

# POTILAIKEN KOKEMUKSIA LÄÄKEHOIDON VAARATAPAHTUMISTA ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Laura Martinmäki  
Tiina Tuominen  
Riina Vasko

Opinnäytetyö  
Helmikuu 2011

Hoitotyö  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) MARTINMÄKI, Laura TUOMINEN, Tiina VASKO, Riina	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 3.2.2011
	Sivumäärä 50	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus  ( ) saakka	Verkkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi POTILAIEN KOKEMUKSIA LÄÄKEHOIDON VAARATAPAHTUMISTA ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA		
Koulutusohjelma HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA		
Työn ohjaaja(t) SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena TYRVÄINEN, Hannele		
Toimeksiantaja(t) KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPPIIRI		
Tiivistelmä <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, ovatko Keski-Suomen erikoissairaanhoidon potilaat kokeneet sairaalassaoloaikana lääkehoitoon liittyviä vaaratapahtumia. Jos ovat, niin millaisia vaaratapahtumia lääkityspoikkeamiin liittyen potilaat ovat havainneet hoidon aikana ja millaista huolta lääkehoito on aiheuttanut heille?</p> <p>Tavoitteena on, että opinnäytetyön tuloksia pystytään hyödyntämään lääkitysturvallisuuden kehittämässä sekä löytämään kehittämiskohteita lääkehoidon toteutukseen ja hoitoon sitoutumiseen Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä.</p> <p>Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä toteutettiin 7.-14.6.2010 lääkehoidon turvallisuuteen liittyvä potilaskysely. Lomakkeita jaettiin Keski-Suomen keskussairaalan ja perusterveydenhuollon eri yksiköihin yhteensä noin 4500 kpl. Tämä opinnäytetyö koostuu erikoissairaanhoidosta saatujen, avoimen kysymyksen 27, vastauksien analysoinnista. Erikoissairaanhoidosta vastauslomakkeita saatiin täytettyinä yhteensä 514 kappaletta. Näistä vastauksista 34 lomakkeessa oli vastattu kohtaan 27. Relevantteja vastauksia oli 21. Analyysi toteutettiin sisällönanalyyysimenetelmän avulla.</p> <p>Tulokset osoittivat, että potilaat olivat havainneet hoidossaan vaaratapahtumia, jotka liittyivät lääkeai-neisiin, poikkeamiin lääkehoidon toteutuksessa, lääkeneuvonnassa sekä lääkkeen määräämisessä. Näiden lisäksi potilaissa oli herättänyt huolta tiedon kulun puute.</p>		
Avainsanat (asiasanat) lääkehoito, turvallisuus, potilasturvallisuus, erikoissairaanhoito, laadullinen tutkimus		
Muut tiedot		



Author(s) MARTINMÄKI, Laura TUOMINEN, Tiina VASKO, Riina	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 3.2.2011
	Pages 50	Language Finnish
	Confidential ( ) Until	Permission for web publication ( X )
Title PATIENTS' EXPERIENCES OF DANGEROUS MEDICATION SITUATIONS IN SPECIAL HEALTH CARE		
Degree Programme DEGREE PROGRAMME IN NURSING		
Tutor(s) SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena TYRVÄINEN, Hannele		
Assigned by CENTRAL FINLAND HEALT CARE DISTRICT		
Abstract <p>The purpose of this bachelor's thesis was to clarify if the patients of Central Finland Healt Care District had experienced dangerous situations during their hospital treatment. If so, what kind of dangerous situations had they noticed and what kind of worries had those caused? The aim was to use the results in developing patient safety and to find ways to enhance medical treatment and the commitment to it in Central Finland Healt Care District.</p> <p>The study was conducted in Central Finland Health Care District between the 7<sup>th</sup> and 14<sup>th</sup> June 2010 with questionnaires directed to patients. Approximately 4500 forms were distributed to the Central Hospital and the different units of basic health care in Central Finland. The analyses of the answers that were received from special health care for question number 27 (open question) formed the core of this thesis. Altogether 514 forms were returned from special health care and 34 forms contained answers to question number 27. The number of relevant and reliable answers that were analyzed was eventually 21. The analyses were carried out by using content analysis.</p> <p>According to the results, the patients had noticed risky situations which were associated with medicine and errors in medical treatment, medical counselling and prescriptions. In addition, the patients had experienced anxiety related to poor transfer of information.</p>		
Keywords Medication, safety, patient safety, special healt care, qualitative		
Miscellaneous		

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	3
2	LÄÄKEHOITO OSANA POTILASTURVALLISUUTTA.....	4
3	LÄÄKEHOITOA MÄÄRITTÄVÄT LAIT JA OHJEISTUKSET .....	6
3.1	Lait.....	7
3.2	Lääkehoitosuunnitelma.....	9
3.3	Keski-Suomen sairaanhoitopiirin lääkehoitosuunnitelma .....	9
4	LÄÄKITYSPOIKKEAMAT .....	11
4.1	Lääkityspoikkeamien esiintyvyys.....	11
4.2	Lääkityspoikkeamien raportointi .....	12
4.3	Lääkityspoikkeamiin johtaneita syitä.....	13
5	VAARATAPAHTUMIEN ENNALTAEHKÄISY .....	16
6	POTILAAN HOITOON SITOUTUMISEN TUKEMINEN .....	17
6.1	Potilaan ohjaus .....	17
6.2	Potilaan hoitoon sitoutuminen.....	19
7	TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TARKOITUS .....	21
8	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	22
8.1	Kyselytutkimus ja aineiston hankinta .....	22
8.2	Aineiston analysointi.....	23
9	TUTKIMUSTULOKSET .....	25
9.1	Potilaissa heränneet huolet.....	25
9.2	Potilaiden kokemat vaaratapahtumat .....	28
10	POHDINTA .....	31
10.1	Tulosten tarkastelua .....	31
10.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	35
10.3	Jatkotutkimusaiheet.....	36
	LÄHTEET.....	37
	LIITTEET.....	41
	Liite 1. Potilaskysely. ....	41
	Liite 2. Aineiston pelkistys .....	44
	Liite 3. Aineiston ryhmittely.....	47

Liite 4. Aineiston ylä- ja pääluokat .....	50
--	----

## KUVIOT

KUVIO 1. Potilasturvallisuuden osa-alueet (Stakes 2006, 5). .....	5
---	---

KUVIO 2. Lääkityspoikkeama käsitteenä (Stakes 2006, 7) .....	6
--	---

# 1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö on osa suurempaa potilasturvallisuutta käsittelevää tutkimusta, joka liittyy Keski-Suomen sairaanhoitopiirin maakunnalliseen potilasturvallisuus-suunnitelmaan. Potilaskysely toteutettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon osastoilla ja poliklinikoilla (ei pediatriassa eikä psykiatriassa yksiköissä) sekä osassa Keski-Suomen terveyskeskusten yksiköitä samanaikaisesti kesäkuun alussa 2010.

Opinnäytetyön aiheena on potilaan kokemuksia lääkehoidon toteutumisesta erikoissairaanhoidossa. Koska potilaan näkökulmaa lääkehoidon toteutuksesta on ennen tutkittu Suomessa vain vähän, on aihe tärkeä. Saatuja tuloksia pystytään vertailemaan turvallisen lääkehoidon suosituksiin ja havaitsemaan mahdollisia eroavaisuuksia.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, ovatko Keski-Suomen erikoissairaanhoidon potilaat kokeneet sairaalassaoloaikana lääkehoitoon liittyviä vaaratapahtumia. Jos ovat, niin millaisia vaaratapahtumia lääkityspoikkeamiin liittyen potilaat ovat havainneet hoidon aikana ja millaista huolta lääkehoito on aiheuttanut heille?

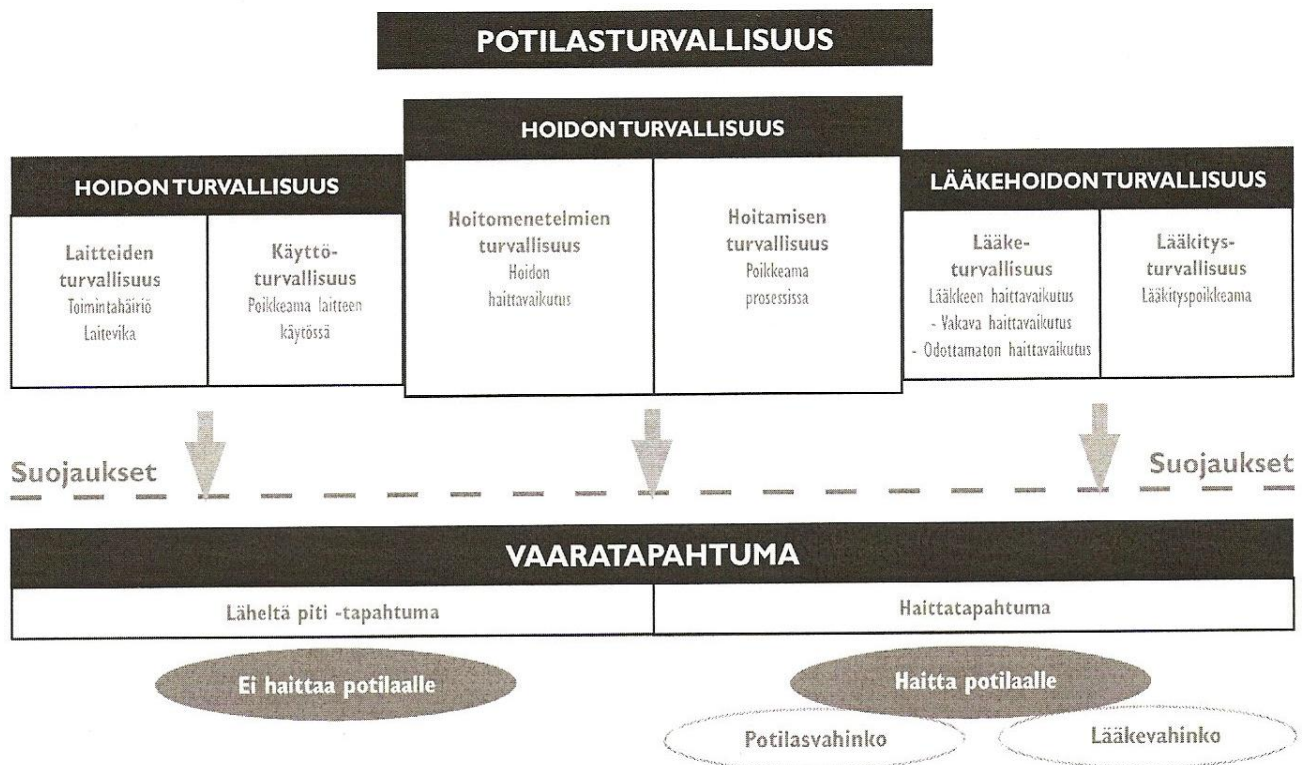
Lääkehoito on keskeinen osa sairaanhoitajan työtä sijoituspaikasta riippumatta. Se on osa-alue, joka vaatii jokaiselta sairaanhoitajalta jatkuvaa valmiutta kehittää itseään. (Nurminen 2010, 25.) Tavoitteena on, että opinnäytetyön tuloksia pystytään hyödyntämään lääkitysturvallisuuden kehittämisessä sekä löytämään kehittämiskohteita lääkehoidon toteutukseen ja hoitoon sitoutumiseen Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Tuloksien avulla pyritään kehittämään Keski-Suomen sairaanhoitopiirin lääkitysturvallisuussuunnitelmaa.

## 2 LÄÄKEHOITO OSANA POTILASTURVALLISUUTTA

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2009 Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian 2009–2013. Sen tavoitteena on, että potilasturvallisuus olisi osa toimintatapoja ja käytäntöjä, jolloin hoito on turvallista ja vaikuttavaa (STM 2009, 3.) Lisäksi tavoitteena on, että potilas itse osallistuu turvallisuuden parantamiseen. Tämä tarkoittaa sitä, että potilas otetaan mukaan edistämään turvallista hoitoa antamalla hänelle riittävästi tietoa ja luomalla luottamuksellinen ilmapiiri. Tällöin haittatapahtuman sattuessa asiasta kerrotaan avoimesti potilaalle. Toisaalta taas potilaat itse uskaltavat tuoda esille puutteita, joita havaitsevat hoidon turvallisuudessa. (STM 2009, 15–16.) Strategian yhtenä tavoitteena on, että vaaratapahtumia raportoidaan, seurataan ja käsitellään systemaattisesti organisaatioissa ja raportointi-ilmoitusten tekemiseen on työntekijöillä matala kynnyks. (STM 2009, 17.)

Lisäksi strategiaan on kirjattu tavoitteiksi, että potilasturvallisuutta hallitaan ennakkoivasti, oppimalla ja suunnitelmallisesti. Potilasturvallisuus liittyy myös tiedonhallintaan ja tietoteknologian tuomiin muutoksiin. Lisäksi turvallisuus huomioidaan terveydenhuollon kehittämisessä ja opetuksessa. (STM 2009, 16–18.)

Potilasturvallisuus jaetaan hoidon turvallisuuteen, lääkehoidon turvallisuuteen ja laitteiden turvallisuuteen (Stakes 2006, 5) (Kuvio 1.). Potilasturvallisuus tarkoittaa ”terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta.–ja on osa hoidon laatua” (Stakes 2006, 6).



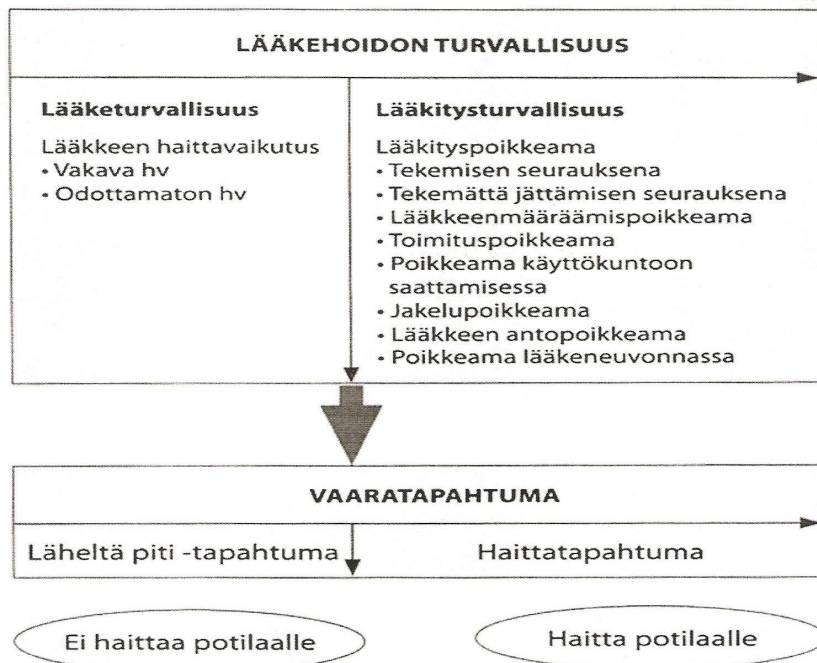
KUVIO 1. Potilasturvallisuuden osa-alueet (Stakes 2006, 5).

STAKES:n potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanaston (2006, 7) mukaan lääkehoidon turvallisuus määritellään sanoilla lääketurvallisuus ja lääkitysturvallisuus. Lääketurvallisuudella tarkoitetaan lääkkeen farmakologisia ominaisuuksia ja lääkkeen turvallista valmistamista. Lääkitysturvallisuudella tarkoitetaan lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen vaikuttavia tekijöitä. (Stakes 2006, 7-8.)

**Lääkityspoikkeama** on lääkehoitoon liittyvä tapahtuma, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. **Vaaratapahtuma** käsittää potilaan turvallisuutta vaarantavan **läheltä piti -tapahtuman**, jolloin haitalta vältytään joko sattumalta tai poikkeama havaitaan ajoissa. Tällöin poikkeama voidaan vielä korjata. Vaaratapahtumaa, joka tuottaa haittaa potilaalle, kutsutaan **haittatapahtumaksi**. **Lääkityshaittatapahtuma** on tapahtuma, joka tuottaa haittaa potilaalle ja samalla liittyy lääkkeen käyttöön. **Lääkehaittatapahtuma** liittyy ajallisesti lääkkeen käyttöön ja johtuu joko lääkkeen luonteesta tai lääkityspoikkeamista. **Läkehoidon vaaratapahtuma** käsittää tapahtuman, joka vaarantaa



potilaan turvallisuuden ja johtuu lääkkeen luonteesta, lääkkeen määräämisestä, tiilaamisesta, pakkaamisesta ja lähettämisestä, neuvonnan, käytön tai sen seurannan yhteydessä. (Stakes 2006, 6-8.) (Kuvio 2.)



KUVIO 1. Lääkityspoikkeama käsitteenä (Stakes 2006, 7)

### 3 LÄÄKEHOITOA MÄÄRITTÄVÄT LAIT JA OHJEISTUKSET

Lääkehoidosta Suomessa ei ole yhtä voimassa olevaa lakia, joka ohjaisi lääkehoidon toteuttamista, vaan siihen vaikuttavat useat eri lait, määräykset ja asetukset. Tämän vuoksi selkeitä ohjeita esimerkiksi työntekijöiden koulutuksiin ja työyksiköiden työnjakoon ei ole ollut. (STM 2006, 18.)

Vuonna 2006 ilmestyi Sosiaali- ja terveysministeriön laatima Turvallinen lääkehoito – Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, jonka tarkoituksena on yhtenäistää ja selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyviä

periaatteita sekä vastuunjako. Sen mukaan lääkehoidon toteuttaminen yksiköissä perustuu lääkehoitosuunnitelmaan, joka käsittää lääkehoidon suunnittelun, toteutuksen sekä poikkeamien seurannan ja raportoinnin. Ministeriö suosittaa oppaan käyttöä kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä. (STM 2006, 11.)

### **3.1 Lait**

Läkehoidon toteuttamista ohjaavat monet eri lait. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L17.8.1992/785) määrittelee, että potilaalla on oikeus saada tietoa häntä koskevasta hoidosta, eri hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista. Laissa myös korostetaan potilaan itsemääräämisoikeutta.

Koska lääkehoito on osa potilaan hoitoa, hänellä on oikeus saada tietoa läkehoidosta ja sen vaikutuksista. Terveystieteiden ammattihenkilöistä säädettyssä laissa (L 28.6.1994/559) edellytetään, että ammattia harjoittavilla on asianmukainen koulutus sekä riittävä pätevyys ja valmiudet toimia ammatissaan. Lisäksi laki määrittää ammattihenkilöiden oikeudet ja velvollisuudet, joita ovat esimerkiksi potilaan oikeuksien huomioon ottaminen ja oman ammattitoiminnan potilaalle koituvien hyötyjen ja haittojen arvioiminen. Myös ammattieettiset velvollisuudet sekä ammattihenkilöiden valvontaa määrittävät asiat ovat keskeisiä tässä laissa. (L 28.6.1994/559.)

Suomessa on aiemmin ollut vain lääkäreillä lääkkeenmääräämisoikeus potilaille lääkinnällistä tai lääketieteellistä tarkoitusta varten (L 28.6.1994/559). Toukokuussa 2010 annettu laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä antaa rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden myös erikoispätevyden hakeneille laillistetuille ammattihenkilöille. Suomessa sairaanhoitaja, jolla on riittävä käytännön kokemus ja joka on suorittanut tarvittavan lisäkoulutuksen, voi saada rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden. Sairaanhoitaja voi esimerkiksi terveyskeskuksen vastaanotolla aloittaa ehkäisevän hoidon tai jatkaa lääkitystä, kun lääkäri on tehnyt taudinmäärityksen tai kun lääkitys perustuu sairaanhoitajan toteamaan hoidon tarpeeseen. (L 21.5.2010/433.)

Sairaanhoitajilla on käytössään vastaavan lääkärin allekirjoittama lista lääkkeistä, joita hoitaja voi lain mukaan määrätä. Sairaanhoitaja voi saada myös määräaikaisen luvan lääkkeen määräämiselle, esimerkiksi tartuntatautien ehkäisyssä käytettävistä lääkkeistä. Määräaikainen lääkkeenmääräämisoikeus voi olla voimassa korkeintaan kuusi kuukautta. Lääkemääräyksen antajan tulee toimittaa Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle kopio kirjallisesta määräyksestä tai siihen tehdyistä muutoksista tai lääkkeenmääräämisen päättymisestä. (L 21.5.2010/433.)

Koulutus on Suomessa laajuudeltaan 45op. Koulutukseen sisältyy teoria opintoja kliinisestä farmakologiasta ja hoitotyöstä, sekä tautiopista. Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus on ollut käytössä muun muassa Englannissa 20 vuotta, Ruotsissa 15 vuotta ja Irlannissa kaksi vuotta. (Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus 2009.) Englannissa koulutus sisältää vähintään 26 päivää korkeakoulutasoista opetusta, sekä lisäksi 12 päivän harjoittelun töissä lääkärin opastuksessa. (Department of Health 2006,9.)

On todettu, että rajattu lääkkeenmääräämisoikeus on nopeuttanut potilaiden läkehoidon toteutumista. Hoitajat kokivat, että heillä on enemmän aikaa tutustua potilaaseen ja valita paras lääke ja, että he ovat varovaisempia kuin esimerkiksi nuoret lääkärit, jolloin lääketurvallisuus on parempi. Tutkimus osoitti, että rajatulla lääkkeenmääräämisoikeudella säästetään sekä potilaiden että henkilökunnan aikaa ja näin hoitajien työskentely on myös taloudellisesti tehokasta. (Stenner & Courtenay 2008, 30-31.) Englannissa hoitajat kokevat, että koulutus voisi olla pidempi ja sisältää enemmän farmakologian opintoja sekä harjoittelua. Samainen tutkimus osoittaa, että vain pieni osa hoitajista tuntee itsensä varmaksi kirjoittaessaan reseptiä. Itsevarmuus kasvaa kokemuksen myötä ja kollegoiden tuki työssä koetaan hyvin tärkeäksi. (While & Biggs 2004, 561–566.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa työnantajan vastuulla on määrittää kunkin työntekijän toimenkuvat. Työnantajan tulee arvioida työntekijöiden kokemuksen, koulutuksen ja ammattitaidon riittävyyttä työtehtävään. Työntekijän tulee ilmoittaa, jos ei hallitse kyseisiä työtehtäviä, sillä työntekijä on vastuussa tekemistään työtehtävistä. Kuitenkin työnantajalla on lopullinen vastuu potilaasta, mikä ilmenee esimerkiksi vahinko-

tapauksessa työnantajan taloudellisena korvausvastuuna, jollei työntekijä ole toiminut tuottamuksellisesti. (STM 2006, 22.)

### **3.2 Lääkehoitosuunnitelma**

Sosiaali- ja terveysministeriön (2006, 11) mukaan lääkehoidon toteuttamisen on perustuttava lääkehoitosuunnitelmaan, joka on laadittu toiminta- tai työyksikössä. Lääkehoitosuunnitelmaan on sisällytettävä lääkehoidon kokonaisuuden suunnittelu, toteutus ja lääkehoidossa tapahtuneiden poikkeamien seurannat ja niistä raportointi. (STM 2006, 11.) Lisäksi lääkehoidon suunnitelmaa käytetään työvälineenä eri lääkehoidon osaamisalueiden hallintaan ja määrittämiseen. Näitä osa-alueita ovat lääkehoidon toimintatavat ja sisältö, hoidon osaamisen varmistaminen sekä ylläpitäminen, henkilöstön työnjako, vastuut, velvollisuudet ja lupakäytännöt, lääkehuolto ja lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen, lääkkeiden antaminen potilaalle ja heidän ohjaamisensa, dokumentointi sekä seurantajärjestelmät. (STM 2006, 3.)

Esimiehet ovat vastuussa yksikön lääkehoitosuunnitelman laatimisesta ja toteuttamisesta (STM 2006, 6). Lääkehoidon suunnitelma on osa turvallista lääkehoitoa. Jotta lääkehoito olisi turvallista, se on osa moniammatillista yhteistyötä yhdessä lääkäreiden, sairaanhoitajien, farmaseuttien, potilaiden ja omaisten välillä sekä tarvittaessa muiden tahojen kanssa. (Sipola-Kauppi, 2010.)

### **3.3 Keski-Suomen sairaanhoitopiirin lääkehoitosuunnitelma**

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin lääkehoidon suositukset perustuvat sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallisiin suosituksiin. Niiden mukaan jokainen osasto laatii lääkehoidon vaativuustasonsa mukaisen lääkehoitosuunnitelman. Jokaiseen työyksikköön nimetään 1-2 lääkehoidosta vastaava henkilöä, joiden tehtäväkuvat ovat suunnitelmassa määritelty. Jokaisen yksikön perehtymisohjelma kertoo yksikön tavoitteet koskien lääkehoitoa ja vaatimustason edellyttämän osaamisen. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä esimies varmistaa työsuhteen alussa hoitajan koulutuk-

sen antamat valmiudet ja osaamisen tason. Esimiehen tehtävänä on myös tarpeen mukaan puuttua osaamattomuuteen ja ohjata henkilökuntaa lisäkoulutuksiin. Koulutus tapahtuu verkossa, ja sen lisäksi perehdytyksen aikana lääkehoidon vastaavan kanssa henkilökohtaisesti. Koulutukseen liittyy myös näytöt. Verkkokurssissa on neljä moduulia:

1. Lääkeosaamisen perusteet
2. Suonensisäinen lääkehoito
3. Epiduraalitilaan annettava lääkitys
4. Verensiirron osio

Lisäksi joillain osastoilla annetaan tarvittava erikoiskoulutus muun muassa teho-osastolla ja lastenosastolla. Osastonhoitaja ottaa vastuun lääkehoidon osaamisen varmistamisesta ja sairaanhoitajien osaamisesta. Luvat ovat voimassa enintään viisi vuotta, ja osastonhoitajalla on tarpeen mukaan lupa ottaa lääkkeenantolupa pois hoitajalta, jonka toimissa hän huomaa jatkuvasti puutteita. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2008, 3-5, 14–19.)

Lääkityspoikkeamat tulee informoida potilaan lisäksi Haipro-rekisteriin. Läheltä piti - tapahtumia ei ilmoiteta potilaille, vaikka myös ne tulee ilmoittaa Haipro-rekisteriin. Samoin tapahtuma tulee lisäksi kirjata yksityiskohtaisesti potilastietoihin. Haipro-ilmoitukset käsitellään ensin osastonhoitajan ja lääkehoidon vastaavien kesken sekä yhdessä hoitajien kanssa osastotunneilla. Osastohoitaja tekee lisäksi kerran kuukaudessa selvityksen ilmoituksista osastonylilääkärille. Haipro-ilmoituksen tekee vaaratapahtuman huomannut työntekijä. Ilmoituksessa mainitaan potilas, jota ilmoitus koskee, haitan laajuus, tapahtuman syyhyn vaikuttaneet tekijät ja tapahtumapaikka, mikäli se on tiedossa. Samalla kirjataan, onko tapahtumasta informoitu potilasta tai tämän omaisia. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2008, 37–39.)

## 4 LÄÄKITYSPOIKKEAMAT

Lääkehoito on osa hoitotyön kokonaisuutta ja tärkeä lääketieteellinen hoitokeino. Lääkehoitoa toteutetaan lääkärin määräysten mukaisesti. Henkilön, joka huolehtii lääkehoidon toteutuksesta, on ymmärrettävä lääkemääräys oikein sekä valmistettava lääke käyttökuntoon. Potilas saa siten oikean annoksen oikeaa lääkettä, oikeana ajankohta ja oikealla annostelutekniikalla. (STM 2006, 36–37.) Lääkkeen oikea käyttö edellyttää, että lääke auttaa hoidettavaan sairauteen tai oireeseen ja sen haittavaikutukset on arvioitu potilaan kuntoon ja lääkkeen tehoon nähden. Lääkkeen käytöstä tulee olla sovittu potilaan kanssa. (Stakes 2006,7.)

Henkilöstöllä on oltava asianmukaiset taidot ja tiedot, jotta lääkehoidon toteuttaminen onnistuisi laadukkaasti. Myös lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi on yksi tärkeä osa hoidon kokonaisuutta. (STM 2006, 37.) Lisäksi potilaan on ymmärrettävä lääkkeen käyttötarkoitus ja käyttötapa. Hänen on oltava myös tietoinen lääkkeen mahdollisista haittavaikutuksista ja siitä, milloin ne edellyttävät ottamaan yhteyttä hoitohenkilökuntaan. (STM 2006, 41.)

### 4.1 Lääkityspoikkeamien esiintyvyys

Outisen (2005, 8) mukaan lääkityspoikkeamien esiintyvyyttä ja potilasturvallisuuden esiintymistä on alettu tutkia kansainvälisestikin 1980-luvulla. Keskustelu aiheesta alkoi, kun Institute of Medicine julkaisi raportissaan *To Err is Human* (1999) lukuja haittatapahtumien yleisyydestä USA:ssa. Raportissa arvioitiin potilashaittojen aiheuttamien kuolemien määräksi 44 000-98 000 henkeä vuodessa. Lääkitykseen liittyvät haitat olivat varsin tavallisia (noin 20 % edellä mainituista tapauksista). Vastaavia tuloksia saatiin myöhemmin myös muun muassa Tanskassa ja Hollannissa. Suomessa STAKES aloitti riskienhallintaprojektin 2004–2005, jonka toimesta tehtiin riskienhal-

lintakartoituksia ja selvitettiin, millä alueilla tarvitaan lisäkoulutusta ja kehittämistä. (Outinen 2005, 8.)

Lääkityspoikkeamien esiintyvyys vaihtelee tutkimusten välillä. Ilmeneminen näyttää olevan tavallisempaa havainnointitutkimuksissa kuin hoitohenkilökunnan omaan ilmoitukseen perustuvassa rekisteröinnissä. Laepen 2002 tekemässä havainnointiin perustuvassa tutkimuksessa seurattiin 2557 lääkkeenantotapahtumaa, joista 456:ssa tapahtui jokin lääkityshaitta ja niistä vain yksi ilmoitettiin rekisteriin. Samanlaisia tuloksia on saatu muistakin tutkimuksista ja näiden tulosten valossa voidaan todeta se, ettei lääkityspoikkeamien todellista määrää voida tietää. (Katomaa 2007, 21.) Kansainvälisesti on myös todettu, että noin 10 % potilaista kokee hoitojakson aikana jonkin hoitoon liittyvän haittatapahtuman. Niistä merkittävä osa liittyy lääkehoitoon ja jotka olisivat ennaltaehkäistävissä. (STM 2006, 31.)

Yleisimpiä lääkityspoikkeamia ovat muun muassa väärä lääke, lääkeannos tai -laimennos, lääkkeen antamatta jättäminen, ylimääräinen lääkeannos, väärä lääkkeen antoaika tai annostelureitti, lääkkeen antaminen väärälle potilaalle tai muut yhteensopivuusvirheet. (Katomaa 2007, 22.) Poikkeamia tapahtuu myös kirjaamisessa, määräyksien ymmärtämisessä ja määräyksien toteuttamisessa (STM 2006, 38).

## **4.2 Lääkityspoikkeamien raportointi**

Lääkityspoikkeamien todellisia määriä on hankala saada selville, sillä ilmoituskäytäntö on kirjavaa. Tarvitaan koulutusta kirjaamiskäytäntöihin, jolloin lääkityspoikkeamista kirjaaminen kuuluisi normaalikäytäntöön. (Katomaa 2007, 21; Dillström 2007, 82-84, Kumpula 2006.) Suomessa ollaan ottamassa asteittain käyttöön lääkityspoikkeamien raportointimenettely, alustavan suunnitelman mukaan vuoden 2011 alusta, jonka tavoitteena on parantaa potilasturvallisuutta (STM 2010b, 17). Sen periaatteena on, että hoitoon liittyvien lääkityspoikkeamien ilmoituksen jättäminen on helposti työntekijöiden ja opiskelijoiden tehtävissä (STM 2010b, 19).

Jokaisessa organisaatiossa tulee olla siirtymävaiheen jälkeen lääkityspoikkeamien raportointijärjestelmä. Yleisimmin tunnettu on HaiPro-järjestelmä (STM 2010b, 20). Keistisen, Kinnusen ja Holmin (2008, 3785–3788) tekemän lääkityspoikkeamien raportointi ja käsittelyjärjestelmän (HaiPro) tutkimuksen mukaan eniten ilmoituksia lääkityspoikkeamista tehtiin juuri lääke- ja nestehoitoon liittyvissä asioissa (34,2 %).

Peijaksen sairaalassa toteutettiin vuonna 2004 neljä kuukautta kestävä, Viisas oppii virheistä - projekti, jonka tarkoituksena oli aloittaa lääkityspoikkeamien ilmoittaminen rekisteriin. Myös läheltä piti -tilanteet tuli ilmoittaa ja ohjeistukseksi annettiin, että jos on epävarma ilmoittamisen suhteen, niin tällöin ilmoitus tuli tehdä. Projekti paljasti, että sairaalassa tapahtuu paljon poikkeamia, joita ei ennen ollut tullut esille. Kun hoitohenkilökunta piti asiaa tärkeänä ja näki toiminnan hyödylliseksi, vastaaminen koettiin mielekkäänä. Seurannan aikana havaittiin muutostarpeita, jotka pyrittiin korjaamaan. Projektin jälkeen Peijaksen sairaala otti käyttöön kaikkiin yksiköihin yhteisen poikkeamailmoitusrekisterin. (Mustajoki 2005, 15–17.) Suomessa ei ole laissa määritelty virheiden systemaattista seurantaa toisin kuin esimerkiksi Tanskassa (STM 2006, 33).

Dillströmin (2007, 82–84) mukaan lääkehoidon ohjaamisessa ammattilaisten, potilaiden ja omaisten kokemuksellinen tieto yhdistyy Pharmaca Fennicasta, lääke-esitteistä ja potilasohjeista saatuihin tietoihin, ja hoitotieteelliset julkaisut jäävät vähemmälle käytölle. Ilmoituksen tekeminen tulee ajatella ennemmin mieluisana velvollisuutena kuin välttämättömänä pahana. Poikkeamailmoitukset voivat johtaa tarvittaviin muutoksiin, jotka tulevaisuudessa voivat vähentää vastaavia tapahtumia. (Mustajoki 2009, 141.)

### **4.3 Lääkityspoikkeamiin johtaneita syitä**

Katomaan (2007, 21) mukaan lääkitykseen liittyvät poikkeamat ovat hyvin tavallisia ja usein ehkäistävissä olevia potilasvahinkoja. Rekisteriin päätyvät tapahtumat ovat vain pieni osa kaikista tapahtuneista lääkityspoikkeamista. On arvioitu, että jokaista hai-



tallista virhettä kohden tapahtuu noin 100 harmitonta tapahtumaa. Usein lääkityspoikkeama johtuu hoitohenkilökunnan osaamattomuudesta. (Katomaa 2007, 21.) Opetusministeriön säädösten mukaan sairaanhoitajan (AMK), ensihoitajan (AMK), terveydenhoitajan (AMK) ja kätilön (AMK) tulee saada koulutuksen aikana laaja koulutus ja valmius eritasoisten lääkehoitojen toteuttamiseksi. On kuitenkin huomattu, että lääkehoidon koulutuksen erojen mukaan, vastavalmistuneilla on usein hyvin eritasoiset taidot toteuttaa lääkehoitoa. Työnantajan tehtävänä on varmistaa uudelta työntekijältä tämän osaaminen ennen lääkehoitoon osallistumista. (STM 2006, 29-30.)

Lääkityspoikkeamille on esitetty kirjallisuudessa monia syitä. Yleisimpinä nähdään henkilökunnan kokemattomuus, osaamattomuus ja uusien tekniikoiden käyttöönotto. Lääkityspoikkeama on yleensä inhimillinen erehdys, sen sijaan huolimattomuudesta ja välinpitämättömyydestä johtuvia haittoja tapahtuu harvemmin. Syitä voidaan usein hakea myös kiireestä ja väsymyksestä. (Katomaa 2007, 21.) Näyttöön perustuvassa lääkehoidossa huomiota tulee kiinnittää lääkkeenjakopaikkaan ja sen rauhallisuuteen. (Dillström 2007, 82–84 & Kumpula 2006.)

Lääkityspoikkeamia tapahtuu myös potilasmateriaalin takia: potilaan korkea ikä, muistamattomuus, pitkittynyt sairaalassaoloaika ja lääkityksen monimutkaisuus vaikeuttavat varsinkin kotona jatkettavaa lääkehoitoa ja lääkeohjaukseen tuleekin panostaa. (Katomaa 2007, 21). Jotta turvallinen lääkehoito jatkuu ja saadaan tarvittavia tuloksia, on hoitohenkilökunnan arvioitava potilaan hoitomyyöntyvyyttä ja tarpeen tullen motivoitava potilasta lääkehoitoon. Esimerkiksi kohonnut verenpaine on potilaalle suhteellisen oireeton ja lääkityksen noudattaminen on joskus turhauttavaa. Hoitohenkilökunnan tuleekin tarkistaa hoitomyyöntyvyys ensimmäiseksi, jos lääkehoito ei tunnu tehoavan. (Nurminen 2008, 68.)

Myös sairaanhoitajat itse ovat kuvanneet lääkityspoikkeamiin johtaneita syitä. Heidän mukaansa poikkeamia tapahtuu esimerkiksi fyysisen väsymyksen vuoksi: tuplaluorojen tai yövuorojen aikaan. Lääkehoidon toteutuksen keskeytyminen tai jonkin muun asian väliintulo sekä kiire aiheuttavat lääkityspoikkeamia. Lisäksi henkilökun-

nan puute ja ylikuormitetut osastot johtavat heidän mukaansa lääkityspoikkeamiin (Jones & Treiber 2010.) Työntekijöiden mukaan riskiä lääkityspoikkeamiin lisää vähäinen työkokemus (Jones & Treiber 2010; Suikkanen 2008, 57). Huono tiedonkulku työntekijöiden kesken vaikuttaa myös lääkityspoikkeamien syntyyn (Petrova, Baldacchino & Camilleri 2010). Kommunikaatio-ongelmat vaikuttavat yli 60 %:iin haittatapahtumista. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 86; Anderson & Townsend 2010)Tähän on syynä usein monimutkaiset organisaation viralliset, epäviralliset ja kulttuuriset erot ammattiryhmien välillä. Teknologian avulla pyritään kehittämään hoidon turvallisuutta, laatua ja kustannustehokkuutta. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 86–87.)

Lääkityspoikkeamat ahdistavat potilaiden lisäksi myös hoitajia. Vahingon tuottaminen potilaalle voi aiheuttaa muun muassa syyllisyyttä. (Mustajoki 2009, 144.) Sipola-Kaupin (2009, 51) mukaan sairaanhoitajien huoli lääkityspoikkeamien kohdalla liittyy potilaan terveyteen. Sairaanhoitajat tiedostavat ammattinsa vaativan jatkuvaa kouluttautumista. Kollegojen tuen merkitys korostuu ja hoitajat toivovat palautetta esimiehiltään. Haasteeksi hoitajat kokevat lääkityspoikkeamista huomauttamisen kollegoille tai lääkäreille. Huolta aiheuttaa myös toisten hoitajien välinpitämättömyys lääkahoitoa kohtaan. (Sipola- Kauppi 2010, 51.) Mustajoki (2009, 144) muistuttaa, että hyvä esimies mahdollistaa myös ulkopuolisen avun saannin, jos hoitaja kokee sen auttavan vaaratapahtumien käsittelyssä.

## 5 VAARATAPAHTUMIEN ENNALTAEHKÄISY

Ihmisten toimintaan liittyy aina virheiden mahdollisuus. Kuitenkin järjestelmiin, tehtäviin ja työolosuhteisiin vaikuttamalla voidaan edistää työn turvallisuutta. Noin puolet potilaille koituvista haitoista olisi estettävissä oppimalla virheistä ja analysoimalla riskejä. (Potilasturvallisuuden työkalut – työvaliokunta 2009, 186.)

Tekijät, jotka myötävaikuttavat ja johtavat virheisiin, ovat niitä, joihin vaikuttamalla voidaan parantaa potilasturvallisuutta. Tiettyjen henkilöiden (lääkärit, hoitajat, potilaat) tekemät virheet ovat näkyvimmit, ja niihin on helpoin tarttua. Tämä edellyttää, että työntekijät tiedostavat virheiden mahdollisuuden ja tiedostavat riskialttiimmat kohdat työssään. (Pasternack 2006, 2466.)

Kinnusen ja Peltomaan (2009, 85) mukaan lääkehoidon haittatapahtumien ehkäisyä edesauttaa moniammatillinen yhteistyö lääkärin, hoitajan ja farmaseutin sekä potilaan ja hänen omaisensa välillä. Henkilökunnan koulutus lääkkeiden sivu- ja haittavaikutuksista ehkäisee turhien lääkkeiden määräämistä. Lisäksi lääkelaskutaitojen ylläpitäminen varmistaa henkilökunnan osaamista. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 85; Veräjänkorva 2008, 67.) Lääkityksen säännöllinen tarkastaminen on osa turvallista lääkehoitoa. Vaaratapahtumien riskiä nostaa myös lääkkeiden kauppanimien samankaltaisuus ja pakkausten samanlaisuus sekä epäselvät ohjeet. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 85.)

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaassa (STM 2006, 47–48) määritellään, että lääkehoidon osaaminen ja ylläpitäminen varmistetaan määrittämällä osaamisvaatimukset, kartoittamalla osaaminen ja arvioimalla koulutustarpeet. Lisäksi osaaminen varmistetaan perehdyttämällä toimintayksikön lääkehoidon kirjalliseen suunnitelmaan, ohjeiden ja lääkehoitovalmiuksien osaamiseen sekä osaamisen ylläpitämiseen ja kehittämiseen koulutusten ja täydennyskoulutusrekisterin avulla (STM 2006, 47–48).

Juurisen (2007) mukaan hoitajat kokevat omaavansa riittävät tiedot lääkehoidon toteuttamiseen. Kuitenkin lähes puolet tutkimukseen osallistuneista hoitajista tiesi aiheuttaneensa lääkehoitoon liittyvän lääkityspoikkeaman potilaalle (Juurinen 2007). Lääkehoidon täydennyskoulutukset eivät Dillströmin (2007, 83) mukaan olleet säännöllisiä. Huonoimmassa tilanteessa olivat määräaikaiset ja nuoret sairaanhoitajat, joista harvat olivat olleet mukana koulutuksissa. Myös Mikkolan (2008, 77) mukaan henkilöstöstä kolmannes piti lääkehoidon osaamisen arviointia puutteellisena ja enemmistö kaipasi lisää koulutusta. Sairaanhoitajien lääkehoidon täydennyskoulustarve nousee esille myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Veräjänkorva 2003, 126 & Veräjänkorva 2008, 67).

## **6 POTILAAN HOITOON SITOUTUMISEN TUKEMINEN**

### **6.1 Potilaan ohjaus**

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaassa (STM 2006, 59) ohjeistetaan, että lääkehoitosuunnitelma kattaa myös potilasohjauksen. Potilasta tulee neuvoa lääkehoitoprosessin eri vaiheissa, jotta hän itse pystyy osallistumaan lääkehoitonsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Oleellista on tiedon antaminen, joka voi tapahtua suullisesti tai kirjallisesti, sekä tiedon ymmärtämisen varmistaminen. Potilaalle on myös aina kerrottava lääkehoidossa tapahtuneista poikkeamista ja mahdollisista haittavaikutuksista. (STM 2006, 59.)

Ammattilaisen ja potilaan välinen yhteistyö lääkehoidon vaaratapahtumien ehkäisyssä on yksi tärkeimmistä tekijöistä. Potilaiden tai heidän läheistensä tulee tietää voimassa oleva lääkelista sekä olla selvillä käsikauppalääkkeiden käytöstä, oikeasta ruokavaliosta ja mahdollisista lääkeaineallergioista. Potilaalla tulee myös olla mahdollisuus tarpeen tullen kysyä lääkehoidostaan ammattilaisilta. Lisäksi jokaisen potilaan

hoidossa mukana olevan tahon tulee päästä käsiksi potilaan lääkelistoihin. (Aspden, Wolcott, Bootman & Lyle 2007, 162–163.) Suomessa terveydenhuollon ammattilaisen on usein luotettava potilaan tai omaisen kertomaan lääkelistaan ja verrattava sitä potilaan tiedoissa olevaan lääkelistaan (Aarnio 2008, 29).

Potilaan sitoutuminen lääkehoitoon vähentää komplikaatioita, palveluiden tarvetta ja parantaa kroonisten tautien ennustetta. Sairaanhoidajan hyvät ohjaus- ja kommunikointitaidot sekä pitkäaikainen hoitosuhde lisäävät potilaan lääkehoitoon sitoutumista. Pelkkä tietojen, neuvojen ja lääkemääräysten antaminen eivät edistä hoitoon sitoutumista. (Forsbacka & Nousiainen 2010.)

Ohjauksen aikana arvioidaan potilaan muutosvalmiutta. Potilaan, sekä mahdollisesti myös omaisten, tulee tietää lääkkeiden käyttötarkoitus, annosteluohjeet ja -tekniikka, ottoajankohdat, lääkkeiden säilytys sekä haitta- ja yhteisvaikutukset. Tämän lisäksi potilaalle annetaan kirjallinen ohje, josta selviää hänen käyttämänsä lääkkeet, niiden käyttötarkoitus, ottoajankohdat ja annostus. (Forsbacka & Nousiainen 2010.)

Muhosen (2006, 65–66) mukaan nivelreumapotilaiden mielestä lääkehoidon ohjausta tarvitaan enemmän turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen kotona. Potilaat kokivat kahdenkeskisen ohjauskeskustelun tärkeimmäksi, jolloin asiat myös omaksuttiin paremmin (Muhonen 2006, 66). Potilaat listasivat kehitysehdotuksia kaikilla Muhosen (2006, 68–69) tekemillä tutkimusalueilla: potilaan lääketietämyksen lisääminen, lääkeohjauksen toteutuminen, ohjauksen ja sen menetelmien monipuolisuus, selkeys sekä oikea-aikaisuus. Hoitajien kiireen vuoksi ohjaus saattoi jäädä lyhyeksi tai puuttua kokonaan (Muhonen 2006, 68). Vaikka ohjaus on tärkeä osa lääkehoidon toteutusta, ovat sairaanhoitajien ohjaamistaidot lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä muita lääkehoitoon liittyviä taitoja heikommat (Veräjänkorva 2003, 125).

Ohjauksella pyritään edistämään potilaan aloitteellisuutta ja kykyä parantaa elämänsä sopivalla tavalla. Potilas on ohjauksessa aktiivinen toimija, jota hoitaja tukee päätöksenteossa antamalla kuitenkin valmiita ratkaisuja. Rakenteeltaan ohjaus-

keskustelu on suunnitelmallista sisältäen myös tiedon antamista silloin, kun potilas ei itse kykene ongelmaansa ratkaisemaan. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25.)

Ohjaus voidaan jakaa tiedollisen, emotionaalisen ja konkreettisen tuen antamiseen. Tiedollinen tuki käsittää potilaalle kerrotut hoidon kannalta välttämättömät tiedot sairaudesta ja hoidosta. Siihen liittyy myös se, kuinka selkeästi ja ymmärrettävästi tieto on annettu ja miten hyvin potilas on sen ottanut käyttöönsä. Emotionaalinen tuki sisältää tunteisiin liittyvät asiat. Emotionaalisella tuella pyritään siihen, ettei hoito vaikeuta potilaan arkipäiväistä elämää. Konkreettinen tuki on kaikkea hoitoon sitoutumista edistävää konkreettista tukea. Siihen sisältyvät esimerkiksi apuvälineet ja hoitovälineet sekä taloudellinen tukeminen. (Kyngäs ym. 2007, 76.)

## **6.2 Potilaan hoitoon sitoutuminen**

Hentinen ja Kyngäs (2009) ovat määritelleet hoitoon sitoutumisen olevan asiakkaan vastuullista ja aktiivista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla vuorovaikutuksessa ja yhteistyössä terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa. Yhteistyö on vastuunottoa hoidosta ja yhdessä suunnittelua niin tavoitteiden, hoidon kuin ongelmanratkaisujenkin suhteen. Pitkäaikaisissa tai muuten pysyvissä sairaustilanteissa hoito ei ole kaavamaista kaikille. Se on mielekästä, joustavaa päätöksentekoa, jonka tavoitteena on kuntoutus, sairauksien ehkäiseminen ja terveyden edistäminen. (Hentinen & Kyngäs 2009, 16–17.) WHO:n Hoitoon sitoutuminen – projekti, jonka kokous pidettiin kesäkuussa 2001, määrittelee hoitoon sitoutumisen seuraavasti: ”Se, kuinka henkilön käyttäytyminen – lääkkeiden ottaminen, ruokavalion noudattaminen ja/tai elämäntapojen muuttaminen – vastaa terveydenhuollon henkilön kanssa yhdessä sovittuja ohjeita” (Lääketietokeskus 2003, 3).

Hoitoon sitoutumisella on merkitystä niin terveydenhuollon ja yhteiskunnan kannalta kuin myös asiakkaan kannalta. Merkitykset ovat kuitenkin erilaiset. Asiakkaan kannalta sitoutuminen asianmukaiseen hoitoon ja terveellisiin elintapoihin merkitsee pa-

rempaa toimintakykyä, terveyttä ja parempaa elämänlaatua. Hoitotulos ei synny vain hoidossa käymällä hoitokäynnin tai sairaalahoidon aikana vaan tärkeää on myös se, kuinka asiakas hoitaa itseään. (Hentinen & Kyngäs 2009, 23.)

Yhteiskunnan kannalta merkittävää on se, että hyvällä hoidolla vahvistetaan terveyttä, ehkäistään sairauksien ja liitännäissairauksien puhkeamista ja tällöin myös teho- ja vuodeosastohoidon tarve vähenee. Hyvällä hoidolla vähennetään myös ennenaikaisia kuolemia ja säästetään työssäolovuosia. (Hentinen & Kyngäs 2009, 23.) Jotta potilas sitoutuisi hoitoon, häntä tulee tukea eikä syyttää. Kun pitkäaikaishoitoa laiminlyödään, syntyy huonoja hoitotuloksia ja terveydenhuollon kulut kasvavat. (Lääketietokeskus 2003, 20–21.) Ohjauksessa, joka edistää hoitoon sitoutumista, pyritään arvioimaan niitä asioita, joilla on vaikutusta hoitoon sitoutumiseen ja niihin pyritään vaikuttamaan. (Kyngäs ym. 2007, 77).

Hoitoon sitoutumiseen tähtäävän toiminnan tulee perustua tutkittuun tietoon. Sen takia hoitohenkilökunnan on seurattava tutkimuksia ja tarvittaessa käytäntöjä on muutettava uusien tutkimustulosten pohjalta. Erilaisten ohjausmenetelmien vaikuttavuutta eri asiakasryhmien kohdalla tulisi tutkia lisää. Asiakkaan hoitoon sitoutuminen voi olla prosessi kohti terveyden edistämistä tai sen saavuttamista. Hoitoon sitoutumisen arviointi antaa näyttöä siitä, minkälaisia tuloksia hoidolla on saatu aikaan. (Hentinen & Kyngäs 2009, 24.)

Tutkimuksissa on osoitettu kehittyneissä maissa pitkäaikaisia sairauksia sairastavien potilaiden hoitoon sitoutuvuuden olevan 50 %. Puolet potilaista jättää siis sitoutumatta hoitoon. Maissa, joissa hoitoon pääseminen on vaikeaa ja terveydenhuollon resurssit ovat niukkoja, hoitoon sitoutumisen laiminlyönti on todennäköisesti vieläkin suurempaa. (Lääketietokeskus 2003, 7.)

Huono hoitoon sitoutuminen on maailmanlaajuinen ongelma ja kansanterveystyöllä riittää siinä haastetta. Hoitoon sitoutumiseen on kehitettävä tehokkaita toimintoja, joilla asiaa tuetaan. Kroonisia sairauksia sairastavien lukumäärän kasvaessa huonon hoitoon sitoutumisen vaikutus kasvaa entisestään. Kaikkialla ei ole saatavilla krooni-

siin sairauksiin asianmukaista hoitoa. Näin ollen köyhät ihmiset ovat maailmanlaajuisesti epätasa-arvoisessa asemassa hoitoon sitoutumisessa. (Lääketietokeskus 2003, 7-9.)

## **7 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TARKOITUS**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, ovatko Keski-Suomen erikoissairaanhoidon potilaat kokeneet sairaalassaoloaikana lääkehoitoon liittyviä vaaratapahtumia. Jos ovat, niin millaisia vaaratapahtumia lääkityspoikkeamiin liittyen potilaat ovat havainneet hoidon aikana ja millaista huolta lääkehoito on aiheuttanut heille?

Tavoitteena on, että opinnäytetyön tuloksia pystytään hyödyntämään lääkitysturvalisuuden kehittämisessä sekä löytämään kehittämiskohteita lääkehoidon toteutukseen ja hoitoon sitoutumiseen Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä.



## 8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyön aihe valittiin tammikuussa 2010 ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun järjestämä aiheseminaari oli keväällä 2010. Kevään 2010 aikana Keski-Suomen keskussairaalan yhteyshenkilön kanssa rajattiin aihe opinnäytetyöhön sopivaksi.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä toteutettiin turvallisen lääkehoidon potilaskysely (liite 1) 7-14.6.2010 samanaikaisesti eri yksiköissä. Kyselylomakkeen oli laatinut Tampereen yliopiston tutkija ja kyselylomake oli hyväksytty Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin Eettisessä neuvottelukunnassa. Kyselyä jaettiin 40:een eri erikoissairaanhoidon yksikköön Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella yhteensä noin 4500 kappaletta. Tämän lisäksi kysely toteutettiin muutamissa terveyskeskuksissa Keski-Suomen alueella.

### 8.1 Kyselytutkimus ja aineiston hankinta

Kyselytutkimuksen osa-alueet käsittelivät vuorovaikutusta ja keskustelua hoitohenkilökunnan kanssa, potilaan omaa osallistumista hoitoon sekä tietoa lääkehoidosta, lääkehoidon toteuttamista senkertaisten käynnin/osastohoidon jälkeen sekä vastaajan taustatietoja. Kysely sisälsi 33 kysymystä, joista yksi oli avoin kysymys. Lisäksi kyselyssä oli neljä kysymystä arviointiasteikolla nollasta viiteen, joihin potilas sai lisäksi vastata sanallisesti niin halutessaan. Muut kysymykset olivat arviointiasteikolla nollasta viiteen. Kuusi viimeistä kysymystä koskivat vastaajan taustatietoja. Tämä opinnäytetyö koostuu erikoissairaanhoidosta saatujen, avoimen kysymyksen 27, vastauksien analysoinnista.

Kyselylomake ja siihen liittyvä potilastiedote jaettiin poliklinikoille ja vastaanotoille tuleville potilaille ilmoittautumisen yhteydessä. Osastoilta poistuville potilaille lomake ja tiedote annettiin ajoissa ennen kotiutumista tai laitossiirtoa. Lomake oli mah-

dollista palauttaa jokaisessa yksikössä olleeseen palautuslaatikkoon. Potilaalla oli myös mahdollisuus palauttaa kysely palautuskuoressa, jos hän ei halunnut käyttää palautuslaatikkoa tai halusi täyttää kyselyn vasta kotonaan. Sairaalan aulassa oli tietokone, jolla kyselyyn pystyi vastaamaan sähköisesti. Yksiköiden lääkevastaavat oli ohjeistettu kyselyn toteuttamista varten. He huolehtivat siitä, että tutkimus toteutui yksiköissä ja toimittivat vastauslomakkeet ohjeen mukaan eteenpäin yhteyshenkilölle.

Loppusyksystä 2010 tavattiin Tampereen yliopiston tutkija, jolla oli säilytyksessä kaikki tutkimuksessa kerätyt vastauslomakkeet. Opinnäytetyön tekijät perehdytettiin vastausten koodaamiseen Excel-taulukoihin. Jokainen sai noin 100 vastauslomaketta koodattavakseen. Loppujen lomakkeiden koodauksesta huolehtivat ennen mainittu tutkija ja viestinnän opiskelija. Koodatut vastaukset lähetettiin takaisin tutkijalle, joka kokosi kaikki vastaukset. Sen jälkeen häneltä saatiin erikoissairaanhoidon avoimen kysymyksen vastaukset Excel-taulukossa.

## **8.2 Aineiston analysointi**

Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, jossa käytetään yhteistyökumppanien ehdottamaa sisällönanalyysimenetelmää. Kun halutaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, yhteyksiä sekä seurauksia, voidaan analyysimenetelmänä käyttää sisällönanalyysiä. Sen avulla voidaan tarkastella suullista ja kirjoitettua kommunikaatiota. Yhteistä laadullisen tutkimuksen lähestymistavoille on se, että niiden avulla etsitään tutkimusaineistosta samanlaisuuksia, eroja ja toimintatapoja. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21.) Sisällönanalyysimenetelmä on perusanalyysimenetelmä, jota voi käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91).

Sisällönanalyysimenetelmällä tiivistetään tutkimustieto sellaiseen muotoon, että tutkittuja ilmiöitä voidaan yleisesti ja lyhyesti kuvata. Samalla saadaan tutkittujen ilmiöiden väliset suhteet esille. Analysoitava aineisto voi olla laadullista tai kvantitatiivis-

ta. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23.) Sisällönanalyysillä kerätty aineisto saadaan järjestettyä johtopäätösten tekoa varten. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103).

Sisällönanalyysiprosessista voidaan erottaa tietyt etenemisen vaiheet, jotka tosin voivat esiintyä samanaikaisesti. Näitä vaihteita ovat analyysiyksikön valinta, tutustuminen aineistoon ja sen pelkistäminen, luokittelu sekä tulkinta ja sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 24.)

Erikoissairaanhoidosta vastauksia saatiin yhteensä 514 kappaletta. Näistä vastauksista 34 lomakkeessa oli vastattu kohtaan 27. Avoimen kysymyksen vastaukset tulostettiin paperille ja niitä käytiin läpi siten, että yksi tarkasteli vastauksia itsenäisesti ja kaksi muuta tekivät parityötä, jotta tutkimuksesta saataisiin luotettavampi. Tämän jälkeen vastauksista muodostettiin pelkistysilmaukset (Liite 2) ja karsittiin tämän tutkimuksen kannalta epäolennaiset vastaukset pois. Vastauksista karsittiin pois ne, jotka eivät käsitelleet läikehoitoa tai sen turvallisuutta esimerkiksi ”*Sepelvaltimotauti/Sydäninfarkti ei näkynyt sydänfilmissä 2:lla pkl käynnillä etukäteen - 3 vkoa ennen*”. Tämän tutkimuksen kannalta relevantteja vastauksia oli 21 kappaletta. Aineiston pelkistämässä aineistosta karsitaan epäolennainen pois ja pilkotaan informaatiota osiin. Pelkistämistä ohjaavat tutkimuskysymykset. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 111-112.)

Seuraava vaihe analysoinnissa on aineiston ryhmittely, jossa pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään ja yhdistetään luokiksi, jolloin aineisto tiivistyy (Tuomi & Sarajärvi 2003, 112-113). Pelkistyneitä ilmauksia ryhmiteltiin erotellen yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia (Liite 3). Olennaista sisällönanalyysimenetelmässä on se, että tutkittavasta aineistosta erotetaan eroavaisuudet ja samanlaisuudet (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23). Tämän jälkeen saadut ryhmät nimettiin, jolloin muodostuivat alaluokat. Ryhmittelyn jälkeen käsitteellistämistä jatkettiin yhdistelemällä luokituksia (Tuomi & Sarajärvi 2003, 114). Näin muodostuivat ylä- ja pääluokat (Liite 4).

## 9 TUTKIMUSTULOKSET

Potilaiden vastauksista muodostui lääkehoitoon liittyen kaksi pääluokkaa: potilaassa herännyt huoli ja vaaratapahtumat. Kyselyssä kartoitettiin potilaiden käsitystä aiheutuneista vaaratapahtumista ja huolenaiheista lääkehoitoon liittyen. Avoimeen kysymykseen numero 27 (Liite 1) oli vastauksia kertynyt 34. Näistä relevantteja vastauksia tutkimuksen kannalta oli 21 kappaletta.

Lääkehoitoon liittyen eniten huolta potilaissa herätti tiedonkulun puute ja lääkeaineiden vaikutukset. Vaaratapahtumia oli aiheutunut lääkehoidon toteutuksessa ja lääkeaineiden sopimattomuuksista johtuen.

### 9.1 Potilaissa heränneet huolet

#### Lääkepoikkeamat

Potilaissa herätti huolta lääkeaineista johtuvat yhteisvaikutukset ja haittavaikutukset. Huolta herättivät lääkkeistä aiheutuneet fyysiset oireet, kuten pahoinvointi ja kaatuilu.

*”Minulla on ollut sairaalahoitoa vaativa, lääkkeiden yhteisvaikutuksesta johtuva hyponatremia.”*

#### Poikkeamat lääkeneuvonnassa

Vastausten perusteella potilas oli kokenut, ettei häntä oltu kuunneltu tai että hänet oli jätetty huomioimatta. Potilaat olivat mielestään tuoneet esille useamman kerran

lääkkeen sopimattomuuden, mutta he kokivat, ettei hoitohenkilökunta reagoinut siihen.

*"-Olen tuonut julki x monta, että Panacod-lääke ei sovi minulle.-"*

Potilaat kokivat huolta myös lääkkeiden sivuvaikutuksista. Niitä ei potilaiden mukaan otettu tarpeeksi hyvin huomioon potilaan niistä kertoessa. Potilaita hämmensi toimenpidekutsussa oleva ohjeistus lääkkeen käytöstä.

*"kutsussa mainittiin mm. tutkimuspöytäaamuna annettava vesiperäruiske. Sanottiin, että se annetaan itse??"*

### **Poikkeamat lääkkeenmäärämisessä**

Lääkkeenmääräamiseen liittyvää huolta potilaat kokivat melko paljon. Potilas oli esimerkiksi saanut edellisen asiakkaan nimellä reseptin tai lääkäri oli määrännyt lääkennoksen noston, mutta resepti oli jäänyt kirjoittamatta.

Yhteen reseptiin oli määrätty liian suuri lääkemäärä, joka oli huomattu apteekissa. Apteekissa oli myös huomattu lääkkeiden yhteisvaikutuksesta aiheutunutta ongelmaa ja puututtu siihen.

*"Lääkäri oli määrännyt liian suuren lääkkeenottomäärä. Apteekkari huomautti asiasta ja kielsi näin ottamasta annosta täysimääräisenä (astmalääkitys.--)"*

## Tiedonkulun puute

Tiedon kulkemattomuuteen liittyen potilaita huolestutti sähköiseen potilastietojärjestelmään siirtymiseen ja siitä johtuva riittämätön tieto. Koska hoitotilanteessa osa tiedoista on paperiversioina ja osa sähköisissä järjestelmissä, se hankaloittaa tiedon saamista hoidon aikana.

*”Potilaspapereistani ei löytynyt riittävästi tieto – osa tiedoista on paperilla ja osa koneella.”*

Potilaita huolestutti myös se, että heidän sairaskertomuksensa eivät siirtyneet organisaatioiden välillä sujuvasti. Tällöin uusin tieto heidän hoidostaan puuttui, eikä viimeisintä tietoa ollut saatavilla uusimmassa hoitopaikassa.

*”Potilastietoja toisesta sairaalasta ei ollut käytettävissä.”*

## Poikkeamat lääkehoidon toteutuksessa

Potilaat olivat hoitajaksonsa aikana kokeneet lääkehoitoon liittyviä vaaratapahtumia. Vaaratapahtumat aiheuttavat myös huolta.

*”- lääkkeen aloitus olisi pitänyt aloittaa hoitohenkilöstön valvonnassa eikä yksin kotona -”*

## 9.2 Potilaiden kokemat vaaratapahtumat

### Lääkepoikkeamat

Lääkeaineisiin liittyvät vaaratapahtumat liittyivät lääkkeiden yhteisvaikutuksiin ja sivuvaikutuksiin. Potilas oli saanut kahta eri lääkettä, joita ei saisi antaa yhtä aikaa. Toisessa tapauksessa potilas oli lääkkeiden yhteisvaikutuksesta johtuen kärsinyt sairaalahoitoa vaatineesta hyponatremiasta. Yhdessä tapauksessa yhteisvaikutuksista oli aiheutunut potilaalle korkeaa verenpainetta ja päänsärkyä.

*”Lääkkeiden yhteisvaikutus nosti verenpaineen 130/240 (tekijän korjaus 240/130) (cirdalud + voltaire) eikä se meinannut laskea ollenkaan. Kauhhea päänsärky 2kk.”*

Potilaat olivat kokeneet myös lääkkeistä aiheutuneita haittavaikutuksia, kuten tasapainohäiriöitä, allergisia reaktiota ja väsymystä.

*”Olo oli kuin olisit ollut humalassa koko ajan ja väsytti kamalasti mutta pääni meni aivan sekaisin. Minulle määrättiin pari uutta lääkettä.”*

*”Lääkkeiden kokeiluvaiheessa tuli vakava reaktio (allergia). Hengitysvaikeudet, näköhäiriöt. –”*

### Poikkeamat lääkeneuvonnassa

Potilaat kokivat, että liian vähäinen lääkeneuvonta oli aiheuttanut vaaratapahtumia. Niitä aiheuttivat potilaan kokema huomiotta jättäminen ja ohjauksen puute.

*”Lääkäri päätti kotiuttamisesta ennen toimenpiteitä. Onneksi hoitajat puhuivat puolestani (en kyennyt) ja sain palata osastolle heräämöstä. Koska en normaalisti käytä mitään lääkkeitä, niin/ja reagoin niiden vaikutuksiin erittäin voimakkaasti. Tätä ei otettu (lääkäri) huomioon joka minusta on aivan väärin, koska vaikutukset ovat yleensä varmaan yksilöllisiä. Yritän nyt pärjätä kotona alhaisen verenpaineen ja väsymyksen kanssa, joka tuli lääkkeistä.”*

### Poikkeamat lääkkeenmäärämisessä

Hoitojakson aikana potilaille oli määrätty lääkkeitä, mutta määräyksissä oli tapahtunut virheitä. Nämä vaaratapahtumat olivat toisen henkilön nimellä annettu resepti, reseptin kokonaan kirjoittamatta jättäminen ja liian suuri määrätty lääkeannos. Tässä tapauksessa kaikki olivat kuitenkin läheltä piti- tapahtumia, virheet huomattiin ennen lääkkeiden ottoa.

*”—lääkäri antoi edellisen asiakkaan nimellä reseptin—”*

*”lääkäri määräsi lääkeannoksen noston, resepti jäi kirjoittamatta -”*



## Tiedonkulun puute

Vaaratapahtumiin altistaa potilastietojen kulkemattomuus organisaatioiden välillä. Potilaat ilmoittivat, että heidän kohdallaan oli tapahtunut tällaisia tiedonkulkuun liittyviä ongelmia. Ongelmat ilmenivät myös sähköisen tietojärjestelmän sujumattomuuden vuoksi.

*”Terveyskeskuksessa määrätyt lääkkeet eivät olleet keskussairaalan tiedossa.”*

## Poikkeamat lääkehoidon toteutuksessa

Lääkehoidon toteutuksessa vaaratapahtumia olivat aiheuttaneet suonensisäinen lääkehoito, lääkkeen aloitus sekä poikkeama lääkkeiden antamisessa. Suonensisäiseen lääkehoitoon liittyen oli tapahtunut kaksi läheltä piti - tilannetta ja kaksi haittatapahtumaa. Läheltä piti - tilanteissa potilaat olivat itse huomanneet vaaratapahtuman ja puuttuneet tilanteeseen.

*”Saimme samassa huoneessa – olleen potilaan kanssa samaa lääkettä mutta tiputuspussimme menivät sekaisin. Huomasimme erehdyksen itse.”*

*”Kanyyli oli irronnut ja siihen aloitettiin antibiootin tiputtaminen. Pyydettyäni että tiputuksen alussa laitetaan keittosuolaliuosta suonon avaamiseksi, huomasin, että liuos fuskaa käsivarrelle.”*

Haittatapahtumissa potilaan lääkkeenaloitus oli ohjeistettu tekemään kotona, vaikka lääke olisi oikeasti pitänyt aloittaa hoitohenkilöstön valvonnassa. Toisessa haittata-

pahtumassa pahoinvointilääke oli annettu virheellisesti kesken tiputuksen, vaikka niin ei olisi kuulunut tehdä.

*”Sain 2 eri lääkettä, jota ei yhtä aikaa saa antaa”*

## **10 POHDINTA**

### **10.1 Tulosten tarkastelua**

#### **Lääkepoikkeamat ja poikkeamat lääkeneuvonnassa**

Potilaat olivat havainneet hoidon aikana vaaratapahtumia. Lääkeaineiden aiheuttamat poikkeamat olivat johtuneet sekä lääkkeiden yhteisvaikutuksista että haittavaikutuksista. Lääkepoikkeamat olivat johtaneet vaaratapahtumiin kuten hyponatremiaan ja korkeisiin verenpaineisiin.

Potilaat olivat kokeneet, että liian vähäinen lääkeneuvonta oli aiheuttanut vaaratapahtumia. Potilaiden mukaan vaaratapahtumien syntymiseen vaikutti potilaan huomiotta jättäminen ja puutteellinen ohjaus. Potilaalle lääkeasiat voivat olla täysin uusia, joita saattaa olla hankala yhden ohjaukerran perusteella omaksua. Läkeneuvonnassa tulisikin huomioida potilas yksilönä ja käyttää siihen riittävästi aikaa. Myös kirjallinen materiaali helpottaa potilasta omaksumaan asian ja mahdollistaa asioiden itsenäisen kertaamisen. Potilaalle tulisi olla aina myös tiedossa mihin ottaa yhteyttä, jos kokee tarvitsevansa tukea turvallisen lääkehoidon toteutuksessa. (Forsbacka & Nousiainen 2010.)

Lääkehoitoa toteuttavien henkilöiden on osattava neuvoa ja ohjata potilasta niissä asioissa, jotka liittyvät lääkehoitoon. Lääkärin on varmistuttava siitä, että potilas tai

mahdollisesti hänen läheisensä ymmärtävät lääkkeen annostelutavan ja oikean annostelun. Potilaan tulee tietää muun muassa lääkkeen aiheuttamista mahdollisista sivu- ja yhteisvaikutuksista ja vaikutuksesta suorituskykyyn. Jotta lääkehoito onnistuu, ovat neuvonta ja ohjaus siinä keskeisessä asemassa. (STM 2006, 40–41.)

Lisäksi lääkehoidon tarpeen arviointi on hyvä tehdä yhdessä potilaan kanssa. Huomiota tulee ottaa mahdolliset allergiat, vasta-aiheet, päällekkäislääkitykset sekä yhteisvaikutukset. Avohoidossa korostuvat lisäksi potilaan itsehoitotaidot. (STM 2006, 37.)

Lääkkeen ottamiseen liittyvät poikkeamat voivat johtua siitä, että potilas ottaa lääkkeen väärään aikaan, väärässä muodossa tai väärän annoksen. Ohjaukseen ja neuvontaan liittyvät poikkeamat voivat johtua ohjeistukseen ja neuvontaan; joko niiden puuttumiseen tai vastaanottamiseen. Itse lääkityksessä tiedon puute voi aiheuttaa vaaratapahtumia. Potilas saattaa esimerkiksi käyttää käsikauppalääkkeitä ilman, että hoitava lääkäri tietää. (STM 2006, 40–41.)

### **Poikkeamat lääkkeen määräämisessä**

Eräs potilas oli havainnut lääkkeen määräämisessä läheltä piti –tilanteen, jossa lääkäri oli määrännyt liian suuren lääkeannoksen, mutta virhe oli huomattu apteekissa. Lääkärin näkökulmasta lääkehoidossa voi tapahtua poikkeamia diagnoosin tekemisessä, tarpeen arvioinnissa, lääkepäättöksessä, lääkemääräyksessä, ohjeissa ja neuvonnassa sekä hoidon seurannassa (STM 2006, 37). Tässä tapauksessa tapahtunut poikkeama lääkepäättöksessä oli huomattu apteekissa. Parhaimmillaan lääkehoito on moniammatillista yhteistyötä yli organisaatioiden. Farmaseuttien osuus lääkehoidossa on lisääntymässä sekä terveydenhuollon yksiköissä että apteekeissa. (STM 2006, 36.)

Potilaissa huolta olivat herättäneet myös reseptin kirjoittamatta jättäminen sekä toisen potilaan reseptin saaminen. Lääkehoidon vaaratapahtumiin voivat johtaa virheet ja huolimattomuus lääkemääräystä kirjoittaessa. Vaaratapahtumat voivat johtua lääkereseptin epäselvästä käsialasta tai lyhenteistä tai vaikeasti tulkittavasta määräyksestä, väsymyksestä tai työn keskeytymisestä. Myös lääkkeiden samankaltai-

set nimet, erityisesti suullisessa lääkkeenmäärämisessä, johtavat helposti vaaratapahtumaan. (Brady, Malone & Fleming 2009, 692)

### **Tiedonkulun puute**

Aineistosta nousi esille tiedon kulkemattomuuteen liittyvä tekijä. Potilaat olivat kiinnittäneet huomiota siihen, ettei heidän potilastietojaan ollut saatavilla toisesta organisaatiosta. Lisäksi eräs potilas nosti esille, että osa hänen potilastiedoistaan oli sekä paperiversiona että sähköisessä muodossa, jonka vuoksi tiedon saaminen hankaloitui.

Suomessa ollaan rakentamassa valtakunnallista terveyspalvelujärjestelmää Kansallista Terveysarkistoa (KanTa), joka koostuu sähköisestä reseptistä, sähköisestä potilastietoarkistosta, potilaan mahdollisuudesta katsoa omia terveystietoja ja potilaan tiedonhallintapalvelusta. Tämä palvelu mahdollistaa esimerkiksi potilastietojen reaaliaikaisen saatavuuden hoitotilanteessa. Tiedon saaminen helpottuu organisaatioiden sekä paikkakuntien välillä ja potilasturvallisuus paranee. (STM 2010a.)

Potilaiden huolenaiheeseen on tulossa lähivuosina helpotusta valtakunnallisesti ja jona nyt Keski-Suomen sairaanhoitopiiri on laajan Effica-tietojärjestelmän kautta edelläkävijänä. Keski-Suomessa otettiin käyttöön vuoden 2011 alusta yhteinen potilasrekisteri sairaanhoitopiiriin, seututerveyskeskuksen ja yhteistoiminta –alueen välillä. Nyt potilaan tiedot näkyvät kokonaisuutena kaikissa Keski-Suomen terveyskeskuksissa ja erikoissairanhoidossa. Järjestelmä on tällä hetkellä Suomen suurin yhdessä toimiva Effica –potilastietojärjestelmä. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2011.)

### **Poikkeamat lääkehoidon toteutuksessa**

Läkehoidon toteutuksessa aiheutuneita vaaratapahtumia olivat aiheuttaneet poikkeamat lääkkeiden antamisessa, suonensisäisessä lääkehoidossa sekä lääkkeen aloituksessa. Suonensisäisessä lääkehoidossa oli tapahtunut kaksi haittatapahtumaa ja kaksi läheltä piti –tilannetta. Läheltä piti –tilanteissa potilaat olivat itse huomanneet

tilanteen ja puuttuneet siihen. Potilaat olivat olleet valveutuneita ja ottaneet vastuuta lääkehoidostaan jopa niissä tilanteissa, joissa vastuu kuuluisi täysin ammattihenkilölle (suonensisäinen lääkitys).

Lääkehoidon perusteena on lääkärin, lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön sekä potilaan välistä yhteistyötä (STM 2006, 36). Lääkehoitoa toteuttavan henkilön on ymmärrettävä lääkemääräys oikein ja osattava myös saattaa lääke ohjeiden mukaisesti käyttökuntoon. Hän myös huolehtii siitä, että oikea potilas saa oikeanlaista lääkettä, oikean annoksen oikeassa muodossa sekä oikeana ajankohtana oikealla annostelutekniikalla. (STM 2006, 37.) Tulosten perusteella jossain kohdassa on tehty virhe joko huolimattomuudesta tai osaamattomuudesta johtuen. Jokaisen lääkehoitoa toteuttavan henkilön kohdalla olisikin varmistettava, että hän on saanut tehtävänsä edellyttämät tiedot ja taidot ja valmiudet sekä kirjallisen luvan lääkehoidon toteuttamiseen (STM 2006, 37). Tästäkin huolimatta virheitä sattuu välillä huolimattomuudesta tai esimerkiksi liian kiireisestä työtahdistista johtuen

## 10.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole suoria ohjeita. Termien reliabiliteetti ja validiteetti käyttöä on kritisoitu, sillä niiden nähdään vastaavan lähinnä määrällisen tutkimuksen tarpeisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 133-134.) Tuomi ym. (2003, 135) painottaa tutkimuksen sisäiseen johdonmukaisuuteen. Tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että tutkija arvioi kokoajan tiedon tarkkuutta ja raportin luotettavuutta. Tutkijan tulee arvioida, vastaako raportti tutkimuksen tarkoitusta. (Mts. 138). Opinnäytetyön runko on selkeä ja noudattaa tutkimuksen tarpeita. Tulosten tulkinta pohjautuu aiemmin esitettyyn teoriaan, joka on laaja. Kirjallisuuslähteet on valittu huolella ja mukaan on otettu vain luotettavia lähteitä. Teoriaosuus kasvoi tuloksista nousseiden asioiden myötä. Kyselylomake oli ammattilaisten tekemä ja siksi luotettava. Silti tulosten koodausvaiheessa lomakkeessa havaittiin edelleen päällekkäisyyksiä.

Sisällönanalyysimenetelmän mukaan pyrittiin pelkistämään lomakkeista saatuja vastauksia kadottamatta vastauksien ajatusta. Analysoinnin aikana huomioitiin se mahdollisuus, että vastaajat olivat käsittäneet kysymykset väärin tai, että analysoijat käsittivät heidän vastauksensa väärin. Analysoinnin aikana vältettiin vastauksien ylitulkintaa ja pitäydettiin mahdollisimman neutraalissa analysoinnissa. Se, että tulosten analysoijia oli kolme, kasvattaa tutkimuksen luotettavuutta. ”Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta” (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 232). Työ selostettiin tarkasti, huolehtien kuitenkin yhteistyökumppaneiden anonymiteetistä.

Tutkimuksen ja tieteen etiikan suhde on kaksijakoinen. Toisaalta tutkijan omat eettisen kannat saattavat vaikuttaa tieteellisessä työssä tehtyihin ratkaisuihin. Voidaan myös ajatella, että tutkimuksen tulokset vaikuttavat eettisiin ratkaisuihin. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 122) Kysely on toteutettu eettisesti, kunnioittamalla potilaiden itsemääräämisoikeutta ja anonymiteettia. Kyselyyn osallistuminen ei ollut pakollista ja potilaan henkilöllisyys ei ole selvitettävissä. Koska otanta oli varsin pieni, emme otta-

neet tutkimukseen mukaan vastaajien taustatietoja, sillä ne olisivat antaneet mahdollisesti vääristyneen kuvan tuloksista. Vastauslomakkeita käsiteltiin luottamuksellisesti ja koodauksen jälkeen ne palautettiin tutkijalle takaisin, joka huolehtii lomakkeiden asianmukaisesta hävittämisestä.

### **10.3 Jatkotutkimusaiheet**

Opinnäytetyön pohjalta mietittiin aiheita, joita voisi jatkossa tutkia lisää. Opinnäytetyössä selvisi, että potilaat kokevat lääkeshoidosta aiheutuneita vaaratapahtumia ja huolta. Jatkotutkimusaiheena voisi olla se, kuinka paljon aiheutuneet vaaratapahtumat ja huolet jäivät vaivaamaan potilasta myöhemmässä elämässä. Olisi myös mielenkiintoista tietää, kuinka hyvin potilaan kanssa käytiin aiheutuneita vaaratapahtumia läpi ja minkälaisina potilaat kokivat keskustelut niistä.

Potilaan kokemuksia voisi tutkia turvallisen lääkehoidon osalta myös muissa yksiköissä kuin erikoissairaanhoidossa. Psykiatrisen ja pediatrien potilaiden kokemuksia turvallisen lääkehoidon osalta ei tutkittu Keski-Suomessa ollenkaan, joten niistä olisi myös mielenkiintoista kuulla tutkimustuloksia. Potilaan kokemuksia myös muilta alueilta kuin turvallisesta lääkehoidosta olisi hyvä tutkia. Olisi myös mielenkiintoista tietää, millaiset valmiudet hoitajat kokevat omaavansa kohdatessaan potilaan, jolle he ovat aiheuttaneet vaaratapahtuman ja kokevatko hoitajat voivansa olla rehellisiä näissä tilanteissa.

## LÄHTEET

Aarnio, E. 2008. Terveystieteiden ammattilaiset ja lääketieteiden tarpeet - lääketieteiden lähteet perusterveydenhuollossa. Teoksessa Suomi, R. & Raitoharju, R. 2008. Toim. Lääkitys kohdalleen. Tietojen hallinta avain oikeaan lääketieteeseen. Turun kaupakorkeakoulu. Tietojärjestelmätiede. TUCS National Publication: Painosalama Oy.

Andersson, P. & Townsend, T. 2010. Medication errors: don't let them happen to you. *American Nurse Today* 5, 3, 23-28. Viitattu 19.12.2010.

<http://americannursetoday.com/article.aspx?id=6356&fid=6276>

Aspden, P., Wolcott, J., Bootman, J. & Cronenwett, L. 2006. Preventing Medication Errors. Committee on identifying and preventing medication errors. Institution of medicine of the National Academy. The National Academies Press. Washington, DC. Viitattu 9.8.2010. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Ebrary.

Brady, A., Malone, A. & Fleming, S. 2009. A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. *Journal of Nursing Management* 17, 6, 679-697. Viitattu 19.12.2010. [www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, EBSCOhost.

Department of Health. 2006. Improving Patients' Access to Medicines: A Guide to Implementing Nurse and Pharmacist Independent Prescribing within the NHS in England. Viitattu 3.1.2011. Department of Health Gateway reference: 6429 [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4133747.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4133747.pdf)

Dillström, J. 2007. Sairaanhoidajien tiedot ja taidot näyttöön perustuvassa lääkehoitossa kirurgian ja sisätautien vuodeosastolla. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede: Hoitotyön johtaminen.

Forsbacka, J & Nousiainen, A. 2010. Lääkehoitoon sitoutuminen. Sairaanhoidajan tietokannat. Terveysportti. [www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali.

Hentinen, M. & Kyngäs, H. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Jones, J. & Treiber, L. 2010. When the 5 rights go wrong: medication errors from the nursing perspective. *Journal of Nursing Care quality* 25, 3, 240-247.



Juurinen, K. 2007. Lääkehoidon osaaminen ja toimintatavat osana lääkehoidon turvallisuutta. Pro gradu tutkielma. Tiivistelmä. Kuopion yliopisto. Proviisorin koulutusohjelma. Viitattu 19.8.2010.

<http://www.uku.fi/farmasia/sofa/abstraktit/abstrakti196.pdf>

Katoma J. 2007. Lääkitysturvallisuus akuutissa kivun hoidossa. Suomen kivuntutkimusyhdistys ry, Kipuviesti 2, 21.

Keistinen, T., Kinnunen, M. & Holm, T. 2008. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. Suomen Lääkärelehti, 63, 44, 3785-3788.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2011. KSSH on edelläkävijä potilastietojärjestelmien uudistamisessa. Keski-Suomen Sairaanhoitopiiri. Päivitetty 3.1.2011. Viitattu 3.1.2011. <http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?contentid=30162&nodeid=6459>

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2008. Suositukset lääkehoidon ja verensiirtohoiton toteuttamisesta Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä, 23.12.2008, Jyväskylä.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin: hoitotyön vuosikirja 2009. Toimituskunta Kinnunen, M. & Peltomaa, K. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.

Kumpula, A-K. 2006. Lääkehoitoprosessissa esiintyvät ongelmat: tutkimus Kuopion yliopistollisen sairaalan neurologian osastolla. Pro gradu tutkielma. Tiivistelmä. Kuopion yliopisto. Farmaseuttinen tiedekunta. Proviisorin koulutusohjelma. Viitattu 19.8.2010. <http://www.uku.fi/farmasia/sofa/abstraktit/abstrakti188.pdf>

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Toim. Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. p. Helsinki: WSOY.

L 21.5.2010/433. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta. Viitattu 21.9.2010. Valtion säädöstietopankki Finlex. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Viitattu 20.5.2010. Valtion säädöstietopankki Finlex. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 20.5.2010. Valtion säädöstietopankki Finlex. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

L 10.4.1987/395. Lääkelaki. Viitattu 26.10.2010. Valtion säädöstietopankki Finlex. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

Lääketietokeskus. 2003. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen: näyttöä toiminnan tueksi. Helsinki: Lääketietokeskus.

Mikkola, M-L. 2008. Tiedonhallinta lääkehoidon prosessissa. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Terveystieteiden ja –talouden laitos.

Muhonen, R. 2006. Nivelreumapotilaiden arvioita sairaanhoitajan toteuttamasta lääkehoidon ohjauksesta. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotiede: Terveystieteiden opettajakoulutus.

Mustajoki, P. 2009. Kun jotain kuitenkin tapahtuu. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin: hoitotyön vuosikirja 2009. Toimituskunta Kinnunen, M. & Peltomaa, K. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.

Mustajoki, P. 2005. Viisas oppii virheistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatuverkoston tiedotuslehti. Laatu pala 2,14-17.

Nurminen, M-L. 2010. Lääkehoidon ABC. 12., uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Nurminen M-L. 2008. Lääkehoito. 7-9 p. Helsinki: WSOY.

Outinen M. 2005. Riskienhallinnassa tapahtuu. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatuverkoston tiedotuslehti. Laatu pala 2, 7-9.

Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Katsausartikkeli. Duodecim 122, 20, 2459-2470.

Petrova, E., Baldacchino, D. & Camilleri, M. 2010. Nurses' perception of medication errors in Malta. Nursing Standard 24, 33, 41-48. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelliportaali, Cinahl.

Potilasturvallisuuden työkalut –työvaliokunta. 2009. Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia. Potilasturvallisuus ensin: hoitotyön vuosikirja 2009. Toimituskunta Kinnunen, M. & Peltomaa, K. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.

Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus. 2009. Sairaanhoitajaliitto. Hoitotyön kehittäminen. Viitattu 3.1.2011.

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyon/hoitotyon\\_kehittaminen/rajattu\\_laakkeenmaaraamisoikeus/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/hoitotyon_kehittaminen/rajattu_laakkeenmaaraamisoikeus/)

Sipola-Kauppi I: 2010. ”Apua, minäkö tein virheen?” Sairaanhoitaja 83, 8, 51.

Stakes. 2006. Potilas ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. Työpapereita 28. Helsinki: Stakes.

- Stenner, K. & Courtenay, M. 2008. Benefits of nurse prescribing for patients in pain: nurses' views. *Journal of Advanced Nursing*. 63,1.
- STM. 2010a. Kysymyksiä KanTa – hankkeesta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Päivitetty 9.12.2010. Viitattu 10.12.2010. [www.stm.fi](http://www.stm.fi), vireillä, kehittämisohjelmat ja – hankkeet, tietojärjestelmähankkeet.  
[http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/tietojarjestelmahankkeet/kysymyksiä\\_kanta\\_hankkeesta](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/tietojarjestelmahankkeet/kysymyksiä_kanta_hankkeesta)
- STM. 2010b. Vaaroista raportointi ja siitä kertyvän tiedon hyödyntämisen kansalliset linjaukset. Raportointityövaliokunta 2006-2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1082856&name=DLFE-11633.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11633.pdf)
- STM. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuus strategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Helsinki: Yliopistopaino.
- STM. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Suikkanen, A. 2008. Keskussairaalan lääkityspoikkeamat ja niihin yhteydessä olevat tekijät. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-2. painos. Jyväskylä: Tammi.
- Veräjänkorva, O. 2008. Toim. Sairaanhoidajien lääkehoito-osaaminen yliopistosairaalassa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 72. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Veräjänkorva, O. 2003. Sairaanhoidajien lääkehoitotaidot. Lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen. Väitöskirja. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- While, A-E. & Biggs K. 2004. Benefits and challenges of nurse prescribing. *Journal of Advanced Nursing*. 45 (6).

## LIITTEET

### Liite 1. Potilaskysely.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

#### ARVOISA POTILAS!

Teemme lääkehoidon turvallisuuden liittyvää tutkimusta, joka liittyy Keski-Suomen sairaanhoitopiirin maakunnalliseen potilasturvallisuussuunnitelmaan. Tätä työstetään yhdessä alueen terveyskeskusten kanssa. Mielipiteenne ja kokemuksenne ovat tässä prosessissa erittäin tärkeitä.

Tässä *kyselylomakkeessa* pyydämme Teitä arvioimaan ja kuvaamaan tämänkertaiseen poliklinikka- tai vastaanottokäyntiinne tai osastohoitoonne liittyviä kokemuksianne ja näkemyksiänne. Toivomme Teidän kiinnittävän huomiota ennen kaikkea lääkehoitonne toteutumiseen ja saamaanne ohjaukseen sekä lääkehoitoon mahdollisesti liittyneisiin virhetilanteisiin. Kyselyssä kartoitamme myös potilaan mahdollisuuksia osallistua omaa sairautta koskevan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen.

Voitte vastata kyselylomakkeeseen jollakin seuraavista tavoista:

- täyttämällä sen keskussairaalasta tai terveyskeskuksesta/asemalta lähtiessänne ja jättämällä sen erilliseen palautuslaatikkoon.
- postittamalla vastauksenne erillisessä kuoressa osoitteeseen: Tarja Kettunen, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Kukkumäentie 24, as. 26, 40620 Jyväskylä. Palautuskuoren saatte halutessanne ilmoittautumispisteestä.
- sähköisesti internetin välityksellä joko Keskussairaalan pääaulassa, päivystyksessä tai terveystietokeskus Palanssin luona olevalta internet-päätteeltä tai esimerkiksi kotoa. Kyselyn verkko-osoite on [www.ksshp.fi](http://www.ksshp.fi) (→vasen palsta: potilaat ja läheiset → oikea palsta: Webropol).

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaamatta jättäminen ei vaikuta hoitosuhteeseenne.

Lomakkeen täyttäminen vie aikaa n. 5–10 minuuttia.

Antamanne tiedot käsitellään luottamuksellisesti Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä ja Suomen Akatemian -tutkimusprojektissa. Yksittäiset vastaukset eivät tule muiden tietoon.

Lisätietoja kyselystä antaa henkilökunta.

*Lämmin kiitos osallistumisestanne!*

Tuula Saarikoski  
TtM, projektipäällikkö  
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri  
sähköp: tuula.saarikoski(at)ksshp.fi  
puh: 0400 377236

Tarja Kettunen  
Dos., professori  
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri  
Jyväskylän yliopisto  
sähköp: tarja.kettunen(at)ksshp.fi  
puh: 014 2695155

Maija Gerlander  
FT, tutkija  
Puheopin laitos, Tampereen yliopisto  
vuorovaikutus professionaalisissa  
viestintäsuhteissa -tutkimushanke  
sähköp: maija.gerlander(at)uta.fi  
puh: 040 1904084

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

**Arvioikaa seuraavien väitteiden kohdalla, miten hyvin ne vastaavat kokemustanne tämänkertaisesta poliklinikka- tai vastaanottokäynnistänne tai osastohoidostanne.**

*Ympyröikää valitsemanne vaihtoehto (vain yksi numero väitettä kohden).*

*Arviointiasteikko on seuraavanlainen:*

1= hei- kosti	2= välttä- västi	3= tydyt- tävästi	4= hyvin	5= kiitet- tävästi	0= Asia ei koske minua
---------------------	------------------------	-------------------------	-------------	--------------------------	---------------------------------

**I Vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa**

- |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Minun kanssani haluttiin keskustella hoitooni liittyvistä asioista.....                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 2. Minua arvostettiin potilaana. ....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 3. Minulla oli mahdollisuus vaikuttaa hoitopäätöksen tekemiseen. ....                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 4. Minua kannustettiin osallistumaan sairauttani ja hoitoani koskevaan keskusteluun. .... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 5. Mielipidettäni kysyttiin hoidostani keskusteltaessa.....                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 6. Esittämiini kysymyksiini vastattiin niin että ymmärsin. ....                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 7. Aikaisemmat hoitokokemukseni otettiin huomioon hoidostani keskusteltaessa .....        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 8. Elämäntilanteeni otettiin huomioon hoidostani keskusteltaessa.....                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |

**II Oma osallistuminen**

- |  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 9. Toin esille mielestäni tärkeät hoitooni vaikuttavat tekijät.....                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 10. Minun oli helppoa kertoa, jos olin eri mieltä hoitooni liittyvistä asioista... 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |   |
| 11. Toin esille minua huolestuttavat tai pelottavat asiat. ....                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 12. Uskalsin kysyä sen, mikä mieltäni askarrutti sairaudessani ja hoidossani...1     | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |   |

Jos ette uskaltaneet kysyä, miksi ette? \_\_\_\_\_

**III Keskustelu ja tieto lääkeshoidosta**

- |  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 13. Kanssani käytiin läpi käyttämäni lääkkeet. ....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 14. Minulle perusteltiin, miksi minulle on määrätty tietyt lääkkeet. ....                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 15. Minulle kerrottiin, miten lääkkeet vaikuttavat. ....                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 16. Kanssani keskusteltiin lääkitykseeni liittyvistä sivuvaikutuksista. ....               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 17. Jos lääkeshoitoni tehtiin muutoksia, minulle selvitettiin, mitä tehtiin ja miksi. .... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 18. Minulle kerrottiin, mistä saan sairauttani ja hoitoani koskevaa lisätietoa .. 1        | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |   |
| 19. Minua hoitavilla henkilöillä oli käytössään ajantasaiset tiedot lääkeshoidostani. .... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |

**IV Lääkehoidon toteuttaminen tämänkertaisen käynnin/osastohoidon jälkeen**

- |  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 20. Tiedän, miten minun pitää käyttää lääkkeitani. ....      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| 21. Pystyn noudattamaan lääkeshoitoni koskevia ohjeita. .... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
- Onko jotakin, mikä häiritsee teitä noudattamasta ohjeita?

*Ympyröikää seuraavissa väitteissä näkemystänne vastaava vaihtoehto  
Arviointisteikko on seuraavanlainen:*

1= Kyllä, täysin	2= Kyllä, osittain	3= Ei/ En	0= Asia ei koske minua
------------------------	--------------------------	-----------------	------------------------------

26. Koen, että minulle määrätty lääkehoito on tarpeellinen. .... 1 2 3 0  
 22. Luotan minua hoitavilta henkilöiltä saamaani sairauttani ja hoitoani  
 koskevaan tietoon. .... 1 2 3 0  
 23. Sain ristiriitaista tietoa lääkeshoidostani. .... 1 2 3 0  
 Jos saitte, kuvatkaa tarkemmin, keneltä saitte ja millaista tietoa.

24. Olen itse hakenut sairauttani tai hoitoani koskevaa lisätietoa. .... 1. kyllä 2. en

Jos olette, mistä? \_\_\_\_\_

#### **Kokemus lääkeshoidon vaaratilanteesta**

27. Tapahtuiko lääkeshoidossanne jokin ”läheltä piti” -tilanne tai vaaratilanne (esim. saitte väärät lääkkeet tai potilaspapereissanne oli väärää tietoa) tai tapahtuiko jotakin, joka jäi huolestuttamaan tai vaivaamaan Teitä? Jos tapahtui, niin mitä?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **VI Taustatiedot**

28. Ikä: \_\_\_\_\_ vuotta

29. Sukupuoli: 1. nainen 2. mies

30. Koulutuksenne (*ympyröikää vain yksi vaihtoehto*)

1. peruskoulu tai kansakoulu 3. ylioppilas 5. korkeakoulututkinto  
 2. keskikoulu 4. ammatillinen tutkinto

31a) Mitä poliklinikkaa/terveyskeskusta/osastoa antamanne palaute koskee: \_\_\_\_\_

b) Jos kävitte vastaanotolla, se oli

1. lääkärin vastaanotto 3. muu; mikä? \_\_\_\_\_  
 2. hoitajan vastaanotto

*(Huom! Jos olitte osastohoidossa, seuraava kohta ei koske Teitä)*

32. Käyntinne keskussairaalan poliklinikalla tai terveyskeskuksen vastaanotolla oli

1. ensikäynti tässä asiassa 3. toistuva käynti: kerran tai useammin kuukaudessa  
 2. kontrolli/uusintakäynti 4. toistuva käynti: harvemmin kuin kerran kuukaudessa

33. Tämänhetkisen lääkehoidon luonne:

1. Minulle on määrätty säännöllinen pitkäaikaislääkitys.  
 2. Minulle on määrätty lääkekuuri.  
 3. Minulle on määrätty lääkehoito käytettäväksi vain tarvittaessa.  
 4. Minulle ei ole määrätty lääkehoitoa.

## Liite 2. Aineiston pelkistys

### ALKUPERÄINEN ILMAISU

*Kanyyli oli irronnut suonesta, ja siihen aloitettiin antibiootin tiputtaminen. Pyydettyäni että tiputuksen alussa laitetaan keittosuolaliuosta suonen avaamiseksi, huomasin, että liuos fuskaa käsivarrelle.*

*Saimme samassa huoneessa -- olleen potilaan kanssa samaa lääkettä mutta tiputuspuskimme menivät sekaisin. Huomasimme erehdyksen itse.*

*Pahoinvointilääke annettiin kesken tiputuksen epähuomiossa*

*"-- lääkkeen aloitus olis pitänyt aloittaa hoitohenkilöstön valvonnassa eikä yksin kotona"*

*"Sain 2 eri lääkettä, jota ei yhtä aikaa saa antaa"*

*Minulla on ollut sairaalahoitoa vaativa, lääkkeiden yhteisvaikutuksesta johtuva hyponatremia.--"*

*Lääkkeiden yhteisvaikutus nosti verenpaineen 130/240 (circlud+voltaire) eikä se meinannut laskea ollenkaan. Kauhea päänsärky 2 kk*

*"--.Kaatumiset. Lyrica aiheutti tasapainohäiriöt kävelen rollaattorilla nyt.--"*

### PELKISTYS

Irronneeseen kanyliin aioittu aloittaa tiputus

tiputuspuskit menneet sekaisin

kesken tiputuksen annettu lääkettä

lääkettä ei aloitettu henkilökunnan valvonnassa

annettu kaksi epäsopivaa lääkettä yhtä aikaa

lääkkeiden yhteisvaikutuksesta hyponatremia

lääkkeiden yhteisvaikutuksesta korkea verenpaine ja päänsärky

lääkkeistä kaatumiset, tasapainohäiriöt kävely rollaattorilla

*Lääkkeiden kokeiluvaiheessa tuli vakava reaktio (allergia). Hengitysvaikeudet, näköhäiriöt. —”*

lääkkeistä allerginen reaktio, hengitysvaikeudet, näköhäiriöt

*Olo oli kuin olisi ollut humalassa koko ajan ja väsytti kamalasti, mutta pääni meni aivan sekaisin Minulle määrättiin pari uutta lääkettä*

lääkkeistä humalainen olotila, väsymys, pää sekaisin

*”Potilaspapereistani ei löytynyt riittävästi tietoa-- osa tiedoista on paperilla ja osa koneella”*

potilastiedot hajallaan papereilla ja koneella

*-- aiemmin ei ollut tullut kaikki tarpeellinen tieto (uusi hoitopaikka)--*

potilastiedot eivät siirtyneet

*”terveyskeskuksessa määrätyt lääkkeet eivät olleet keskussairaalan tiedossa*

lääkkeisiin liittyvät tiedot toisessa organisaatiossa

*”Potilastietoja toisesta sairaalasta ei ollut käytettävissä. —”*

potilastiedot toisessa sairaalassa

*”--.Olen tuonut julki x monta, että Panacod-lääke ei sovi minulle. —”*

potilas tuonut esille lääkkeen sopimattomuuden

*kutsussa mainittiin mm. tutkimusväen aamuna annettava vesiperäruiske. Sanottiin, että se annetaan itse??*

lääkkeen ohje ihmetyttää

*Lääkäri päätti kotiuttamisesta ennen toimenpiteitä. Onneksi hoitajat puhuivat puolestani (en kyennyt) ja sain palata osastolle heräämöstä. Koska en normaalisti käytä mitään lääkkeitä, niin/ja reagoin niiden vaikutuksiin erittäin voimakkaasti. Tätä ei otettu (lääkäri) huomioon joka minusta on aivan väärin, koska vaikutukset ovat yleensä varmaan yksilöllisiä. Yritän nyt pärjätä kotona alhaisen verenpaineen ja väsymyksen kanssa, joka tuli lääkkeistä.*

lääkkeiden voimakkaita vaikutuksia ei otettu huomioon  
lääkkeistä alhainen verenpaine, väsymys



*--lääkäri antoi edellisen asiakkaan nimellä reseptin—*

toisen henkilön resepti

*lääkäri määräsi lääkannoksen noston, resepti jäi kirjoittamatta--*

resepti jäänyt kirjoittamatta

*Lääkäri oli määrännyt liian suuren lääkkeenottomäärän. Apteekkari huomautti asiasta ja kielsi näin ottamasta annosta täysimääräisenä (astmalääkitys).—*

määrätty liian suuri lääkeannos

*Lääkkeiden yhteisvaikutus nosti verenpaineen 130/240 (circlud+voltaire) eikä se meinannut laskea ollenkaan. Kauhea päänsärky 2 kk. 8 eri verenpainetta alentavaa lääkärit kirjoitti eikä auttanut. Sitten apteekissa sanottiin, että koetappas Atakaud siinä on kaikkein vähiten sivuvaikutusta. Päänsärky loppu kuin kantoon ja paine laski. Että tämä mösiä tohtoreita.*

lääkkeiden yhteisvaikutuksesta korkeat verenpaineet, päänsärky

### Liite 3. Aineiston ryhmittely

lääkkeiden yhteisvaikutuksesta hyponatremia

lääkkeiden yhteisvaikutuksesta korkea verenpaine ja  
päänsärky

lääkkeiden yhteisvaikutuksesta korkeat verenpaineet,  
päänsärky

lääkkeiden yhteisvaikutukset

lääkkeistä kaatumiset, tasapainohäiriöt

kävely rollaattorilla

lääkkeistä allerginen reaktio, hengitysvaikeudet, nä-  
köhäiriöt

lääkkeistä humalainen olotila, väsymys, pää sekaisin

lääkkeistä alhainen verenpaine, väsymys

lääkkeiden haittavaikutukset

potilas tuonut esille monesti lääkkeen sopimattomuuden

potilaan huomiotta jättäminen

lääkkeiden voimakkaita vaikutuksia ei otettu huomioon

lääkkeen ohje ihmetyttää

ohjauksen puute

toisen henkilön resepti

poikkeama lääkkeenmäärämisessä

resepti jäänyt kirjoittamatta

reseptiin määrätty liian suuri lääkeannos

potilastiedot hajallaan papereilla ja koneella

potilastietojen puute

potilastiedot eivät siirtyneet

lääkkeisiin liittyvät tiedot toisessa organisaatiossa

potilastiedot toisessa sairaalassa

lääkettä ei aloitettu henkilökunnan valvonnassa

poikkeama lääkkeen aloituksessa

annettu kaksi epäsovivaa lääkettä yhtä aikaa

poikkeama lääkkeiden antamisessa

Irronneeseen kanyyliin aiottu aloittaa tiputus

tiputuspusstit menneet sekaisin

kesken tiputuksen annettu lääkettä

poikkeama suonensisäisessä lääkityksessä

#### Liite 4. Aineiston ylä- ja pääluokat

