



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Lääkehoidon jatkuvuus Hyvinkään kaupungin kotihoiton ja Hyvinkään sairaalan päivystyspo- liklinikan välillä

Sjöberg, Johanna
Vilén, Piia

2016 Laurea



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Yhdessä enemmän

Laurea-ammattikorkeakoulu

Lääkehoidon jatkuvuus Hyvinkään kaupungin kotihoidon ja Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikan välillä

Sjöberg Johanna
Vilén Piia
Hoitotyö
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2016

Sjöberg Johanna & Vilén Piia

Lääkehoidon jatkuvuus Hyvinkään kaupungin kotihoidon ja Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikan välillä

Vuosi

2016

Sivumäärä

52

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää lääkehoidon jatkuvuuden nykytilaa potilaan siirtyessä Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikan ja Hyvinkään kaupungin kotihoidon välillä. Tavoitteena oli selvittää millaisia haasteita yksiköissä oli koettu lääkehoidon jatkuvuuteen liittyen ja oliko niistä aiheutunut potilaalle haittaa. Tavoitteena oli myös kehittämiskohteiden esille tuominen saatujen tulosten pohjalta, jotta toimintaa voitaisiin kehittää potilasturvallisuuden parantamiseksi.

Tutkimusteorian kokosimme potilasturvallisuutta, hyvää hoitoa, etiikkaa ja lääkehoitoa käsittelevästä kirjallisuudesta. Tutkimusmenetelmänä oli laadullinen, eli kvalitatiivinen tutkimus. Aineiston keruu toteutettiin kyselyllä, johon osallistui sekä lähihoitajia, että sairaanhoitajia molemmista yksiköistä. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysiä käyttäen. Kyselylomakkeen kysymyksillä haluttiin saada vastaus sekä teorian pohjalta, että osittain omien havaintojen pohjalta nousseisiin tutkimuskysymyksiin.

Tutkimuksessa selvisi, että lääkehoidon jatkuvuudessa yksiköiden välillä on ongelmia. Tämä kävi ilmi melko yksimielisesti molempien yksiköiden vastauksista. Suurimmiksi ongelmiksi kyselyssä nousivat esiin vanhentuneet tai puuttuvat lääkelistat, vaikeudet toisen yksikön tavoittamisessa sekä lääkemuutoksista ilmoittamisen laiminlyönti ja puuttuvat reseptit. Potilaille koettiin aiheutuneen ongelmista haittoja, jotka liittyivät pääasiassa potilaan lääkehoitoon. Suurimmiksi syiksi ongelmien syntyyn mainittiin kiire, resurssien vähyys, vaihtuvat ja uudet työntekijät sekä ongelmat tiedonkulussa yksiköiden välillä. Lääkehoidon jatkuvuuden kehittämiseksi toivottiin resurssien lisäämistä, selkeitä ohjeistuksia potilaan siirtotilanteisiin liittyen, sekä keinoja yksiköiden välisen yhteydenpidon helpottamiseksi.

Tämä työ auttaa näkemään ongelmakohdat nykyisessä yksiköiden välisessä toiminnassa, jolloin kehitystoimien kohdentaminen oikein on helpompaa. Työ on potilasturvallisuuden kehittämisen ja hoidon laadun parantamisen kannalta tärkeä. Tutkimustulosten perusteella lääkehoidon jatkuvuutta potilaan siirtyessä yksiköiden välillä tulee kehittää.

Kehittämiskohteiksi nousivat yhteydenpidon helpottaminen, ohjeistusten luominen, resurssien lisääminen sekä uusien työntekijöiden perehdytykseen panostaminen ja yhteistyön kehittäminen.

Asiasanat: potilasturvallisuus, hyvä hoito, lääkehoidon jatkuvuus, turvallinen lääkehoito.

Sjöberg Johanna & Vilén Piia

Continuity of medical treatment between the city of Hyvinkää home care and Hyvinkää hospital emergency department

Year	2016	Pages	52
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to examine the current state of the continuity of medical treatment of the patient during transfer between Hyvinkää hospital emergency department and the city of Hyvinkää home care. The aim was to find out what kind of challenges units had experienced concerning continuity of medical treatment and whether the patient suffered harm. Another aim was to raise development targets on the basis of the results obtained in the inquiry, in order to improve patient safety.

Research theory covered patient safety, good medical care, ethics, and medical treatment. The research method used was qualitative research. Data collection was carried out by a survey, which was attended by nurses from both units. The data was analyzed using content analysis. The questionnaire was expected to answer research questions which were raised on the basis of the theory and in part based on our own findings.

The study revealed that there are problems with treatment continuity between the units. This was revealed through fairly unanimous responses from both units. The biggest problems that came out of the survey were; out of date or missing drug lists, difficulties in reaching the other unit, as well as neglecting to report changes in medications and missing receipts. Patients were considered to have experienced harm, which was mainly related to the patient's drug therapy. The biggest reasons for the problems which were mentioned were; rush, resource scarcity, changing and new employees, as well as problems in the flow of information between departments. For the development of the continuity of the medical treatment they wished for an increase in resources, clear guidelines related to patient transfer situations, as well as ways to facilitate communication between units.

This thesis helps us to see problem areas in the current operations between the departments, which makes the targeting of development activities properly easier. This thesis is important for the improvement of the quality of the development and management of patient safety. According to the results the continuity of medical treatment and the patient transfers should be developed between the units.

Development targets that came out were; making communication easier between units, creation of guidelines, increasing resources, as well as investing in the orientation of new employees and in the development cooperation.

Keywords: patient safety, good care, continuity of medical care, safe medication

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Hyvä hoito	7
	2.1 Hyvän hoidon eettinen näkökulma	8
	2.2 Näyttöön perustuva toiminta.....	9
3	Potilasturvallisuus.....	10
	3.1 Potilasvahingot ja hoitovirheet ovat huonoa hoitoa	12
	3.2 Potilasturvallisuuden edistäminen ja potilasvahinkojen ennaltaehkäisy.....	14
	3.2.1 Suomen potilasturvallisuushanke	15
	3.2.2 Reikäjuustomalli - tapa kuvata systeemissä tapahtuvia virheitä	16
	3.2.3 Poikkeamailmoitus potilasturvallisuuden edistäjänä	17
	3.3 Potilasturvallisuus ja lääkehoito.....	18
4	Turvallinen lääkehoito	19
	4.1 Lääkehoito prosessina	20
	4.2 Lääkehoitosuunnitelma	21
	4.3 Lääkehoidon jatkuvuus.....	22
	4.3.1 Kirjaaminen	24
	4.3.2 Yksiköiden välinen viestintä.....	26
5	Tutkimuksen tarkoitus	27
6	Tutkimuksen toteutus	28
	6.1 Tutkimusmenetelmä.....	28
	6.2 Kyselytutkimus.....	30
	6.3 Tutkimusaineisto	30
	6.4 Aineiston analyysi	31
7	Tulokset.....	32
	7.1 Tulosten tarkastelua.....	38
	7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	40
8	Pohdinta	41
	Lähteet	43
	Liitteet.....	45

1 Johdanto

Tässä opinnäytetyössä käsittelemme lääkehoidon turvallisuutta, potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta sekä niihin liittyviä tekijöitä. Työskennelyämme tutkimissamme yksiköissä havaitsimme haasteita lääkehoidon jatkuvuudessa potilaiden/asiakkaiden siirtotilanteissa. Päätimme selvittää kyselyn avulla molempien yksiköiden hoitohenkilökunnan näkemyksiä lääkehoidon jatkuvuuden nykytilanteesta. Tutkimamme aihe on mielestämme tärkeä, koska lääkehoidon jatkuvuuden turvaaminen on olennainen osa potilasturvallisuutta ja hyvää hoitoa.

Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään, ihmisarvoa ja yksityisyyttä kunnioittavaan hoitoon (Potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelma. Hyvinkään perusturva. 2013). Potilasturvallisuus on terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 2. luku, 3 §). On todettu, että yksi suurimmista haittojen aiheuttajista terveydenhuollossa on lääkehoitoon liittyvät vahingot, joista jopa yli puolet olisi ehkäistävissä. Lääkehoidon vahinkojen ehkäisyssä oleellista on lääkehoitoprosessin kehittäminen niin, että lääketyksen eri vaiheet ja kokonaisuus on hallinnassa. Haasteita lääkehoidon laadun hallintaan tuo tietojärjestelmien muutokset sekä monimuotoiset toimintaympäristöt. Lääkehoidon prosessi on aina moniammatillista yhteistyötä, jossa korostuu yhteistyön saumattomuus. Moniammatillisessa yhteistyössä haasteita potilasturvallisuudelle tuovat hoitoalan henkilöstön suuri vaihtuvuus ja henkilöstövaje. (Sairaanhoitaja ja lääkehoito. Hoitotyön vuosikirja 2013, 99-100. ; Aaltonen & Rosenberg 2013, 236 ,304-305.)

Oleellista lääkehoidon turvallisuudessa ja sen jatkuvuudessa on lääkehoitoon liittyvien merkintöjen oikeellisuus ja ajantasaisuus sekä tiedon kulku eri hoitoyksiköiden välillä potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen (Aaltonen & Rosenberg 2013, 248-249). Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen (THL) laatiman Turvallinen lääkehoito- oppaan (2016) mukaan potilaan siirtymiseen eri sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden välillä liittyy aina riski, jos potilaan ajantasainen lääkitystieto ei siirry potilaan mukana. Oppaan mukaan lääkitystiedot puuttuivat 3,4-98,2 %:lla siirtävistä potilaista. (Turvallinen lääkehoito-opas 2016, 10.) Useimmiten hoidon haittatapahtuma aiheutuu siksi, että tiedonkulku on katkennut tai potilaan hoitoon liittyvät asiat on ymmärretty väärin (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa, Pennanen 2012, 72). Potilasturvallisuutta vaarantavissa tilanteissa taustalta löytyykin usein viestinnän laatu ja moniammatillisen ryhmän jäsenten väliset ristiriidat (Aaltonen & Rosenberg 2013, 304-305).

Lääkehoidon jatkuvuuden toteutuminen potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen edellyttää hyvän hoidon, hoitotyön eettisten periaatteiden ja potilasturvallisuuden toteutumista. Aluksi käsittelemme hyvää hoitoa, johon jokaisella potilaalla on oikeus. Hyvään hoitoon tulee pyrkiä aina ja siihen liittyy myös hoitotyön eettisten periaatteiden mukaan toimiminen. Eettisesti hyvä

toiminta edistää potilasturvallisuutta; jokainen kantaa vastuun omasta toiminnastaan ja toiminnan päämääränä on tuottaa potilaalle/asiakkaalle hyvää. Lääkehoidon jatkuvuuteen liittyvässä kirjallisuudessa korostetaan potilasturvallisuuden näkökulmaa. Hyvän hoidon lisäksi käsittelemme työssä paljon potilasturvallisuutta; mitä se on, miten sitä voidaan edistää ja miten toimitaan potilasturvallisuuden vaarantuessa. Potilasturvallisuus on korkealaatuisen ja vaikuttavan hoidon ja hyvän laadun keskeinen osatekijä (Potilasturvallisuus ensin 2009, 17-30). Lääkehoidon jatkuvuutta käsittelemme turvallisen lääkehoidon näkökulmasta lähtien, käymme läpi lääkehoitoprosessia ja avaamme sitä, miten eri terveydenhuollon yksiköissä tulisi lääkehoidon jatkuvuuden turvaamista edistää.

2 Hyvä hoito

Laissa määritellään potilaan oikeudesta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun seuraavasti: "Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan" (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 2. luku, 3 §).

Hoitotyön kehittämällä ja laadun varmistamisella pyritään aina potilaan hyvään hoitoon, menetelmistä ja näkökulmista riippumatta. Hoidon laadun mittaaminen ja sen vaikuttavuuden arvioiminen kuuluu luonnollisena osana kaikkien terveydenhuollon yksiköiden toimintaan. Laadun arviointi auttaa kiinnittämään huomiota kehittämistä vaativiin asioihin ja helpottaa resurssien kohdentamista. Hoitotyön laadunarvioinnissa potilaalla ja hoitotyöntekijällä on keskeinen rooli. Hoitotyön toimintaa voidaan arvioida erilaisten mittareiden ja tutkimusten avulla. Näitä ovat esimerkiksi asiakastytyväisyyskyselyt ja suora palautteen pyytäminen. Toimintaa tulee tarvittaessa muuttaa saatujen tulosten perusteella. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska, Vihunen 2010, 42-43.)

Hoitotyötä voidaan pitää moraalisena toimintana, jolloin hoitotyön perusta ja idea on toteuttaa sitä, mikä on oikein ja hyvää toiselle ihmiselle. Vaikka hoitotyöhön vaikuttavat myös taloudelliset, tieteelliset ja esteettiset arvot, juuri eettisten arvojen toteuttaminen antaa hoitotyölle sen merkityksen. Hoitotyön eettinen merkitys ilmenee pyrkimyksenä tehdä hyvää, olla vahingoittamatta, kunnioittaa toisen ihmisarvoa ja toteuttaa hyvää hoitoa. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 13.)

Hyvinkään perusturva, johon kotihoito yhtenä palvelualueena kuuluu, on laatinut potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelman. Sen mukaan potilaan näkökulmasta hoidon hyvä laatu tarkoittaa sitä, että hän saa tarvitsemansa ja lääketieteellisesti oikean hoidon, josta aiheutuu

mahdollisimman vähän haittaa ja epämukavuutta: turvallinen hoito on vaikuttavaa, se toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan (Potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelma. Hyvinkään perusturva. 2013). Myös Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS), johon myös Hyvinkään sairaala kuuluu, laatimassa potilasturvallisuussuunnitelmassa sanotaan aivan samoin sanoin hyvän hoidon laadusta ja turvallisesta hoidosta. (Potilasturvallisuussuunnitelma. Helsingin- ja uudenmaan sairaanhoitopiiri 2015, 4).

2.1 Hyvän hoidon eettinen näkökulma

Hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen ovat hoitotyön keskeisiä eettisiä periaatteita. Sairaanhoitajan eettinen haavoittuvuus on edellytys eettisesti hyvän hoidon toteutumiseksi. Eettisesti hyvän hoitotyön perustaan kuuluu, että sairaanhoitaja tuottaa toiminnallaan jotakin hyvää hoidettavalle. Sairaanhoitaja ei saa toiminnallaan vahingoittaa ihmistä ja hänen tulee kunnioittaa potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeutta ja koskemattomuutta. Sairaanhoitaja tulee pyrkiä siihen, että jokaisen kohdalla oikeus hyvään hoitotyöhön toteutuu. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 118.)

Hoitotyön tarkoituksena on tuottaa hyvää toisille ihmisille. Sairaanhoitajan työtä on ohjannut kautta aikojen ajatus altruistisesta toiminnasta, jossa on päämääränä lisätä toisten hyvinvointia, onnea ja hyvänolon tunnetta tai vähentää toisten kurjuutta, onnettomuutta tai kärsimystä. Lupaukset ja eettiset pelisäännöt korostavat, että sairaanhoitajan ei pidä tehdä mitään, mikä vahingoittaa hänen avustaan riippuvaisia ihmisiä, vaan heidän turvallisuutensa tulee ottaa huomioon. Sairaanhoitajan yleinen eettinen periaate on hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen. Hoitotyössä tavoiteltava hyvä voidaan määritellä esimerkiksi hyvänä terveytenä, toimintakykenä ja elämänlaatuna, henkilökohtaisena kehityksenä, merkityksen löytämisnä sairaudesta, pyrkimyksenä oppia elämään sairauden kanssa ja lopuksi hyvänä kuolemana. Hyvän tavoittelu voi tarkoittaa myös pahan vähentämistä ja vastustamista, eli kivun, pelon ja kärsimyksen lievittämistä, sekä sairauden ja huonon terveyden ehkäisemistä. Parhaan menettelytavan löytäminen vaatii aina arvostelukykyä ja eri vaihtoehtojen ja niiden hyvien ja haitallisten seurausten pohdintaa. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 121-125.)

Kaikessa hoitotyön ammatillisessa toiminnassa hoitotyöntekijällä on kaksi peruselementtiä: vastuu ihmisestä ja vastuu tehtävästä. Vastuu ihmisestä tarkoittaa, että autettava ihminen on aina ainutlaatuinen, ajatteleva, arvovalintoja tekevä yksilö, jolla on myös oma näkemys terveydestään. Autettavan tulisi tuntee, että hänen ainutlaatuisuuttaan kunnioitetaan ja että hänen asioitaan ajetaan parhain päin. Ammatilliselta ihmisvastuu vaatii tietoa yksittäisen ihmisen arvoista ja terveyteen liittyvistä näkemyksistä, hänen hoidostaan ja hoitoon liittyvistä näkemyksistä. Ihmisvastuu vaatii ymmärrystä myös ihmistä kunnioittavista toimintamenetel-

mistä ja hänen asioittensa ajamiseen tarvittavista menetelmistä. Ihmisvastuista toimintaa ohjaavat hoitamisen ja terveydenhuollon periaatteet, kuten ihmisarvon kunnioittaminen, hyvän tekeminen ja pahan välttäminen sekä oikeudenmukaisuus. Nämä periaatteet todetaan valtakunnallisessa terveydenhuollon yhteistä arvopohjaa, tavoitteita ja periaatteita koskevassa (ETENE 2000) julkaisussa (Liite 1.), sekä ikääntyneiden hoidon etiikkaa koskevassa (ETENE 2008) julkaisussa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 27-29.)

Vastuu tehtävästä merkitsee, että hoitotyöntekijällä on koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella oikeus ja mahdollisuus auttaa ja hoitaa toista ihmistä. Hoitotyöntekijän tulee jatkuvasti ylläpitää taitoaan niin, että autettava saa parhaan mahdollisen avun. Ammattilaiselta tehtävävastuu vaatii tietoa terveydestä ja terveysongelmista yleensä sekä yksilön terveyden hoitamiseen liittyvistä näkemyksistä. Tehtävävastuuseen kuuluu myös tietää oikeat auttamismenetelmät ja arvioida niiden tuloksellisuutta. Tehtävävastuista toimintaa ohjaavat ammatilliset periaatteet: toiminnan perusteltavuus ja luotettavuus sekä ammattilaisten keskinäinen arvonnanto. Perusteltavuus liittyy viime vuosina korostettuun tarpeeseen kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja taata siten tehtävävastuun toteutumisen. Hoitotyöntekijän on noudatettava sekä ihmis- että tehtävävastuuseen liittyviä periaatteita eettisesti hyväksytyin toiminnan saavuttamiseksi. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 27-29.)

Terveysalan peruskoulutukseen sisältyy hoitamisen etiikan opinnot. Jo 1970-luvulla korostettiin sairaanhoidon periaatteiden tutkimisen tärkeyttä ja hoitamisen etiikka on sisällytetty Suomessa hoitotieteen yliopisto-opetukseen koulutuksen alusta, eli vuodesta 1979 lähtien. Viime vuosina maassamme on korostettu hoitamisen etiikan tutkimuksen ja opetuksen merkitystä ja nykyisin etikkaan liittyvää tutkimusta tehdään useissa hoitotieteen laitoksissa Suomessa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 20.)

Hoitotyön ammattilaiset ovat saaneet koulutuksessaan tietoa terveydestä, sekä fyysisen kunnon, mielenterveyden ja sosiaalisten suhteiden merkityksestä ihmisille. Lisäksi heillä on taito auttaa ihmistä terveydellisissä ongelmissa. Hoitotyön etiikan kannalta ammattilaisen on tärkeää ymmärtää ihmisten erilaisia tapoja määritellä terveyttä, hallita keinoja tukea erilaisia ihmisiä ja osata arvostaa yksilöiden erilaisin terveysnäkömymiä. Tällainen ymmärrys on sivistyneen hoitotyön lähtökohta, sillä se estää ammattilaisia toteuttamasta hoitoa rutiininomaisesti ja mekaanisesti. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 25.)

2.2 Näyttöön perustuva toiminta

Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarkoitetaan parhaan ajan tasalla olevan tiedon arviointia ja käyttöä hoitotyön päätöksenteossa ja toiminnassa. Näyttöön perustuvassa toiminnassa hoi-

totyöntekijä perustelee hoitoon liittyvät ratkaisunsa teorian tietoon ja tutkimustuloksiin perustuen. Hoitotyössä näytön eri muotoja ovat: tieteellinen näyttö, hyväksi havaittu toimintanäyttö ja kokemukseen perustuva näyttö. (Anttila ym. 2010, 42.)

Näyttöön perustuvasta hoitotyöstä alettiin keskustella aktiivisesti 1990-luvun loppupuolella ja tärkeäksi terveydenhuollon käsitteeksi se nousi vuosituhannen vaihteessa. Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on parantaa hoitotyön laatua ja vaikuttavuutta sekä hallita hoitotyön kustannuksia luotettavan, tutkitun tiedon avulla. Tutkittua tietoa käytetään päätöksenteon perustana, jotta potilaan tarpeisiin voitaisiin vastata mahdollisimman hyvin. Hoitotyön tavoitteena on käyttää eettisesti hyväksyttäviä ja taloudellisesti vaikuttavia toimintatapoja, joista on tieteellistä näyttöä. Tavoitteena on, että hoitokäytännöt ja toimintatavat perustuvat parhaaseen ajan tasalla olevaan tietoon. Vastuu näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisestä on sekä terveysalan organisaatioilla että terveysalan koulutus- ja tutkimusyksiköillä. Kehittämiseksi tarvitaan lisäksi työyhteisön rakenteiden, toimintatapojen ja arvojen muutoksia, hyvää johtamista, toimivia yhteistyörakenteita ja riittäviä voimavaroja. Muutokset vaativat aikaa ja pitkäjänteisyyttä. (Sarajärvi, Mattila, Rekola 2011, 9-10.)

Näyttöön perustuvassa hoitotyössä hoidon tarpeeseen vastataan vaikuttavaksi todettuja menetelmiä käyttämällä. Päätökset perustuvat tieteelliseen tutkimusten antamaan näyttöön, hoitotyön asiantuntijan kokemukseen perustuvaan tietoon, potilaan kokemukseen ja tietoon sekä käytettävissä oleviin resursseihin. Käypä hoito -suositukset ovat konkreettinen esimerkki tutkimusnäytön soveltamisesta eri potilasryhmien hoitoon. (Sarajärvi ym. 2011, 15-17.)

3 Potilasturvallisuus

Terveydenhuoltolaissa sanotaan laadusta ja potilasturvallisuudesta seuraavasti:

”Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Kunnan perusterveydenhuollon on vastattava potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta, jollei siitä muutoin erikseen sovita. Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa.” (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 1. luku, 8 §.)

STM:n (sosiaali- ja terveysministeriön) asetuksen ”laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon suunnitelmasta” mukaisesti suunnitelmaan on sisällytettävä kuvaus laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon keskeisistä edellytyksistä ja toimista, joita tarkastellaan johtamisen ja potilasturvallisuuskulttuurin näkökulmasta. (Potilasturvallisuus-

suunnitelma. Helsingin- ja uudenmaan sairaanhoitopiiri 2015,2). Hyvinkään kaupungin perusturva on laatinut potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelman toukokuussa 2013 ja sitä on täydennetty kesäkuussa 2014 AVI:n (Aluehallintovirasto) laatimien korjausten pohjalta. Tämän suunnitelman mukaan potilasturvallisuusajattelu koskee myös sosiaalihuollon asiakkaiden hoidon turvallisuutta. Toiminnan lähtökohtana pidetään sitä, että asiakas/potilas saa turvallista hoitoa riippumatta siitä, minkä lain alaisessa toimintayksikössä häntä hoidetaan. Tässä suunnitelmassa potilasturvallisuus on jaettu kolmeen eri osa-alueeseen: yleinen hoidon turvallisuus (sisältää infektioturvallisuuden), laiteturvallisuus ja lääkehoidon turvallisuus. (Potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelma. Hyvinkään perusturva 2013, 4.)

HUS:n potilasturvallisuussuunnitelma 2015-2016 on laadittu STM:n normistoon, sairaanhoitopiirin strategiaan ja arvoihin, tutkimukseen perustuvaan tietoon, kansainvälisten huippusairaaloiden lähestymistapoihin sekä raportoinnin perusteella tunnistettuihin potilasturvallisuuden kehittämiskohteisiin pohjautuen. HUS:n potilasturvallisuussuunnitelman käsittelee ja hyväksyy HUS:n hallitus, konsernijohtoryhmäkäsittelyn jälkeen. Siinä sanotaan, että turvallisen hoidossa yhdistyvät moniammatillinen yhteistyö ja tiedonkulku potilaan hoitoon osallistuvien tahojen, potilaiden ja omaisten välillä saumattomasti. Turvalliseen hoitoon liittyy olennaisesti myös henkilöstön hyvinvointi ja riittävät toimintaedellytykset turvallisen hoidon toteuttamiseen. Myös HUS:n potilasturvallisuussuunnitelma on jaettu kolmeen osa-alueeseen: yleinen hoidon turvallisuus, joka sisältää infektioturvallisuuden, laiteturvallisuus sekä lääkehoidon turvallisuus. (Potilasturvallisuussuunnitelma. Helsingin- ja uudenmaan sairaanhoitopiiri 2015, 4-5.)

Terveysturvallisuuden ammattilaiset pyrkivät työssään potilaan hyvään: oireiden lievittämiseen sekä parantumiseen. Vaikka kaikki osapuolet tekisivät parhaansa, saattaa potilas kuitenkin kohdata hoitonsa aikana haittatapahtuman. Haittatapahtuma tarkoittaa hoidosta johtuvaa potilaan tahatonta vammautumista tai komplikaatiota, joka ei suoranaisesti liity potilaan sairauteen. Haittatapahtuma johtaa pitkittyneeseen sairaalahoitoon, viivästyneeseen toipumiseen, potilaan vammautumiseen tai menehtymiseen. Potilasturvallisuus on korkealaatuisen ja vaikuttavan hoidon ja hyvän laadun keskeinen osatekijä. Silti eri puolilta maailmaa kerätyt tiedot osoittavat, että sairaalahoitoon tulevista potilaista viidestä kymmeneen prosenttia kokee hoitoon liittyvän haittatapahtuman. Hyvällä suunnittelulla, hyvillä käytännöillä ja turvallisuutta edistävillä toimintaympäristöillä jopa puolet virheistä voitaisiin ehkäistä. (Potilasturvallisuus ensin 2009, 17-30.)

Terveysturvallisuuden laatu on resurssien käyttöä parhaalla mahdollisella tavalla, turvallisesti, korkeatasoisesti sekä sitä, että vastataan erityisesti eniten hoitoa tarvitsevien terveystarpeisiin. Potilasturvallisuus on laadun keskeinen osatekijä. Nykyistä terveysturvallisuutta ei ole kui-

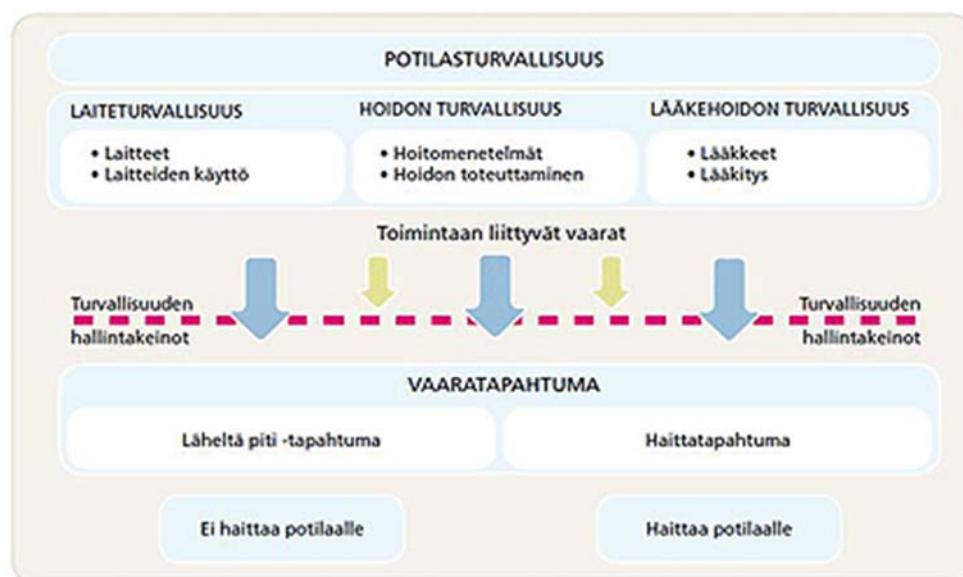
tenkaan organisoitu edistämään parasta laatua. Päähuomio on hallinnollisissa rakenteissa, talouden seurannassa tai toiminnan tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden kannalta harhaanjohtavissa tuottavuuslukuissa. Tuottavuus ei kerro hoidon laadusta; hyvin tuottava toiminta voi olla vaikuttamatonta tai jopa haitallista. Jopa puolet potilashoitoon liittyvistä haittatapahtumista voidaan ehkäistä analysoimalla riskejä, korjaamalla hoitoprosesseja toiminnan rakenteita ja ottamalla oppia virheistä. (Potilasturvallisuus ensin 2009, 32-33.)

Hyvinkään perusturvan potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelman mukaan potilasturvallisuus on terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta. HUS:n potilasturvallisuussuunnitelmassa sanotaan, että potilasturvallisuus muodostaa yhdessä hoidon vaikuttavuuden ja saatavuuden kanssa terveyden- ja sairaanhoidon perustan. Molempien suunnitelmien mukaan potilasturvallisuudella tarkoitetaan niitä periaatteita ja toimintoja, joiden tavoitteena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. (Potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelma. Hyvinkään perusturva. 2013, 4. ; Potilasturvallisuussuunnitelma. Helsingin- ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2015, 4-5.)

3.1 Potilasvahingot ja hoitovirheet ovat huonoa hoitoa

Huono hoito ja potilasvahinkoja aiheuttavat hoitovirheet ovat vahinkoja, joilla ei ole minikäänlaisia hyviä seurauksia ja niitä tulee aina välttää. Lainsäädännön ja eettisten ohjeiden mukaan potilaalla on oikeus hyvään, turvalliseen ja luotettavaan hoitoon. Potilasta ei saa altistaa tarpeettomille vahingoille tai riskeille. Vahinkojen ei periaatteessa katsota olevan eettinen ongelma. Niiden hyviä ja huonoja puolia ei tarvitse harkita eikä tarvitse pohtia sitä, ovatko ne mahdollisesti eettisesti oikeutettuja vai eivät. Vahingot ovat aina väärin ja niitä pitää välttää. Huono hoito tarkoittaa ala-arvoista hoitoa. Huonossa hoidossa potilaalle tehdään tai jätetään tekemättä jotakin sillä seurauksella, että potilaalle tuotetaan fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista vahinkoa, tuskaa ja kärsimystä. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 125-128.)

Potilasturvallisuuden vaaratapahtuma voi olla läheltä piti -tilanne tai haittatapahtuma (Kuvio 1.). Läheltä piti -tilanteessa potilaalle ei aiheudu haittaa, koska tilanne havaitaan ajoissa. Haittatapahtumassa potilaalle aiheutuu jonkinasteista hoitoon kuulumatonta haittaa. (Laatu ja potilasturvallisuus 2014.)



Kuvio 1: Laatu ja potilasturvallisuus. Mitä on potilasturvallisuus 2014.

Yksittäisellä hoitovirheellä voi olla tuhoisat seuraukset potilaalle. Riskit ja vahingot luokitellaan kolmeen ryhmään potilasvahingon vakavuuden perusteella. Vakavan vahingon tai sairauden seurauksena potilas on joko kuollut tai hänelle on aiheutunut hengenvaarallinen tila. Normaalin riskin tapauksessa otetaan laskelmoitu riski vahingoittaa potilasta. Tämä perustuu tieteelliseen tietoon ja vankkaan kokemukseen siitä, että johonkin diagnostiikkaan tai hoitotoimenpiteeseen liittyy tiettyjä riskejä. Poikkeama on odottamaton tapaus hoidossa, joka on aiheuttanut tai voisi aiheuttaa vahinkoa potilaalle. Tätä ei voida ennakoida. Suurin osa Suomen ja Ruotsin potilasvahinkoilmoituksista koskee hoitotoimenpiteitä ja ennen kaikkea lääkehoitoa. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 128-130.)

Hoitovirheet paitsi vahingoittavat potilasta ja tämän läheisiä, aiheuttavat myös huomattavia taloudellisia seurauksia yhteiskunnalle. Ne voivat pitkittää hoitoaikoja ja kasvattaa korvauskuluja. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 130.) Virheitä ehkäisemällä säästetään henkilöstövoimavaroja, joita voidaan käyttää muihin hyödyllisiin tarkoituksiin. Laadun parantaminen vaatii investointeja, mutta niiden hyöty on myös taloudellisesti suuri. Tietoa Suomessa hoitovirheistä johtuvista kustannuksista ei juurikaan ole saatavilla. Yhdysvalloissa lääkitysvirheestä lasketaan aiheutuvan keskimäärin 2400 dollarin lisäkustannukset potilasta kohden. Suomen oloihin sovellettuna tämä tarkoittaisi noin 40 miljoonan euron ylimääräisiä vuosikustannuksia lisääntyneiden hoitojen ja hoitopäivien vuoksi. (Potilasturvallisuus ensin 2009, 31-32.)

Tietokatkokset siirrettäessä potilaita hoitosektorilta toiselle ovat merkittäviä vahinkojen aiheuttajia. Suuret potilasmäärät kasvattavat henkilökunnan työtaakkaa ja näin altistavat potilasvahingoille. Yksi syy vahinkotapahtumille ovat terveydenhoidon epäselvät vastuurajat, sekä toiminnan delegointi. Myös puutteellinen kommunikointi esimerkiksi vuoronvaihtoraporttien yhteydessä on riskitekijä, samoin kuin terveydenhuollon lisääntyvä teknistyminen. Lain mukaan hoitohenkilöstö on velvollinen ilmoittamaan potilasvahingot tai niiden riskin. Ilmoituksen tarkoituksena on, että henkilöstö oppisi virheistä ja jotta riskejä voitaisiin ennaltaehkäistä. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 128-130.)

3.2 Potilasturvallisuuden edistäminen ja potilasvahinkojen ennaltaehkäisy

Kansainvälisten tutkimusten mukaan potilasvahinkoilmoitusten ja muun potilaspalautteen kautta tulee ilmi vain noin viisi prosenttia hoitoon liittyvistä virheistä. Virheiden ehkäisemiseksi tarvitaan muitakin toimenpiteitä kuin toiminnan arviointia potilasvahinkojen, muistutusten ja muun palautteen perusteella. Monissa maissa on luotu järjestelmiä, joilla pyritään ehkäisemään virheitä ja sitä kautta parantamaan potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuuden edistämiseksi ei ole keskeistä selvittää kuka teki virheen, vaan miksi virhe tapahtui. Yleensä virhetapahtuman taustalla on useampi kuin yksi toiminnan puutteellisuus. Potilasvahinkojen ehkäisemiseksi on kehitetty erilaisia varmistuksia tai teknologian avulla luotuja hälytysjärjestelmiä. Mikään järjestelmä ei kuitenkaan ole aukoton. (Palonen, Nio, Mustajoki 2005, 377-381.) Hälytysjärjestelmiä, joita olemme työssämme kohdanneet, ovat muun muassa potilastietojärjestelmiin kuuluvat varoitukset potilaan lääkitykseen liittyvistä riskitekijöistä, kuten lääkeaineallergioista ja interaktioista.

Virheitä sattuu myös päteville ja työhön sitoutuneille henkilöille. Työntekijöiden pätevyttämisen ei ole ainoa ratkaisu potilasturvallisuuden edistämiseksi, vaan tarvitaan toiminnan, eli koko systeemin tarkastelua ja kehittämistä turvallisemmaksi. Virheen sattuessa syyllisen etsiminen ei ole olennaista, vaan huomio tulisi kiinnittää toimintaan ja olosuhteisiin, joissa virhe on sattunut. Virheistä ei kuitenkaan pystytä oppimaan, jos ne eivät tule ilmi. Virheiden taustalta löytyy yleensä työyhteisön toimintaan liittyviä heikkouksia, jotka ovat altistaneet virheelle. Usein virhe on siis enemmän systeemin kuin yksilön syytä. Tutkimusten mukaan työntekijät eivät halua käsitellä hoitoon liittyviä virheitä, koska he pelkäävät "kasvojensa menettämistä", työtovereiden kritiikkiä, syytteitä tai muita kurinpitotoimia tai jopa työpaikan menettämistä. Työpaikan syyllistävä kulttuuri johtaa virheiden salaamiseen ja estää niiden ehkäisemisen. Hoitovirheiden ehkäisemiseksi tulisi työyhteisön ilmapiirin olla avoin ja syyllistämätön. (Palonen ym. 2005, 381-383.)

Potilasturvallisuutta voidaan tehokkaimmin edistää ennaltaehkäisevillä toimilla eli poistamalla etukäteen syyt, joiden yleisesti tiedetään altistavan virheille. Usein nämä liittyvät päivittäiseen rutiininomaiseen toimintaan. Virheiden tapahtumisen mahdollisuutta edistävät muun muassa kiire, työntekijöiden uupumus, työympäristön epäjärjestys, sekä ergonomiaongelmat. Riskien tunnistaminen ja arviointi, toiminnan jatkuva kehittäminen, sekä ohjeiden päivittäminen potilas- ja asiakasturvallisuuden näkökulmasta ovat toiminnan edellytys ja kuuluvat jokaisen työntekijän ammattitaitoon. Esimiesten tulee olla sitoutuneita edistämään potilas- ja asiakasturvallisuutta. (Potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelma. Hyvinkään perusturva 2013, 11.)

3.2.1 Suomen potilasturvallisuushanke

Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on potilasturvallisuuden korkea taso, joka täyttää eurooppalaiset vaatimukset. Terveysturvallisuuden ammattihenkilöiden ja organisaatioiden on pyrittävä kaikessa toiminnassaan edistämään potilasturvallisuutta ja opittava kokemuksistaan. Potilasturvallisuuden tulee kuulua organisaatioiden päivittäiseen laadunhallintaan. Potilaiden ja heidän läheistensä osallistumista potilasturvallisuuden kehittämiseen ja ylläpitoon pidetään keskeisenä. Väestön tulee voida suhtautua terveydenhuoltoon luottavaisesti. (Potilasturvallisuus ensin 2009, 33.)

Potilasturvallisuuden edistämiseksi ja kehittämiseksi aloitettiin hanke sosiaali- ja terveysministeriön toimesta vuonna 2005. Hankkeen tavoitteena oli vahvistaa potilasturvallisuusnäkökulman kuulumista oleellisena osana terveydenhuollon toimintakulttuuriin ja johtamiseen. Hankkeen haluttiin edistävän potilaslähtöisyyttä. Katsottiin myös tarpeelliseksi säätää hoidon laadusta ja potilasturvallisuudesta terveydenhuoltolaissa ja sitä täydentävässä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa, koska suositukset eivät ole osoittautuneet riittäviksi. Hankkeen myötä laadittiin potilasturvallisuusstrategia, jonka tarkoituksena on ohjata suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin ja edistää sen toteutumista. Potilasturvallisuusstrategian tavoitteet ovat:

- Potilas osallistuu potilasturvallisuuden parantamiseen.
- Potilasturvallisuutta hallitaan ennakoivasti ja oppimalla.
- Vaaratapahtumat raportoidaan ja niistä opitaan.
- Potilasturvallisuutta edistetään suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin.
- Potilasturvallisuus huomioidaan terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa. (Potilasturvallisuus ensin 2009, 33-39.)

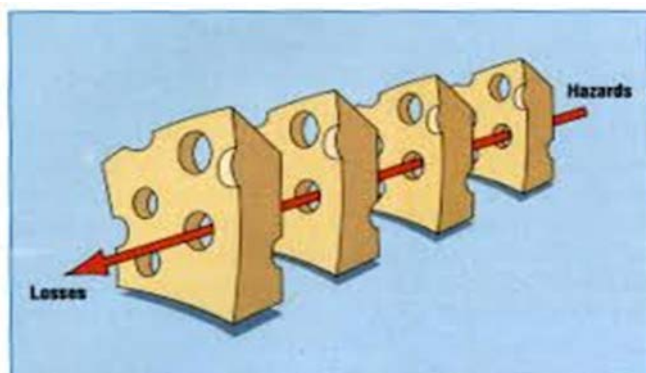
Samoihin aikoihin potilasturvallisuuteen kiinnitettiin huomiota myös muualla maailmassa, kun lokakuussa 2004 käynnistyi WHO:n potilasturvallisuusohjelma. Hankkeen tavoitteena oli poti-

lasturvallisuuden parantaminen maailmanlaajuisesti. WHO:n näkemyksen mukaan jokaisen potilaan tulee saada turvallista terveydenhoitoa aina ja kaikkialla. WHO:n potilasturvallisuushankkeen tavoitteena on koordinoita, helpottaa ja nopeuttaa potilasturvallisuuden toteuttamista ympäri maailmaa: johtamalla ja tukemalla muutoksessa, tuottamalla ja jakamalla tietoa ja asiantuntemusta, sekä tukemalla jäsenvaltioita potilasturvallisuuden kannalta tärkeiden asioiden täytäntöönpanossa. (WHO Patient Safety program 2004.)

Potilas antautuu terveydenhuollon ammattilaisen hoitoon luottaen, että saatu hoito on laadullisesti parasta mahdollista, sivuvaikutukset ovat mahdollisimman pieniä ja nettovaikutus on positiivinen. Toiminnan tulee olla tuloksiltaan hyvää, positiivisesti vaikuttavaa ja potilaalle turvallista. Lainsäädännössä sanotaan hoidon laadusta ja potilasturvallisuudesta seuraavasti: "Terveydenhuollon toiminnan on oltava lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti asianmukaista, näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta ja turvallista. Kunnan, yhteistoiminta-alueen tai kuntayhtymän tulee laatia laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta suunnitelma. Suunnitelman sisällöstä, toimeenpanosta ja seurannasta säädetään tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella." (Potilasturvallisuus ensin 2009, 33-39.)

3.2.2 Reikäjuustomalli - tapa kuvata systeemissä tapahtuvia virheitä

Reikäjuustomallin (Kuvio 2.) on kuvannut Englantilainen psykologian professori James Reason. Mallin avulla voidaan havainnollistaa, kuinka virhe tapahtuu organisaatiossa. Erilaisten suojaussysteemien tarkoituksena on estää virheiden tapahtuminen. Tällaisia suojauksia voivat olla esimerkiksi erilaiset hälytysjärjestelmät, valvovat prosessit tai tarkistuslistat tai riittävän henkilöstöresurssin turvaaminen. Ihannetilanteessa kaikki suojaukset toimivat, mutta todellisuudessa suojauksissa on aina heikkouksia, joita tässä mallissa on kuvattu reikäjuustojen siivujen reikinä. Juuston reiän pysyvät, mutta suojausten aukot elävät ja muuttuvat etenkin jos niihin ei kiinnitetä huomiota. Suojaukset heikkouksineen ovat kuin juustoviipaleita reikineen: jos suojausten aukot asettuvat sopivasti, vahinko pääsee tapahtumaan. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 15.)



Kuvio 2: Reikäjuustomalli. James Reason.

3.2.3 Poikkeamailmoitus potilasturvallisuuden edistäjänä

Poikkeamailmoituksen täyttäminen on hoitotyöntekijän velvollisuus. Parhaimmillaan se johtaa muutoksiin, jotka vähentävät vastaavien vahinkojen mahdollisuutta. Poikkeamailmoituksen perusteella vahinkoa analysoidaan ja pohditaan yhteisesti sitä, miten toimintaa tulee muuttaa jotta estetään vastaavat vahingot. Myös läheltä piti -tilanteista tehdään poikkeamailmoitus. Poikkeamailmoitukseen on käytössä erilaisia järjestelmiä. Laajimmalle on levinnyt HaiPro- tietokoneohjelma, joka on Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen ja terveydenhuollon organisaatioiden yhdessä kehittämä, Lääkelaitoksen ja sosiaali- ja terveysministeriön tuella. Raportoinnin tulee olla vapaaehtoista ja luottamuksellista. Vaaratapahtumien ilmoittamisessa ja käsittelyssä ei haeta syyllisiä. (HaiPro 2016). HaiPro -poikkeamailmoitus on helppo tehdä ja aikaa sen täyttämiseen menee noin 5-10 minuuttia. Ilmoitukseen kuuluu tapahtuman kuvaus seuraavasti:

- Kuvataan, miten tapahtuma eteni, kuka teki tai ei tehnyt, mitä teki tai jätti tekemättä.
- Käytetään henkilöiden ammattinimikkeitä (esim. sairaanhoitaja, osastonlääkäri), ei nimiä.
- Kerrotaan, mitä seurauksia tapahtumasta oli potilaalle ja miten tilanne hallittiin; välittömät toimenpiteet.
- Tietosuojasyistä potilaan nimeä tai henkilötunnusta ei mainita. Tapahtuman myöhempää tunnistamista auttaa, jos potilasta luonnehditaan sopivalla tavalla.
- Kerrotaan, mitä seurauksia tapahtumasta koitui hoitavalle yksikölle.

Tapahtumatietojen lisäksi täytetään kohta tapahtumahetken olosuhteista ja muista tekijöistä. Ne ovat tärkeitä, kun etsitään vahinkoon liittyviä myötävaikuttavia tekijöitä. Kuvauksessa pysytään faktatiedoissa. Hoitohenkilökunnalla on eettinen velvollisuus kertoa vahingosta. Tämä täytetään myös poikkeamailmoitukseen. Potilasvahingon sattuessa potilaalle kerrotaan mitä on tapahtunut ja pyydetään anteeksi. Potilaalle kerrotaan myös, että vahingosta on tarkoitus

oppia jotta vastaavaa ei pääsisi tapahtumaan muille potilaille. (Potilasturvallisuus ensin 2009, 141-143.)

HaiPro -tietojärjestelmää käytetään potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointiin Hyvinkään perusturvassa, Hyvinkään sairaalassa ja kaikissa HUS:n toimipisteissä. Raportointimenettelyn avulla vaaratapahtumista saatavat kokemukset voidaan hyödyntää ja tarvittaessa kehittää yksikön toimintaa. Tavoitteena on HaiPro -raportointiyhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. HaiPro -järjestelmän käyttöä vakiinnutetaan ja tehostetaan edelleen tiedotusta ja käyttökoulutusta lisäämällä. (Potilas- ja asiakasturvallisuus suunnitelma. Hyvinkään perusturva 2013.)

3.3 Potilasturvallisuus ja lääkehoito

Potilasvahingot voidaan luokitella seitsemään ryhmään seuraavasti: hoitovahinko, infektiovahinko, tapaturmavahinko, laitevahinko, palovahinko, lääkkeen toimittamisvahinko sekä kohtuuton vahinko. Turvallinen lääkehoito koostuu lääketurvallisuudesta ja lääkitysturvallisuudesta. Lääketurvallisuus liittyy valmisteen farmakologisiin ominaisuuksiin, niiden tuntemiseen ja laadukkaisiin lääkkeisiin, lääkitysturvallisuus puolestaan lääkkeiden käyttöön ja lääkehoitojen toteuttamiseen, mukaan lukien lääkityspoiikkeamat. (Potilasturvallisuus ensin 2009, 38-39.)

Lääkehoidon vahingot ovat yksi suurimmista haittojen aiheuttajista terveydenhuollossa. WHO:n (2008) mukaan seitsemästä kymmeneen prosenttia akuuttihoitoon potilaista kärsii lääkehoidon haitoista ja näistä 28-56 prosenttia olisi ennalta ehkäistävissä. Sairaaloiden ulkopuolisista lääkehoidon haittatapahtumista arviot vaihtelevat viiden ja kolmenkymmenenviiden prosentin välillä. Hoidon turvallisuutta kehittämällä poiikkeamat olisi joko voitu estää tai ainakin havaita ajoissa ennen niiden haitallisia vaikutuksia potilaille. Kyse on prosessin ja toimintaedellytysten kehittämistä niin, että hoito voidaan suunnitella tavalla varmistaa. Lääkehoidon ja potilasturvallisuuden hallinta perustuvat samoihin osa-alueisiin: suunnitelmallisuuden, säännölliseen riskien arviointiin, vaaratapahtumista raportointiin ja niistä oppimiseen sekä toiminnan kehittämiseen, vastuiden selkeään määrittelyyn ja yhteisiin kirjattuihin toimintatapoihin. Potilasturvallisuus edellyttää koko lääkehoitoprosessin hallintaa. Turvallinen lääkehoito syntyy yksittäisten työntekijöiden ammattitaidosta, organisaation suunnitelmallisesta toiminnasta ja potilaiden sitoutumisesta lääkehoitoon. (Sairaanhoitaja ja lääkehoito 2013, 99-100.)

4 Turvallinen lääkehoito

Tehokas, turvallinen ja taloudellinen lääkehoito on keskeinen osa potilaan hoitoa ja siten myös potilasturvallisuutta. Suuri osa hoidon haitoista liittyy lääkitykseen ja vakavista lääkehoitoon liittyvistä vahingoista suurin osa tapahtuu sairaalassa. Tutkimusten mukaan suurin osa näistä vahingoista olisi ollut estettävissä. Turvallinen lääkehoito on moniammatillista yhteistyötä, joka edellyttää lääkityksen eri vaiheiden ja kokonaisuuden hallintaa. Lääkehoitoa tapahtuu erilaisissa toimintaympäristöissä niin tehohoidon yksiköissä kuin kotona, joten sen laadun ja osaamisen kehittäminen on haasteellista. Uusia haasteita tuovat terveydenhuollon järjestämistapojen ja tietojärjestelmien muutokset. Uudet lääkkeet ja uudet lääkkeiden antotavat edellyttävät jatkuvaa täydennyskoulutusta. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 236.)

Lääkitysturvallisuuden takaamiseksi on tärkeää, että lääkehoitoon liittyvät merkinnät on tehty huolellisesti ja ne ovat ajan tasalla. Kun potilas siirtyy hoitopaikasta toiseen tai kotihoitoon, on aina olemassa potilasturvallisuusriski, mikäli lääkehoidon jatkosuunnitelma on puutteellinen tai tieto ei siirry yksiköiden välillä. Lääkehoitosuunnitelmaan on kirjattava ne toimenpiteet, joilla taataan lääkelistan ajantasaisuus ja oikeellisuus. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 248-249.)

Lääkitysturvallisuus tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden periaatteita ja toimintoja lääkkeiden käyttöön liittyvästä turvallisuudesta. Niillä pyritään suojelemaan potilasta/asiakasta vahingoittumiselta ja varmistetaan, että yksikössä toteutettu lääkehoito on turvallista. Turvallinen lääkehoito liittyy olennaisesti potilasturvallisuuteen ja hoidon laatuun, jotka on otettu kehittämiskohteiden keskiöön 2000-luvulla. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2015 julkaisemalla, päivitetyllä Turvallinen lääkehoito-oppaalla tavoitellaan lääkehoidon toteuttamiseen liittyvien periaatteiden yhtenäistämistä, lääkehoidon toteuttamiseen liittyvän vastuunjaon selkiyttämistä ja turvallisen lääkkeenhoidon vähimmäisvaatimuksien esille tuomista. Näiden kaikkien tavoitteiden tulee toteutua kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Työvälineenä lääkitysturvallisuuden edistämiseksi Turvallinen lääkehoito-oppas ohjaa käyttämään lääkehoitosuunnitelmaa. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari, Uski-Tallqvist 2012, 68.)

Hyvinkään sairaalan lääkehoitosuunnitelmassa todetaan, että päivystyksessä toteutettavaan lääkehoitoon liittyy monia riskitekijöitä johtuen työn luonteenomaisesta rauhattomuudesta, lääkevalikoimien ja rinnakkaisvalmisteiden melko tiheästä vaihtumisesta sekä päivystystyölle luonteenomaisesta kiireestä. Suunnitelmassa mainitaan, että usein päivystyksessä olevan potilaan lääkitys viivästyy tai unohtuu kokonaan kiireestä johtuen. Suurimpana ongelmana päivystyksen potilaiden lääkehoidossa koetaan potilaan kotilääkitykseen liittyvät epäselvyydet, kuten lääkelistojen virheellisyys, vanhentuneisuus ja puuttuminen kokonaan. (Lääkehoitosuunni-

telma. Hyvinkään sairaalan yhteispäivystys 2014.) Hyvinkään kaupungin lääkehoitosuunnitelmassa keskeisiksi lääkehoidon riskitekijöiksi mainitaan asiakkaan lääkityshistorian ja kotilääkityksen selvittäminen, lääkehoidon kirjaamisen puutteellisuus sekä asiakkaan siirtyminen yksiköiden välillä. (Lääkehoitosuunnitelma. Hyvinkään kaupunki 2016.)

Lääkityspoikkeamasta voi aiheutua haittaa ja vaaratilanteita potilaille ja pahimmassa tapauksessa lääkityspoikkeama voi johtaa potilaan kuolemaan. (Turvallinen lääkehoito-opas 2016, 9.) Lääkityspoikkeamalla yksinkertaisesti tarkoitetaan tapahtumaa lääkehoitoprosessissa, joka voi johtaa vaaratilanteeseen (Aaltonen & Rosenberg 2013, 238). Vakavimmat vaaratapahtumat ilmoitetaan Valviraan ja usein ne liittyvät potilaan lääkehoitoon. Tapahtumapaikkana vakaville vaaratilanteille, liittyen lääkityspoikkeamiin, toimivat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt. On todettu, että lääkityspoikkeamille alttiimpia ovat ikääntyneet ja monilääkityt potilaat. (Turvallinen lääkehoito-opas 2016, 9.) Lääkityspoikkeaman voi todeta tapahtuneen lääkehoitoprosessin missä vaiheessa tahansa. Poikkeama voi tapahtua lääketä määrättäessä, lääkkeen toimitusvaiheessa, lääkkeen annostelun tai hoidon seurannan vaiheessa. Usein lääkityspoikkeamalle löytyy monta vaikuttavaa tekijää. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 240.)

4.1 Lääkehoito prosessina

Lääkehoito on säännönmukainen tapahtumasarja, prosessi, jossa ensin arvioidaan lääkehoidon tarve. Tarpeen arvioi yleensä lääkäri tutkittuaan ensin potilaan. Lääkitysmääräyspäätökseen tulisi vaikuttaa myös potilasasiakirjamerkinnot, hoitosuositukset sekä potilaalta, hoitajilta ja potilaan omaisilta saadut tiedot. Hoitajan näkemys ja tehdyt havainnot potilaasta ja hänen itsehoitamisen mahdollisuuksista ovat myös tärkeitä määrättäessä potilaalle lääkitystä ja jatkohoitoa. Sairaalassa tai kotihoidossa lääkäri voi saada tiedon potilaan mahdollisesta lääkkeen tarpeesta, esimerkiksi kipulääke, hoitohenkilökunnan kautta. Lääkäri antaa määräyksen lääkkeestä, jonka hän on arvioinut kyseiselle potilaalle tarpeelliseksi. Lääkärin tehtävänä on myös kertoa potilaalle ja hoitohenkilökunnalle lääkkeen käyttöön liittyvät asiat, kuten käyttötarkoitus, haitta- ja sivuvaikutukset ja yhteisvaikutukset toisten lääkkeiden kanssa sekä suunnitella potilaan jatkohoito, johon kuuluu lääkityksen vaikuttavuuden arviointi. Lääkäri myös kirjaa tekemänsä lääkemääräykset potilaskertomukseen. (Tokola 2010, 18-32.)

Sairaalassa, osastolla ja kotihoidossa hoitohenkilöstön tehtävänä on toteuttaa lääkärin määräämä lääkehoito. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on myös huolehtia, että potilas saa kaiken riittävän tiedon saamastaan lääkkeestä ja tukea potilasta hoidon aikana. Hoitajien tehtävänä on myös dokumentoida kaikki lääkitykseen ja sen vaikuttavuuteen liittyvät asiat. Sairaanhoidaja/ lääkeluvallinen hoitaja saa myös ottaa lääkemääräyksiä vastaan ja ohjelmoida potilaan lääkityslistaan lääkkeenantoajat ja -otto-ohjeet. Avohoidossa tietoa potilaalle määrätystä

lääkkeestä antavat apteekkien farmaseutit. Farmaseuttien käyttö myös sairaalan osastoilla on lisääntynyt viime vuosina, joka mahdollistaa lääkeasiantuntijuuden käytön myös sairaalamaa-ilmassa. (Tokola 2010, 18-32.)

Sekä Hyvinkään kaupungin kotihoidon että Hyvinkään sairaalan päivystyksen lääkehoitosuunnitelmien mukaan on esimiehen vastuulla varmistaa henkilökunnan lääkehoidon osaaminen. Osaaminen varmistetaan luvanvaraisen teoriaosuuden (LOVE, lääkeopinnot verkossa) ja käytännön näyttöjen avulla. Henkilökohtainen lupa uusitaan viiden vuoden välein ja vastuu luvan uusimisesta voimassaoloajan puitteissa on työntekijällä itsellään. Lääkelupa on käytännössä aina yksikkökohtainen. (Lääkehoitosuunnitelma. Hyvinkään sairaalan yhteispäivystys 2014. ; Lääkehoitosuunnitelma. Hyvinkään kaupunki 2016.)

Kotihoidossa kotihoidon asiakkaat ostavat heille määrätyt lääkkeet yksityisestä apteekista. Myös kotihoidon hoitohenkilökunta voi huolehtia potilaan lääkehankinnoista, säilyttämisestä ja lääkkeiden jakamisesta. Silloin tulee huolehtia, että kyseinen järjestely on dokumentoituna hoito- ja palvelusuunnitelmassa, ja että lääkkeiden käsittely ja säilyttäminen on turvallista ja asianmukaista. Potilaan lääkkeitä käsittelevistä ja niitä apteekista toimistolle toimittavista henkilöistä tulee pitää kirjaa ja lääkkeet kuljetetaan autolla ja mielellään lukitussa lääkekorissa. Potilaan lääkeresepit säilytetään niin, etteivät ne joudu sivullisten käsiin. Kotihoidon asiakkaiden lääkeresepit uusii kotihoidon lääkäri. (Tokola 2010, 18-32.)

4.2 Lääkehoitosuunnitelma

Jokaisessa sosiaali- ja terveydenhuoltolaitoksen yksikössä tulee laatia lääkehoitosuunnitelma, joka luo perustan yksikön lääkehoidolle. Lääkehoitosuunnitelma on osa terveydenhuoltolaissa säädettyä laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa. (Turvallinen lääkehoito-opas 2015, 12.) Lääkehoitosuunnitelma laaditaan yksikkökohtaisesti ja sen laatimiseen osallistuvat toimintayksikön johto, lääkehuollosta vastaavat lääkärit, hoitotyöstä vastaava työntekijä, lääkehuollon vastaava työntekijä tai sairaala-apteekki tai lääkekeskus sekä hoitohenkilöstö, joka toteuttaa yksikössä lääkehoitoa. Toimintayksikön johto vastaa lääkehoitosuunnitelman laadinnasta, toteuttamisesta sekä seurannasta käytännössä. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 240-241.)

Lääkehoitosuunnitelmaa tulisi arvioida ja päivittää vuosittain sen laatimiseen osallistuneiden henkilöiden kanssa yhdessä sekä aina säädösten, yksikön toiminnan tai olosuhteiden muuttuessa. Muutoksista lääkehoitosuunnitelmassa ilmoitetaan aina myös henkilökunnalle. Lääkehoitosuunnitelman tarkoituksena on vahvistaa toimintayksikön lääkehoitokulttuurin turvallisuutta, lääkehoidon laatua ja sitouttaa työntekijöitä toimimaan yksikössä sovitujen sääntöjen ja ohjeiden mukaisesti. Turvallinen lääkehoito -oppaassa on esitetty vähimmäisvaatimukset lääkehoitosuunnitelman sisällöstä (Liite 2.). Lääkehoitosuunnitelmassa määritellään kaikki

lääkitykseen liittyvät osa-alueet ja sen avulla voidaan perehdyttää uudet työntekijät yksikön lääkehoitokulttuuriin. Määriteltäviä osa-alueita ovat mm. lääkehoitoon osallistuvien henkilöiden vastuualueet ja tehtävät. Esimies varmistaa, että lääkehoitoon osallistuva henkilö on pätevä toteuttamaan lääkehoitoa, sekä että lääkehoitoa voidaan toteuttaa turvallisissa olosuhteissa. Lääkehoitosuunnitelmasta tulee ilmetä myös eritasoiseen lääkehoitoon oikeuttavat luvat ja käytännöt ja niihin vaadittavat lisäkoulutukset sekä näytöt. Lääkehoitosuunnitelmaan sisällytetään myös lääkehoidon vaikuttavuuden arviointiin sekä niiden dokumentointiin ja tiedon kulkuun liittyvät asiat ja mm. lääkkeiden käsittelyyn, tilaamiseen, ohjaukseen ja neuvontaan liittyvät asiat. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 240-243. ; Turvallinen lääkehoito-opas 2016, 12-14. ; Ahonen ym. 2012, 69.)

4.3 Lääkehoidon jatkuvuus

Hoitotyötä toteutettaessa päämääräksi asetetaan potilaan hoidolle paras mahdollinen lopputulos. Jotta päästäisiin parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen, tulisi mahdollistaa riittävä määrä hoitohenkilökuntaa, hoitajilla tulisi olla riittävä koulutus tehdä työtään ja potilaan hoitoon tarvittavat välineet ja työskentelytilat tulisi olla toimivat. (Ranta toim. 2012, 116.)

Työssään hoitajien tulisi pystyä antamaan potilaan terveyden ylläpitämiseksi vaadittavaa potilaalle tarpeellista hoitoa ja hoitamaan työnsä hyvin, omien kykyjensä mukaan. Usein ongelmaksi tai haasteeksi hyvän hoidon toteuttamisessa muodostuu erilaiset organisatoriset tekijät. Tällaisia tekijöitä ovat mm. työn ylikuormittavuus, potilaskohtaisesti käytettävän ajan vähyys, palvelujärjestelmän suomien voimavarojen jakaantuminen epätasaisesti sekä henkilöstöressurssien vähyys. Nämä ongelmat ovat aiheuttaneet muun muassa läheltä piti-tilanteita, joissa kiteytyy ongelman vakavuus- vaaratilanteet potilaalle. Myös hoidolle asetetut tavoitteet jäävät usein saavuttamatta. Tarkastelussa ovat hoidon rakenteisiin, käytäntöihin sekä resursseihin liittyen erityisesti hoitoon pääsyn mahdollisuus, hoidon jatkuvuus saumattomasti sekä potilasturvallisuus. (Kilpi-Leino & Välimäki 2012, 93-94.)

Kun potilas on sairaalahoidossa osastolla, palvelutalossa, laitoshoidossa tai kotihoidon asiakkaana, potilaan lääkehoito on usein hoitohenkilökunnan vastuulla. Avohoidossa vastuuhenkilö lääkityksen jatkuvuudesta on yleensä lääkäri, farmaseutti ja tärkeimpänä vaikuttajana potilas itse tai hänen läheisensä. Riippumatta siitä, missä potilasta hoidetaan, ovat hyvän ja riittävän lääkehoidon periaatteet samanlaiset. Tärkeimpinä asioina lääkehoidon onnistumisessa nousevat esiin yhdessä sovitut toimintamallit, kirjaaminen ja katkeamaton, yhteneväinen tiedon kulku toimintaympäristöjen välillä. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 240.)

Yksi osa hoidon jatkuvuutta on, että potilaan/asiakkaan tiedot siirtyvät potilaan mukana hoitoyksiköstä toiseen. Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi hoitajan tulisi saada potilaasta parasta

ja ajantasaista tietoa sekä ymmärtää potilaan terveydentilaa. Silloin parantuvat hoidon laatu sekä potilasturvallisuus. Herättääkseen luottamusta potilaassa sekä hänen omaisissaan tulisi kirjaamiseen, hoidon ajantasaisuuteen sekä sen jatkuvuuteen kiinnittää huomiota. Kun potilaan terveydentila, lääkitys ja muu hoitoon liittyvä on kirjattu hyvin, on helpompi tehdä oikeita ratkaisuja potilaan hoidon suhteen. (Ahonen ym. 2012, 49.) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin laatimassa potilasturvallisuussuunnitelmassa sanotaan, että potilasturvallisuuden tietolähteiden perusteella potilasturvallisuusongelmia esiintyy erityisesti potilaiden siirtotilanteissa. Siinä mainitaan myös, että tämä korostuu erityisesti päivystysalueella ja sen vuoksi kirjaamisiin ja informaation katkeamattomaan kulkuun tulee erityisesti kiinnittää huomiota. (Potilasturvallisuussuunnitelma. Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2015, 30.) Hyvinkään kaupungin perusturvan potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelmassa korostetaan terveydenhuollon yksiköiden saumatonta ja sujuvaa yhteistyötä sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisillä rajapinta-alueilla (Hyvinkään kaupungin perusturva. Potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelma 2013).

Lääkehoidon jatkuvuuden turvaamiseksi tulisi varmistaa, että potilaan siirtyessä kaikkia potilaan hoidossa tarvittavia lääkkeitä on saatavilla jatkohoitopaikassa. Avohoidon piiriin kotiutuvan potilaan kohdalla tulisi huomioida se, jos potilas kotiutuu apteekkien aukioloaikojen ulkopuolella. Tällöin hoitoyksikkö voi antaa potilaalle määrättyjä lääkkeitä tarvittavan määrän kotiutuvan potilaan mukaan hänen hoitonsa jatkuvuuden varmistamiseksi. Potilaalle annettujen lääkkeiden mukana tulee antaa tiedoksi lääkkeen nimi ja vahvuus, käyttötarkoitus, annos sekä säilytysohjeet. Potilaan pääsy apteekkiin olisi hyvä varmistaa ennen potilaan kotiutumista. Potilaan saamasta hoidosta, lääkityksestä ja jatkohoito-ohjeista tulee antaa viipymättä tieto potilaalle, omaiselle tai hänen jatkohoitopaikkaansa. (Turvallinen lääkehoito-opas 2016, 45.)

Hyvinkään kaupungin lääkehoitosuunnitelmassa ohjeistetaan, että asiakkaan siirtyessä jatkohoitoon tulee kiinnittää huomiota lääkehoidon jatkuvuuteen ja joustavaan tiedonsiirtoon yksiköiden välillä. Kotiutuessa asiakkaan lääkelista tulee lääkärin toimesta varmistaa ja tarkistaa. (Lääkehoitosuunnitelma. Hyvinkään kaupunki. Koti-, asumis- ja sairaalapalvelut 2016.)

Hyvinkään sairaalan päivystyksen lääkehoitosuunnitelmassa ei ole laadittu varsinaista ohjeistusta liittyen tiedonkulkuun potilaan jatkohoitoon siirtymisvaiheessa. Päivystyksen lääkehoitosuunnitelmassa ohjeistetaan kuitenkin kiinnittämään huomiota kirjaamisen lainmukaisuuteen, selkeyteen ja jatkuvuuteen. Suunnitelmassa sanotaan, että potilaan hoidon jatkuessa hoitoon osallistuvalla henkilökunnalla tulee olla käytettävissä ajantasainen tieto potilaan lääkityksestä. Päivystyksen lääkehoitosuunnitelma ohjeistaa, että kotiutuvalla potilaalle annetaan mukaan tulosteena kotilääkekortti, josta on poistettu päivystyksessä olon aikana lopetetut lääkkeet. Kotilääkekortista tulee ilmetä myös lääkkeiden nimet, annostukset ja lääkkeen ot-

toon erityisesti liittyvät ohjeet selkeästi. Lääkemuutokset tulee kirjata myös hoitotyön lähetteen sekä hoitotyönyhteenvetoon. (Lääkehoitosuunnitelma. Hyvinkään sairaalan yhteispäivystys 2014.)

Lääkkeiden käyttö on nykyisin lisääntynyt, etenkin ikääntyvän väestön keskuudessa. Osa syy siihen on itsehoitovalmisteiden eli käsikauppalääkkeiden helppo saatavuus. Eniten myytyjä itsehoitovalmisteita ovat kipulääkkeet. Kipulääkkeillä ja muillakin itsehoitovalmisteilla voi olla useita haittavaikutuksia ja yhteisvaikutuksia reseptilääkkeiden kanssa. Potilaan olisikin hyvä ilmoittaa lääkärille kaikista käytössä olevista käsikauppalääkkeistä. Usein potilaalla saattaa olla käytössä myös luontaistuotteita, kuten rohdosvalmisteita, ravintolisä, kuten vitamiinit ja hivenaineet ja/tai homeopaattisia valmisteita. Luonnonlääkkeet ja homeopaattiset valmisteet eivät kuulu potilasturvallainsäädännön piiriin. (Tokola 2010, 15-17.)

Jotta voitaisiin turvata potilaalle vaikuttavaa, asianmukaista ja turvallista lääkehoitoa, tulisi lääkäreillä ja hoitohenkilökunnalla olla kaikki potilaan hoidon kannalta oleellinen tieto saatavilla. Sen saatavuuden varmistaa potilas itse, hänen omaisensa/valtuutettu henkilö tai sosi-aali- ja terveydenhuollon ammattilainen. Lääkärien ja hoitohenkilökunnan tulisi olla ajan tasalla potilaan kaikista lääkitykseen liittyvistä tiedoista, kuten hänelle määrätty osastohoito- ja reseptilääkkeet, käytössä olevat käsikauppalääkkeet, luontaistuotteet, ravintolisät ja niiden käyttömäärät. Potilaan lääkeaineallergiat ja muut lääkeriskitiedot tulee lakisääteisesti tarkistaa aina. (Turvallinen lääkehoito-opas 2016, 50-51.)

4.3.1 Kirjaaminen

Kun potilas tulee sairaalahoitoon, on tärkeää kirjata potilasasiakirjoihin kaikki lääkitykseen liittyvät asiat ajantasaisesti. Potilasasiakirjoihin kirjataan lääkityksen tarve perusteineen, uudet lääkemääräykset ja niihin liittyvät ohjeet. On tärkeää kirjata myös lääkkeen tiedot; nimi, vahvuus, määrä, annostus, antotapa, -aika ja -päivä. Lääkehoidossa oleellista on myös toimia omalla nimellä eli kuka lääkkeen on määrännyt ja kuka sen antanut potilaalle. Näin voidaan taata lääkehoidon jatkuvuuden oikeellisuus ja ajantasaisuus. Jos lääkehoitosuunnitelmassa on puutteita, ei ole turvallista kotiuttaa potilasta tai siirtää häntä jatkohoitopaikkaan. Kun koti-hoidon asiakas kotiutuu, tiedonkulku yksiköiden välillä tulee olla katkeamatonta. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 249.) Samoin tulisi toimia myös silloin, kun koti-hoidon asiakas joutuu kotoaan sairaalahoitoon. Lääkehoitoon liittyvän kirjaamisen lisäksi hoidon jatkuvuuteen ja turvallisuuteen vaikuttaa päivittäisestä hoidosta tehdyt kirjaukset, lääkäreiden epikriisit sekä tehdyt diagnoosit ja laboratorio- ja kuvantamistutkimusten tulokset ja niiden selkeys ja helppolukuisuus. (Ahonen ym. 2012, 44.)

Lääkityslistalle merkitään kaikki potilaan käyttämät reseptilääkkeet, itsehoitovalmisteet sekä luontaistuotteet ja niiden annostukset sekä mihin aikaan päivästä potilas kunkin lääkkeen ottaa. Lääkityslistan paikkansapitävyys tulee tarkistaa potilaan itsensä tai hänen omaisensa kanssa, tai terveydenhuollon ammattilaisen toimesta. Lääkelistan tiedot ja paikkansapitävyys tulee tarkistaa aina, kun potilas siirtyy hoitoyksiköiden välillä ja muutoinkin säännöllisin väliajoin tai tarpeen vaatiessa potilaan ollessa esimerkiksi kotihoidon asiakkaana. Ristiriidat olemassa olevan ja potilaan tai omaisen antamien tietojen välillä tulee aina korjata potilaan lääkitystietoihin. Mikäli lääkelistaa tarkistettaessa havaitaan tarvetta lääkemuutoksiin tai lääkityksen tarkistamiseen, tulisi havainnot aina viedä lääkärin tietoon, jotta tarvittavat muutokset tulee tehtyä. Jos muutoksia potilaan lääkelistaan tehdään, tulee potilaan, hänen omaisensa tai jatkohoidon tarjoavan yksikön saada asiasta tieto. Lääkemuutosten yhteydessä informoidaan myös kaikki uuteen/muuttuneeseen lääkitykseen liittyvät asiat, kuten lääkkeen käyttötarkoitus, käyttöohjeet, ottoajat ja mahdolliset haitta- tai sivuvaikutukset. (Turvallinen lääkehoito-opas 2016, 50-52.)

Hoitotyöhön liittyvä kirjaaminen tulee olla perusteellista, koska hyvä kirjaaminen luo pohjan tiedonkululle. Tiedonkulku liittyy olennaisesti laadukkaaseen ja turvalliseen hoitoon. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa, Pennanen 2012, 72.)

Lähtävän yksikön vastuulla on huolehtia potilaan ajantasaisen lääkityksen siirtyminen yksiköstä toiseen. Vastaanottavan yksikön vastuulla on varmistaa lähtävästä yksiköstä lääkitykseen liittyvät muutokset tai poikkeamat mikäli tulee epäselvyyttä. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 250.) Kun potilas kotiutuu, lääkäri on voinut tehdä muutoksia potilaan lääkelistaan; määrätä uusia lääkkeitä, muuttaa annostuksia tai poistaa joitakin lääkkeitä kokonaan käytöstä. Ideaalitulanteessa, kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla ammattihenkilöillä ja potilaalla itsellään on saatavilla aina ajantasainen lääkelista. Tämän mahdollistaisivat mm. hyvin toimivat sähköiset, yhtenäiset potilasasiakirjat sekä e-reseptit. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 254-255.)

Potilaan hoidon jatkuvuuden ja keskeytymättömyyden vuoksi on tärkeää, että jatkohoidon toteuttajalla on ajantasaiset tiedot potilaan hoitoon ja terveydentilaan liittyen (Hovilainen, Kilpinen, Oksanen 2011, 361). Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen laatiman, päivitetyn Turvallinen lääkehoito-opaan mukaan, kun potilas siirtyy hoitopaikkojen välillä tai hoitopaikasta kotihoitoon, riskinä on että ajantasainen lääkitystieto ei siirry potilaan mukana. Tehdyn katsauksen mukaan ajantasaisen lääkitystiedon puuttuminen siirtyvillä potilailla vaihteli 3,4% ja 98,2% välillä tapauksista. (Turvallinen lääkehoito-opas 2015, 10.) Oppaasta ei löytynyt mainintaa mistä suuri vaihteluväli johtuu. Potilaan hoidossa kohdataan vaaratilanne aina, kun potilaan joutuessa hoitopaikasta toiseen, hänen mukanaan tai sähköisesti eivät siirry hänen sairauskertomuksensa sisältäen ajantasaiset lääkitykset (Aaltonen & Rosenberg 2013, 250). Yksi

yleisimpiä potilashaittatapahtumien syitä onkin tiedonkulun katkeaminen tai asioiden väärin ymmärtäminen hoitoyksiköiden välillä (Helovuuo ym. 2012, 72). Siksi yksiköissä olisikin hyvä panostaa hyvään kommunikaation ja viestinnän laatuun sekä pohtia keinoja viestinnän parantamiseksi ja helpottamiseksi.

4.3.2 Yksiköiden välinen viestintä

Terveystieteiden tutkimuksissa keskeistä potilaan hoidossa ja sen onnistumisessa on viestintä mm. eri ammattiryhmien kesken. Viestintää on myös hoitohenkilökunnan ja potilaan itsensä välillä. Viestinnällä voidaan vaikuttaa työn laatuun ja hoidon tavoitteiden saavuttamiseen ja varmistaa potilasturvallisuuden toteutuminen. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 293.)

Nykyisin potilaan hoito on usein moniammatillista yhteistyötä eri ammattiryhmien ja hoitoyksiköiden välillä. Sillä pyritään hyödyntämään jokaisen erityisosaamista ja tavoittelemaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Henkilöstövajeet ja suuri vaihtuvuus hoitoalalla tuovat haasteita moniammatillisen yhteistyön potilasturvallisuuteen. Useissa tutkimuksissa todetaan viestinnän laadun ja ryhmien/ryhmäläisten välisten ristiriitojen olevan potilaita vaarantavien tilanteiden takana. Moniammatillisessa yhteistyössä on tärkeää, että kaikilla osapuolilla on potilaan hoitoon liittyvät yhteiset tavoitteet, ohjeistukset ja päämäärän ja työnjaon tulisi olla selkeää. Toisen ammattitaidon ja osaamisen kunnioittaminen ja selkeät viestintäkäytännöt lisäävät potilasturvallisuuden onnistumista. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 304-305.)

Lisäksi jokaisen moniammatillisen tiimin jäsenen tulee kyetä omaksumaansa oma roolinsa tiimissä ja tiedettävä, mikä hänen tehtävänsä siinä on. Tärkeää tiimin toiminnalle on myös palautteen antaminen ja sen vastaanottaminen. Potilasturvallisuus vaarantuu, jos havaittuja epäkohtia, tehtyjä virheitä, puutteita ja epäselvyyksiä ei uskalleta ottaa esille. Jos jokin asia tuntuu siltä, että siitä olisi hyvä mainita, tulisi se ottaa puheeksi. Myös asioiden esittämistapaan on hyvä kiinnittää huomiota, jos viestintä eri yksiköiden välillä on suullista. Suullisen viestinnän riskitekijöitä on häiritsevä ympäristö ja virheellinen asioiden tulkinta. Suullisen viestin vastaanottajan on tärkeää kuitata saamansa viesti, jolla hän ikään kuin selventää ymmärtäneensä kuullun asian oikein. (Helovuuo ym. 2012, 182-183, 190-191.)

Viestintään liittyvät ongelmat eivät ole pelkästään henkilöiden välisiä suulliseen viestintään ja ymmärrykseen liittyviä. Viestintään saattaa liittyä myös rakenteellisia ongelmia, jolloin tarvittavia kanavia viestimiseen ei ole olemassa tai ne eivät toimi tarvittavalla tavalla. Joskus hoitoon liittyvä oleellinen tieto jo olemassa olevien viestintäkanavien kautta ei syystä tai toisesta välity eteenpäin, jolloin puhutaan viestinnän sisällöllisistä ongelmista. Vastaanottajaan

liittyvät ongelmat tulevat esiin silloin, kun oleellinen tieto oikeita kanavia pitkin on saavuttanut vastaanottajan, mutta hän tulkitsee saamaansa tietoa väärin tai tieto saadaan liian myöhään. Vaikka viestintäkulttuuri ja -kanavat kehittyvät koko ajan olisi tärkeää kannustaa tiimin jäseniä avoimeen viestintään, jossa toiselle sanotaan suoraan havaittu epäkohta ilma epäsuoraa vihjailua. Jokaisen tiimin jäsenen tulisi pystyä ilmaisemaan mielipiteensä suoraan, rohkaista toisia ja antaa positiivista palautetta toisen esittämistä huomioista. (Helovuori ym. 2012, 191-193.)

Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikan ja Hyvinkään kaupungin kotihoidon hoitajien välinen viestintä toteutuu pääsääntöisesti suullisesti, puhelimen välityksellä. Joskus haasteena on saada joku puhelimen päähän, että potilaan/asiakkaan lääkitykseen ja hoitoon liittyvistä asioista voitaisiin keskustella. Joskus taas puhelimen päässä on henkilö, joka ei ole perehtynyt potilaan/asiakkaan asioihin ja hän joutuu välittämään saamansa tiedot edelleen potilaan/asiakkaan lääkityksiasioihin perehtyneelle hoitajalle. Tällöin riskinä on, että annettu tieto joka välittyy eteenpäin, ei ole enää oikea. Hyvinkään kaupungin kotihoidolla ja Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikalla ei ole yhtenäistä tietojärjestelmää, joiden kautta potilaiden/asiakkaiden tiedot välittyisivät ajantasaisina hoitoyksiköiden välillä. Tietojen ajantasaisuudesta ja tiedonkulusta yleensäkin on vastuussa jokainen yksikön hoitohenkilökuntaan kuuluva.

5 Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lääkehoidon jatkuvuuden tilannetta potilaan siirtyessä Hyvinkään kaupungin kotihoidon ja Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikan välillä. Opinnäytetyöprosessin edetessä tärkeimmiksi selvitettäviksi asioiksi nousivat lääkehoidon jatkuvuuteen liittyvät haasteet ja niistä mahdollisesti potilaille/asiakkaille aiheutuneet haitat, sekä henkilökunnan ajatukset lääkehoidon jatkuvuuden kehittämiseksi yksiköiden välillä. Tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaisia haasteita yksiköissä on koettu lääkehoidon jatkuvuuteen liittyen ja onko niistä aiheutunut potilaalle haittaa?
2. Miten lääkehoidon jatkuvuuden turvaamista voidaan kehittää?

Tutkimuksessa lähdetään aina liikkeelle jostakin tarkoituksesta tai tehtävästä, joita pohtiessa valitaan tutkimukselle strategia. Strategian valinnassa auttaa kysymysten esittäminen, kuten esimerkiksi mikä on tutkimusongelman muoto ja mitä sillä pyritään selvittämään? Pyritäänkö tutkimuksen avulla kontrolloimaan tietynlaista käyttäytymistä tai toimintoja vai kuvataanko sen avulla jotakin ilmiötä? Sijoittuuko tutkimus nykyisyyteen vai menneeseen aikaan?

Tutkimus voi olla luonteeltaan kartoittava, selittävä, kuvaileva tai ennustava tai siihen voi

sisältyä piirteitä useasta eri tutkimuksen tarkoituksesta. (Hirsjärvi ym. 2007, 133-135.)
 Tekemässämme tutkimuksessa lääkehoidon jatkuvuudesta kotihoidon ja päivystyksen välillä Hyvinkäällä ilmenee piirteitä kartoittavasta, selittävästä sekä kuvailevasta tutkimuksen tarkoituksesta. Kartoittava tutkimus selvittää mitä tapahtuu, hakee uusia näkökulmia aiheeseen, etsii uusia ilmiöitä ja tuo esille ilmiöt, jotka tunnetaan huonosti sekä kehittää aiheesta hypoteeseja. Selittävä tutkimus etsii tutkittavaan tilanteeseen/ongelmaan selityksiä; syy-seuraus- suhteita sekä pyrkii tunnistamaan syy-seuraus- ketjuja. Kuvaileva tutkimus tuo esille tarkat kuvaukset henkilöistä, tapahtumista tai tilanteista sekä dokumentoi aiheen keskeiset ja kiinnostavat piirteet. (Hirsjärvi ym. 2007, 134-135.)

6 Tutkimuksen toteutus

Opinnäytetyön tekemisen aloitimme helmikuussa 2016. Saatuamme teoriapohjan pääosin valmiiksi maaliskuun lopulla teimme tutkimussuunnitelman ja haimme tutkimusluvut HUS:lta ja Hyvinkään kaupungin sosiaali- ja terveystoimelta. Samaan aikaan aloimme luoda kyselylomaketta, joka muokkaantui matkan varrella lopulliseen muotoonsa. Saimme tutkimusluvut melko nopeasti ja pääsimme toteuttamaan kyselyjä. Kyselyt toteutettiin toukokuun 2016 ensimmäisen ja toisen viikon aikana. Kyselyiden toimittaminen yksiköihin sujui hyvin ja vastaanotto oli positiivista. Henkilökunta koki opinnäytetyön aiheen tärkeäksi ja ajankohtaiseksi. Aineiston analyysin aloitimme heti ensimmäisten lomakkeiden palaututtua. Toukokuun puolessa välissä saimme aineiston analyysin valmiiksi.

6.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksen toteuttamisessa tutkimusmuodoksi valitsimme laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen. Tutkimus suoritettiin kyselyllä, jolla halusimme selvittää Hyvinkään kaupungin kotihoidon ja Hyvinkään sairaalan päivystyksen hoitohenkilökunnan näkemyksiä potilaiden lääkehoidon jatkuvuudesta kyseisten hoitoyksiköiden välillä. Todellisuus on moninainen ja kvalitatiivisella tutkimuksella pyritään kuvaamaan todellista elämää. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkijaa ohjaavat vahvasti hänen ja ympäröivän yhteiskunnan arvomaailma eikä objektiivisen tutkimuksen tuottaminen ole täydellisen mahdollista, sillä jo olemassa oleva tieto ja tutkijan omat tiedot tutkittavasta asiasta ovat myös saumattomasti yhteydessä toisiinsa. Kvalitatiivista tutkimusta on verrattu väripalettiin, jossa " jokainen tutkija tekee oman tutkimuksensa ja sekoittaa värit omalla ainutlaatuisella tavallaan." Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään löytämään ja paljastamaan tosiasioita ennemmin, kuin todistamaan väittämät, jotka ovat jo olemassa. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007, 156-157, 161.)

Kvalitatiiviselle tutkimukselle luonteenomaisia piirteitä ovat kokonaisvaltaisen tiedon hankinta ja aineiston kokoaminen todellisista tilanteista. Tiedonkeruussa olennainen "väline" on ihminen itse; tutkijan tekemät havainnot ja käydyt keskustelut tutkittavasta aiheesta. Kerättyä aineistoa tarkastellaan yksityiskohtaisesti ja pyritään paljastamaan ennalta arvaamattomia seikkoja. Tutkimusta tehtäessä ja tutkimusaineiston hankinnassa käytetään yleensä erilaisia haastatteluja, dokumenttien analysointia ja tutkittava ryhmä ikään kuin pääsee kuuluviin, keskiössä heidän näkökulmansa tutkittavaan aiheeseen. Tutkimukseen valitun ryhmän valinta ei ole satunnaisotos vaan tutkittavat ovat ennalta valittuja, tarkkaan harkittuja henkilöitä, joiden ajatuksia halutaan kuulla. Kerättyä aineistoa analysoidaan jokaista saatua yksilöllistä vastausta kunnioittaen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa sallitaan olosuhteiden muutokset ja niiden mahdolliset vaikutukset tutkimussuunnitelman muotoutumiseen matkan varrella. (Hirsjärvi ym. 2007, 160.)

Oleellista kvalitatiivista tutkimusta tehtäessä on selvittää, kuinka saada riittävän laadukas, edustava, mahdollisimman tieteellinen ja yleistettävissä oleva tutkimusaineisto. Yleisesti ottaen kvalitatiivisen tutkimuksen otannat ovat suppeampia, kuin määrällisessä tutkimuksessa, joten kerätyn aineiston sisällöllisen laadun merkitys korostuu sen määrään verrattuna. Tutkimuksen luonne vaikuttaa siihen, kuinka paljon kyselyyn vastanneiden tai haastatteluun osallistuneiden lukumäärälle annetaan painoarvoa. Jos tutkimuksen aihe on hankalasti rajattavissa ja tutkittava aihe itsessään koetaan haastavaksi käsittää, tarvitaan yleensä luotettavan aineiston saamiseksi laajempaa otantaa. Aiheen selkeä rajaaminen mahdollistaa laadukkaampien ja luotettavampien tuloksien löytymisen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110-111.)

Laadullisen tutkimuksen sisällössä olennaista ovat tutkittavien henkilöiden omat kokemukset tutkittavasta aiheesta/ilmiöstä, siihen liittyvät tapahtumat sekä yksittäiset tapaukset tutkimukseen osallistuvien henkilöiden lukumäärän sijaan. Valittaessa laadulliseen tutkimukseen osallistuvia henkilöitä on tärkeää selvittää, kuinka paljon tietoa kullakin yksilöllä on kyseisestä aiheesta. Kriteerinä voi olla myös selvittää tutkittavaa asiaa niin kauan, kunnes uutta ja merkittävää tietoa ei enää ole saatavilla. Tutkija päättää myös millaisia tutkittavia henkilöitä tutkimukseen otetaan; henkilöitä, joilla on oletusarvoisesti paljon tietoa kyseisestä aiheesta vai henkilöitä joiden tiedon määrä asiasta on rajatumpaa. Tutkimuksen tuloksien laadun kannalta on tärkeää osata valita oikeat henkilöt tutkimuksen kohteiksi. Laadukkaan aineiston saalaus on yleensä tutkimuksen osallistuvat henkilöt, jotka tietävät tutkittavasta asiasta paljon ja jakavat tietoaan hyvin. Myöskin kiire/kiireettömyys esimerkiksi haastattelutilanteessa vaikuttaa saatujen vastausten laatuun. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110-111.)

6.2 Kyselytutkimus

Valitsimme tutkimusmuodoksi kyselyn (Liite 3.). Kysymysten asettelussa lähdimme oman kokemuksemme perusteella olettamuksesta, että lääkehoidon jatkuvuudessa päivystyksen ja kotihoiton välillä on ongelmia tai haasteita. Kyselyllä pyrimme kartoittamaan, mitä haasteita ja ongelmakohtia lääkehoidon jatkuvuudessa hoitohenkilökunta on kyseisissä toimipisteissä kohdannut. Suullisen haastattelun sijaan valitsimme kyselyn siksi, että tutkimukseemme kuuluvat toimipisteet ovat kiireisiä ja hoitohenkilökunnan kysymyksiin vastaamiseen käytettävissä oleva aika on rajallinen. Tarkasti, ennalta valittuihin ja oikein suunnattuihin kysymyksiin lyhyesti ja kirjallisesti vastaamisen koimme vievän työntekijöiltä vähemmän aikaa kuin suulliseen haastatteluun osallistumisen työn ohella.

Pyrimme järjestämään kyselyn kontrolloidusti. Kontrolloitu kysely tarkoittaa sitä, että tutkija toimittaa kyselylomakkeet henkilökohtaisesti vastaajien työpaikalle tms. ja kertoo samalla tutkimuksen tarkoituksesta, kertoo kyselyssä esitetyistä kysymyksistä ja vastaa mahdollisiin kysymyksiin. (Hirsjärvi ym. 2007, 191-192.) Koska työskentelemme tutkimukseen kuuluvissa yksiköissä, kyselyiden toimittaminen työntekijöille henkilökohtaisesti tuntui luontevalta. Kyselylomakkeissa voi esittää kysymyksiä, jotka liittyvät aiheeseen liittyviin tosiasioihin, johonkin tiettyyn toimintaan tai käyttäytymismalliin, vastaajien tietopohjaan tutkittavasta aiheesta, vastaajien arvoperustaan ja asenteisiin sekä omiin uskomuksiin, käsityksiin ja mielipiteisiin. Kysymysten olisi hyvä olla suoria ja mahdollisimman yksinkertaisia ja avoimia. Asteikollisia mittareita, kuten ehdottomasti eri mieltä - ehdottomasti samaa mieltä, ei ole järkevää käyttää laadullisen tutkimuksen kyselylomakkeessa, koska niiden avulla kyselyyn vastaajien omien perustelujen ja arviointien saaminen tutkittavasta aiheesta ei ole mahdollista. Myös vastaajien taustatietoja on hyvä kysyä. (Hirsjärvi ym. 2007, 192.) Omassa kyselylomakkeessamme käytimme pääosin avoimia, mutta myös muutamia monivalintakysymyksiä (Liite 4). Avoimet kysymykset antavat vastaajalle vapauden kertoa omat mielipiteensä, ajatuksensa ja tietopohjansa tutkittavasta aiheesta, kun taas asteikko- ja monivalintakysymykset sitovat vastaajan tiettyihin vaihtoehtoihin. Avointen kysymysten käsittely ja purku vie kuitenkin enemmän aikaa kun strukturoitujen kysymysten. (Hirsjärvi ym. 2007, 196.) Liittämällä avoimia kysymyksiä kyselylomakkeeseen saimme kuitenkin selvitettyä hoitohenkilökunnan ajatuksia ja kokemuksia tutkimastamme aiheesta paremmin.

6.3 Tutkimusaineisto

Tutkittavat henkilöt ovat Hyvinkään kaupungin kotihoiton, sekä Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikan sairaanhoitajia ja lähi-/perushoitajia. Kotihoiton otannassa oli mukana hoitajia sekä pohjoiselta, että eteläiseltä kotihoitoalueelta. Yksi vastaajista kuului kotihoiton varahenkilöstöön. Kohderyhmän valitsimme sillä perusteella, että sekä sairaanhoitajat, että

lähihoitajat toteuttavat potilaan/asiakkaan lääkehoitoa molemmissa yksiköissä. Molemmat vastaavat osaltaan lääkehoidon jatkuvuudesta ja turvallisuudesta työssään. Päätimme rajata otantaa vielä niin, että vain yli puoli vuotta kyseisessä yksikössä työssä olleet vastaavat kyselyyn. Näin varmistetaan se, että tutkittavalla on riittävästi kokemusta tutkittavasta aiheesta. Kyselyt jaettiin tutkittaville henkilöille henkilökohtaisesti. Kyselylomakkeiden mukana jaoinme suostumuksen opinnäytetyön kyselyyn vastaamiseksi, jossa oli myös lyhyesti kuvattu tutkimuksen tarkoitus.

Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 40 kappaletta, 20 kumpaankin yksikköön. Päivystykseen jaetuista kyselyistä palautui kaksitoista kappaletta. Päivystyksen vastaajista yksitoista oli sairaanhoitajia ja yksi lähi-/perushoitaja. Yhdellä vastaajista työkokemusta päivystyksessä oli kuudesta kuukaudesta yhteen vuoteen, kolmella yhdestä kolmeen vuotta, ja lopuilla vastaajista neljästä kahteenkymmeneen vuotta. Kotihoidolle jaetuista kahdestakymmenestä kyselyistä palautui niinkään kaksitoista. Kyselyyn vastanneista hoitajista seitsemän oli lähi-/perushoitajia ja sairaanhoitajia viisi. Seitsemällä vastaajalla oli työkokemusta kotihoidossa neljästä kolmeenkymmeneen vuoteen, kahdella kuudesta kuukaudesta yhteen vuoteen ja kolmella yhdestä kolmeen vuotta.

6.4 Aineiston analyysi

Tutkimuksen tärkein asia on kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko, tähän vaiheeseen tähdättiin jo tutkimusta aloittaessa. Analyysin jälkeen tutkimustuloksia on selitettävä ja tulkittava. Tulkinta tarkoittaa että tutkija pohtii analyysin tuloksia ja tekee niistä omat johtopäätöksensä. (Hirsjärvi ym. 2007, 216-224.)

Tutkimuskysymyksiin etsimme vastauksia sisällön analyysillä, jossa pyritään ensin pelkistämään, eli redusoimaan analysoitava tieto. Tämän jälkeen aineisto ryhmitellään eli klusteroidaan etsien aineistosta eroavaisuuksia ja/tai samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Klusteroinnin jälkeen aineisto abstrahoidaan, jossa tutkimuksen kannalta olennainen tieto erotellaan ja siitä muodostetaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Sisällön analyysillä pyritään saamaan tutkimuksen sisältö tiivistettyyn ja yleiseen muotoon (Tuomi & Sarajärvi 2012, 108-111.)

Aineiston analysoinnin aloitimme jo siinä vaiheessa, kun olimme saaneet päivystyksen aineiston kerättyä. Päätimme käsitellä aineiston yksikkökohtaisesti ja osittain erotella aineistomateriaalit toisistaan. Haimme vastauksista kuitenkin yhtenäisyyksiä ja eroavaisuuksia, joita pyrimme tuomaan esille. Aloitimme analysoinnin lukemalla ensin kaikki saadut vastaukset kyselylomakkeilta huolellisesti läpi. Pyrimme jo samalla hahmottamaan kuinka paljon yhteneväisyyksiä saaduissa vastauksissa oli. Aloimme purkaa vastauksia hakemalla lomakkeista ensin

vastaukset tutkimuskysymyksiimme nostamalla esiin olennaisimpia käsitteitä, joita vastauksissa ilmeni, kuten ”puuttuva tai vanha lääkelista”, ”kotihoiton kansion puuttuminen”, ”kiire” ja niin edelleen. Laskimme kuinka monessa kyselylomakkeessa kukin käsite toistui, joiden pohjalta aloimme muodostaa johtopäätöksiä ja saada vastaukset yleiseen muotoon. Omaksi osa-alueeksi nostimme poikkeavat ja yksittäiset vastaukset, jotka myös halusimme tuoda esille, koska arvioimme vastausten sisällön tärkeäksi. Kävimme samalla tavalla läpi kyselylomakkeiden kaikki kysymykset.

Aineiston analyysi vei aikaa, koska suurin osa kysymyksistä oli avoimia ja monessa lomakkeessa oli melko pitkiäkin vastauksia. Löydettyämme vastauksista samankaltaisuuksia, palasimme vastauksiin vielä useamman kerran uudestaan, jotta löytäisimme niistä vielä mahdolliset muut asiat, joita vastaaja oli halunnut tuoda esille. Koimme tärkeäksi kunnioittaa kunkin vastaajan kokemuksia ja ajatuksia.

7 Tulokset

Molemmissa yksiköissä koettiin olevan ongelmia lääkehoidon jatkuvuudessa yksiköiden välillä. Ongelmia kohdattiin pääsääntöisesti viikoittain tai ajoittain. Päivystyksessä suurimmaksi haasteeksi potilaan hoitoon tullessa koettiin puuttuva tai vanha lääkelista tai kotihoiton kansion puuttuminen kokonaan. Kotihoiton kansion tulisi kulkea potilaan mukana ja siitä tulisi löytyä kaikki oleellinen tieto asiakkaasta kuten lääkelistat, esitietolomake sekä asiakkaan, omaisen ja kotihoiton yhteystiedot. Kotihoiton yhteystietojen puuttuminen tai epäselvyys siitä, mihin kotihoitotiimiin potilas kuuluu, mainittiin myös yhdeksi suurimmista haasteista. Päivystyksen hoitajat kokivat, että kotihoiton tavoittaminen puhelimitse oli vaikeaa. Ilmi tulleita haasteita olivat myös informaatiokatkokset yksiköiden välillä, eri potilastietojärjestelmät, kiire, sekä epäselvyys siitä, mitä lääkkeitä potilas on saanut ennen päivystykseen tuloa. Yksi vastaajista mainitsi, että potilaan kotiutuessa kotihoiton kansio saattaa unohtua päivystykseen.

Kotihoitossa vastaajat kokivat, että potilaan kotiutuessa lääkemutoksista ilmoittaminen oli puutteellista ja uusista lääkkeistä joskus puuttuivat reseptit. Kotihoiton hoitajat vastasivat, että usein lääkelistat olivat vanhoja kotihoiton kansiossa tai potilas oli kotiutunut lääkelistan kanssa, joka ei ollut ajan tasalla.

”Muun muassa lääkkeitä ei ole aloitettu ajallaan, tieto ei ehkä ole välittynyt puhelimitse ja asiakaskertomuksia resurssitilanteen vuoksi ei aina pääse reaaliajassa lukemaan/perehtymään.” (kotihoito)

”Insuliinin nostoista/laskuista ei ilmoitettu.” (kotihoito)

"Uusista lääkkeistä ei reseptejä, lääkemutoksista ei infota, ohjeissa epäselvyyksiä -> Asiakas saa lääkettä väärällä annostuksella." (kotihoito)

Lääkehoidon jatkuvuudessa ilmenevien ongelmien suurimmaksi syyksi sekä päivystyksen, että kotihoidon sisäisistä tekijöistä nähtiin kiire. Kiireen keskellä koettiin, että kaikkea ei muista tai ehdi tehdä, kuten huolehtia potilaan mukaan ajan tasainen lääkelista sekä raportoida potilaasta toiseen yksikköön. Jotkut päivystyksen vastaajista kokivat, että lääkäriltä jää joskus kiireen vuoksi tekemättä muutokset lääkelistaan tai lääkärin tarkistama lääkelista ei olekaan potilaan kotihoidon lääkelistan mukainen. Joskus ongelmat johtuivat ihan inhimillisistä virheistä. Päivystyksen uusien ja kokemattomien hoitajien tiedon ja kokemuksen puute mainittiin myös yhdeksi syyksi. Tiedonkulkuun liittyvien ongelmien aiheuttajia molempien yksiköiden vastaajien mukaan olivat eri tietojärjestelmät, muut puutteet tiedonkulussa, informaatikatkokset sekä hoitajien huono tavoitettavuus. Kotihoidossa ongelmien syyksi koettiin lisäksi se, että asiakkaan/potilaan luona käyvät hoitajat vaihtuvat usein, omahoitaja-malli ei toimi, jonka vuoksi mm. tiedon kulku kärsii. Ongelmien syyksi mainittiin myös se, että sairaanhoitaja ei ole kotihoidossa aina paikalla.

"Epäselvät ohjeistukset, asenteet, motivaation lasku." (kotihoito)

"Navitas on vaikea, ei aina tunnuksia. Eri ohjelmat ei keskustele, ei näe pot. tietoja esim. tk:ssa." (päivystys)

"Kiire, joskus pitää kotiuttaa ja ottaa vastaan monta potilasta samaan aikaan, eikä aina muista tehdä kaikkea." (päivystys)

"Jatkuva työvoimavaje. Työntekijöillä on hallittavana liian suuria asiakasmääriä, jonka vuoksi yksi yksittäinen tapahtuma (päivystyskäynti) jää ison asiakasmäärän alle, ns. tapahtuma hukkuu." (kotihoito)

Vastauksista nousi esille myös toiseen yksikköön liittyviä tekijöitä, joiden koettiin aiheuttavan ongelmia lääkehoidon jatkuvuudessa. Näitä olivat muun muassa kummankin yksikön hoitajien vaikea tavoitettavuus, kotihoidon kansioden vanhat lääkelistat tai se, että kansio ei ole ollenkaan potilaan/asiakkaan mukana. Esille nousi myös se, että ensihoito ei ole ottanut potilaan kotihoidon kansiota mukaansa toimittaessaan potilasta päivystykseen. Haastavaksi koettiin myös se, kenelle kotihoidossa potilaan/asiakkaan hoitoon liittyvä tieto puhelimitse annetaan ja kenen vastuulla on tiedon siirtyminen eteenpäin.

Suurin osa molempien yksiköiden vastaajista koki, että lääkeshoidon jatkuvuuteen liittyvistä ongelmista oli aiheutunut potilaille/asiakkaille haittaa. Aiheutuneiksi haittoiksi päivystyksessä mainittiin hoidon viivästyminen ja kotihoodossa se, että lääkemuuotokset eivät olleet tulleet ilmi tai potilas/asiakas ei ollut saanut tarvittavia lääkkeitä. Eräs kotihoodon vastaajista koki oman yksikön sisäisen tiedonkulun puutteesta aiheutuneen potilaalle haittaa. Kyseisen hoitajan mukaan päivystyksessä potilaalle tehtyjä lääkemuuotoksia ei oltu huomioitu kotihoodossa, lääkelista oli jäänyt päivittämättä kotihoodon kansioon ja potilas/asiakas oli saanut vanhan listan mukaisia lääkkeitä. Kotihoodon vastaajista osa mainitsi haitaksi myös sen, että hoitajan työmäärä lisääntyy liiaksi ylimääräisten apteekkireissujen sekä lääkitysten selvittelyjen vuoksi.

”VS- arvot liian alhaalla. Kovat kiputilat.” (kotihoodo)

”Lääkkeiden saannissa tullut katkoja, kun tieto ei kulje.” (kotihoodo)

”Potilaan hoito viivästyy. Päivystuksen hoitaja ylityöllistyy, kun menee tunteja lääkityksen selvittelyyn.” (päivystys)

”Asiakkaalle ei kait suurempia, mutta hoitaja joutuu juoksemaan apteekissa turhaan ja metsästäämään reseptejä.” (kotihoodo)

”Potilas ei saa tarvittavia lääkkeitä.” (päivystys)

”Mm. Ab-kuurin jatkuvuuden kannalta asiakkaan oireet pitkittyneet, hengenvaaraa ei ollut, mutta oireet epämiellyttävät.” (kotihoodo)

Suurin osa molempien yksiköiden vastaajista kertoi ilmoittavansa ilmi tulleistä haittatapahtumista, joskaan haittatapahtumailmoituksen tekemiselle ei aina ole kiireen vuoksi aikaa. Vastaajat kertoivat tekevänsä haittatapahtumista Haiopro -ilmoituksen tai ilmoittavansa toiseen yksikköön. Kotihoodon vastauksissa kerrottiin haittatapahtumasta tiimin esimiehelle. Päivystyksessä koettiin potilaalle mahdollisesti aiheutuneen haitan tulevan ilmi usein vasta kotiutumisen jälkeen.

”En ole aikoihin tehnyt ilmoituksia, niitä tapahtuu niin paljon, että ei vaan jaksa enää. Jatkuvasti lääkevirheitä, joka päivä ja useita.” (kotihoodo)

”Haiopro, joskus harvoin kun ehtii. Sekin vie 30+ minuuttia, ja on muutenkin jo ylityöllistetty päivystuksen ruuhkissa. Monesti jää tekemättä!” (päivystys)

Yleisesti sekä kotihoidon, että päivystyksen vastauksista kehittämissuhteisiin oman yksikön sisällä nousi esille toive lisäresursseista kiireen keskelle, jotta lääkehoidon jatkuvuuden varmistamiselle olisi enemmän aikaa. Päivystyksen hoitohenkilökunnasta useampikin esitti kehitysehdotuksena omissa yksiköissään farmaseutin ammattitaidon hyödyntämistä lääkelistojen tarkistamisessa sekä yhtenäistä potilastietojärjestelmää kotihoidon ja päivystyspoliklinikan välillä, jotta yksiköiden välinen tiedonkulkua parantaisi. Jotkut päivystyksen hoitajista mainitsivat, että ohjeistusta potilaan kotiutumistilanteesta tulisi kehittää. Ohjeissa olisi hyvä tulla esille selkeästi mm. se, mitä papereita potilaalle annetaan mukaan kotiutuessa. Jonkun vastaajan mukaan parannettavaa olisi niin ikään ohjeiden mukaan toimimisessa. Kehittämiskohteiksi päivystyksen vastauksissa nousivat myös hoitotyön raportointi ja kirjaaminen sekä aiempaa parempi paneutuminen lääkehoitoon. Myös päivystyksen hoitajien ja uusien lääkäreiden perehdytystä työhön olisi hyvä kehittää. Jonkun vastaajan mielestä kehittämiskohteena olisi lääkäreiden vastuu lääkelistan tarkistamisesta sekä päivystyksessä toimivan kotiutushoitajan työnkuvan kehittäminen. Myös lisäkoulutusta aiheeseen liittyen toivottiin päivystyksessä. Kotihoidossa kehittämiskohteiksi nousivat erityisesti toive omahoitajuuteen panostamisesta, jokaisen hoitajan oman vastuunottamisen korostamista sekä säännöllistä kotihoidon kansion ja lääkelistojen tarkistamista. Myös oman yksikön sisäisiä yhteistyöpalavereja toivottiin palautettaviksi säännöllisiksi sekä henkilökuntaresurssien lisäämistä vakituisen henkilökunnan palkkaamiseksi kotihoitoon.

”Kotiutuvat asiakkaat olisi hyvä keskittää sairaanhoitajalle, joka tekisi ensimmäisen ”kartoituskäynnin”, jossa tarkistetaan lääkitysasiat ajan tasalle ja informoidaan tiimille.” (kotihoito)

”Selkeät ohjeet mitkä paperit potilaalle mukaan (lääkelista ym.), lääkäreiden ehdottomasti tarkistettava KOKO lista, farmaseutti voisi laittaa listat koneelle (oikea ammattitaito), tieto kotihoidolle mitkä lääkkeet potilas jo saanut, vaikka hoke mukaan..” (päivystys)

Kyselyssä pyysimme vastaajia antamaan kehitysehdotuksia myös toiselle yksikölle lääkehoidon jatkuvuuteen liittyen. Molemmissa yksiköissä ajatukset toisen yksikön kehittämistarpeista olivat samansuuntaisia kuin yksikön omien hoitajien ajatukset oman toiminnan kehittämisestä. Päivystyksen vastauksissa suurimmassa osassa nousi esille toive siitä, että kotihoidon kansioihin huolehdittaisiin mukaan ajantasaiset lääkelistat. Muutenkin kansion säännöllistä päivittämistä toivottiin. Joidenkin kotihoidossa kyselyyn vastanneiden mielestä päivystyksen olisi hyvä kehittää informaation kulkua kotihoidon suuntaan mm. siitä, mitä lääkemuuoksia potilaalle on päivystyksessä tehty, mitä lääkkeitä potilas on hoidossa ollessaan saanut sekä huolehtia että lääkelistat ovat ajan tasalla. Päivystyksessä kotihoidon kehittämiskohteeksi ehdotettiin

yhtä puhelinnumeroa, josta kotihoidon hoitajat olisivat helpommin tavoitettavissa. Toiveissa oli molemmilla yksiköillä raportointiin panostaminen sekä suullisesti, että kirjallisesti potilaasta/asiakkaasta hänen siirtyessä yksiköiden välillä. Myös tieto potilaalle/asiakkaalle jo annetuista lääkkeistä olisi hyvä tulla esille.

Kotihoito toivoi päivystyksen lääkärin tekstien päivittymistä tietojärjestelmään nopeamaksi. Päivystyksessä kehittämissuunnitelmaksi kotihoidolle nousi, että potilaan/asiakkaan lääkelista olisivat kotona helposti löydettävissä ja lähettävän yksikön vastuulla olisi huolehtia siitä, että lääkelista olisi potilaan/asiakkaan mukana päivystykseen tullessa. Kotihoito toivoi vastavuoroisesti, että päivystyksessä huolehdittaisiin siitä, että potilaan kotiutuessa päivitetty lääkelista tulee potilaan/asiakkaan mukana kotiin sekä tarvittaessa päivystyksestä annettaisiin potilaalle lääkkeitä mukaan muutaman päivän ajaksi, esimerkiksi viikonlopun yli. Ohjeistusten/tarkistuslistojen käyttöönottoa potilaan siirtotilanteisiin toivottiin molemmissa yksiköissä. Kotihoito toivoi myös reseptien kirjoittamiseen uusista lääkkeistä parannusta, koska nyt joskus potilaan kotiutuessa resepti saattaa puuttua kokonaan. Kotihoidon vastaajat uskoivat, että tietämyksen lisäämisestä kotihoidon toiminnasta liittyen esimerkiksi lääkärin saatavuuteen ja apteekkiasioihin, olisi hyötyä.

”Lääkelistan vertaaminen. Kotiutuessa esimerkiksi perjantaina ei voi sanoa Marevanista: Jatkuu kotiannoksella. Kotiutuessa esim. ESH:sta, mukaan Marevan-kortti mitä on saanut osastolla ollessa.” (kotihoito)

”Vanhat lääkelistat pois kansioista! Jos lista vaihtuu, vanhat pois, uusi tilalle. VAIN YKSI LISTA, ei tarvitse tutkia tulostuspäivämääriä. Merkitse johonkin mitkä lääkkeet potilas jo saanut(esim. aamulääkkeet annettu)” (päivystys)

Vastuu lääkehoidon jatkuvuudesta asiakkaan/potilaan siirtyessä toimipisteiden välillä koettiin päivystyksen kyselyyn vastaajien mukaan olevan yhteisesti sekä lähettävän yksikön lääkärin, että hoitajan vastuulla. Kahdessa päivystyksen vastauksessa koettiin vastuun olevan osittain potilaalla itsellään ja yhdessä osavastuun olevan myös omaisilla, sekä yhden vastaajan mielestä myös ensihoitajalla on vastuu potilaan lääkehoidon jatkuvuudesta. Hoitajan tehtäväksi päivystyksessä nähtiin huolehtia ajantasainen lääkelista potilaan mukaan kotiutumistilanteessa, lääkärin tehtävä on tarkistaa lääkelista.

Kotihoidossa vastuu lääkehoidon jatkuvuudesta koettiin olevan pääsääntöisesti potilaan jatkohoitoon lähettävällä yksiköllä. Vastauksista ilmeni yksiselitteisesti, että kotihoidossa koettiin vastuun lääkehoidosta siirtotilanteissa olevan hoitohenkilökunnalla. Vastuun koettiin olevan yhteisesti sekä lähettävällä että vastaanottavalla yksiköllä. Potilaan kotiutuessa vastuu olisi hoitajalla, joka vastaanottaa kotiutumisasi ilmoituksen kotihoidossa.

"Lähinnä hoitajien vastuulla. Lääkäri kyllä tarkistaa/hyväksyy lääkelistan, mutta hoitajan vastuulla on toteuttaa muutokset ja varmistaa, että seuraava yksikkö saa muutokset tietoonsa." (päivystys)

"Hoitohenkilökunnan. Hyvä ja ajantasainen raportointi mahdollisista lääkemuutoksista. Kirjallinen lääkelista mukaan asiakkaalle. Puolin ja toisin!" (päivystys)

"Potilaan tullessa päivystykseen, vastuu on kotihoitajan ja taas potilaan kotiutuessa päivystyksen hoitajan tulee laittaa lääkelista mukaan." (päivystys)

"Mielestäni vastuu on niin lääkärillä kuin hoitajalla." (päivystys)

"Kuka lähettää jatkohoitopaikkaan tai kuka ottaa tiedon vastaan asiakkaan kotiutuessa -> tiedon siirtäminen eteenpäin." (kotihoito)

Kysimme, millaisin keinoin yksikössä pyritään nykyisin turvaamaan lääkeshoidon jatkuvuus potilaan/asiakkaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Päivystyksessä keinoiksi mainittiin mahdollisten lääkemuutosten huomiointi ja niistä raportointi sekä suullisesti, että kirjallisesti. Lääkelistat huolehditaan ajan tasalle ja potilaalle mukaan. Mahdollisista uusista lääkkeistä annetaan potilaalle mukaan e-reseptitulosteet ja tarvittaessa uusia lääkkeitä annetaan potilaan mukaan kotiutuessa. Tärkeäksi koettiin lääkelistan tuplatarkistus, jossa sekä hoitaja, että lääkäri tarkistavat listan. Lääkärin tekstit pyritään antamaan potilaan mukaan kotiutumisasiheissa.

Kotihoidossa lääkeshoidon jatkuvuuden turvaamisessa siirtotilanteissa tärkeimpänä tekijänä koettiin kotihoidon kansion ajan tasalla pitäminen päivittämällä kansioon mm. potilaan lääkityksiasiat. Potilaan kotiutuessa hoitaja, joka menee potilaan kotiin ensimmäiselle käynnille, ottaa vastuun lääkemuutoksien tekemisestä, mahdollisten uusien lääkkeiden tilauksesta ja apteekissa käynnistä. Lääkitystietojen kulkeminen potilaan mukana, hänen siirtyessään kotoa jatkohoitoon, koettiin myös tärkeänä keinona turvata lääkeshoidon jatkuvuutta. Koko tiimin informointia potilaan/asiakkaan lääkitysmuutoksista pidettiin lääkeshoidon jatkuvuutta turvaavana tekijänä.

Päivystyksessä kyselyyn vastanneiden keskuudessa viestinnässä/tiedonkulussa yksiköiden välillä koettiin olevan haasteita. Ongelmia nähtiin esimerkiksi toisen yksikön hoitajan puhelimitse tavoittamisessa. Jonkun mielestä viestintää oli liian vähän tai siihen ei riittänyt aikaa. Kotihoidon kansiot tiedonkulun välineenä koettiin ajoittain puutteelliseksi. Osittain tiedonkulun koettiin sujuvan hyvin tai vaihtelevasti.

”Toivoisin, että potilaiden kotihoidon kansiot olisivat ajan tasalla sekä lääkelista, että tiedot, missä piirissä asiakkaan hoitajat tavoittaa, niin informointi nopeutuu ja on turvallista.” (päivystys)

Kotihoidossa vastanneiden mielestä yksiköiden välisen viestinnän/tiedonkulun koettiin sujuvan pääsääntöisesti huonosti. Ongelmia koettiin olevan erityisesti lääkitysmuutoksiin liittyvän tiedon kulussa.

”Ontuen välillä. Asianomaisia ei saa puhelimitse kiinni puolin ja toisin.”

”Ei toimi hyvin. Lääkemuutokset ei aina tule tietoon.” (kotihoito)

”Ei toimi. Näistä todisteena lukuisat Haipro- ilmoitukset. Lääkemuutoksista tieto ei tule kotihoitoon asti. Päivystyksen hoitajia ei saa puhelimella kiinni.” (kotihoito)

”Ei toimi. Kotihoidon asiakkaiden tiedot kotona eivät ole aina ajan tasalla. Päivystys ei aina informoi kotihoitoa lääkehoidon muuttuessa tai edes asiakkaan kotiutumisen.” (kotihoito)

7.1 Tulosten tarkastelua

Tutkimustuloksia tarkasteltaessa voi todeta, että saimme vastaukset asettamiimme tutkimuskysymyksiin, jotka olivat:

1. Millaisia haasteita yksiköissä on koettu lääkehoidon jatkuvuuteen liittyen ja onko niistä aiheutunut potilaalle haittaa?

2. Miten lääkehoidon jatkuvuuden turvaamista voidaan kehittää?

Tutkimusaineiston perusteella lääkehoidon jatkuvuudessa on ongelmia. Yhteneväisten vastausten perusteella tämä johtuu hoitajien kokemasta kiireestä ja resurssipulasta, sekä vakituisen ja kokeneen henkilökunnan vähäisyydestä. Nämä seikat johtavat katkoksiin tiedonkulussa, jotka taas aiheuttavat haittaa potilaan/asiakkaan lääkehoidon jatkuvuudessa, sekä vaarantavat potilasturvallisuutta.

Kirjallisuudessa todetaan potilasturvallisuuden olevan laadun keskeinen osatekijä. Päähuomio terveydenhuollossa todetaan nykyisin olevan laadun sijaan hallinnollisissa rakenteissa, talouden seurannassa tai toiminnan tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden kannalta harhaanjohtavissa

tuottavuusluvuissa. (Potilasturvallisuus ensin 2009, 32-33.) Käsittelemässämme teoria-aineistossa korostetaan hoidon hyvän laadun ja potilasturvallisuuden tärkeyttä. Tutkimustulosten perusteella hyvä hoito ja potilasturvallisuus vaarantuu tämänhetkisen yksiköiden välisen toimimattoman yhteistyön vuoksi. Potilaan lääkitykseen tulee katkoksia ja tapahtuu lääkitysvirheitä. Tutkimustuloksista ilmeni myös, että ongelmat yksiköiden välisessä viestinnässä/tiedonkulussa lisää hoitajien työtaakkaa.

Aina potilasturvallisuuden vaarantuessa haittatapahtuman tai läheltä piti -tilanteen vuoksi tulisi tehdä ilmoitus haittatapahtumasta, joka on jokaisen hoitotyöntekijän velvollisuus. Haittatapahtumailmoituksella pyritään muutoksiin, jotka vähentävät vastaavien vahinkojen mahdollisuutta. Haittatapahtumaa analysoidaan ja pohditaan ilmoituksen perusteella, ja pyritään toiminnan muutoksiin jotta estetään vastaavat vahingot tulevaisuudessa. Yleisimmin käytössä on HaiPro- tietokoneohjelma (HaiPro 2016). Tutkimustulosten perusteella todettiin molemmissa yksiköissä potilaille aiheutuneen haittaa lääkehoidon jatkuvuuden ongelmista. Haittatapahtumailmoitukset kerrottiin tehtävän HaiPro -järjestelmän kautta, aina kun ajan puitteissa se oli mahdollista. Ilmoittamatta jääneet haittatapahtumat antavat virheellisen kuvan tämänhetkisistä potilaiden siirtotilanteisiin liittyvistä ongelmista. Potilasturvallisuuden kannalta olisi tärkeää, että jokainen haittatapahtuma tulisi ilmi, jotta ongelmiin voitaisiin kehittää ratkaisuja.

Potilasturvallisuutta edistetään parhaiten ennaltaehkäisevillä toimilla, joiden avulla poistetaan virheille altistavat tekijät. Virheitä aiheuttavia tekijöitä ovat yleisimmin kiire, työntekijöiden uupumus, työympäristön epäjärjestys, sekä ergonomiaongelmat. Riskien tunnistaminen ja arviointi, toiminnan jatkuva kehittäminen, sekä ohjeiden päivittäminen potilas- ja asiakasturvallisuuden näkökulmasta ovat toiminnan edellytys ja kuuluvat jokaisen työntekijän ammattitaitoon. Esimiesten tulee olla sitoutuneita edistämään potilas- ja asiakasturvallisuutta. (Potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelma. Hyvinkään perusturva 2013, 11.) Toiminnan kehittämiseksi valtaosassa vastauksista toivottiin lisää resursseja, jotta lääkehoidon jatkuvuus pystyttäisiin paremmin turvaamaan. Ehdotettiin myös tarkistuslistojen ja selkeiden ohjeistusten käyttöönottoa ja yhtenäisiä tietojärjestelmiä, sekä yhteydenpidon helpottamista yksiköiden välillä.

Tutkimustuloksista voi todeta, että samat toimet, joita kerrottiin tällä hetkellä tehtävän lääkehoidon jatkuvuuden turvaamiseksi, toistuivat myös kehittämistarpeessa olevina asioina. Tästä voimme päätellä, että keinot ovat tiedossa, mutta syystä tai toisesta ne eivät toteudu toivotulla tavalla.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusta tehtäessä tulee ottaa huomioon eettiset asiat. Eettisyys tulee esille mm. tiedon hankinnassa sekä tulosten julkistamisessa ja tutkijan tulisikin noudattaa ”hyvää tieteellistä käytäntöä” tutkimusta tehdessään. Tutkimusaiheen valinta itsessään vaatii myös eettistä ajattelua. Eettisyys nousee erityisesti esille, kun pohditaan mihin tarkoitukseen ja ketä varten tutkimusta tehdään. Olisi hyvä pohtia onko aihe merkityksellinen vai ryhdytäänkö siihen pelkästään siksi, koska se on helposti toteutettavissa ja kuinka huomioida valitun aiheen merkitys yhteiskunnalle. Tutkimusta tehtäessä eettisyyden rajat voivat rikkoutua esimerkiksi valitessa tiedonhankintatapoja. Lähtökohtana tutkimuksessa tulee aina olla ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Tutkimuksen kohderyhmään kuuluvilla yksilöillä tulee olla oikeus valita haluaako hän osallistua tutkimukseen. Tutkimuksen kohderyhmältä voidaan tarvittaessa hankkia myös kirjallinen, vapaaehtoinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Ennen tutkimuksen tekemistä selvitetään myös mitä tietoa kohderyhmän henkilöt tarvitsevat tutkimukseen liittyen sekä liittyykö tutkimukseen osallistumiseen jotain riskitekijöitä. Riskitekijä voi olla esimerkiksi tutkimushenkilölle aiheutuva haitta tutkimukseen osallistumisesta, joko tutkimuksen aikana tai myöhemmässä vaiheessa. (Hirsjärvi ym. 2007, 23-25.)

Tämän tutkimuksen aiheen valitsimme omien työelämäkokemusten pohjalta. Lähes päivittäin olemme työssämme törmänneet tilanteisiin, joissa lääkehoito potilaan/asiakkaan siirtyessä yksiköstä toiseen, ei ole sujunut hyvin. Tilanteista on aiheutunut ylimääräistä työtä ja selvittelyjä hoitajille, haittoja potilaille/asiakkaille ja lisäksi samat ongelmat tuntuvat vain toistuvan. Koimme tarpeelliseksi selvittää ovatko muiden yksiköissämme työskentelevien ajatukset samansuuntaiset kuin itsellämme, ja koetaanko lääkehoidon jatkuvuutta tarpeelliseksi kehittää. Mielestämme tutkimus oli tarpeellinen potilasturvallisuuden ja työn sujuvuuden edistämiseksi.

Tutkimustuloksia käsiteltäessä sekä niitä julkaistessa huomioidaan eettisyys seuraavissa seikoissa: tekstin kopiointi eli plagiointi, jossa toisen tekemää tekstiä esitetään omana, omien tutkimustulosten muuttaminen ja uuden tutkimustuloksen tuottaminen, tulosten kritiikitön tarkastelu ja kaunistelu, harhaanjohtaminen raportoimalla asioita puutteellisesti ja vääristellen, kunnian ottaminen itselle toisten työpanosta vähätellen sekä mahdollisten tutkimukseen myönnettyjen määrärahojen väärin käyttäminen. On eettisesti oikein välttää epärehellisyyttä jokaisessa tutkimukseen liittyvässä vaiheessa. (Hirsjärvi ym. 2007, 25-27.)

Tietoa tutkimuksen teoriapohjaksi haimme kirjallisuudesta, lainsäädännöstä sekä erilaisista ohjeistuksista. Pyrimme käyttämään tuoreinta saatavilla olevaa tietoa. Aineiston keruun teimme kyselyllä, johon tutkittavat vastasivat anonymisti. Kyselyyn vastaajat antoivat kirjallisen suostumuksen (Liite 4.) tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimustulokset olemme raportoineet mahdollisimman luotettavasti vastausten sisältöä muuttamatta.

Arvioitaessa tutkimuksen luotettavuutta olisi hyvä muistaa tarkastella tutkimusta kokonaisuutena, jossa ovat tasapainossa tutkimuksen kohde ja tarkoitus, tutkijan oma sitoumus tutkimukseen, aineiston keruuvaihe, tutkimuksen tiedonantajat ja tutkijan suhde heihin, tutkimuksen aikataulu, aineiston analysointivaihe ja tutkimuksen raportointi. Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimustulosten yksityiskohtainen raportointi niille henkilöille, joita saatu aineisto koskee. Henkilöitä voidaan pyytää myös arvioimaan saatuja tuloksia ja johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 140-142.)

Ennen kyselyn aloittamista asetimme omaksi tavoitteeksi saada jaetuista kyselyistä puolet takaisin. Neljästäkymmenestä kyselylomakkeesta palautui kaksikymmentäneljä kappaletta. Yksiköiden henkilökuntamäärään nähden otanta on melko suppea. Toisaalta tutkimuksen luotettavuutta lisää vastauksissa nähtävä selkeä yhteneväisyys. Kyselylomakkeita jäi palautumatta hoitajien mukaan kiireen vuoksi, ei ollut aikaa täyttää lomaketta.

Kyselyt jaoinme kohderyhmälle henkilökohtaisesti. Näin saimme mahdollisuuden hieman avata tutkimuksen sisältöä ja tarkoitusta keskustellen kyselyyn vastaajan kanssa. Toivoimme tämän myös edistävän vastaajan motivaatiota tutkimukseen osallistumiseksi. Kyselylomakkeen saatteeksi laitoimme myös kirjallisen tiivistelmän tutkimuksen merkityksestä. Aineistoa analysoitaessa jouduimme pohtimaan sitä, onko kysymyksiä sittenkin tulkittu väärin. Muutaman lomakkeen / kysymyksen kohdalla vaikutti siltä, että vastaaja ei ollut tutustunut lomakkeeseen kunnolla, jotta olisi ymmärtänyt mitä yksiköitä kysely koski.

8 Pohdinta

Yhteistyö kummankin yksikön esimiehen kanssa sujui prosessin aikana hyvin. Saimme apua ja vastauksia askarruttaviin kysymyksiin, sekä vinkkiä lisämateriaalin löytämiseksi. Esimiesten kiinnostus opinnäytetyön aiheeseen välittyi selkeästi.

Opinnäytetyötä tehdessä teoriatieto käsittelemistämme aiheista lisääntyi merkittävästi. Saimme tietoa eri laista, säädöksistä ja tutkimuksista sekä niiden sisällöstä. Erityisen kiinnostava vaihe oli kyselyn toteuttaminen. Kohokohta oli se, kun kyselyjen palaututtua pääsimme analyysivaiheeseen. Oli mielenkiintoista lukea vastauksia ja todeta niiden keskinäinen yhteneväisyys sekä samanlaisuus omien ajatustemme ja kokemustemme kanssa. Saimme vahvistusta siitä, että työssämme tekemämme havainnot yhteistyön toimimattomuudesta pitivät paikkansa. Erityisesti toiselta yksiköltä saadut vastaukset antoivat uusia näkökulmia oman yksikön toiminnasta ja kuinka sitä olisi mahdollista kehittää. Analyysivaihe herätti monenlaisin ajatuksia. Jouduimme pohtimaan kyselylomakkeen selkeyttä ja ymmärrettävyyttä sekä sitä

olisiko kysymysten toisin asettelulla saatu vielä tyhjentävämpiä vastauksia ja välttyttyä niin sanotusti asian vierestä vastaamiselta. Positiivista oli kuulla omista työyksiköistä myönteistä palautetta valitsemaamme aiheesta. Aihe koettiin ajankohtaiseksi ja tärkeäksi ja yhtä mieltä oltiin siitä, että kehitystyö olisi tarpeen.

Asioiden edistämiseksi olemme luvanneet toimittaa valmiin opinnäytetyön tutkimustulokseen yksiköiden esimiehille. Tulevaisuudessa on mielenkiintoista nähdä, saako tekemämme tutkimus aikaan kehitystoimia yksiköiden välisen yhteistyön ja potilasturvallisuuden parantamiseksi. Ainakin toivoisimme niin.

Tämän tutkimuksen perusteella kehittämiskohteiksi nostaisimme erityisesti yksiköiden välisen yhteydenpidon, jonka parantamiseksi voisi luoda selkeän toimintamallin. Yksiköiden yhteystietojen tulisi olla sellaiset, että ne ovat kaikkien tiedossa/saatavilla ja hoitajan tulisi olla helposti tavoitettavissa. Molempiin yksiköihin olisi hyödyllistä luoda ohjeistukset potilaan/asiakkaan siirtotilanteisiin, jotta kaikilla olisi tiedossa mitä asioita tilanteessa tulee huomioida. Ohjeistuksen mukaan toimiminen tulisi jollain keinoin kyetä varmistamaan.

Kiire ja resurssipula nousivat kyselyssä suurimmaksi ongelmien aiheuttajaksi. Henkilökuntaresurssien lisäämisellä voidaan varmistaa turvallisen lääkehoidon toteutuminen.

Uusien työntekijöiden perehdyttämiseen panostaminen voisi olla yhtenä kehityskohteena lääkehoidon jatkuvuudessa koettujen haasteiden helpottamiseksi.

Yhteistyön kehittämiseen tulisi panostaa ja luoda yhdessä toimivia toimintamalleja, kuten esimerkiksi ohjeistuksia siirtotilanteisiin. Yhteistyön kehittäminen voisi pitää sisällään myös tietouden lisäämistä toisen yksiköiden toiminnasta.

Lähteet

- Aaltonen L-M. & Rosenberg P. (toim.). 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Ahonen O., Blek-Vehkaluoto M., Ekola S., Partamies S., Sulosaari V. & Uski- Tallqvist T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Anttila K., Kaila-Mattila T., Kan S., Puska E-L. & Vihunen R. 2010. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Helovuola A., Kinnunen M., Peltomaa K. & Pennanen P. 2012. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Hovilainen-Kilpinen T. & Oksanen H. 2011. Lähihoitajan käsikirja. 3. painos. Helsinki: Tammi.
- Hyvinkään sairaalan yhteispäivystyksen lääkehoitosuunnitelma. 2014.
- Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Leino-Kilpi H. & Välimäki M. 2012. Etiikka hoitotyössä. 5.-7. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Lääkehoitosuunnitelma. 2016. Hyvinkään kaupunki. Koti-, asumis- ja sairaalapalvelut.
- Palonen R., Nio A. & Mustajoki P. 2005. Potilas- ja lääkevahingot. Korvaaminen ja ennaltaehkäisy. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Potilasturvallisuus ensin. 2009. Hoitoyön vuosikirja. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelma. 2013. Hyvinkään perusturva.
- Ranta I. (toim.). Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt. 2012. Hoitotyön vuosikirja. Porvoo: Bookwell Oy.
- Sairaanhoitaja ja lääkehoito. Hoitotyön vuosikirja 2013. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Sarajärvi A., Mattila L-R. & Rekola L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Sarvimäki A. & Stenbock-Hult B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Prima.
- Tokola E. 2010. Turvallinen lääkehoito kotona ja laitoksessa. Helsinki: Tammi.
- Tuomi J. & Sarajärvi A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Sähköiset lähteet

HaiPro. Awanic Oy. 2016. Tampere: Jarkko Wallenius. Viitattu 11.4.2016
<http://awanic.com/haipro/>

Laatu ja potilasturvallisuus. 2014. Mitä on potilasturvallisuus. THL. Viitattu 17.3.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. Finlex. Edita Publishing Oy. Viitattu 18.3.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Reason James. Reikäjuustomalli. Viitattu 18.3.2016.
<https://www.google.fi/search?q=reik%C3%A4juustomalli&biw=1920&bih=964&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ved=0ahUKEwiK1Zz-cnLAhULfhoKHbm3BNMQsAQIJg#tbm=isch&q=reik%C3%A4juustomalli+potilasvahinko&imgc=OXOaWLIqXCA0IM%3A>

Terveystieteiden tutkimuskeskus. Yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. 2001. Etene julkaisu 1. Helsinki. Viitattu 17.3.2016.
<http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveystieteiden+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>

Terveystietolaki 30.12.2010/1326. Finlex. Edita Publishing Oy. Viitattu 17.3.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8>

Turvallinen lääkehoito-opas. 2016. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. THL. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy. Viitattu 16.3.2016.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1

WHO Patient Safety program 2004. World Health Organization. Viitattu 17.3.2016.
<http://www.who.int/patientsafety/about/en/>

Liitteet

Liite 1. Terveydenhuollon eettisiä periaatteita

1. Oikeus hyvään hoitoon

Oikeus hyvään hoitoon merkitsee, että terveydenhuollon palveluita tarvitseva saa tilanteensa edellyttämää asiantuntevaa apua ilman kohtuuttomia viiveitä. Hyvän hoidon toteutuessa potilas, hänen omaisensa ja läheisensä kokevat olevansa asiantuntevissa ja turvallisissa käsissä ja tulevansa hyvin hoidetuksi ja kohdelluksi. Heidä ymmärretään ja heidät hyväksytään. Hoiva on osa hyvää hoitoa. Siinä potilaan tarpeet ovat etusijalla. Potilaan oikeus hyvään hoitoon on tärkeä myös kuoleman lähestyessä. Siihen kuuluvat hyvä perushoito, henkinen ja hengellinen tuki sekä kivun ja muiden kärsimystä aiheuttavien oireiden hoito. Tuki ja ymmärtävä suhtautuminen läheisten suruun sekä tarvittaessa ohjaus lisäavun piiriin ovat keskeisiä asioita. Hyvän hoidon toteutuminen edellyttää vastuullisuutta terveydenhuollon kaikilla tasoilla. Päätäjien velvollisuus on huolehtia terveystalouden toteuttamisedellytyksistä ja varmistaa välttämättömät voimavarat. Palvelujen tuottamisesta vastaavien tehtävä on huolehtia palveluiden saatavuudesta ja laadusta. Heidän on välitettävä päätäjille tietoa väestön hoidon tarpeesta ja sen muutoksista, tarvittavista hoitomenetelmistä sekä niiden vaikuttavuudesta väestön terveyteen. Eri tehtävissä toimivan henkilöstön tulee toteuttaa tarvittavat tutkimukset ja hoito yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, soveltaen lääketieteellisesti hyväksytyjä menetelmiä.

2. Ihmisarvon kunnioitus

Jokaisella on yhtäläinen ja ainutkertainen ihmisarvo. Ihmisenkunnioittamiseen kuuluvat inhimillinen kohtelu, luottamuksellisuus ja yksityisyyden suoja, hyvä vuorovaikutus ja rehellisyys sekä tiedonsaannin, yksilön vaikuttamismahdollisuuksien ja itsemääräämisoikeuden edistäminen. Elämän viimeisillä hetkillä tarvitaan läsnäoloa, myötäelämistä, kunnioitusta ja potilaan toiveiden noudattamista. Ihmisarvon kunnioituksen tulee näkyä myös omaisten ja läheisten kohtelussa sekä terveydenhuollossa toimivien välisissä suhteissa.

3. Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeus merkitsee ihmisen oikeutta päättää asioistaan oman elämänsä mukaisesti. Terveydenhuollossa itsemääräämisoikeus tarkoittaa potilaan oikeutta osallistua omaa itseään koskevaan päätöksentekoon. Osallistuminen edellyttää tietoja mm. sairaudesta, hoidosta ja hoitovaihtoehdoista. Nämä tiedot terveydenhuollon ammattihenkilön tulee antaa potilaalle siten, että potilas ymmärtää asian. Potilaan tahtoa on kunnioitettava, hänen omaa kokemustaan arvostettava ja hänen kanssaan on haettava yhteisymmärrystä ilman johdattelua, painostusta tai pakkoa. Tarvittaessa ammattihenkilöstö hakee vaihtoehtoja ja kuulee asiantuntijoita. Jos potilas ei pysty sillä hetkellä ilmaisemaan eikä ole myöskään aiemmin ilmaissut hoitoa koskevaa tahtoaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen laillisen edustajansa, omaisen tai muun läheisen kanssa.

Näin pyritään hoitoon, joka todennäköisesti olisi potilaan oman tahdonmukaista. Potilaalla itsellään on oikeus kieltäytyä henkeään ja terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellisesta hoidosta. Jos alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa perusteella pystyy tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä, häntä hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan; muuten yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajan kanssa.

4. Oikeudenmukaisuus

Oikeudenmukaisuus edellyttää, että yhtäläisen hoidontarpeessa olevat potilaat hoidetaan samojen periaatteidenmukaisesti. Oikeus asianmukaiseen hoitoon ja ihmisarvoiseen kohteluun ei riipu potilaan iästä, asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta, äidinkielestä, sukupuolesta, etnisestä taustasta, kulttuurista, sukupuolisesta suuntautuneisuudesta tai vakaumuksesta. Mm. lasten, vanhusten sekä vajaavaltaiten potilaiden oikeuksiin saada hyvää hoitoa on kiinnitettävä erityistä huomiota. Oikeudenmukaisuuteen vaikuttavat ratkaisevasti voimavarojen jako ja käyttö. Valtiovallalla on vastuu siitä, että kansalaiset ovat yhdenvertaisessa asemassa asuinpaikasta riippumatta. Kunnilla on terveydenhuollon palvelujen järjestämisvelvoite. Oikeudenmukaisuuden toteutuminen edellyttää, että terveydenhuollolla on käytössään riittävästi voimavaroja. Terveydenhuollon sisällä on huolehdittava niiden järkevästä ja tasa-arvoa noudattavasta käytöstä.

5. Hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri

Ammattitaidon ylläpito ja kehittäminen on jokaisen terveydenhuollossa toimivan oikeus ja velvollisuus. Hyvää hoitoa ei synny ilman hyvää ammattitaitoa. Sisältöosaamisen lisäksi tarvitaan toimintaa koskevien säännösten ja suositusten hallintaa, eettisiä taitoja sekä vuorovaikutus- ja työyhteisövalmiuksia. Näitä taitoja tulee voida ylläpitää ja kehittää. Yhteisesti hyväksytyihin arvoihin ja tavoitteisiin tähtäävä toimintatapa sekä edellytykset toimia näiden arvojen ja tavoitteiden mukaisesti lisää työyhteisönsuorituskykyä ja hyvinvointia. Hyvinvoinnin kulmakivinä ovat oikeudenmukaiseksi koettu, keskustelevalja kannustava johtaminen. Jokaisella työyhteisönjäsenellä on vastuu omasta ja toisten hyvinvoinnista. Ongelmien ja kehittämistarpeiden rehellinen selvittely, kuulluksi tuleminen, vaikuttamismahdollisuus sekä onnistumisen ja arvostuksen kokemukset edistävät työyhteisön hyvinvointia ja tyytyväisyyttä.

6. Yhteistyö ja keskinäinen arvonta

Yhteistyötä tarvitaan eettisten näkökohtien, kustannushallinnan, vaikuttavuuden ja tehokkuuden tasapainottamisessa terveydenhuollossa. Kaikkien tulee pyrkiä pois sellaisesta etupii-riajattelusta, jossa muiden tehtävät ja erikoisalajat tai heidän ammattitaitonsa ja osaamisensa jätetään huomiotta. Terveydenhuollossa tarvitaan vuorovaikutusta ja järkevää työnjakoa eri tehtävissä toimivienvälillä. Keskinäinen luottamus ja vastavuoroinentuki terveydenhuollon ammattilaisten ja päättäjien välillä sekä kaikkien osapuolten aito kumppanuus auttaa selviy-

tymään yhteisestä haasteesta. Terveydenhuollon on vastattava inhimillisellä ja eettisesti kestäväällä tavalla väestön kasvavasta hoidon tarpeesta. Mitä paremmin yhteistyö ja keskinäinen arvostus terveydenhuollon hallinnossa ja kentällä tapahtuvat, sitä inhimillisempää ja parempaa hoitoa myös potilaat saavat. Se on kaikkien yhteinen etu.

(Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Etene julkaisuja I. 2001)

Liite 2.Toimintayksikön lääkehoitosuunnitelma

Toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmasta tulee käydä ilmi vähintään seuraavat säädöspohjaan perustuvat asiat:

- lääkehoitoon liittyvien riskien tunnistaminen ja niihin varautuminen*
- turvalliseen lääkehoitoon perehdyttäminen*
- henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako*
- opiskelija lääkehoidon toteuttajana*
- lääkehuollon järjestäminen*
- lääkehoidon toteuttaminen*
- lääkehoidon vaaratapahtumissa toimiminen*
- potilaan ja omaisten ohjaus ja neuvonta**
- dokumentointi ja tiedonkulku*
- seuranta- ja palautejärjestelmät*

Lisäksi lääkehoitosuunnitelmassa kuvataan

- lääkehoidon osaamisvaatimukset, osaamisen varmistaminen ja ylläpito
- lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi.

Velvoittava normi: *Potilasturvallisuusasetus 341/2011

** Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 5 §

(Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. THL. 2016.)

Kuinka usein kohtaat mainitsemasi ongelmia?

Onko tietosi mukaan lääkehoidon jatkuvuuteen liittyvistä ongelmista aiheutunut potilaalle haittaa?

Kyllä__ Ei__

Jos on aiheutunut, niin millaista?

Ilmoitatko haittatapahtumista? Jos, niin miten?

Mitkä tekijät *omassa yksikössäsi* vaikuttavat mielestäsi ongelmien syntyyn?

Miten toimintaa *omassa yksikössäsi* tulisi kehittää lääkehoidon jatkuvuuden parantamiseksi?

Mahdollisia kehitysehdotuksia *toiselle yksikölle* lääkehoidon jatkuvuuteen liittyen?

Kiitos vastauksistasi!

Liite 4. Suostumuslomake

Suostumus opinnäytetyön kyselyyn osallistumiseen

Olemme Laurea Hyvinkään sairaanhoitajaopiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä lääkehoidon jatkuvuudesta Hyvinkään sairaalan päivystyksen ja Hyvinkään kaupungin kotihoidon välillä. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa lääkehoidon jatkuvuuden nykytilaa potilaan/asiakkaan siirtyessä Hyvinkään sairaalan päivystyspoliklinikan ja Hyvinkään kaupungin kotihoidon välillä. Lääkehoidon jatkuvuuden turvaaminen on tärkeä osa potilasturvallisuutta. Opinnäytetyömme tavoitteena on selvittää mahdolliset epäkohdat nykyisessä toiminnassa, kun potilasta siirretään tutkimistamme yksiköistä toiseen. Tavoitteena on saadun aineiston avulla myös löytää kehitysehdotuksia ja -mahdollisuuksia.

Tutkimusmuotona käytämme kyselyä, jossa on enimmäkseen avoimia, mutta osittain myös strukturoituja kysymyksiä. Kyselyn vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti. Kyselyyn vastanneiden henkilöllisyys ei tule esille opinnäytetyössä.

Keskeisiä käsitteitä tutkimuksessamme ovat: **potilasturvallisuus, hyvä hoito, lääkehoidon jatkuvuus, sekä turvallinen lääkehoito.**

Tutkimustulokset esitellään touko-kesäkuun aikana. Saadut tulokset esitellään organisaatioiden vastuuhenkilöille.

Kaikkien kyselyyn vastanneiden kesken arvomme molemmista yksiköistä yhden kahvila-lahjakortin voittajan!

Kiitos!

Piia Vilén ja Johanna Sjöberg

Annan suostumukseni, että antamiani vastauksia saa käyttää opinnäytetyössä:

Aika

Paikka

Allekirjoitus
