yliopisto, Kainuun sote (Hoitokoti honkalinna), Rinnakkaislääketeollisuus ry, Suomen Potilasturvallisuusyhdistys, Vsshp Tyks Salon sairaala, Tamro Oy, KT Kuntatyönantajat, PHHYKY, Teva Finland Oy, Etelä-Suomen aluehallintovirasto, Suomen Apteekkariliitto, Vaasan keskussairaala, Itä-Suomen yliopisto, valtiovarainministeriö, Vantaan Kaupunki ja Tampereen korkeakoulu.

3 Nykytilan lainsäädäntökuvaus

Nykytilan kuvauksessa on keskitytty asumispalveluiden, erityisesti tehostetun palveluasumisen, jossa hoidon ja huolenpidon tarve on ympärivuorokautinen, piiriin kuuluvien iäkkäidenlääkehoitoon. Lisäksi kotihoidossa esiintyviä haasteita on kuvattu lyhyesti. Lainsäädännön kuvaus ei ole tyhjentävä.

3.1 Palveluiden järjestäminen

Palvelujen järjestäjänä kunta tai kuntayhtymä vastaa kansanterveyslain (66/1972) nojalla siitä, että hankitut palvelut täyttävät lainsäädännön edellytykset sekä muut palvelulle asetetut vaatimukset. Terveydenhuoltolain (1326/2010) nojalla kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden sairaanhoitopalvelut, kotisairaanhoido ja lääkinnällinen kuntoutus. Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Sen on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Kunnan perusterveydenhuollon on toimittava yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa. Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) edellyttää, että kunta järjestää tarpeen mukaan henkilöille esimerkiksi tehostettua asumispalvelua tai kotihoitoa.

3.2 Palvelujen tuottaminen

Kunta voi tuottaa palvelut itse tai hankkia ne esimerkiksi yksityiseltä palveluntuottajalta kuntalain (410/2015) nojalla. Palveluista säädetään terveydenhuoltolaissa ja sosiaalihuoltolaissa. Yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain (922/2011) mukaan yksityinen palveluntuottaja vastaa siitä, että se tuottaa palvelut sopimuksen tai kunnan hallintopäätöksen sekä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun laissa (812/2000, ”asiakaslaki”) tarkoitetun suunnitelman mukaisesti. Yksikössä tulee olla vastuhenkilö, joka vastaa siitä, että palvelut täyttävät niille asetetut vaatimukset. Yksityistä terveydenhuollosta säädetään omassa laissaan (152/1990). Yksityiseen palvelujen tuottamiseen tarvitaan

yksityisen terveydenhuollon ja/tai sosiaalihuollon lupa, johon voi liittyä myös erityisehtoja.

Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) säädetään oikeudesta toimia terveydenhuollon ammattihenkilönä. Laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja hoidosta. Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, eli esimerkiksi sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja, vastaa lääkehoidon toteutuksen kokonaisuudesta. Toimintayksiköiden vastuulla on varmistaa osaava ja ammattitaitoinen henkilöstö suhteutettuna toimintayksikössä toteutettavan hoidon vaativuuteen (laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, ”vanhuspalvelulaki”). Toimintayksikössä tulee olla myös lääkehoito-osaamisen arviointiin kykenevä esimies.

Asiakkaan lääkehoito toteutetaan ensisijaisesti ajantasaisen lääkityslistan ja asiakas-/hoitosuunnitelman perusteella. Asiakaslaissa säädetään palvelu-, hoito-, huolto- tai kuntoutussuunnitelmasta, joka on pääsääntöisesti laadittava sosiaalihuoltoa toteutettaessa. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säädetään tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskevasta suunnitelmasta, joka on tarvittaessa laadittava terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa. Asiakas- ja hoitosuunnitelman laatimisesta säädetään lisäksi mm. sosiaalihuoltolaissa ja vanhuspalvelulaissa sekä STM:n asetuksessa lääkkeen määräämisestä (1088/2010).

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojen käsittelystä säädetään mm. laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007), laissa sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista (254/2015) ja terveydenhuoltolaissa ja STM:n asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009).

Terveydenhuoltolaissa säädetään terveydenhuollon toimintayksiköiden velvollisuudesta laatia suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytännönpänanosta. Lääkehoitosuunnitelma on osa laadittavaa suunnitelmaa. Terveydenhuoltolain 57 § edellyttää, että terveydenhuollon toimintayksikössä on oltava vastaava lääkäri.

Sosiaalihuoltolain nojalla kunnallisen sosiaalihuollon toimintayksikön on laadittava omavalvontasuunnitelma laadun, turvallisuuden ja asianmukaisuuden varmistamiseksi. Myös laissa yksityisistä sosiaalipalveluista ja vanhuspalvelulaissa edellytetään omavalvontasuunnitelman laatimista. Lääkehoitosuunnitelma on osa laadittavaa omavalvontasuunnitelmaa. Valviran määräyksen (1/2014) mukaan omavalvontasuunnitelmaan on mm. kirjattava ajan tasalla olevat tiedot lääkehoidon vastuuhenkilöistä ja kuvaus menettelystä, miten toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmaa seurataan ja päivitetään.

Yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain mukaan palveluja annettaessa on oltava asianmukaiset tilat ja laitteet. Vastaavanlainen säännös sisältyy lakiin yksityisistä sosiaalipalveluista. Valviran yksityisen terveydenhuollon palvelujen tuottajien omavalvontasuunnitelman sisältöä ja laatimista koskevien määräyksen (2/2012) mukaan lääkehoitosuunnitelmaan kuuluu mm. lääkkeiden säilytystä, käyttökuntoon saattamista ja lääkkeiden jakamista ja antamista kuvaavat osa-alueet. Palveluasumisyksiköissä tulisi olla yhdenmukainen ohjeistus huumausainelääkkeiden kulutuksen seurannasta.

Viranomaiset valvovat toimintayksiköitä mm. ohjauksen, neuvonnan, seurannan, toimintakertomusten ja tarkastusten kautta (mm. laki yksityisistä sosiaalipalveluista, laki yksityisestä terveydenhuollosta, kansanterveyslaki).

3.3 Informaatio-ohjaus

Palveluiden tuottamiseen liittyvää lainsäädäntöä täydentävät viranomaisten oppaat ja suositukset. Turvallinen lääkehoito -opas (THL 2016) ohjaa lääkehoitokäytäntöjä erilaisissa toimintaympäristöissä. Oppaan mukaan edellä kuvatussa lääkehoitosuunnitelmassa, joka voi olla osa laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa tai omavalvontasuunnitelmaa, tulisi keskittyä kyseisen toimintayksikön toiminnan kannalta kriittisiin ja olennaisiin lääkitysturvallisuuden osa-alueisiin. Lääkehoitosuunnitelma tulisi tarkistaa noin kerran vuodessa sekä aina tarvittaessa. Sosiaalihuollon toimintayksikössä, jossa toteutetaan lääkehoitoa, noudatetaan samoja periaatteita kuin terveydenhuollossa. Lääkehoidon kokonaisuudesta vastaa toimintayksikön terveydenhuollosta tai lääketieteellisestä toiminnasta vastaava lääkäri. Toimintayksikön lääketieteellisestä toiminnasta vastaavan lääkärin tulee hyväksyä lääkehoitosuunnitelma. Lääkehoidon lupakäytännöt tulisi määrittellä yksityiskohtaisesti lääkehoitosuunnitelmassa.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (STM 2017:6, *laatusuositus*) tukee vanhuspalvelulain toimeenpanoa. Laatusuositus on tarkoitettu ensisijaisesti iäkkäiden henkilöiden palvelujen kehittämisen ja arvioinnin tueksi kuntien päättäjille ja johtajille. Myös sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen tuottajat, alan ammattilaiset ja kolmannen sektorin toimijat voivat hyödyntää suositusta. Laatusuosituksessa on myös lääkehoitoa koskevia suosituksia.

Lääkkeiden potilaskohtaisen annosjakelun hyvät toimintatavat -opas (STM 2016:1) luo raamit annosjakelun valtakunnalliselle toimintamallille, mikä lisää lääkitysturvallisuutta. Oppaassa huomioidaan paikallisten olosuhteiden luomat erityistarpeet. Potilaskohtainen annosjakelupalvelu edellyttää toimintayksiköiden ja organisaatioiden rajat ylittävää moniammatillista yhteistyötä.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea tuottaa terveydenhuollon ammattilaisten työn tueksi tietopaketteja, jotka käsittelevät järkevää lääkehoitoa.² Tarkoituksena on tarjota tiiviissä muodossa tietoa ja lääkehoidon työkaluja, joita voi hyödyntää käytännön työssä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL tuottaa tutkimustietoa,³suosituksia toimintakyvyn mittaamiseen liittyen sekä ylläpitää verkostotoimintaa palveluiden vertaiskehittämisen tueksi.⁴ THL on myös mukana sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaation seuranta- ja vertailutiedon tuottamisessa, jota voidaan käyttää esimerkiksi johtamisen tukena.⁵

Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto Valvira on sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen ohjaus-, lupa- ja valvontaviranomainen. Valvira ohjaa eri toimijoita, kuntia ja aluehallintoviranomaisia sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvissä tehtävissä.⁶ Aluehallintovirastojen (AVI:t) tehtäviin kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus toimialueillaan. Ne ohjaavat mm. yksityisiä sosiaali- ja terveydenhuollon tuottajia alueellaan.⁷

3.4 Lääkehuollon toiminnot sosiaalihuollossa

Sosiaalihuollon palvelujen piirissä, kuten kotihoidossa ja palveluasumisessa, ovat iäkkäät henkilöt ovat lähtökohtaisesti avoterveydenhuollon asiakkaita. Lääkkeet toimitetaan asiakkaille avoterveydenhuollon apteekista lääkelain (395/1987) ja sitä täydentävien lääkkeen toimittamista ohjaavien Fimean määräysten ja Kelan ohjeiden mukaisesti. Apteekin tulee ylläpitää asiakaskuntansa tavanomaista tarvetta vastaavaa lääkevarastoa. Lääkkeitä toimittaessaan apteekin tulee varmistua lääkkeiden oikeasta ja turvallisesta käytöstä antamalla ohjausta ja neuvontaa. Lisäksi apteekin tulee huolehtia taloudellisesta lääkehoidosta viitehintajärjestelmään kuuluvien valmisteiden toimittamisen yhteydessä sekä noudattaa Kelan ohjeita lääkkeiden suorakorvauksen myöntämisestä apteekissa.

Lääkkeet hankitaan avohuollon apteekista asiakkaiden henkilökohtaisilla lääkemääräyksillä ja lääkkeet voidaan hakea apteekista lääkkeen käyttäjän puolesta. Erityisesti palveluasumisessa lääkkeet säilytetään yleensä toimintayksikön henkilöstön työtiloissa. Kotihoidossa lääkkeet säilytetään asiakkaiden kotona. Palveluasumisen ja kotihoidon asiakkaiden lääkkeet jaellaan päivä- ja kellonaika-kohtaisiin annoksiin hoitohenkilökunnan toimesta, ellei toimintayksikössä ole

² www.fimea.fi/kehittaminen_ja_hta/moniammatillinen-yhteistyö/laakehoidon-tietopaketit

³ www.thl.fi/fi/thl/mika-on-thl

⁴ <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky>

⁵ <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/mita-tiedonhallinta-on-/sote-digitalisaation-seuranta>

⁶ www.valvira.fi/valvira/valviran_tehtavat

⁷ www.avi.fi/web/avi/avien-toiminta-ja-tehtavat

käytössä apteekin toteuttamaa annosjakelupalvelua. Lääkkeen käyttäjät maksavat henkilökohtaiset lääkkeet itse ja saavat korvatuista lääkkeistä suorakorvauksen apteekkiasioinnin yhteydessä. Lääkehuollon toiminnat toimintayksikössä (asiointi apteekissa asiakkaan puolesta, lääkkeiden jakaminen ja annostelu sekä lääkehoidon seuranta) kuuluvat palveluasumisen tai kotihoidon asiakasmaksuun. Mikäli toimintayksikössä on käytössä koneellinen annosjakelupalvelu, maksaa palvelun tuottaja apteekille jakelupalkkion ja lääkkeiden käyttäjät lääkevalmistajien omavastuuosuudet.

Vuonna 2018 Kela maksoi lääkekorvauksia yhteensä 1,46 miljardia euroa. Lääkekorvausmenojen kasvu kohdistuu yli 65-vuotiaisiin väestön ikääntymisestä ja uusien kalliiden lääkkeiden markkinoille tulosta johtuen. Yli 65-vuotiaiden osuus korvattavia lääkkeitä ostaneista henkilöistä on noin 30 %, mutta lääkekorvauksista heihin kohdistuu 47%. Kelasta saatujen tietojen mukaan myös lääkkeiden koneellinen annosjakelu on lisääntynyt. Vuonna 2018 avohoidon apteekkien koneellisen annosjakelun piirissä oli noin 65 000 henkilöä.⁸

4 Nykytilassa tunnistetut kehittämistarpeet

4.1 Palveluiden järjestämisaaminen on puutteellista

AVI:t ja Valvira ovat tunnistaneet palvelujen järjestämisessä puutteita kuntien kilpailutus- ja hankintaosaamisessa, kun kunnat hankkivat palveluita yksityisiltä palveluntuottajilta. Tehdyt sopimukset ovat liian yleisluonteisia. Puutteita on havaittu esimerkiksi siinä, että palveluntuottajan kanssa ei ole sovittu hoidon laatuun liittyvistä tekijöistä, tarvittavasta henkilöstörakenteesta tai lääkehoitoon liittyvistä menettelyistä, kuten lääkäripalveluista, lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja hyväksymisestä, lääkeluvista tai seurannasta.

Lisäksi palveluketjut ja -kokonaisuudet (esimerkiksi palvelujen alihankintaketjut) ovat pirstaleisia, mikä saattaa johtaa esimerkiksi lääkäripalvelujen ja lääkehoidon jatkuvuuden vaarantumiseen. Riskejä ei ole tunnistettu eikä ennakoitu ja riskienhallinta on puutteellista. Lisäksi muutoksen hallinnassa on kehitettävää. Ongelma nousi esiin myös työpajassa saaduissa vastauksissa.

Erityinen haaste on lääkkeiden koneellisessa annosjakelupalvelussa. Kunnat kilpailuttavat hankkimansa koneelliset annosjakelupalvelut ja nykyiset kilpailutus-käytännöt ovat monissa tapauksissa keskittäneet annosjakelupalvelun toteuttamisen tietyille toimijoille. Samaan tapaan apteekit tilaavat koneellista annosjakelupalvelua käyttävien asiakkaidensa lääkkeet sopimusvalmistaja-apteeeilta, joi-

⁸ Heini Kari, Leena Saastamoinen, Kela, tietopalvelut, tutkimusyksikkö, iäkkäiden lääkkeiden käyttö, kustannukset ja maksetut korvaukset Kelan rekistereiden perusteella

den yhteyteen on perustettu erillisiä, annosjakelun toteuttamista tukevia yrityksiä. Käytäntö on eriyttänyt annosjakelun lääkehoidon kokonaisuudesta ja tarvittavista paikallisista lääkehuollon palveluista.

Kuntien välillä on eroa myös kotihoidon palveluiden järjestämisessä. Kotona asuvien iäkkäiden määrä kasvaa, mutta kotiin annettavien tukipalvelujen määrä vaihtelee. Kotihoitoa on yhä useammin saatavissa ympäri vuorokauden.⁹

4.2 Laatu järjestelmien ja johtamisen puutteet

Iäkkäiden lääkehoidon ja -huollon ongelmat johtuvat muun muassa siitä, että sosiaalihuollon asumispalveluista ei nykyinsäädännön puitteissa pystytä luomaan tarvittavaa organisatorista integraatiota terveydenhuollon palveluihin. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välillä on useita raja-aitoja, jotka vaikuttavat esimerkiksi tiedonkulkuun yksiköiden välillä ja näkyvät epäselvyyksinä henkilöstön osaamisessa, riittävydessä ja terveydenhuollon palveluiden (lääkäripalvelut) saatavuudessa. Integraation puutteilla on vaikutuksia myös iäkkäiden lääkehoidon suunnitteluun, toteuttamiseen ja seurantaan asumispalveluyksikössä.

Vanhuspalvelulain 21 §:n mukaan toimintaa on johdettava siten, että se tukee mm. laadukasta sosiaali- ja terveystalouden kokonaisuutta. Toimintayksikön vastuhenkilö vastaa siitä, että palvelut täyttävät niille asetetut vaatimukset. Vastuhenkilö voi olla lääkäri, sairaanhoitaja, tai henkilö, jolla ei ole terveydenhuoltoalan koulutusta. Ilman terveydenhuoltoalan koulutusta vastuhenkilöllä voi kuitenkin olla haasteita arvioida yksikön tarvitsemaa henkilöstörakennetta ja lääkehoidolle asetettuja vaatimuksia. Palveluntuottajan toiminnasta tosiasiallisesti vastaavan henkilön osaamista tulisi kehittää niin, että hän kykenee varmistamaan yksikön asiakkaiden lääkehoidon asianmukaisuuden ja laadun.

AVI:en ja Valviran havaintojen perusteella yksityisten palveluasumisyksiköiden lääkehoitosuunnitelmat on usein laadittu liian yleiselle tasolle ja niistä puuttuvat esimerkiksi toimintatavat, joilla riskien toteutumista pyritään ehkäisemään. Lääkehoitosuunnitelmien ajantasaisuudessa ja päivitysvastuissa sekä henkilöstön perehdytyksessä lääkehoitosuunnitelmiin ja niiden muutoksiin on ollut puutteita. Lääkehoitokäytäntöjen lisäksi suunnitelmia tulisi kehittää myös yksikön lääkehuollon osalta (lääkkeiden oikea-aikainen saatavuus, aseptiikka, riskien hallinta).

Toimintayksikön lääketieteellisestä toiminnasta vastaavan lääkärin tulisi hyväksyä lääkehoitosuunnitelma. Hänellä ei kuitenkaan välttämättä ole tosiasiallista mahdollisuutta arvioida lääkehoitosuunnitelman tarkoituksenmukaisuutta tai lääkelupia myöntäessään työntekijöiden osaamista. Hyväksymiskäytännöt ovat käy-

⁹ Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016-2018, tuloksia ja toimintamalleja, STM:n raportteja ja muistioita 29/2019, s. 53

tännössä hyvin monenlaisia. Lääkehoidon lupakäytännöissä ja osaamisen varmistamisessa esiintyy puutteita. On eri käsityksiä siitä, milloin tarvitaan lääkärin lupa lääkehoidon toteuttamiseen ja mitä voidaan tehdä koulutuksen perusteella. Työntekijät eivät välttämättä myöskään tiedä toistensa lääkeluvista. Lisäksi käytännöt vaihtelevat lääkehoito-osaamisen varmistamisessa ja ammattihenkilöiltä edellytetyssä täydennyskoulutuksessa.

Toimintayksiköissä tarvitaan ohjausta esimerkiksi lääkehoitosuunnitelman konkreettisuuden suhteen sitä laadittaessa. Yksikön vastuuhenkilön rooli omavalvonnan toteuttamisessa on suuri ja ongelmia esiintyy mm. siinä, että vastuuhenkilö on kokematon, eikä hänellä ole terveydenhuoltoalan koulutusta. Kotihoidon osalta organisaatioiden sisäisissä lääkehoitokäytännöissä on puutteita, eikä organisaatioissa esimerkiksi tunnisteta omasta toiminnasta johtuvia riskejä.

AVI:en ja Valviran tarkastuksissa tekemien havaintojen perusteella puutteita esiintyy myös lääkäripalveluita koskevissa sopimuksissa, joissa palveluita ei ole yksilöity riittävästi. Lääkäripalvelujen tuottamisessa puutteita on mm. lääkärin ammattitaidossa arvioida ja toteuttaa monisairaiden iäkkäiden henkilöiden lääkkeitä.

Ammattilaisten vastuiden jaoissa on myös epäselvyyttä. Esimerkiksi lääkärin työnjako ja asiakkaan kokonaistilanteen hallinta eivät ole selkeitä asiakkaan käytössä päivystyksessä tai terveyskeskuksen vastaanotolla. Tiedonkulussa on havaittu kehitettävää esimerkiksi asiakkaiden siirtyessä eri palveluiden välillä. Lääkehoidon kokonaishallinnan käytäntöjä tulee laajemminkin kehittää, esimerkiksi lääkäripalveluiden saatavuutta, moniammatillisia toimintamalleja ja dokumentointia liittyen monisairaiden iäkkäiden lääkehoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Eri vaiheissa ammattilaisten työtä tukevien välineiden hyödyntämistä tulisi parantaa.

Lääkäripalvelujen saatavuudessa esiintyy puutteita. Palveluasumisyksikössä lääkärinkierto saattaa olla vain 3-4 kuukauden välein. Tällä hetkellä osassa yksiköitä lääkäri ei käy lainkaan, vaan asiakkaat viedään tarvittaessa aina terveyskeskuspäivystykseen tai vastaanotolle. Päivystävällä lääkärillä ei aina ole tietoa palveluyksikön mahdollisuudesta toteuttaa akuuttia lääkkeitä. Tämä mahdollistaa huonojen lääkehoitoratkaisujen tekemisen ja määrätyn lääkehoidon jatkamisen jopa kuukausia ennen kuin hoitava lääkäri arvioi lääkityksen asianmukaisuuden. Mikäli lääkäri toteaa hoidon tarpeen etäyhteyden välityksellä, ei hän voi fyysisesti tutkia asiakasta ja taudinmääritys ja lääkitystarpeen arviointi siirtyvät säännösten vastaisesti ainakin jossain määrin palveluasumisyksikön sairaanhoitajalle. Lisäksi, mikäli lääkärillä ja palveluyksiköllä on eri tietojärjestelmät käytössään, tiedonsaanti asiakkaan lääkitykseen tehdyistä muutoksista voi vaikeutua yksiköiden välillä.

Myös kotihoidossa esiintyy puutteita lääkäripalvelujen laadussa, niiden riittävydessä ja hoitoon pääsyssä, hoidon suunnittelussa, hoidon jatkuvuudessa ja lääketyksen tarkistamisessa. Kotihoidossa esiintyy samoja haasteita lääkäripalvelujen tapahtuessa etäyhteyden välityksellä kuin palveluasumisessakin. Yksityisessä kotisairaanhoidossa lääkäri on usein yhteistyölääkäri ja asiakkaat käyvät oman lääkärin luona esimerkiksi terveyskeskuksessa. Tällöin kokonaisvastuu asiakkaan lääkehoidosta on pirstaleinen. Kotihoidon asiakkailla on paljon päivystyskäyntejä, joiden jälkeen kokonaislääkityksen arviointi jää usein tekemättä. Tiedonkulkuun liittyy ongelmia.

Lääkkeiden säilyttämiskäytännöt toimintayksiköissä eivät aina ole valvontaviranomaisten tarkistuksissa olleet asianmukaisia. Lääkehuoneena saattaa toimia kanslia tai yleinen tila ja lääkkeitä saattaa olla useammassa tilassa. Lääkehuoneiden lukitus ja avainten säilytys on myös ollut puutteellista. Toimintayksikön normaali jääkaappi voi toimia myös lääkejääkaappina. Lääkejääkaappien lämpötilan seurannassa on puutteita, eikä poikkeamiin aina reagoida.

Lääkekaapeissa on havaittu vanhentuneita lääkkeitä. Sekä palveluasumisyksiköissä että kotihoidossa on havaittu huumausainelääkkeiden säilytyksessä ja kulutuksen seurannassa puutteita, eikä lääkehävikkiin aina puututa. Myös muiden lääkkeiden kulutuksen seurannassa on ollut puutteita. Kotihoidossa valvovien viranomaisten tarkistuksissa on noussut esiin, että määrättyjä lääkkeitä ei aina ole hankittu, eivätkä lääkkeet ole aina käyttökuntoisia. Kotihoidon, kotisairaanhoidon, omaishoitajien ja apteekkien yhteistyön tulee olla sujuvaa.

Palvelujen järjestäjän kilpailuttaessa lääkkeiden koneellista annosjakelupalvelua, tämä ei ole välttämättä huomionnut akuutteihin lääkehoitotilanteisiin liittyviä tarpeita tai ei ole sopinut käytännöistä palveluntarjoajan kanssa. Kilpailutukset on usein hoidettu rationaalisen lääkehoidon näkökulmasta puutteellisesti. Teknologian käyttöönotto muuttaa lääkehoitoprosessia ja uusia syntyneitä riskejä ei ole tunnistettu. Lisäksi annosjakelutoiminnan keskittämien aiheuttaa maantieteellisiä haasteita esimerkiksi akuuteissa lääkityksen muutoksissa.

Rationaalisen lääkehoidon toteutumisen kannalta on olennaista, että asiakkaan lääkityksen ajantasaisuus arvioidaan aina osana potilaskohtaista annosjakeluprosessia. Lääkehoitojen ja lääkityksen kokonaisarviointi ei kuitenkaan ole tällä hetkellä systemaattista eikä moniammatillista yhteistyötä toteuteta riittävästi. Haasteita aiheuttavat mm. tarvittaessa annettavien lääkkeiden annostelu ja jakaminen sekä lääkitykseen tehtävät akuutit muutokset. Myös lääkityksen jatkuvuuden turvaaminen annosjakelussa, esimerkiksi iäkkään henkilön siirtyessä uuteen hoitopaikkaan tai hoitopaikasta kotiin aiheuttaa haasteita.

4.3 Osaavan henkilökunnan riittävyys ja työtä tukevat työvälineet sekä toimintamallit ovat puutteellisia

Viranomaisten havaintojen mukaan työntekijöiden lääkehoidon osaamisessa on suurta vaihtelua ja kehittämisen tarvetta palveluasumisessa. Työntekijät voivat olla joko vahvoja lääkehoidon ammattilaisia, vastavalmistuneita tai työntekijöitä, joilla ei ole ammatillista tai täydennyskoulutusta lääkehoitoon ollenkaan. Lääkehoidon toteutuksessa ja aseptiikassa on huolimattomuutta ja puutteita. Henkilöstön riittävyys on turvattava. Sairaanhoidajaresurssien riittämättömyys toimintayksiköissä on ollut vaikuttamassa tilanteen syntyyn.

Henkilöstörakenteen tulisi olla sellainen, että se vastaa toteutettavan lääkehoidon vaatavuutta. Suurin osa kotihoidossa työskentelevistä on lähihoitajia ja sairaanhoidajien määrä vaihtelee. Viranomaisten havaintojen mukaan kotihoidossa on haasteita lääkkeiden käsittelyn ja jakamisen lupakäytännöissä sekä lääkehoidon osaamisessa. Kehitettävää on havaittu itsenäisesti työstä selviytymistä korostavissa toimintamalleissa. Lisäksi perehdyttäminen tai täydennyskoulutus eivät ole aina riittäviä. Toiseksi kotihoidon asiakkaan kykenevyyttä oman lääkehoidon toteuttamiseen ei aina ole riittävästi arvioitu ja työntekijöilläkin saattaa olla puutteelliset tiedot asiakkaan toimintakyvystä, terveydentilasta ja tavoista, jos työntekijät vaihtuvat usein. Tästä saattaa seurata esimerkiksi, että asiakas ei saa itse lääkepurkkeja auki, ei saa nieltä lääkkeitä, ei muista lääkkeitä tai piilottaa niitä. Helsingin kotihoidon lääkärit-yksikkö nosti henkilöstöresurssien osalta esiin haasteen löytää lääkehoidon toteuttajia vuoroihin. Loma-ajat ja sijaiset tuovat mukanaan myös omat haasteensa.

Erityisenä haasteena sekä palveluasumisessa että kotihoidossa on, että lääkehoidon toteutukseen osallistuu laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden lisäksi enenevästi myös nimikesuojattuja ammattihenkilöitä, kuten lähihoitajia sekä esimerkiksi hoiva-avustajia ja henkilökohtaisia avustajia. Lähihoitajille on siirretty enenevästi vaativia lääkehoidon tehtäviä. Tämä aiheuttaa haasteita, mikäli heillä ei ole tehtäviin riittävää osaamista tai perehdytystä. Hoiva-avustajilla tai henkilökohtaisilla avustajilla ei lähtökohtaisesti ole riittävää lääkehoitokoulutusta tai osaamista. Silti he saattavat osallistua jopa keskushermostoon vaikuttavilla lääkkeillä annettavaan hoitoon. Organisaation vastuulla on näiden henkilöiden valvonta. Valvontaviranomainen voi näissä tilanteissa puuttua vain organisaation toimintaan. Tämä erityinen haaste on syytä tunnistaa jo koulutusvaiheessa. Lähihoitajan perustutkintoon pohjautuvaa lääkehoito-osaamista arvioitaessa on huomioitava, että lähihoitajien koulutuksessa on eri osaamisaloja, joiden lääkehoito-osuudet voivat keskenään vaihdella. Ammatilliset koulutetaan myös erillään toisistaan kaikilla koulutustasoilla. Olisi tarpeellista omaksua moniammatillisia työtapoja jo peruskoulutuksen aikana.

Lääkehoitoon osallistuvien roolit eivät aina ole selvillä. Vastuukysymykset esimerkiksi tilanteissa, joissa kotihoidossa omaiset jakavat lääkkeet ja hoitajat antavat ne, voivat olla epäselvät tai puutteelliset. Omaisten huolehtiessa lääkehoidon toteutuksesta, voi kotihoidon ja lääkärin välillä olla epäselvyyttä siitä, mitä lääkkeitä asiakas todellisuudessa saa. Lääkkeiden hankkimisesta ja jakamisesta ei aina ole sovittu selvästi. Lääkitysturvallisuusriskit lisääntyvät, mikäli käytössä on useita eri lääkkeenjako tapoja. Lääkehoidon ongelmia ei tunnisteta ja niihin puuttuminen ei ole riittävää, eikä lääkehoitoja suunnitella riittävän asiakaslähtöisesti. Kotihoidossa lääkkeiden suositelluista antoajoista voidaan joutua tinkimään, eikä asiakas aina saa kaikkia hänelle myönnettyjä palveluita, sillä asiakastyötä on suunniteltu päivälle enemmän kuin ehditään tehdä. Kotipalveluyrittäjät tekevät myös kotisairaanhoidollisia tehtäviä, vaikka heillä ei olisi lupaa kotisairaanhoidon tuottamiseen.

Valvontaviranomaisten havaintojen perusteella asiakkaiden lääkityslistojen ja hoitosuunnitelmien laatimisessa, ajantasaisuudessa ja käytettävyydessä esiintyy puutteita, eivätkä listat vastaa asiakkaan käyttämiä lääkkeitä. Erään tutkimuksen mukaan 83 %:lla kotihoidon yli 75-vuotiaista asiakkaista perusterveydenhuollon potilastietojärjestelmän lääkelista ei vastannut asiakkaan todellista lääkkeiden käyttöä.¹⁰ Näihin puutteisiin vaikuttavat mm. toimintayksiköiden sisäiset menettelytavat, useat eri potilastietojärjestelmät ja useat eri hoitavat tahot, useat eri lääkityslistat eri hoitopaikoissa, omaisten ohjaama lääkitys ja ongelmat tiedonkullissa hoitavien tahojen välillä. Tällöin voi olla, että ei ole tahoa, joka ottaisi kantaa asiakkaan kokonaistilanteeseen. Haasteita onkin kokonaislääkityksen arvioinnin toteuttamisessa. Haasteita aiheuttavat myös iäkkään henkilön siirtyminen esimerkiksi sairaalasta palveluyksikköön tai toisin päin, jolloin haasteena on varmistaa hoito- ja lääkityslistojen ajantasaisuus. Kaikilla hoitoon osallistuvilla työntekijöillä ei ole myöskään asiakasta koskevien tietojen kirjaamiseen ja lukemiseen oikeuttavia tunnuksia. Lisäksi sijaisten vaihtuvuus ja keikkatyöntekijät aiheuttavat riskin hoidon suunnittelulle ja tiedon siirtymiselle. Toimintaohjeissa ja asiakkaan hoitosuunnitelmissa on esiintynyt puutteita mm. siinä, miten toimitaan, jos asiakkaan vointi huononee.

Lääkkeiden määräämiskäytännöissä on vakavia puutteita. Iäkkäiden henkilöiden kokonaislääkityksen arviointi on haasteellista ja toteutuu puutteellisesti. Erityisesti saattohoitovaiheen kivunhoidossa ja kivunhoito-osaamisessa sekä muistisairaiden hoidossa on puutteita ja osaamisvajeita, mm. keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä saatetaan käyttää runsaasti.

Kotihoidossa nousevat haasteiksi lääkkeiden jakamisen kaksoistarkastuksen toteutuminen sekä lääkkeiden tunnistaminen esimerkiksi annosjauhtujen lääkkeiden

¹⁰ Tiihonen M, Nykänen I, Ahonen R, Hartikainen S. Discrepancies between in-home interviews and electronic medical records on regularly used drugs among home care clients. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2016; 25(1): 100–5.

muutosten toteuttamiseksi. Asiakkaalla saattaa olla käytössä sekä annosjakelu että lääkedosetti, sillä kaikki lääkkeet eivät sovellu annosjaeltaviksi. Hoitajan ollessa yksin asiakkaan kotona on ongelmatilanteissa avun saaminen välillä hankalaa. Lääkäreillä ei ole välttämättä aikaa tai osaamista antaa hoitohenkilökunnalle ohjeita asiakkaan uuden lääkkeen hyötyjen ja haittojen seurannasta. Hoitajat eivät myöskään välttämättä tunne asiakkaita, jolloin tieto asiakkaan tilan muutoksista tai lääkkeen vaikutuksista ei välttämättä kulje hoitajilta lääkärille. Myös aseptiikassa on esiintynyt puutteita. Palveluasumisyksiköissä kuvatut ongelmat lääkityslistoissa koskevat myös kotihoitoa. Kotihoidon asiakkaiden lääkityslistojen tulisi olla saatavilla, jos ensihoito joudutaan kutsumaan. Myös kotihoidon asiakkaan käyttämät itsehoitolääkkeet tulisivat olla näkyvissä lääkityslistalla.

Lääkehoidon turvallisuutta tukevia resursseja, kuten tietolähteitä ja työtä tukevia digitaalisia työvälineitä, ei käytetä riittävästi ja esimerkiksi apteekkien farmasian osaamista ei osata hyödyntää. Rationaalista lääkehoitoa edistäviä työkaluja, kuten päätöksenteon tukea, Fimean Lääke75+ -tietokantaa tai lääkkeen tunnistamisessa avustavia palveluita ei tunneta, osata käyttää tai niitä ei ole integroitu normaaliin toimintatapaan. Hoitosuunnitelmien tulisi jo nykyisellään olla Kanta-arkistossa saatavilla mutta käytännössä niiden käyttöönotossa on ilmennyt ongelmia. Lisäksi turvallisuus lääke- ja laite-yhdistelmissä, kuten kipupumpuissa, vaatii kehittämistä esimerkiksi ammattihenkilöiden osaamisen ja sen varmistamisen osalta. Toimintayksiköissä ei myöskään ole käytössä esimerkiksi vastaavia lääkeinformaation lähteitä kuin apteekeissa. Kotihoidossa on tutkittu siellä käytettävien mittareiden hyödyntämistä. Hoitajista 79 % teki RAI- tai RAVA-arviointoja, mutta vastanneista lääkäreistä mittareiden tuloksia hyödynsivät RAVA:n osalta 17 % ja RAI:n osalta 0 % vastanneista lääkäreistä.¹¹

Perusteettoman monilääkityksen ja lääkitysongelmien juurisyitä tutkittaessa kotihoidossa nousivat seuraavat syyt esiin: terveydenhuollon resurssien puute, hoidon jakautuminen eri terveydenhuollon toimijoiden kesken, terveydenhuollon ammattihenkilöiden erilaiset tiedolliset ja taidolliset valmiudet, potilastietojärjestelmiin liittyvät ongelmat, epäselvä vastuunjako terveydenhuollon ammattilaisten välillä, viestintään liittyvät ongelmat sekä kotihoidon asiakkaan tiedot, käsitykset ja yksilöllinen tilanne.

4.4 Lääkehoidon oikea-aikaisuus ja lääkkeiden saatavuus

Kehittämisalueena on tunnistettu lääkehoidon jatkuvuuden turvaaminen ja äkillisten lääkehoidon muutosten toteuttaminen. Myös apteekkien ja sosiaalihuollon yhteistyötä tulee kehittää.

¹¹ Proviisori, LHKA, tohtorikoulutettava Terhi Toivo, Professori Marja Airaksinen
Helsingin yliopisto, kliinisen farmasian ryhmä, lääkäiden hoidollisesti merkittävien lääkitysris-
kien syntyminen ja hallinta kotihoidossa, Yhteenveto tutkimushankkeesta (Dnro 34/26/2016)

Sosiaalihuollon palveluasumisen yksiköissä on esiintynyt tarve ylläpitää lääkevarastoa asiakkaiden akuutteja lääkitystarpeita varten. Lääkehuoneissa on ollut mm. yhteiskäyttöön tarkoitettuja lääkkeitä, jotka ovat kuolleiden henkilöiden tai lääkärin yhteiskäyttöön määräämiä. Lähtökohtaisesti asiakkaat hankkivat lääkkeensä avohuollon apteekista henkilökohtaisilla lääkemääräyksillä. Asiakkaan lääkehoidon aloitus saattaa kuitenkin viivästyä, jos määrättyä lääkettä ei pystytä hakemaan tai toimittamaan apteekista viivytyksettä. Lääkkeiden tilaamisen ja toimittamisen haasteet ovat johtaneet turhiin sairaalakäynteihin sekä sääntelämättömien yhteiskäyttöisten lääkevarastojen muodostumiseen palveluasumisyksiköissä.

Iäkkäiden lääkehoidon ongelmat on tunnistettu jo pitkään. Useita hankkeita ja kehittämistoimia on toteutettu, mm. AVIen ja lääkealan toimijoiden yhteistyönä.^{12, 13, 14}

4.5 Tiedonhallinta ja potilasrekisterit

On mahdollista, että iäkkään henkilön hoitoon osallistuvat ammattihenkilöt (ja omaiset) eivät näe kaikkea olennaista iäkkään henkilön lääkehoitoa koskevaa tietoa, sillä lainsäädäntö ja nykyiset tietojärjestelmäratkaisut eivät tue sosiaali- ja terveydenhuollon tietojen yhteiskäyttöä. Myöskään nykyisten potilastietojärjestelmien ja kansallisen Kanta-reseptikeskuksen toiminnallisuudet eivät tue saumatonta tai ajantasaista tiedonvaihtoa eri tahojen välillä.

Tiedon kulkemattomuus vaarantaa asiakkaiden hoidon toteuttamisen jatkuvuuden ja hoidon turvallisuuden. Asiakas saattaa siirtyä sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköiden välillä, missä kaikissa voi olla käytössä erilainen tietojärjestelmä. Asiakasta hoitavilla tahoilla on tällöin vain puutteellinen näkymä asiakkaan kokonaistilanteeseen. Puutteellinen tiedonkulku aiheuttaa ongelmia rationaalisen lääkehoidon toteuttamisessa. Siitä aiheutuu potilasturvallisuusriskejä ja se on ongelmallista terveydenhuollon kustannusten kasvun hillitsemisen näkökulmasta.

Sosiaalihuollon lääkehoidossa erityinen haaste on lääketilauksiin ja toimituksiin liittyvä tiedonhallinta, kun lääkkeitä toimitetaan yksityisistä apteekeista, jotka tilaavat usein lääkkeitä erilliseltä koneellista annosjakelua tuottavalta yritykseltä.

¹² Vanhusten tehostetun palveluasumisen lääkehoitohanke 2017. <https://www.avi.fi/documents/10191/10616116/Vanhusten+tehostetun+palveluasumisen+1%C3%A4%C3%A4kehoitohanke.pdf/3d59c27a-b1ee-4b04-a2c3-7aa78ad97418>

¹³ Sosiaali- ja terveysministeriö. Rationaalisen lääkehoidon toimeenpano-ohjelma; STM 2018:12, 2018:15

¹⁴ LSSAVIn raportti ”Saattohoito tehostetun asumisen yksiköissä”

THL ja Helsingin kotihoito toivat esiin, että tiedonhallinnan osalta haasteena ovat myös toisistaan eroavat kirjaamiskäytännöt ja luokitteluisia esiintyvät eroavaisuudet, jotka tekevät tiedon yhteiskäyttöisestä hyödyntämisestä haastavaa. Eri tavoilla kirjatusta tiedosta ei muodostu yhtenäistä kansallista tietopohjaa, jossa lääkehoidon tietoja ja indikaattoritietoja voitaisiin hyödyntää mm. ohjaukseen, rahoituspäätöksiin ja valvontaan tai kehittämiseen ja innovaatiotoimintaan.

Lääkitykseen liittyvien tietojen kattavuus ja laatu edellyttävät vielä kehittämistä, jotta tieto olisi yhtenäisemmin hyödynnettävissä myös toisiokäyttötarkoituksiin. Tällä hetkellä lääkityksestä tallentuu paljon tietoa, mutta se on hajallaan eri tietovarannoissa ja sitä tuotetaan erilaisin toimintamallein ja rakentein. Tietopohjan puutteet aiheuttavat ongelmia teknologian ja tekoälyn hyödyntämisessä.

Kliiniseen päätöksentekoon on kehitetty erilaisia sähköisiä työvälineitä, jotka yhdistävät asiakkaan tilaa kuvaavat sähköiseen potilaskertomukseen tallennetut tiedot lääketieteelliseen tietoon tuottaen käyttäjälleen asiakaskohtaisesti räätälöityjä toimintaohjeita. Päätöksentuenjärjestelmiä tarvitaan eri työvaiheiden tueksi, kuten lääkkeen määräämisessä ja toimittamisessa, lääkehoidon toteuttamisessa ja seurannassa.

Uusien teknologioiden käyttöönotolla voidaan lisätä lääkehoidon vaikuttavuutta ja saada kokonaiskustannuksia pienennettyä. Lääkkeiden annostelurobotiikan tuomia mahdollisuuksia hyödyntämällä lääkehoidosta voidaan saada vaikuttavampaa ja turvallisempaa. Robotiikan avulla lääkeisiin liittyvää logistiikkaa saadaan nopeammaksi, automaattisemmaksi ja kustannustehokkaammaksi. Tekoälystä lääkkeiden valmistajat voivat saada ennakoivaa tietoa esimerkiksi lääkkeiden kysynnän muutoksista. Lisäksi tekoälyä voidaan hyödyntää lääkehoidon tietopohjan parantumisen myötä myös lääkehoitoprosessin eri vaiheissa ammattilaisten työn tukena.

4.6 Omavalvonta ja viranomaisvalvonta

Kunnat eivät ole riittävästi valvoneet palvelujen tuottajia. Esimerkiksi tarkastuskäyntejä toimintayksiköihin on tehty vain vähän ennen kevään 2019 ns. hoivakotikriisiä. Kun epäasianmukaista toimintaa on havaittu, kunnat eivät aina ole puuttuneet toiminnassa havaittuihin epäkohtiin omavalvonnallisin keinoin. Kunnat eivät ole aina myöskään käyttäneet oikeuttaan ilmoittaa asiakas- ja potilasturvallisuutta vaarantavista puutteista valvoville viranomaisille, jos puutteita ei ole korjattu kunnan edellyttämällä tavalla.

Toimijoiden omavalvonnassa on havaittu puutteita. Viranomaisten mukaan lähes kaikilla valvonta- ja tarkastuskäynneillä tulee esille puutteita lääkehoidon toteutuksessa ja yksiköiden omavalvonnassa. Yksikön vastuuhenkilön rooli omavalvonnan toteuttamisessa on suuri. Toisaalta valvontaviranomaisten mahdollisuus

puuttua mahdollisimman nopeasti ja ketterästi epäkohtiin vaatii myös kehittämistä.

Omavalvontasuunnitelmissa on myös kehitettävää yksiköissä. Omavalvontasuunnitelmassa tulee kuvata lääkityspoikkeamien käsittely. Lääkityspoikkeamien raportointi- ja käsittelytapoja on kuitenkin monenlaisia ja kuvauksissa on havaittu puutteita. Ilmoituksia ei esimerkiksi aina käsitellä henkilöstön kanssa, eikä tietoa poikkeamista jaeta aina yksikön sisällä. Joissakin yksiköissä ei ole välttämättä käytössä ollenkaan käsittelytapaa lääkityspoikkeamiin. Lääkityspoikkeamien kirjauskäytännöt voivat olla kuvattuina, mutta henkilöstöllä ei ole aikaa tehdä kirjauksia tai henkilökunta pelkää poikkeamien kirjaamista.

5 Toimenpide-ehdotukset

5.1 Palveluiden järjestämisaamien kehittäminen

Kansallisen tason toimenpiteet: lainsäädännön kehittäminen

Jaosto ehdottaa, että palveluiden järjestäjän järjestämistehtävää ja siihen sisältyvää omavalvontaa koskevaa lainsäädäntöä tarkennettaisiin sisältöä ja toimeenpanoa täsmentämällä. Palveluiden järjestämisen ja hankinnan kehittäminen liittyy myös Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaan. Ohjelman tarkoituksena on tukea palveluketjujen ja kokonaisuuksien kehittämistä siten, että ihmiset saavat tarvitsemansa avun tarkoituksenmukaisella tavalla. Tavoitteena on varmistaa, että palvelut vastaavat ihmisten tarpeisiin ja että ongelmiin voidaan puuttua ajoissa. Näissä kehittämistoimenpiteissä tulee parantaa iäkkäiden tarvitsemien terveyspalveluiden saatavuutta sosiaalihuollon asumispalveluissa.

Kansallisen tason toimenpiteet: informaatio-ohjaus

Hankinta-Suomi -toimenpideohjelman tavoitteena on mm. edistää julkisten hankintojen vaikuttavuutta ja tuottavuuden kasvua, hyödyntää hankintojen johtamista strategisena työkaluna ja lisätä yhteistyötä eri sektorien välillä. Palveluiden järjestämisaamien kehittämisessä ehdotetaan hyödynnettävien mahdollisia toimenpideohjelman työstä tulevia jaoston työtä tukevia tuloksia.

Turvallinen lääkehoito -oppaan päivittämiseksi ehdotetaan, että iäkkäiden palveluihin osallistuvien ammattihenkilöiden rooleja ja vastuita selvennetään. Myös sidosryhmille järjestetyssä työpajassa toivottiin toimijoiden roolien ja vastuiden selkiyttämistä. Kotihoidon ja omaishoidon osalta oppaaseen ehdotetaan otettavaksi mukaan hyväksi todetut työkalut ja toimintamallit. Työpajassa ehdotettiin lisäksi tehtäväksi kansallinen ohjeistus siitä, kuinka potilaan hoito turvataan myös yhdyspinnoilla, esimerkiksi kotihoidon asiakkaan kotiutuessa sairaalasta tai siirtyessä hoitopaikasta toiseen, jotta hoidon jatkuvuus saadaan turvattua.

Laatusuositus vuosille 2017-2019 on tarkoitettu ensisijaisesti iäkkäiden palvelujen kehittämiseen ja arvioinnin tueksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueiden ja maakuntien päättäjille ja johdolle. Iäkkäiden hoidon laatusuositusta ehdotetaan päivitettävän siten, että selkiytetään sen merkitystä iäkkäiden henkilöiden palvelujen järjestämisessä ja valvonnassa. Lisäksi suosituksessa tulee tukea laatujärjestelmän toimeenpanoa, riskien hallintaa, toiminnan jatkuvaa seuranta- ja kehittämistä poikkeamien analysointiin perustuen. Laatusuosituksien keskeisiin käsitteisiin ehdotetaan lisättävän lääkehoitoa koskevia käsitteitä, kuten rationaalinen lääkehoito ja lääkitysturvallisuus.

Laatusuositukseen ehdotetaan lisättävän kilpailutus- ja hankintaosaamisen parantaminen. Hankintasopimuksia tehdessä ehdotetaan sovittavan siitä, miten lääkäripalvelut järjestetään ja miten tiedot liikkuvat eri tahojen välillä. Tähän liittyen ehdotetaan, että asiakkaan palveluntarpeiden kokonaisvaltainen arviointi on hankintaan liittyvän palvelunkuvauksen lähtökohtana, mm. lääkäripalveluiden hankinnassa. Tässä kohtaa huomioitaisiin myös iäkkäiden henkilöiden geriatrisen erityisosaamisen tarve lääkäripalveluissa. Myös työpajassa nousi esiin riittävien ja osaavien lääkäripalveluiden tärkeys. Lisäksi tärkeä kehitettävä alue on lääkkeiden osaaminen iäkkäiden henkilöiden lääkehoidossa. Myös koneellisen annosjakelun ja muiden lääkehoidon tukipalvelujen kilpailutusosaamista ehdotetaan lisättävän laatusuositukseen, erityisesti palvelun sisällön (lääkkeiden oikea-aikainen saatavuus, lääkehoidon toteuttamisen tuki ja lääkeinformaatio) ja laadun osalta (riskien hallinta, poikkeamien seuranta, käsittely ja toiminnan kehittäminen yhdyspinnalla).

Laatusuosituksen toimeenpanon seuranta ja eri viranomaisten rooleja siinä ehdotetaan tarkennettavan. Lisäksi laatusuositusta tulisi kehittää erityisesti iäkkäiden terveyspalvelujen (kuten lääkäripalvelut ja lääkehoito) sekä seurantaindikaattorien käytettävyyden osalta. Laatusuositusta ehdotetaan päivitettävän myös siten, että siihen lisätään terveydenhuoltoa käsittelevä erillinen kappale, johon sisältyisi alakappaleena lääkehoito.

Vanhuspalvelulain 10 § edellyttää, että kunnan käytettävissä on oltava mm. iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien sosiaali- ja terveyspalvelujen laadukasta järjestämistä varten riittävästi monipuolista osaamista. Koska iäkkäiden henkilöiden lääkäripalveluiden saatavuudessa ja osaamisessa on havaittu puutteita, ehdotetaan kunnan järjestämistehtävään kuuluvan veloitteen toteutumisen seuranta seurantaindikaattorien avulla.

Iäkkäiden lääkehoitoa kuvaavia tietoja ehdotetaan lisäksi hyödynnettävän palveluiden järjestämisessä ja seurannassa. Keinoja tietojen saamiseksi ovat mm. THL:n arviointitieto ja eri tietovarannot ([Arviointi ja tietoikkuna](#) ja [Vanhuspalveluiden tila](#)). Esimerkiksi iäkkäiden lääkehoitoa kuvaavia KUYVA-mittareita ovat mm. 'Osuus 75 vuotta täyttäneistä, jotka käyttivät tarkasteltavan vuoden aikana Fimean Lääke 75+ -tietokannan D-luokan lääkkeitä' ja 'Osuus 75 vuotta täyttäneistä, jotka olivat hankkineet 10 tai useampaa eri lääkettä tarkastelujakson aikana'. Myös toimintakyvyn arviointiin käytettävien työvälineiden tuottamaa tietoa ehdotetaan hyödynnettävän aiempaa enemmän mm. lääkehoitokäytäntöjen kehittämisessä ja henkilöstön osaamistarpeiden arvioinnissa vastaamaan lääkehoidon vaatavuutta.

Omaishoitajia ehdotetaan tuettavan lääkehoidossa aiempaa enemmän, esimerkiksi koulutuksen avulla. Omaishoitajien rooli nousi myös työpajassa esiin.

Palveluiden järjestämisen taso: kehittäminen

Palveluiden järjestäjä toimeenpanee [potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian](#) ja [rationaalisen lääkehoidon toimeenpano-ohjelman](#) linjaukset alueellaan tarkoituksenmukaisella tavalla. Palveluiden järjestäjille suunnattua kouluttamista tulee edelleen jatkaa ja kehittää. Painopisteitä tulisi olla mm. palvelutuotannon hankintaosaaminen ja sopimuksissa huomioitavien laadullisten kriteereiden kokoaminen sekä omavalvonta.

Sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöiden toimintamalleja ja työnjakoa kehittämällä turvataan lääkehoidon jatkuvuus hoitoketjuissa ja palvelukokonaisuuksissa. Olennaista on tunnistaa lääkehoidon näkökulmasta keskeiset potilas- tai asiakasryhmät, joiden lääkehoito vaatii erityistä tukea, on usein vaativaa, haastavaa tai joiden tarvitseman lääkehoidon kustannukset ovat erittäin kalliit. Kunkin yksikön tulee kuvata toimintamallit omassa yksikössä ja sopia käytännöistä yhdyspinnoilla.

Lisäksi ehdotetaan kehitettävän tiedonhallintaa, siihen liittyviä toimintamalleja ja työtä tukevia työvälineiden käyttöönottoa, joilla tuetaan sujuvaan tiedonvaihtoa yhdyspinnoilla ja dokumentaatiota omassa yksikössä sekä mahdollistetaan mm. tiedolla johtaminen.

5.2 Laatu järjestelmien ja johtamisen kehittäminen

Kansallisen tason toimenpiteet: lainsäädännön kehittäminen

Lääkejaosto ehdottaa kokeilulain säätämistä, jolla mahdollistettaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallinen integraatio ensisijaisesti iäkkäiden henkilöiden kunnan tehostetun palveluasumisen yksiköissä (nk. ”sote-koti”). Lailla parannetaan iäkkäiden tarvitsemien terveyspalveluiden saatavuutta sosiaalihuollon asumispalveluissa. Lähtökohtana on asiakkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen palveluntarpeiden ja toimintakyvyn kokonaisvaltainen arviointi. Tavoitteena olisi lääkehoidon jatkuvuuden turvaaminen ja tiedonkulun ja –hallinnan tehostaminen hoitoketjuissa ja palvelukokonaisuuksissa, palveluasumisyksikön johdolle tai toiminnasta vastaavalle johtajalle asetettavien osaamisedellytysten kartoitus ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasta koskevien suunnitelmien integraatio.

Sote-kotikokeilulla voidaan hankkia tietoja ja kokemuksia suunnitteilla olevia lakiuudistuksia varten. Tarkoitus on etsiä toimivaa järjestelmää, jossa iäkkäiden palveluasumisen sosiaali- ja perusterveydenhuollonpalvelut olisivat integroituneina yhdeksi palvelukokonaisuudeksi samassa yksikössä (nk. sote-koti). Ensisijaisesti kokeilu kohdistettaisiin kunnan tehostetun palveluasumisen yksiköihin. Rajaus johtuu tiedonhallinnan integraation mahdollisesta rajoittumisesta kun-

taan. Rajautuminen tehostettuun palveluasumisyksikköön johtuu siitä, että asukkaiden hoidon tarpeeseen vastaamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio on näissä yksiköissä välttämätön. Tavalliset palveluasumisen yksiköt voisivat myös tulla kokeilulain piiriin, jos ne täyttävät tarvittavat edellytykset ja niiden asiakkaiden palvelujen tarve edellyttäisi sote-integraation toteuttamista.

Kokeilulla pyritään vanhukselle tarjottavien terveydenhuollon palvelujen merkityksen korostamiseen sosiaalihuollon palveluasumisen yksiköissä, jotta yksiköissä asuville, usein monisairaille vanhuksille tarjottava hoito on kokonaisuutena asianmukaista. Tässä olisi otettava huomioon yksilöllinen palvelutarve sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluissa, erityisesti lääkäripalvelujen saatavuudessa sekä henkilöstön osaamisessa ja riittävydessä. Kokeilu tukisi sote-uudistuksen valmistelua ja mahdollistaisi erilaisten toimintamallien vaikutusten seurannan ja analysoinnin ennen niiden siirtämistä koko maan tasolle. Kokeilulaki olisi jatkoa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota koskeville aiemmille kokeilulakihankkeille. Sote-integraation kokeilu on toteutettu kotihoidossa 2005-2020 (mm. kansanterveyslain 2a luku) sekä lailla sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilussa (22.9.2000/811).

Lisäksi jaosto ehdottaa, että vanhuspalvelulain 23 §:n toimintayksikön johtajan omavalvontavelvoitetta täsmennetään siten, että se kattaa myös terveydenhuollon laatuvaatimukset ja velvoitteet, mukaan lukien lääkehoidon. Sääntelyn perusteissa olisi selvennettävä vaaditun omavalvontavelvoitteen tasoa.

Lisäksi vanhuspalvelulakia koskevan hallituksen esityksen (HE 160/2012 vp) mukaan iäkkäälle henkilölle tulisi tehdä tarvittaessa myös potilaslaissa tarkoitettu hoitosuunnitelma mieluiten yhdistettynä asiakaslaissa tarkoitettuun suunnitelmaan. Koska tässä on tietojärjestelmätekniisten ongelmien lisäksi myös muita ongelmia, asiasta ehdotetaan säädettävän selkeämmin.

Kansallisen tason toimenpiteet: informaatio-ohjaus

Turvallinen lääkehoito -oppaaseen ehdotetaan otettavaksi mukaan malliesimerkkejä mm. lääkehoitosuunnitelmasta ja ohjeita yksiköiden lääkehuollosta. Yhteisiä lomakkeita toivottiin myös työpajassa. Lääkehoitosuunnitelmassa ehdotetaan kuvattavan yksikön lääkäripalvelut.

Opasta ehdotetaan täydennettävän lisäksi siten, että terveydenhuollon lainsäädäntö on otettava huomioon myös tehtäessä päätöksiä sosiaalitoimen yksikön henkilöstön rakenteesta, osaamistasosta ja täydennyskoulutuksista. Käytännössä tämä voisi tapahtua siten, että joko yksikön toiminnasta vastaavalla henkilöllä tai erikseen nimetyllä henkilöllä, jonka vastuulla yllä mainitut seikat ovat, olisi terveydenhuoltoalan koulutus.

Laatusuosituksessa ehdotetaan kuvattavan laatujärjestelmät ja laadun mittaaminen (myös työpajassa kannatettiin ehdotusta), riskien tunnistaminen ja hallinta sekä lääkitysturvallisuuden tunnistaminen osana potilas- ja asiakasturvallisuutta. Laatusuositukseen ehdotetaan nostettavan myös lääkityslistan ja hoito- tai asiakassuunnitelman ajantasaisuuden säännöllinen varmistaminen. Tämä sisältäisi potilaskohtaisen lääkehoitosuunnitelman, jossa on kuvattu lääkehoidon vaikutusten seurannan arviointi ja potilaan tilanteen kehitys. Lisäksi laatusuosituksessa ehdotetaan tarkennettavan iäkkäiden palveluihin osallistuvien ammattiryhmien ja virkojen vastuita ja tehtäviä, etenkin palvelua tuottavan/yksikön vastuuhenkilön (jolla vastuu henkilöstöstä ja henkilöstön riittävästä osaamisesta ja jatkuvasta koulutuksesta) ja vastuulääkäriin osalta.

Laatusuosituksessa ehdotetaan lisäksi vahvistettavan tiedolla johtamista ja hyvien käytäntöjen jakamista. Hyvien käytäntöjen jakamista kannatettiin myös työpajassa. Laatusuositukseen ehdotetaan indikaattoria vanhuspalvelulain mukaiselle tarvittaessa laadittavalle potilaslaissa tarkoitetulle hoitosuunnitelman seurannalle.

Lisäksi vaikuttavia ja kustannusvaikuttavia iäkkäiden lääkehoitoon liittyviä toimintamalleja ehdotetaan tutkittavan aiempaa enemmän ja otettavan käyttöön.

Lääkäri- ja apteekkipalveluita kehittämällä saadaan terveydenhuollon palvelut nykyistä paremmin liitettyä osaksi sosiaalihuollon asumispalvelua tai kotihoitoa ja näin palvelut vastaavat paremmin asiakkaiden kokonaistarpeita. Eri ammattilaisten työtä tukevia digitaalisia työvälineitä tulee ottaa tehokkaasti käyttöön. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluyksiköiden johto varmistaa, että palveluyksiköissä on käytössä tietoturvalliset sähköiset työvälineet, jotka tukevat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden työskentelyä lääkehoitoprosessin eri vaiheissa.

5.3 Osaava henkilöstö sekä työtä tukevat työvälineet ja toimintamallit

Kansallisen tason toimenpiteet: lainsäädännön kehittäminen

Ei kehittämisehdotuksia.

Kansallisen tason toimenpiteet: informaatio-ohjaus

Turvallinen lääkehoito -opasta ehdotetaan päivitettävän siten, että ehdotetaan laadittavan lääkehoitosuunnitelma, jonka lähtökohdaksi otetaan toiminnan analyysi sekä riskien tunnistaminen ja hallinta. Lisäksi oppaaseen ehdotetaan laadittavan toimintamalliesimerkkejä, joissa huomioidaan eri ympäristöjen henkilöstörakenteet sekä lääkäripalveluiden ja lääkehoidon tukipalveluiden erot.

Oppaaseen ehdotetaan lisättäväksi myös yksilötason osaamisen arvioinnin työkalu, jossa on huomioitu työtehtävien vaativuus lääkehoidon osalta. Lisäksi ehdotetaan, että myös lääkehoidon toteuttamisen lupakäytännöt yhtenäistetään oppaassa ja työntekijöiden osaamisvaatimukset ehdotetaan määriteltäväksi.

Laatusuosituksessa ehdotetaan vahvistettavan farmaseuttista asiantuntemusta sisältävää moniammatillista yhteistyötä. Yhteistyö sisältäisi esimerkiksi paikallisesti sovitut käytännöt ja toimintamallit apteekkien ja iäkkäiden henkilöiden palveluja tuottavien yksiköiden ja kuntien välillä.

Laatusuosituksessa ehdotetaan lisäksi nostettavan esiin lääkehoidon turvallisuutta lisääviä toimenpiteiden merkitys osana laatua sekä niiden toimeenpano turvallinen lääkehoito -oppaan mukaisesti. Myös lääkityslistojen ajantasaisuuden varmistaminen, kokonaislääkityksen säännöllinen arviointi ja vastuutahojen määrittäminen osana toimintakyvyn arviointia sekä näitä kuvaavat mittarit ehdotetaan lisättävän laatusuositukseen.

Terveydenhuollon ammattilaisten peruskoulutusta ehdotetaan kehitettäväksi lääkehoidon osaamisen osalta. Työntekijöiden osaamisen kehittäminen nousi myös sidosryhmille järjestetyssä työpajassa esiin. Lisäksi jatketaan moniammatillisten ja organisaatorajat ylittävien toimintamallien jakamista. Tätä tukevat myös työpajassa saadut vastaukset. Esimerkkinä moniammatillisista toimintamalleista ovat Fimean lääkehoidon [tietopaketit](#).

Palveluiden tuottamisen taso: kehittäminen

Työntekijöiden osaaminen tunnistetaan, varmistetaan ja osaamista kehitetään yksilöä tukevasti aiempaa paremmin. Lääkäripalveluiden osalta varmistetaan lääkäripalveluiden tosiasiallinen saatavuus, saavutettavuus ja lääkäreiden osaaminen siten, että iäkkään henkilön on mahdollista saada lääkäripalvelut toimintayksikössä. Lisäksi esimerkiksi lääkkeiden määräämiskäytäntöjä ehdotetaan kehitettävän ja tunnistetaan tarpeet geriatriselle osaamiselle. Myös työpajassa nousi esiin lääkäreiden osaamisen puute.

Hyödynnetään myös Elämän loppuvaiheen hoito -työryhmän tuloksia iäkkäiden lääkehoidon osaamisen kehittämisessä. Yhteistyötä lisätään organisaatorajat ylittävästi ja moniammatilliset toimintamallit vakiinnutetaan osaksi toimintaa. Apteekin, sairaala-apteekin tai lääkekeskuksen farmaseuttista asiantuntemusta ehdotetaan hyödynnettävän nykyistä enemmän.

Työssä hyödynnetään digitaalisia työvälineitä ja tietolähteitä. Toimintayksiköiden johto varmistaa, että lääkehoitopäätöksissä ja lääkehoidon seurannassa huomioidaan ja kirjataan ajantasainen tieto.

5.4 Lääkehoidon oikea-aikaisuus ja lääkkeiden saatavuus

Kansallisen tason toimenpiteet: lainsäädännön kehittäminen

Tällä hetkellä valmistelussa on lainsäädäntö, jossa mahdollistetaan ja määritellään edellytykset sille, milloin sosiaalihuollon palveluasumisen yksiköllä olisi oikeus ylläpitää rajattua yhteiskäyttöön tarkoitettua rajattua lääkevarastoa asukkaiden ennakoimattomia tai äkillisiä lääkitystarpeita varten.

Lisäksi olisi selvitettävä ja arvioitava koneellisen annosjakelun lupakäytäntöjä ja sääntelytarpeita koneellisen annosjakelupalvelun toteuttamisen laatuvaatimusten osalta, jotta se tukisi paremmin rationaalisen lääkehoidon kokonaisuutta. Tässä yhteydessä olisi tarpeen arvioida myös erillistä lupamenettelyä lääkkeiden koneellisen annosjakelun tekniseen toteuttamiseen siten, että koneellista annosjakelua tuottavien yritysten toiminta irrotetaan apteekkitoiminnasta erilliseksi lääke-tehdastoimintaa vastaavalla luvalla. Asiakasrajapinnassa annosjakelupalvelun tilaamisen ja lääkkeiden asiakkaille toimittamisen osalta tulisi toteutua samat velvollisuudet lääkehoidon turvallisuuden, tarkoituksenmukaisuuden ja informaation osalta kuin tällä hetkellä.

Kansallisen tason toimenpiteet: informaatio-ohjaus

Turvallisessa lääkehoito -oppaassa olisi kuvattava yhteiskäyttöiset lääkekaapit ja ohjeistettava niiden käytöstä. Tätä toivottiin myös työpajassa. Oppaassa tulisi myös kuvata ohjeet turvalliseen lääkehoitoon. Lisäksi ehdotetaan lääkitysturvallisuuden tukemista paikallisten käytäntöjen lisäksi myös kansallisesti ja maakuntatasolla. Oppaassa tulisi myös huomioida asiakkaan lääkeneuvonnan toteutuminen ja tiedonkulku apteekista asiakkaalle tilanteessa, jossa toinen henkilö asioi apteekissa asiakkaan puolesta.

Lisäksi jaosto ehdottaa lääkkeiden annosjakelun kansallisen toimintamallin arviointia (STM:n raportteja ja muistioita 2016:1). Ehdotus sai kannatusta myös sidosryhmien työpajassa.

Palveluiden tuottamisen taso: kehittäminen

Organisaatorajat ylittävää yhteistyötä sekä moniammatillisia toimintamalleja vakiinnutetaan osaksi toimintaa. Lääkehuollon yksikkö, joka toimittaa lääkkeet, olisi myös mukana toimintayksikön lääkehuollon turvallisuuden varmistamisessa sekä lääkehoitoprosessien kehittämisessä. Lisäksi lääkehuollon roolia ja sujuvaa tiedonkulkua eri toimintayksiköiden välillä tulee arvioida ja tarvittaessa kehittää.

5.5 Tiedonhallinta

Kansallisen tason toimenpiteet: lainsäädännön kehittäminen

Lainsäädäntöä kehittämällä mahdollistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon tiedon aiempaa parempi yhteiskäyttöisyys. Nopealla aikavälillä voitaisiin tiedonhallinnan kysymyksistä säätää sote-koti -kokeilulaissa. Kokeilulailla olisi mahdollista kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon välistä tiedonkulkua ja parantaa mm. tiedon yhteiskäyttöisyyttä, työntekijöiden pääsyä tietoihin sekä kehittää yhteisiä kirjaamiskäytäntöjä.

Kansallisen yhtenäisen lääkityslistan kehittäminen ja käyttöönotto ovat erityisen tärkeitä. STM on marraskuussa käynnistänyt selvitystyön kansallisen lääkityslistan valmistelusta. Lääkityslistan käyttöön saamista ehdotetaan kiirehdittävän. Tämä nousi myös sidosryhmille järjestetyssä työpajassa esiin. Kehittämiselle on turvattava resurssit, ohjattava työtä tavoitteellisesti ja varmistettava kehittämisen edellyttämien lainsäädäntömuutoksien valmistelu ja toimeenpano.

Kansallisen tason toimenpiteet: informaatio-ohjaus

Tuetaan kirjaamiskäytäntöjen kehittämistä. Kansallisen, yhtenäisen lääkityslistan hyödynnettävyys tulevaisuudessa edellyttää toimijoilta hyvää kirjaamistapaa ja uudenlaisia toimintamalleja. Ehdotetaan otettavan käyttöön yhteinen sanasto ja suunnitellaan lääkityslistan toimeenpano järjestelmäkehityksen rinnalla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjakoa ja toimintamalleja tiedonhallinnassa kehitetään kansallisella tasolla. Tiedonhallintaa kehitetään myös osana STM:n Näkökulmia lääkehoitoon ja lääkkeiden jakeluun liittyvistä muutostarpeista -muistioon sisältyvää tiekarttaa (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2019:5). Potilastietojärjestelmiin ja asiakastietojärjestelmiin integroidaan päätöksenteon tuen välineet, kuten esimerkiksi Lääke75+ - tietokanta. Ehdotetaan, että hoitosuunnitelmien saatavuus varmistetaan Kanta-arkistosta.

Palveluiden tuottamisen taso: kehittäminen

Kirjaamista kehitetään myös palveluiden tuottamisen tasolla. Lisäksi kehitetään tiedon ajantasaisuutta tukevia toimintamalleja. Potilastiedot kirjataan kattavasti, laadukkaasti ja yhdenmukaisesti, jolloin niiden hyödyntäminen valtakunnallisesti on mahdollista.

5.6 Omavalvonta ja viranomaisvalvonta

Kansallisen tason toimenpiteet: lainsäädännön kehittäminen

Palvelujen järjestäjän omavalvonta on säädetty vanhuspäälvelulain 23 §:ssä velvoittavaksi. Omavalvonnan sisältöä ja toimeenpanoa tulisi kuitenkin täsmentää. Viranomaisvalvonnan tehokkuus ja toimintaedellytykset varmistetaan lainsäädännöllä. Tavoitteena on, että viranomaisilla on mahdollisuus puuttua nopeasti ja ketterästi havaittuihin puutteisiin. Viranomaisten ja kuntien roolia valvonnan osalta tarkennetaan lainsäädännössä.

Selvitetään myös mahdollisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan yhdistämiseen sekä lupakäytäntöjen yhdenmukaistamiseen valtakunnallisesti. Myös työpajassa toivottiin yhtenäisiä toimintatapoja ja ohjeita eri viranomaisten välille. Nopealla aikavälillä yhteisestä valvonnasta voitaisiin säätää myös ehdotetulla sote-koti-kokeilulla.

Lisäksi Valviran määräystä 1/2014 koskien yksityisten sosiaalipalvelujen ja julkisten vanhuspäälvelujen omavalvontasuunnitelman sisältöä, laatimista ja seurantaan tulee selkiyttää ja tarkentaa esimerkiksi terveystäälvelujen (mukaan lukien lääkehoitoa koskevat menettelyt) osalta. Omavalvontasuunnitelmiin tulisi lisäksi sisällyttää menetelmä lääkemääräysten seurantaan ja lääkityspoikkeaminen raportointia ja käsittelyä varten.

Kansallisen tason toimenpiteet: informaatio-ohjaus

Laatusuosituksista ehdotetaan kehitettävän omavalvonnan ja palvelun laadun valvontaosaamisen osalta. Lääkehoitosuunnitelmien ja niiden toteutuksen auditointeja ehdotetaan jatkuvan kehittämisen työvälineeksi. Lääkehoidossa tapahtuvien poikkeamien raportointia kehitetään ja tapahtuneita poikkeamia analysoidaan. Toimintamalleja poikkeamien ehkäisyyn tulee myös jatkuvasti kehittää. Myös Turvallinen lääkehoito -oppaaseen lisätään omavalvontasuunnitelman hyödynnettävyyttä tukevia ohjeita.

Palveluiden tuottamisen taso: kehittäminen

Lääkehoidon poikkeamien raportointia ja analysointia kehitetään. Poikkeamien hallinta vaatii lähtökohdaksi jatkuvan kehittämisen ja luottamuksen ilmapiirin työyhteisössä. Lisäksi arvioidaan mahdollisuutta tukea yksiköitä luomalla yhtenäinen kansallinen toimintamalli lääkityspoikkeamiin.

6 Yhteenveto

6.1 Jaoston kehittämisehdotukset lainsäädäntöön

- Sote-koti-kokeilulaki, jolla mahdollistettaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallinen integraatio ensisijaisesti iäkkäiden henkilöiden kunnan tehostetun palveluasumisen yksiköissä, yksi palvelukokonaisuus samassa yksikössä. Ehdotetaan säädettävän mm. tiedonkulusta ja -hallinnasta, valvonnasta, lupakäytännöistä, terveydenhuollon palvelujen saatavuudesta ja laadusta, jatkuvuuden turvaamisesta, iäkkään kokonaispalvelutarpeen arvioinnista, toimintayksikön koulutusvaatimuksista ja hoitosuunnitelmien integraatiosta.
- Täsmennetään vanhuspalvelulain 23 §:n toimintayksikön omavalvontavelvoitetta lisäämällä siihen terveydenhuollon laatuvaatimukset ja velvoitteet, täsmennetään myös toimeenpanoa;
- Säädetään tarkemmin vanhuspalvelulain (HE 160/2012 vp) mukaisesta iäkkäälle henkilölle laadittavasta hoito-/asiakassuunnitelmasta (vanhuspalvelulaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista);
- Palvelunjärjestäjän järjestämistehtävää ja siihen sisältyvää omavalvontaa koskevan lainsäädännön tarkentaminen sisältöä ja toimeenpanoa täsmentämällä (vanhuspalvelulaki, terveydenhuoltolaki ja sosiaalihuoltolaki);
- Varmistetaan viranomaisvalvonnan tehokkuus ja toimintaedellytykset, viranomaisten ja kunnan roolien tarkennus, sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan ja lupakäytäntöjen yhtenäistäminen (vanhuspalvelulain 24 §, yksityisestä terveydenhuollosta annettuun laki, yksityisistä sosiaalipalveluista annetun laki, terveydenhuoltolaki ja sosiaalihuoltolaki);
- Yhteiskäyttöiset, rajatut lääkevarastot mahdollistava ja toiminnan edellytykset asettava lainsäädäntö (valmisteilla ehdotus lääkelain muuttamiseksi);
- Selvitetään ja arvioidaan koneellisen annosjakelun lupakäytäntöjä ja sääntelytarpeita (lääkelaki);
- Kansallinen lääkityslista (Asetus lääkkeen määräämisestä ja laki sähköisestä lääkemääräyksestä, STM käynnistänyt selvitystyön marraskuussa 2019);
- Lakien integraatio ja sosiaali- ja terveydenhuollon tiedon yhteiskäyttöisyys (asiakastietolaki, potilaslaki, terveydenhuoltolain 9 §).

6.2 Lakia alemman asteinen sääntely

- Valviran määräyksen 1/2014 tarkentaminen esimerkiksi terveystalvelujen (mukaan lukien lääkehoitoa koskevat menettelyt) osalta. Omavalvontasuunnitelmiin menetelmä lääkemääräysten seurantaan ja lääkityspoikkeaminen raportointia ja käsittelyä varten.

6.3 Jaoston kehittämisehdotukset - Iäkkäiden hoidon laatusuositus

- Selkeytetään laatusuosituksen merkitystä iäkkäille suunnattujen palvelujen järjestämisessä ja valvonnassa;
- Kilpailutus- ja hankintaosaamisen parantaminen hankittavan palvelun sisällön ja laadun osalta: Huomioitava geriatrinen erityisosaaminen ja asiakkaan palvelutarpeiden kokonaisvaltainen arviointi, sovittava riittävästä ja osavista lääkäripalveluista, tiedonkulusta, koneellisesta annosjakelusta ja muista lääkehoidon toteuttamisen tukipalveluista, lääkkeiden oikea-aikaisesta saavutettavuudesta, riskien hallinnasta, poikkeamien seurannasta ja toiminnan kehittämisestä;
- Lääkäreiden osaamisen kehittäminen iäkkäiden lääkehoidossa;
- Tarkennetaan iäkkäiden palveluihin osallistuvien ammattiryhmien ja virkojen vastuita ja tehtäviä, etenkin palveluntuottajan vastuuhenkilön (jolla vastuu henkilöstöstä ja henkilöstön riittävästä osaamisesta ja jatkuvasta koulutuksesta) ja vastuulääkäriin osalta;
- Lisätään keskeisiin käsitteisiin lääkehoitoa koskevia käsitteitä, kuten järkevä lääkehoito ja lääkitysturvallisuus;
- Tarkennetaan viranomaisten rooleja ja toimeenpanon seurantaa
- Kuvataan laatu järjestelmät ja laadun mittaaminen, riskien tunnistaminen ja niiden hallinta ja lääkitysturvallisuuden tunnistaminen;
- Kehitetään omavalvontaa ja palvelun laadun valvonnan osaamista. Yksikön lääkehoitosuunnitelmien ja niiden toteutuksen auditoinnit;
- Potilaskohtaiset lääkehoitosuunnitelmat, joissa kuvattu lääkehoidon vaikutusten seurannan arviointi ja potilaan tilanteen kehitys;
- Lääkehoidon turvallisuutta lisäävien toimenpiteiden merkityksen korostaminen;
- Kehitetään lääkehoidon poikkeamien raportointia ja analysointia sekä toimintamalleja poikkeamien ehkäisemiseksi. Tuetaan laatu järjestelmän toimeenpanoa, riskienhallintaa ja toiminnan seurantaa ja kehittämistä;
- Vahvistetaan moniammatillista yhteistyötä. Käytännöt ja toimintamallit apteekkien ja palveluja tuottavien yksiköiden ja palveluiden järjestäjien välillä;
- Vahvistetaan tiedolla johtamista ja hyvien käytäntöjen jakamista;
- Lääkitysluokien ajantasaisuuden varmistaminen, kokonaislääkityksen ja hoito- tai asiakassuunnitelman säännöllinen arviointi sekä vastuutahojen määrittäminen ja näitä kuvaavat mittarit

- Kehitetään suositusta iäkkäiden terveystalvelujen ja indikaattorien käytettävyyden osalta;
- Indikaattori vanhuspalvelulain mukaiselle tarvittaessa laadittavalle potilaslaissa tarkoitettulle hoitosuunnitelman seurannalle; ja
- Terveystalvhuolto ja lääkehoito omaksi kappaleekseen.

6.4 Jaoston kehittämisehdotukset Turvallinen lääkehoito -opas

- Selvennetään iäkkäiden palveluihin osallistuvien ammattihenkilöiden rooleja ja vastuita;
- Kotihoidon ja omaishoidon hyvät työkalut ja toimintamallit;
- Ohjeistus potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi potilaan siirtyessä esimerkiksi sairaalan ja kodin ja hoitopaikkojen välillä;
- Toimintamalliesimerkit, joissa huomioitu eri ympäristöjen henkilöstörakenteet ja lääkäripalveluiden ja lääkehoidon tukipalveluiden erot;
- Laadittava lääkehoitosuunnitelma, joka perustuu toiminnan analyysiin, riskin tunnistamiseen ja hallintaan ja jossa kuvataan yksikön lääkäripalvelut;
- Malliesimerkit mm. lääkehoitosuunnitelmasta;
- Ohjeet yksiköiden turvallisesta lääkehoidosta ja lääkehuollosta;
- Kuvataan ja ohjeistetaan yhteiskäyttöisten, rajattujen lääkevarastojen käyttö;
- Ohjeet turvalliseen lääkehoitoon ja lääkitysturvallisuuden tukeminen kansallisesti ja maakuntatasolla;
- Lääkeneuvonnan toteutuminen ja tiedonkulku apteekista asiakkaalle tilanteessa, jossa toinen henkilö asioi apteekissa asiakkaan puolesta;
- Työntekijöiden osaamisvaatimusten määrittely ja yksilötason osaamisen arvioinnin työkalut (työtehtävien edellyttämä lääkehoidon osaaminen);
- Lääkehoidon toteuttamisen lupakäytäntöjen yhtenäistäminen;
- Yksikön toiminnasta vastaavalla henkilöllä tai erikseen nimetyllä henkilöllä, joka vastaa henkilöstön riittävydestä ja osaamisesta tulisi olla terveystalvhuoltoalan koulutus toimintayksiköissä, joissa tarjotaan lääkehoitoa; ja
- Lisätään omavalvontasuunnitelman hyödynnettävyyttä tukevia ohjeita.

6.5 Muita jaoston kehittämisehdotuksia

- Hankinta-Suomi –toimenpideohjelman tuloksien hyödyntäminen;
- Elämän loppuvaiheen hoito -työryhmän tulosten hyödyntäminen;
- Arvioidaan lääkkeiden annosjakelun kansallista toimintamallia (STM 2016:1);
- Iäkkäiden hoidosta vastaavien työntekijöiden osaamisen tunnistaminen, varmistaminen ja kehittäminen yksilöä tukevalla tavalla:
 - o Palvelujenjärjestäjien kouluttaminen ja koulutuksen tuki, erityisesti hankinta- ja kilpailutusosaamisen ja omavalvonnan tukeminen;
 - o Omaishoitajia tuetaan lääkehoidossa koulutuksen avulla;

- Terveystieteiden ammattilaisten peruskoulutuksen kehittäminen lääkehoidon osaamisen osalta; ja
 - Kehitetään lääkkeiden määräämiskäytäntöjä huomioiden lääkäreiden geriatrisen osaamisen tarve;
- Lääkityslistan toimeenpanon suunnittelu järjestelmäkehityksen rinnalla, hyvä kirjaamistapa, uudet toimintamallit, yhteinen sanasto;
 - Potilastietojärjestelmiin ja asiakastietojärjestelmiin integroidaan päätöksenteon tuen välineet, kuten esimerkiksi Lääke75+ -tietokanta;
 - Varmistetaan, että hoitosuunnitelmat ovat saatavissa Kanta-arkistosta;
 - Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjakoa ja toimintamalleja tiedonhallinnassa kehitetään kansallisella tasolla. (STM 2019:5);
 - Kehitetään tiedonhallintaa, toimintamalleja ja otetaan käyttöön digitaalisia työvälineitä ja tietolähteitä tiedonvaihdon mahdollistamiseksi, sujuvan tiedonkulun arviointi ja kehitys eri yksiköiden välillä;
 - Kehitetään hyviä tiedon kirjaamiskäytäntöjä. Potilastiedot kirjataan ajantasaisesti, kattavasti, laadukkaasti ja yhdenmukaisesti, jolloin niitä voidaan hyödyntää valtakunnallisesti; tiedon ajantasaisuutta tukevat toimintamallit;
 - Iäkkäiden lääkehoitoa ja toimintakyvyn arviointia kuvaavien tietojen hyödyntäminen palvelujen järjestämisessä ja seurannassa;
 - Sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöiden toimintamallien ja työnjaon kehittäminen hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi, sovittava käytännöistä yhdyspinnoilla, kuvattava käytännöt yksiköissä;
 - Lääkäri- ja apteekkipalveluita kehittäminen ja integraatio osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita;
 - Varmistetaan lääkäripalveluiden tosiasiallinen saatavuus, saavutettavuus ja lääkäreiden osaaminen siten, että iäkkään henkilön on mahdollista saada lääkäripalvelut toimintayksikössä;
 - Kehitetään poikkeamien raportointia ja analysointia, kansalliset toimintamallit lääkityspoikkeamiin;
 - Tutkitaan ja otetaan käyttöön vaikuttavia ja kustannusvaikuttavia iäkkäiden lääkehoitoon liittyviä hoitokäytäntöjä;
 - Seurantaindikaattorit kunnan järjestämistehtävään kuuluvan sosiaali- ja terveyspalvelujen laadukkaan järjestämisen seurantaan.
 - Jaetaan ja vakiinnutetaan moniammatillisia ja organisaatorajat ylittäviä toimintamalleja (Fimean lääkehoidon tietopaketti) ja tehdään yhteistyötä nykyistä enemmän, lääkkeet toimittava yksikkö mukaan lääkehuollon turvallisuuden varmistamiseen ja kehittämiseen, apteekkien roolin kehitys;