



Lääkitysturvallisuus neljällä erikoissairaanhoidon vuodeosastolla

Henna Heikura

Minna Korpijaakko

Opinnäytetyö

Lokakuu 2011

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HEIKURA, HENNA & KORPIJAAKKO, MINNA
Lääkitysturvallisuus neljällä erikoissairaanhoidon vuodeosastolla

Opinnäytetyö 85 sivua, liitteet 12 sivua
Lokakuu 2011

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa lääkitysturvallisuuden toteutumista neljällä erikoissairaanhoidon vuodeosastolla. Tavoitteenamme oli antaa osastoille tietoa lääkitysturvallisuuden tilasta ja auttaa osastoja kehittämään lääkitysturvallisuutta. Tutkimustehtävänäme oli selvittää millaiset lääkitysturvallisuutta koskevat käytännöt sairaanhoitajilla on, mitkä syyt johtavat sairaanhoitajien kokemuksen mukaan lääkitysturvallisuuden vaarantumiseen, mistä lääkitysturvallisuusasioista sairaanhoitajat tekevät HaiPro-ilmoituksia ja parantaako HaiPro sairaanhoitajien mielestä lääkitysturvallisuutta. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisella menetelmällä käyttäen strukturoitua kyselylomaketta. Vastausprosentti oli 84,9.

Sairaanhoitajien lääkehoidon käytännöt olivat pääosin hyvät. Jaettujen lääkkeiden kaksinkertaisen tarkistuksen ja potilaan henkilöllisyyden varmistamisen toteutumisessa oli puutteita. Sairaanhoitajien mukaan lääkitysturvallisuuden vaarantavat useat tekijät kuten kiire, ongelmat sairaanhoitajien ja lääkäreiden työnjaossa ja kommunikoinnissa sekä puutteet kirjauksessa, perehdytyksessä, kaksoistarkastuksen toteutumisessa ja HaiPro-ilmoitusten käsittelyssä. Kaiken kaikkiaan HaiPro-ilmoituksia tehdään melko vähän. Joissakin tilanteissa ilmoitusaktiivisuus on keskimääräistä suurempaa. HaiPro-työskentelyssä jotkut keskeiset periaatteet jäävät toteutumatta ja ilmoituksia käsitellään liian vähän. Tutkimuksemme antaa viitteitä siitä, että sairaanhoitajat eivät ole kokeneet HaiPro-työskentelyä merkittävän hyödyllisenä.

Lääkitysturvallisuutta voitaisiin parantaa lisäämällä henkilökuntaa ja tarjoamalla enemmän lääkehoidon koulutusmahdollisuuksia. HaiPro-ilmoituksia tulisi käsitellä enemmän ja tarkoituksen mukaisemmin. Kaksinkertaista kirjaamista olisi mahdollista vähentää. Kaksoistarkistus pitäisi ottaa osaksi kaikkien osastojen toimintatapoja.

Asiasanat: lääkitysturvallisuus, potilasturvallisuus, lääkityspoikkeamat, vaaratapahtumien raportointi

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

HEIKURA, HENNA & KORPIJAAKKO, MINNA:
Medication Safety in Four Special Health Care Wards.

Bachelor's thesis 85 pages, appendices 12 pages
October 2011

The purpose of this thesis was to find out how medical safety is executed in four special health care wards. Our goal was to provide the wards with information about the state of medication safety and to help them improve it. The study was carried out using a quantitative questionnaire. The data were collected during February and March 2011. The response rate was 84.9%.

Nurses had mainly good practices in medical treatment, excluding the double-check procedure and ensuring the patient's identity, which were not always carried out. According to the nurses, medication safety was endangered by lack of staff, communication problems between nurses and doctors, disturbances, patient transfers, failures in double-checking, and numerous synonymous preparations. The reporting rate of adverse drug events was rather low in general. The handling of adverse drug event reports was partly inadequate, which can be related to nurses not considering error reporting worthwhile.

Medication safety could be improved by increasing staff and offering more possibilities for education. Adverse drug event reports should be handled more and the benefits of reporting ought to be pointed out for nurses. Double-checks should be introduced as a common practice in every ward, and updating the system governing the patients' medication lists could be developed.

Key words: Medication safety, patient safety, medication errors, reporting of adverse drug events

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	2
ABSTRACT.....	3
1 JOHDANTO.....	5
2 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT.....	7
3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA.....	8
3.1 Sairaanhoidaja terveydenhuollon ammattihenkilönä ja lääkehoidon osaaminen.....	9
3.2 Lääkitysturvallisuus osana potilasturvallisuutta.....	11
3.3 Lääkehoidon ohjeistukset.....	13
3.4 Lääkehoidon poikkeamat.....	14
3.4.1 Poikkeamat lääkehoidon toteuttamisessa.....	17
3.4.2 Lääkehoidon poikkeamat tiedonkulussa ja dokumentoinnissa.....	19
3.5 Lääkehoidon poikkeamien ehkäisy.....	20
3.6 Lääkehoidon vaaratapahtumien raportointi.....	22
4 MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA.....	26
4.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	26
4.2 Kysymykset ja kyselylomake.....	27
4.3 Aineiston keruu.....	30
4.4 Aineiston analyysi.....	30
5 TULOKSET.....	31
5.1 Lääkehoidonsuunnitelma ja lääkehoidon ohjaus.....	32
5.2 Lääkehoidon toteuttaminen.....	36
5.3 Lääkehoidon vaaratapahtuminen raportointi ja käsittely.....	40
5.4 HaiPro-ilmoitusten teko.....	48
5.5 Lääkitysturvallisuuden vaarantavat tekijät sairaanhoitajien kokemana.....	57
6 POHDINTA.....	61
6.1. Tulosten tarkastelu, kehittämissuhteet ja jatkotutkimushaasteet.....	61
6.1.1 Sairaanhoidajien lääkitysturvallisuutta koskevat käytännöt.....	62
6.1.2 Lääkitysturvallisuuden vaarantavat tekijät.....	65
6.1.3 HaiPron käyttö ja siitä saatava hyöty.....	70
6.1.4 HaiPro-ilmoitusten tekeminen.....	72
6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	74
6.3 Tutkimusprosessin kuvaus.....	80
LÄHTEET.....	82
LIITTEET.....	86

1 JOHDANTO

Lääkehoito on suuri osa sairaanhoitajan työtä ja sairaanhoitajan ammattitaito takaa osaltaan lääkitysturvallisuuden ja sen myötä myös potilasturvallisuuden toteutumisen.

Lääkevahingot ovat tavallisia ja useimmiten selkeästi estettävissä. Muun muassa tästä syystä ne ovat kiinnostaneet terveydenhuollon hallinnon toimijoita ja tutkijoita. (Pasternack 2006, 2463) Lähes puolet kaikista estettävissä olevista potilaalle haitallisista tapahtumista on seurausta lääkitysvirheistä ja ne ovat siten suurin yksittäinen syy haittatapahtumiin. Näin ollen Euroopan terveysturvallisuuden tulisi kiinnittää asiaan erityistä huomiota. (European Commission 2005; Hughes & Ortiz 2005; Council of Europe 2006; Hicks & Becker 2006). Estettävissä olevilla lääkehaittatapahtumilla on todella suuret taloudelliset seuraukset. Kustannuksia voi tulla esimerkiksi potilaan sairaalassaolopäivien lisääntymisestä. (Hughes & Ortiz 2005; Stetina, Groves & Pafford 2005, 174) Lääkehaittatapahtumista koituu myös Suomen valtiolle vuosittain satojen miljoonien eurojen kulut. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) arvioi summan olevan noin 500-1000 miljoonaa euroa. Arvioiden mukaan noin puolet lääkehaittatapahtumista olisi ehkäistävissä. (Seppä 2008, 1210–1211; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2011, 10) Aihe on ollut esillä myös mediassa. Aamulehti käsitteli artikkelissaan (1.11.2010, 4) lääkitysvirheitä, niiden raportoimista ja niistä aiheutuvia kuluja.

Idea opinnäytetyöhömme lähti käytännön harjoitteluissa esiin tulleista lääkitysturvallisuuden laiminlyönneistä. Osa ongelmista liittyi sairaanhoitajan omaan toimintaan, osa työolosuhteisiin ja osastoilla määrättyihin yleisiin käytäntöihin. Myös työnjako sekä tiedonkulku sairaanhoitajan ja muiden lääkehoitoon osallistuvien henkilöiden välillä johti joissain tapauksissa lääkitysturvallisuuden vaarantumiseen. Vaikka lääkitysturvallisuuden toteutuminen on monesta tekijästä kiinni, tässä opinnäytetyössä käsittelemme aihetta pääosin sairaanhoitajan työn näkökulmasta.

Tämän opinnäytetyön teemme yhteistyössä neljän erikoissairaanhoidon vuodeosaston kanssa, joiden osastonhoitajat kokivat tarpeelliseksi kartoittaa hoitajien käytäntöjä lääkehoitoon ja vaaratapahtumien raportointiin liittyen. Ongelmiksi he kokevat lääkehoidon kirjaamisen, sairaanhoitajan ja lääkärin työnjaon sekä tiedonkulun. Lisäksi he toivat esiin lääkejaon ongelmat ja vaikeudet avoterveydenhuollon kanssa tehtävässä yhteistyössä.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa, miten lääkitysturvallisuus osastoilla toteutuu. Tavoitteenamme on antaa osastoille tietoa lääkitysturvallisuuden tilasta ja auttaa osastoja kehittämään lääkitysturvallisuutta.

2 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää lääkitysturvallisuuden toteutumista neljällä erikoissairaanhoidon vuodeosastolla.

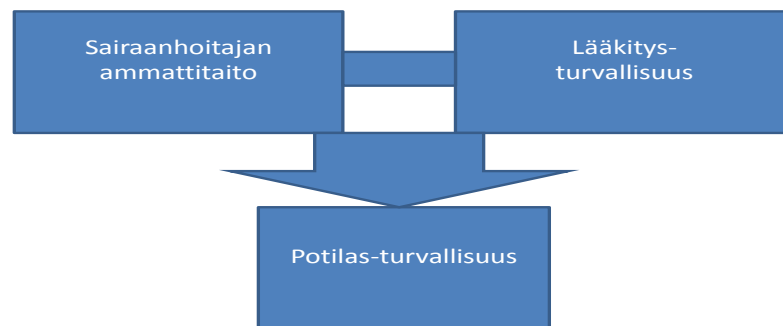
Tutkimusongelmat:

1. Millaiset lääkitysturvallisuutta koskevat käytännöt osastojen sairaanhoitajilla on?
2. Mitkä syyt johtavat sairaanhoitajien kokemuksen mukaan lääkitysturvallisuuden vaarantumiseen osastoilla?
3. Mistä lääkitysturvallisuuteen liittyvistä asioista sairaanhoitajat tekevät HaiPro-ilmoituksia?
4. Parantaako HaiPron käyttö sairaanhoitajien mielestä lääkitysturvallisuutta?

Tavoitteenamme on antaa osastoille tietoa lääkitysturvallisuuden tilasta ja auttaa osastoja kehittämään lääkitysturvallisuutta.

3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA

Teoreettisena lähtökohtanamme on lääkitysturvallisuus sairaanhoitajan yhtenä ydinosaaamisalueena sekä osana potilasturvallisuutta. Lääkitysturvallisuus on yksi potilasturvallisuutta lisäävistä tekijöistä (Stakes ja ROHTO 2006, 6). Euroopan neuvosto määrittää muistiossaan lääkitysturvallisuuden potilasturvallisuutta edistävänä erityisenä strategiana. Euroopan terveysviranomaisten tulisi huomioida lääkitysturvallisuus ensisijaisena asiana edistettäessä Euroopan laajuisia turvallisen lääkehoidon käytäntöjä sekä jakaa ja levittää tietoa riskien ehkäisystä valtioiden välillä. (Council of Europe 2006) Sairaanhoitajat ovat suuressa roolissa lääkehoidon käytännön toteuttamisessa ja siten lääkitysturvallisuutta on luontevaa käsitellä sairaanhoitajan ammattitaidon kautta. Seuraavassa käsittelemme käsitteitä kuten lääkitysturvallisuus ja siihen liittyen lääkehoidon poikkeama, lääkehaittatapahtuma ja lääkehoidon vaaratapahtuma. Teoreettiseen lähtökohtaanamme liittyvät myös lääkehoito osana sairaanhoitajan ammattitaitoa ja potilasturvallisuutta, lääkehoidon ohjeistukset kuten lääkehoidon suunnitelma sekä vaaratapahtumien raportointi, jonka yhteydessä käsittelemme vaaratapahtumienraportointimalli HaiProa.



Kuvio 1. Lääkitysturvallisuus sairaanhoitajan yhtenä ydinosaaamisalueena sekä osana potilasturvallisuutta.

3.1 Sairaanhoitaja terveydenhuollon ammattihenkilönä ja lääkehoidon osaaminen

Terveydenhuollon ammattihenkilö on henkilö, joka on lain nojalla saanut ammatinharjoittamisoikeuden tai – luvan ja hän saa käyttää valtioneuvoston asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön nimikettä. (Lakiterveydenhuollon ammattihenkilöistä 26.8.1994/559) Näistä on erikseen eroteltu henkilöt, joiden peruskoulutukseen kuuluu lääkehoidon koulutusta (Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2005, 16). Useissa tutkimuksemme osallistuvien osastojen lääkehoidon suunnitelmissa eritellään sairaanhoitajat lääkehoidon kokonaisuudesta vastuussa oleviksi terveydenhuollon ammattihenkilöiksi. (Läikehoidon suunnitelmat 2010) Ammattihenkilöiden ammatissa voivat toimia myös muut henkilöt, joilla on riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito sekä kyseiseen ammattiin opiskelevat henkilöt laillistetun ammatinharjoittajan valvonnassa (7.12.2007/1200, 2§).

Läikehoito on keskeinen osa hoitotyön kokonaisuutta ja läikehoitoa toteuttavan henkilöstön tulee ymmärtää sen merkitys (STM 2005, 36, 46). Sairaanhoitajan tulee valmistuttuaan osata toteuttaa läikehoitoa läikeärin määräysten mukaisesti eri antoreittejä käyttäen, tarkoittaen suonensisäistä neste- ja läikehoitoa ja verensiirtoa sekä näihin liittyviä ja näitä edeltäviä toimenpiteitä kuten läikeen käyttökuntoon saattamista (Opetusministeriö 2001, 69). Läikehoitoa toteuttavan henkilön työtehtävät on määritelty melko yksityiskohtaisesti edellisen mukaisesti myös tutkimukseen osallistuneiden osastojen läikehoidon suunnitelmissa. Suunnitelmien mukaan jokainen läikehoitoa toteuttava ammattihenkilö on vastuussa omasta toiminnastaan. (Läikehoidon suunnitelmat 2010) Läikehoidon toteuttamisessa pelkkä tekninen osaaminen ei riitä, vaan se edellyttää myös juridiseettisen, farmakologisen, fysiologisen, patofysiologisen ja läikekelaskennallisen tiedon hallintaa. Läikehoitoon kuuluu myös läikeiden vaikutuksiin, käsittelyyn, toimittamiseen, hankintaan, säilyttämiseen ja hävittämiseen liittyvän tiedon osaaminen sekä eri läikemuotojen ja -valmisteiden ominaisuuksien ymmärtäminen. Työyksiköissä määritellään perehdytysuunnitelmassa, mitä läikehoidon taitoja uuden tai määräaika-

työntekijän tulee osata. Esimiehen tulee varmistaa että työntekijöillä on tarvittava osaaminen. (STM 2005, 47) Uusien työntekijöiden perehdyttäminen ja siten heidän osaamisensa varmistaminen on lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön mielestä tärkeää lääkityspoikkeamien ehkäisyyn kannalta (Suikkanen 2008, 52). Työn- ja vastuunjako lääkehoidossa tulee olla toimipaikkakohtaisesti selkeästi määriteltyä. Tällä muun muassa ehkäistään lääkityspoikkeamia eli edistetään siten lääkitysturvallisuutta. (Veräjänkorva 2003, 130; STM 2005, 48; Suikkanen 2008, 52).

Sairaanhoitajan lääkehoidon osaamiseen kuuluvat myös potilaalle ja tämän omaisille suunnattu lääkehoidon ohjaus sekä lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi. Näiden tulee olla määriteltyinä myös lääkehoidon suunnitelmissa. Lääkehoidon ohjaus ja neuvonta auttavat potilasta osallistumaan ja sitoutumaan hoitoonsa sen kaikissa vaiheissa. Niin kirjallista kuin suullistakin ohjausta annettaessa on varmistettava potilaan ymmärrys. Potilaalle tulee aina kertoa merkittävistä poikkeamista lääkehoidossa sekä mahdollisista tai aiheutuvista haittavaikutuksista. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi alkaa jo lääkettä määrättäessä ja lääkettä määrävän henkilön on varmistuttava siitä, että lääkehoitoa toteuttava henkilö on tietoinen hoidon vaikutuksista ja osaa kiinnittää huomiota oikeisiin asioihin niitä tarkkaillessaan. Säännöllistäkin lääkitystä tulee arvioida määräajoin. (STM 2005, 23, 59–60) Sairaanhoitajien lääkehoidon toteuttamistaidot olivat Veräjänkorvan tutkimuksessa keskimäärin hyvät, mutta potilaan tarkkailua lääkkeen annon yhteydessä ja sen jälkeen tulisi lisätä. Myös potilaiden ja näiden omaisten lääkehoidon ohjaus- ja neuvontataidot ovat olleet Veräjänkorvan mukaan keskimäärin heikkomat kuin muut taidot. (Veräjänkorva 2003, 31, 122, 125)

Terveystieteiden ammattihenkilöiden on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja toimintatapoja koulutuksensa mukaisesti ja heillä on velvollisuus pyrkiä jatkuvasti kehittämään ja ylläpitämään ammattitaitoaan ja toimintaansa. Heidän tulee myös perehtyä ammattitoimintaansa koskeviin säädöksiin ja määräyksiin. Työnantaja vastaa lääkehoidon täydennyskoulutusten järjestämisestä niin, että koulutukset vastaavat työntekijöiden

yksilöllisiin koulutustarpeisiin ja työyksikön lääkehoidon kehittämistarpeisiin (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, 15§, 18§; STM 2005, 47–48) Kuten sanottua, lääkehoidon osaaminen on osa sairaanhoitajan ammattitaitoa ja siitä on asetettu useita säädöksiä ja ohjeita. Siten laki velvoittaa myös lääkitysturvallisuuteen liittyvien asioiden päivitykseen. Veräjänkorvan (2003, 126, 129–130, 132) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa lääkehoidon täydennyskoulutusta kaikilla lääkehoidon teoreettisilla ja käytännöllisillä osa-alueilla. Tarve täydennyskoulutuksiin tuli selkeästi esiin. Koulutusta tulisi tarjota niin vakinaisille kuin määräaikaisille työntekijöille. Etenkin teoreettiset lääkehoitotaidot olivat paremmat täydennyskoulutusta saaneilla sairaanhoitajilla. Myös työkokemus ja työskentely pitkään samalla osastolla lisäsivät lääkehoidon taitoja. Ilolan (2010, 45) tutkimuksessa yli puolet hoitajista koki, ettei työnantaja järjestä riittävästi lääkehoidon täydennyskoulutusta, eikä lääkehoidosta puhuttu suurimman osan mielestä myöskään osastojen kehityskeskusteluissa. Suikkasen mukaan lääkehoitoa toteuttava henkilöstö tiedostaa tarpeen huolehtia oman lääkehoito-osaamisen ylläpitämisestä ja osaamisen jatkuva päivittäminen on yksi keskeisimmistä tekijöistä lääkityspoikkeamien ehkäisyssä (Suikkanen 2008, 51, 54). Toisaalta Ilolan (2010, 45) tutkimuksessa lääkehoito kuului omaan täydennyskoulutussuunnitelmaan vain noin puolella hoitajista. Suurin osa hoitajista ei myöskään käynyt säännöllisesti lääkehoidon täydennyskoulutuksissa.

3.2 Lääkitysturvallisuus osana potilasturvallisuutta

Luxenburgissa vuonna 2005 tehdyn potilasturvallisuusjulistuksen mukaan pääsy korkealaatuiseen terveydenhoitoon on yksi keskeisistä ihmisoikeuksista ja sen tunnustaa sekä sitä arvostavat Euroopan Unioni, sen toimielimet ja Euroopan kansalaiset. (European Commission 2005) Potilasturvallisuus kattaa terveydenhuollon organisaation ja siinä toimivien yksilöiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Käytännössä potilasturvallisuus on sitä, ettei hoidosta aiheudu potilaalle haittaa. Potilasturvallisuuteen kuuluu lisäksi lääkehoidon

turvallisuus ja laiteturvallisuus. Lääkehoidon turvallisuus jakautuu lääkitysturvallisuuteen ja lääketurvallisuuteen. Lääkitysturvallisuus kattaa terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on parantaa lääkehoidon turvallisuutta. Se käsittää toimenpiteitä lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemiseksi, välttämiseksi ja korjaamiseksi. Lääketurvallisuus käsittää puolestaan esimerkiksi lääkkeiden farmakologiset ominaisuudet ja valmistukseen liittyvät asiat, emmekä käsittele niitä tässä opinnäytetyössä. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 5–6, 8)

Lääkehoito on suuresti potilasturvallisuuteen vaikuttava tekijä niin eri tutkimuksien kuin haittatapahtumatilastojenkin perusteella (Erkko, Ojanperä, Pirttisalo & Turja 2011, 58). Lähes puolet kaikista estettävissä olevista potilaalle haitallisista tapahtumista on seurausta lääkitysvirheistä. Lukuisat tutkimukset ympäri maailman ovat osoittaneet, että haittatapahtumia tulisi ja on mahdollista vähentää. EU:n potilasturvallisuusjulistuksen mukaan keinoja haittatapahtumien sekä niiden seurauksien vähentämiseksi tulisi kehittää. Terveysalan pitäisi toimia niin, että se estää, tunnistaa sekä vähentää virheiden ja haitallisten tapahtumien määrää, jotta vakavilta virheiltä vältyttäisiin. Terveyssektorin potilaille aiheuttamat haitat rasittavat yhteiskuntaa paljon. Siksi potilasturvallisuuteen panostaminen toisi mahdollisesti suuria säästöjä, sekä luonnollisesti hyödyttäisi potilaita. (European Commission 2005)

Suomessa on käytössä ensimmäinen kansallinen potilasturvallisuusstrategia vuosina 2009–2013. Hankkeen tarkoituksena on yhtenäistää suomalaisia potilasturvallisuuskäytäntöjä. Tavoitteina ovat potilaan osallistuminen potilasturvallisuuden kehittämiseen, potilasturvallisuuden hallitseminen ennakoivasti ja oppimalla, vaaratapahtumien raportointi ja niistä oppiminen, potilasturvallisuuden edistäminen suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin sekä potilasturvallisuuden huomioonottaminen terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa. (STM 2009, 11, 15–18)

3.3 Lääkehoidon ohjeistukset

Euroopan neuvoston mukaan jokaisessa maassa tulee olla yhtenevät ja toisiaan täydentävät käytännöt lääkehoidon toteuttamisesta. Puolueettoman, päivitetyn ja helposti ymmärrettävän lääkeinformaation tulee olla terveydenhuollon henkilöstön saatavilla ja sitä tulee tarkastella yhdessä potilastietojen kanssa potilaan lääkehoidosta päätettäessä ja sitä toteutettaessa. (Council of Europe 2006) Käytännössä terveydenhuollon henkilökunta ei aina tiedä tai tunne lääkehoidon toteuttamista koskevaa ohjeistoa ja suosituksia ja kokee niiden käytön hankalaksi muun muassa ajan puutteen vuoksi. (Erkko ym. 2011, 47) Ohjeistuksen saatavuus työyksiköissä lisää sairaanhoitajien lääkehoidon taitoja. Sairaanhoitajien lääkehoitotaidot olivat paremmat heidän käyttäessään säännöllisesti jotakin lääkehoidon opasta ja säännöllisellä käytöllä oli yhteys myös päätöksentekoon lääkehoidossa. Lääkehoidon ohjeistojen saatavuudessa on ollut Veräjäkorian tutkimuksen mukaan puutteita. (Veräjänkorian 2003, 126–127, 130–131) Puolestaan Ilolan (2010, 69) tutkimuksessa lääkehoidon kirjalliset ohjeistukset olivat pääosin saatavilla.

STM:n oppaan mukaan lääkehoidon toteuttaminen perustuu kussakin työ- tai toimintayksikössä laadittuun lääkehoidon suunnitelmaan, joka on työväline useiden lääkehoidon osa-alueiden hallintaan ja määrittämiseen. Näitä osa-alueita ovat lääkehoidon sisältö ja toimintatavat, lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen, henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako, lupakäytännöt sekä lääkehuolto, johon kuuluvat lääkkeiden tilaaminen, säilytys, valmistaminen, käyttökuntoon saattaminen, palauttaminen, lääkeinformaatio, ohjaus sekä neuvonta. Lisäksi osa-alueisiin kuuluvat lääkkeiden jakaminen ja antaminen, potilaiden informointi ja neuvonta, lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi, dokumentointi ja tiedon kulku sekä seuranta- ja palautejärjestelmät. (STM 2005, 3)

3.4 Lääkehoidon poikkeamat

Lääkehoidon poikkeama on lääkehoidon prosessiin liittyvä, estettävissä oleva haittatapahtuma eli tapahtuma, joka johtaa epätarkoituksenmukaiseen lääkitykseen tai potilashaittaan (STM 2005, 16). Samassa merkityksessä käytetään usein myös sanaa virhe, mutta sen merkitys on suppeampi, eikä se ota huomioon tapahtumaan liittyviä taustatekijöitä yhtä laajasti kuin poikkeama (Linden-Lahti ym. 2009, 3429). Lääkehoidon poikkeamalla tarkoitetaan lääkitysvirheitä ja lääkehoidossa tapahtuvia vahinkoja, erehdyksiä ja läheltä piti -tilanteita. (STM 2005, 16; Council of Europe 2006) Lääkityspoikkeama voi seurata tekemisestä, kuten väärän lääkkeen antamisesta, tai tekemättä jättämisestä, jolloin esimerkiksi määrätty lääke on jätetty antamatta. Edellä mainitut tapahtumat ovat myös lääkkeenantopoikkeamia. Poikkeama lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa käsittää lääkkeen virheellisen laimentamisen, sekoittaminen tai muun käyttökuntoon saattamisen hoitoyksikössä tai apteekissa. Lääkityspoikkeamat voivat johtaa lääkehoidon vaaratapahtumaan. (Stakes & ROHTO 2006, 5, 8–9) Linden-Lahden, Airaksisen, Pennasen ja Käyhkön (2009, 3431) tutkimus tuo ilmi, että vakavat lääkityshaitat syntyvät usein monen virheen tapahtumaketjusta, jossa on eri poikkeamatyyppejä peräkkäin. Tässä tutkimuksessa 36 prosentissa poikkeamista oli useampi kuin yksi poikkeamatyyppi. Vaaratapahtumalla tarkoitetaan potilasturvallisuuden vaarantavaa lääkehoitoon liittyvää, läheltä piti -tilannetta tai haittatapahtumaa, josta aiheutuu potilaalle haittaa. Näihin tilanteisiin voivat johtaa lääkityspoikkeamien lisäksi lääkkeen luonteeseen liittyvät tilanteet. (Stakes & ROHTO 2006, 5, 8–9).

Linden-Lahden ym. (2009, 3431) tutkimuksessa 93 prosentissa lääkepoikkeamatilanteista johtui ammattihenkilön virhetoiminnasta ja lopuissa 7 prosentissa syyt olivat lähinnä organisaatiosta johtuvia. Välittömästi lääkepoikkeaman synnyssä mukana olleista ammattihenkilöistä lääkäreitä oli puolessa tilanteista ja sairaanhoitajia joka neljännessä. Yleisin tapahtumatyyppi lääkityspoikkeamissa oli väärä toimintatapa, millä tarkoitetaan esimerkiksi tilannetta, kun väärin annetuista lääkkeistä ei tehty ilmoitusta, lääkehoidon merkitseminen oli puutteellista tai opiskelijan lääkejako ei valvottu. Muita yleisiä

tapahtumatyyppejä olivat väärä annos, väärä lääke, väärä diagnoosi ja väärä potilas.

Lääkehoitoa toteuttavien henkilöiden, eli käytännössä myös sairaanhoitajien, toimintaan liittyviä lääkehoidon riskikohtia on lukuisia ja poikkeamia sattuu lääkehoidon kaikissa vaiheissa. Lääkäriltä tuleva määräys sisältää monia tekijöitä, jotka saattavat johtaa poikkeamaan ja samoin riskejä on myös lääkemääräyksen vastaanotossa, jossa poikkeama voi sattua tiedon välittymisessä, kopioimisessa useaan eri paikkaan, kirjaamisessa ja määräyksen ymmärtämisessä. Lääkejaossa poikkeamaan voivat johtaa väärä potilas, annos, vahvuus, lääkemuo to tai lääke. Poikkeama voi sattua myös lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa. Lääkkeen annossa poikkeama voi liittyä useaan eri tekijään. Lääke voidaan antaa väärään aikaan, väärällä tavalla tai väärää antoreittiä ja lisäksi lääkkeen jaossa tapahtuneet poikkeamat voivat edetä lääkkeen antotapahtumaan. Lääke voidaan myös jättää kokonaan antamatta. Lääkehoidon seurannassa poikkeamat ovat yhteydessä suunnitteluun, toteutukseen ja tiedottamiseen sekä siihen, ettei lääkityksiä tarkisteta säännöllisesti. Poikkeamat neuvonnassa ja ohjeiden annossa voivat johtua riittämättömyydestä sekä selkeyden, yhdenmukaisuuden ja oikeellisuuden puutteista. (STM 2005, 38; Veräjänkorva 2003, 122, 125; Suikkanen 2008, 26) Opinnäytetyöhömme osallistuvat osastot mainitsevat lääkehoidon suunnitelmissaan lääkehoidon riskitekijöiksi ja ongelmakohdiksi lääkelistojen luotettavuuden, potilasinformaation kattavuuden, kokeneen sijaistyövoiman saatavuuden, lääkkeiden kaupanimien suuren määrän, merkittävien poikkeamien kirjauskäytännön ja epäkäytännöllisen lääketilan. Kaksi osastoista mainitsee edellä mainittujen lisäksi ongelmaksi myös saman lääkkeen kirjaamisen useaan eri paikkaan. (Lääkehoidon suunnitelmat 2010)

Virheiden, vaaratapahtumien ja haittojen syntyyn vaikuttavat monet tekijät. Lääkäriin ja hoitajaan liittyviä riskitekijöitä ovat riittämätön osaaminen, ongelmat ammatillisessa kehityksessä, väsymys, liiallinen työtaakka, ongelmat terveydentilassa, huono työmotivaatio, väärät asenteet. Myös ongelmat hoitotiimin puheyhteydessä ja kirjallisessa yhteydenpidossa sekä puutteet lähijohtajuudessa muodostavat riskin. Työtehtäviin liittyviä riskejä ovat tilanteet, joissa toimintaohjeita

puuttuu. Työympäristön aiheuttamia riskejä ovat muun muassa riittämätön henkilöstö, kiire ja liiallinen työtaakka, ongelmat työvuorojen mitoituksessa ja vuorojen vaihdossa, ongelmat laitteistojen kunnossapidossa, puutteelliset tilat ja melu. Organisaatiosta riippuvia riskitekijöitä ovat liialliset ja väärin kohdistuvat säästötoimet, tehokkuuden lisäämisvaatimukset ja käytännöt, joissa virheitä ja hoitovahinkoja ei käsitellä avoimesti ja syyllistämättä, virheistä oppimisen periaatetta ei ole omaksuttu, eikä henkilöstön ammatillinen kehittyminen kuulu luonnollisena osana organisaation toimintaan. Myös potilaaseen liittyvät tekijät, kuten vaikea ja monimutkainen sairaus sekä vaikeudet vuorovaikutuksessa ja niin ikään potilaan persoonallisuus ja sosiaalinen tila voivat altistaa hoitovirheille. (Pasternack 2006, 2465) Moniin edellä mainittuihin syihin liittyen Hughes ja Ortiz (2005) toteavat vanhuspotilaiden olevan lääkityspoikkeamien synnyn riskiryhmää. Monet terveydenhuollon työntekijät ovat edellä mainittujen asioiden kanssa tekemisissä lähes päivittäin. Usein vahingot syntyvät monen tekijän yhteisvaikutuksesta ja yleensä ottaen virheiden ja vahinkojen taustatapahtumat ovat kliinisessä toiminnassa samanlaisia kuin muussakin inhimillisessä toiminnassa. (Pasternack 2006, 2465)

Suikkanen summaa lääkepoikkeamiin yhteydessä oleviksi tekijöiksi työn hallintaan, työn organisointiin sekä tiedonkulkuun ja lääkkeisiin liittyvät tekijät. Epävarmuuden tunne työtä tehdessä, kokemattomuus ja riittämätön perehdytys uuteen työhön lisäävät lääkepoikkeamien riskiä. Näihin liitettynä kiire, väsymys ja osallistuminen tarkkuutta vaativaan lääkehoitoon, tai jopa potilaan hätätilan lääkehoitoon, lisäävät poikkeamien todennäköisyyttä entisestään. Työn organisointiin liittyvät ongelmat, kuten työn jatkuva kuormittavuus, suuri työtaakka yhdistettynä kiireeseen, työtilojen rauhattomuus ja potilashuone ynnä muut järjestelyt ovat osariskitekijöitä lääkepoikkeamien synnyssä. Myös opiskelijoiden tekemä lääkehoito ja henkilökunnalle siitä tuleva valvonnan vastuu voi olla ongelma. Rutiinien Suikkanen toteaa olevan monessa tilanteessa työtehtävien sujuvuutta parantavia, mutta lääkehoidon prosessin eri vaiheissa ne voivat olla myös riski. (Suikkanen 2008, 45–49)

Potylyckin ym. (2006, 373) mukaan yleisimpiä syitä lääkitysvirheille olivat työstressi, riittämätön henkilökunta ja ylityöt. Etenkin lääkemääräyksen toteutuksessa virheen syntymistä edistivät kiire ja totut, kyseenalaisetkin, toimintatavat sekä unohtaminen, puutteet moniammatillisessa kommunikoinnissa ja lääkkeiden samalta kuulostavat nimet (Suikkanen 2008, 28–29).

HaiPro-ilmoituksia tehneiden hoitajien näkemykset vaaratapahtumaan johtaneista syistä toivat esiin kiireen, puutteellisen tiedonkulun, kirjaamisen ongelmat sekä virheellisen lääkehoidon toteutuksen (Kotanen-Lönnsroos & Wallén 2010, 31–34). Toisessa tutkimuksessa poikkeamien syntyyn vaikuttaneina tekijöinä tuodaan esille vaillinaiset tutkimukset potilaan oireen syistä, riittämätön koulutus ja perehdytys, työntekijöiden väsymys, kiire sekä katkos tiedonkulussa tai väärinkäsitykset eri lääkehoitoon osallistuvien osapuolten välillä (Linden-Lahti ym. 2009, 3431).

Hicksin ja Beckerin (2006) tutkimuksessa yleisimpiä lääkehoidon poikkeamiin johtavia virheitä olivat tekemättä jättäminen (28,5 %), väärä annos (22,9 %) ja määräysvirhe (16,2 %). Useimmin mainittuja syitä näille virheille olivat puutteellinen toiminta (48 %), jolla tarkoitetaan sitä, että henkilöllä on tarvittavat tiedot ja taidot tehtävän suorittamiseen oikein, mutta syystä tai toisesta, hän ei siinä onnistu tällä kertaa. Toisena syynä oli toimintatapojen tai protokollan noudattamatta jättäminen 28 prosentissa. Haittatapahtumista raportoitaessa avoimet kysymykset paljastavat vielä kolme altistavaa tekijää virheille; lääkkeiden vähyys, letkujen yhdistämisessä olevat ongelmat ja laskuvirheet.

Veräjänkorvan mukaan sairaanhoitajat eivät tunnista riittävän hyvin lääkehoidon riskikohtia ja hän toteaa myös muutamien aiempien tutkimusten tukevan näitä tuloksia (Veräjänkorva 2003, 122, 125).

3.4.1 Poikkeamat lääkehoidon toteuttamisessa

Suikkasen mukaan lääkehoidon toteutuksessa tyypillisimpiä virheitä ovat virheet lääkkeiden jakamisessa. Virheellisestä jaosta seurasi usein väärin lääkkeiden päätyminen potilaalle asti. (Suikkanen 2008, 53) Turvallinen lääkejako on yksi

lääkityspoikkeamia ehkäisevä osa-alue. Lääkkeiden jakovirheitä voidaan ehkäistä myös käyttämällä automaattisia lääkkeiden jakojärjestelmiä. Turvallinen lääkkeidenjako koostuu selkeästä ja luettavasta etiketöinnistä aina hoidon toteuttamiseen asti. (Council of Europe 2006) Tässä kokonaisuudessa sairaanhoitajan vastuulla on käytännössä vain lääkehoidon toteuttaminen.

STM:n oppaassa on annettu suositukset lääkkeiden jakamisesta ja antamisesta ja niihin liittyvä ohjeistus tulee olla myös lääkehoidon suunnitelmassa. Lääkkeet tulisi jakaa alkuperäisen kirjallisen määräyksen mukaan. Lääkejaon pitäisi tapahtua tarkoituksenmukaisessa rauhallisessa tilassa. Jaettujen lääkkeiden ja lääkelasien tulisi olla selkeästi merkittyjä niin, ettei antamisen yhteydessä ole sekaantumisen vaaraa ja ne tulisi säilyttää lukittavissa tiloissa. Lääkkeitä annettaessa on vielä varmistettava oikea annostelu ja potilaan henkilöllisyys. Jokainen on vastuussa lääkkeiden vaikutusten seuraamisesta. (STM 2005, 58, 60)

Suikkasen tutkimuksessa (2008) poikkeamat lääkehoidon toteutuksessa tapahtuivat potilaan tunnistamisessa, lääkkeen valitsemisessa, lääkkeen annostelussa, antoajankohdassa ja antoreitissä (viisi oikeaa -lista). Potilaan tunnistamisessa tapahtui virheitä huolimattomuuden ja potilaan nimien samankaltaisuuden seurauksena tai kun potilas oli siirtynyt saman yksikön sisällä, mutta muutosta ei ollut kirjattu lääkelistaan. Väärän lääkkeen valinta johtui inhimillisestä erehdyksestä, rutiininomaisesta toiminnasta tai lääkkeiden nimien samankaltaisuudesta. Poikkeamaa saattoivat edesauttaa myös kiire tai liika työkuormitus. Väärien lääkkeiden jako lääketarjottimelle oli hyvin yleinen poikkeama, minkä huomasi joko lääkettä potilaalle vienyt hoitaja tai potilas itse. Lääkeannospoikkeamia esiintyi yhtäläillä liian suurissa kuin pienissä annoksissa ja ne olivat osaksi samojen tekijöiden seurausta kuin edelliset poikkeamat. Lääkkeen antoajankohdassa tapahtui virheitä etenkin kun potilas siirrettiin yksiköstä toiseen. Ajankohdan virheellisyyteen saattoi johtaa myös väärä kirjaus. Lääkehoitoa toteuttavat henkilöt myönsivät toimineensa joskus huolimattomasti lääkehoitoa toteuttaessaan ja aikoivat olla jatkossa tarkkaavaisempia ja huolellisempia. (Suikkanen 2008, 29–35, 51)

Lääkkeiden nimien ja ulkonäön samankaltaisuus sekä tiheästi vaihtuvat lääkevalmisteet ovat riski lääkepoikkeamien synnylle (Suikkanen 2008, 44). Sama ongelma tulee esille myös saamistamme osastojen lääkehoidon suunnitelmista ja osastonhoitajat toivat asian selvästi esille opinnäytetyömme työelämäpalaverissa.

3.4.2 Lääkehoidon poikkeamat tiedonkulussa ja dokumentoinnissa

Potilaita on yleensä hoitamassa useampia henkilöitä ja siten merkitsemättä jäänyt tai väärin merkitty lääke on aina riski, sillä se voi johtaa esimerkiksi lääkkeen antamiseen uudelleen liian nopeasti. STM:n oppaan (2005, 60–61) mukaan lääkehoidon kirjaamisprosessin suunnittelu ja toteuttaminen kuuluvat olennaisesti lääkehoidon suunnitelmaan. Kirjaaminen toteutetaan siitä annettujen säädösten mukaisesti. Lääkehoidon kirjaamisessa tulee ottaa huomioon muun muassa se, että lääkehoitoon liittyvät merkinnät tehdään huolellisesti ja ajantasaisesti aina lääkäriä konsultoitaessa tai lääkärille lääkehoitoon liittyvistä asioista raportoitaessa. Lääkehoidon vaikutukset tulee kirjata potilasasiakirjoihin huolellisesti.

Hicksin ja Beckerin (2006) tutkimuksessa puutteellinen tai epätarkka määräyksen puhtaaksikirjoitus oli kolmanneksi yleisin lääkitysvirheisiin johtanut tekijä. Suikkasen (2008, 35, 37–38, 53) mukaan dokumentointipoikkeamat ovat raportoiduista poikkeamista kaikkein yleisimpiä. Poikkeamat dokumentoinnissa ilmenivät joko lääkemääräyksen tai annetun lääkkeen virheellisenä kirjaamisena. Ongelmia oli määräysten saamiseen ja niiden selkeyteen, lääkelistojen sekavuuteen ja tietojärjestelmien käyttöön liittyen sekä potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Poikkeamia syntyi esimerkiksi tarkkaavaisuuden puutteen, osaamattomuuden ja yhteisten toimintatapojen puuttumisen seurauksena. Dokumentointipoikkeamien riskiä lisää lääkemääräysten kopiointi useaan eri paikkaan. Myös tulkinnanvaraiset ja epäselvät merkinnät ja eri yksiköissä käytössä olevat totut lyhenteet ja merkinnät, joita ei muissa yksiköissä tunneta, voivat lisätä lääkityspoikkeamien riskiä. Muutoinkin potilaan siirtyminen organisaatiosta tai yksiköstä toiseen on aina riski dokumentointipoikkeamille. Myös Pasternackin (2006, 2466) mukaan työvuorojen vaihdot ja potilaiden siirrot osastolta toiselle ovat

herkkiä aukkoja, joissa virheitä helposti syntyy. Hoidon jatkuvuus tulee STM:n (2005, 61) mukaan ottaa huomioon niin lääkehoidon suunnitelmassa kuin joustavien tiedonsiirtokäytäntöjen käyttöönotossa. STM:n asetuksen (2009, 7§) mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä hoidon kannalta tarpeelliset tiedot riittävän laajasti. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä, eikä niissä tule käyttää kuin yleisesti hyväksytyjä, tunnettuja käsitteitä ja lyhenteitä.

Määräämiseen liittyvät poikkeamat olivat yhteydessä lääkemuutokseen, lääkkeen liuottimeen tai samantyyppisten lääkkeiden samanaikaiseen määräämiseen. Poikkeamia ilmeni myös lääkemääräysdokumenttien epäselvistä, keskeneräisistä tai puutteellisista merkinnöistä johtuvina tai kun määräykset oli jätetty ilmoittamatta lääkehoitoa toteuttavalle henkilöstölle, esimerkiksi määräys lääkärinkierron ulkopuolella. Lääkemääräyksen antaminen suullisesti saattoi johtaa väärään tulkintaan. Lääkityspoikkeama tapahtui tällaisissa tilanteissa, jos lääkehoitoa toteuttava henkilö ei varmistanut epäselvää tilannetta ja kyseenalaistanut annettua määräystä. (Suikkanen 2008, 27–29). Tutkimukseen osallistuneiden osastojen lääkehoidon suunnitelmissa on määrätty, että sairaanhoitajan on huolehdittava, että hän on ymmärtänyt annetun lääkemääräyksen oikein. (Läkehoidon suunnitelmat 2010)

Suikkasen (2008, 36–40, 53) tutkimuksen mukaan lääkkeenjakoilijat ja potilastietojärjestelmissä olevat dokumentit saattoivat erota toisistaan, määräys oli esimerkiksi saatettu jättää kirjaamatta lääkejakoilijalle. Tällöin potilas sai eri lääkkeitä kuin mihin hoitopäätöksiä tehtäessä kiinnitettiin huomiota. Virheellinen kirjaaminen saattoi johtaa esimerkiksi päällekkäisiin lääkityksiin ja lopetettujen lääkkeiden jatkumiseen. Virheitä ei välttämättä huomattu useaan päivään, joten alkuperäisen määräyksen kirjaaminen oikein korostuu.

3.5 Läkehoidon poikkeamien ehkäisy

Edellisissä kappaleissa esitetyt virheisiin, vaaratapahtumiin ja haittatapahtumiin yhteydessä olevat asiat ovat niitä seikkoja, joihin vaikuttamalla potilasturvallisuutta voidaan parantaa. Helpoimmin korjattavissa ovat ongelmat, joissa toimijoina ovat

hoitaja, lääkäri, potilas, työtehtävä ja koko hoitotiimi. Vaikeampia ongelmia ovat ne, jotka sijaitsevat organisaation rakenteissa, johtamisessa ja työympäristössä.

Turvallisempi lääkityksen valvonta on osa lääkityspoikkeamien ehkäisyä ja se perustuu lääkitysten säännölliselle tarkistamiselle sekä lääkehaittatapahtumien ennakoivaan havaitsemiseen (Council of Europe 2006). Työntekijöiden tulee olla tietoisia virheiden mahdollisuudesta ja toiminnan riskikohdista, jotta virheet pystytään minimoimaan. Näin toimittaessa ”virheiden ketju” olisi katkaistavissa ennen vahinkoa. Toisaalta oikein toteutetuilla ja helposti saatavilla olevilla pelastavilla toimilla vahingon aiheuttamaa haittaa voidaan vähentää, jos itse vahinkoa ei ole pystytty estämään. (Pasternack 2006, 2466)

Lääkehoitoa toteuttavien henkilöiden mielestä lääkehoitoon ja annettuihin lääkemääräyksiin kohdistuva kriittinen ajattelu on välttämätöntä ehkäistäessä lääkityspoikkeamia. Heidän mielestään on tärkeää tarvittaessa kysyä ja kyseenalaistaa määräys potilasturvallisuuden nimissä. Lääkityspoikkeamia ehkäisisi lääkehoitoa toteuttavien henkilöiden mielestä myös työvuorosunnittelu niin, ettei työntekijöille tule liian raskaita työrupeamia ja työympäristön rauhoittaminen häiriötekijöiltä. (Suikkanen 2008, 52)

Työtä tehdessä voi ikään kuin sokeutua omille virheilleen. Siten kaksoistarkistus on lääkejakovirheitä ehkäistäessä merkittävä toimintatapa. Se on huomattava lääkepoikkeamien vähentäjä. (STM 2005, 58; Ruuhilehto & Knuutila 2008, 13; Suikkanen 2008, 52, Ketola & Perkiö 2011, 2) Lääkehoidon poikkeamia ehkäisisi mahdollisesti myös apteekkien toteuttama annosjakelu tai osastofarmaseutin käyttö (Kaushal ym. 2001, 2117; STM 2005, 58). Jälkimmäisten keinojen käyttöönottoa saattaa vaikeuttaa niiden vaatima taloudellinen panostus.

Euroopan neuvoston mukaan hyvä kommunikointi lääkehoitoa toteuttavien henkilöiden välillä yksittäisten potilaiden lääkityksistä puhuttaessa on yksi osa-alue lääkityspoikkeamien ehkäisyssä (Council of Europe 2006). Lääkehoidonsuunnitelmassa tulee kiinnittää huomiota toimintatapoihin, joilla turvataan lääkelistojen ajantasaisuus (STM 2005, 61). Lääkekorttien tarkastaminen säännöllisesti lisää lääkitysturvallisuutta ja tämä voitaisiin määrätä nimettyjen

työntekijöiden vastuulle. Lisäksi lääkehoitoa toteuttavat henkilöt toivoisivat, että potilastietojärjestelmät näyttäisivät automaattisesti ja selkeästi potilaalle tulleet lääkemuutokset heti järjestelmään sisäänkirjautuessa. (Suikkanen 2008, 53)

Huolimattomuus altistaa lääkityspoikkeamille ja huolellisuuden ja tarkkavaisuuden lisääminen ovatkin keskeisiä asioita lääkityspoikkeamien ehkäisyssä (Hicks & Becker 2006; Suikkanen 2008, 54).

Lääkityspoikkeamien ehkäisyyn osallistuvat kaikki tekijät lääkkeiden tuotannosta lääkehoidon toteuttamiseen. Tämän tulee sisältyä hoitosäädöksiin, jotka kattavat esimerkiksi terveydenhuollon järjestelmät ja organisaatiot, jotka määräävät reseptien kirjoituksesta, lääkkeiden jaosta ja lääkkeiden käytön seurannasta. Lääkityspoikkeamien ehkäisyyn pitäisi sisältyä myös potilasturvallisuuskulttuuri, joka edistää ymmärrystä toiminnoista, jotka johtavat epätarkoituksenmukaiseen lopputulokseen. Lisäksi tulisi käyttää sellaisia mittareita, jotka osoittavat epätoivottujen tapahtumien esiintyvyyden. Myös henkilöstön ymmärrystä lääkityspoikkeamien estämiseksi tehtävistä jatkuvista havainnoista tulisi lisätä. Lääkityspoikkeamien ehkäisemiseksi jokaisessa maassa tulee olla yhtenevät turvallisen lääkehoidon käytännöt. Lääkityspoikkeamien luonne, syyt, yleisyys ja kliiniset seuraukset tulisi määrittää sairaaloissa ja kotihoidon puitteissa. (Council of Europe 2006)

Tärkeintä on julistaa potilasturvallisuutta edistävä kulttuuri koko terveysalan sektorille. Oleellista on oppia läheltä piti -tilanteista ja virheistä, sen sijaan, että keskityttäisiin syyttelyyn ja rankaisemiseen (European Commission 2005).

3.6 Lääkehoidon vaaratapahtumien raportointi

Lääkitysturvallisuuteen liittyvien ongelmien mittaaminen, tunnistaminen ja syiden analysoiminen mahdollistavat turvallisuusriskien ennakoimisen ja nopean ennaltaehkäisyyn (Erkko ym. 2011, 56). Jotta hoitovahingot voitaisiin estää, on tiedettävä, millaisia vahingot ovat ja miten ja millaisissa olosuhteissa ne tapahtuvat. Luotavien raportointijärjestelmien tulee siis olla sellaisia, jotka paljastavat kaikki

tilanteet, joissa hoidon virheitä ja poikkeamia esiintyy. (Pasternack 2006, 2467) Vaaratapahtumista raportoinnin tarkoituksena on kerätä tietoa näistä tapahtumista, tallentaa tieto, tehdä tiedon jatkokäsittely ja tapahtumien analysointi mahdolliseksi sekä tapahtumasta oppiminen ja toiminnan kehittäminen (STM 2009, 14). Jos keskitytään pelkästään sattuneisiin hoitovahinkoihin, toivottua tulosta ei voida saada. On tärkeää tunnistaa myös kaikki läheltä piti -tapahtumat, jotka olisivat voineet johtaa vahinkoon. Siten saadaan myös tietoa tekijöistä, joiden vaikutuksesta vahinko on estynyt. Jotta järjestelmä olisi turvallinen, raportoinnin tulee olla yksityiskohtaista. (Pasternack 2006, 2467) Lääkityspoikkeamien raportointi, niihin johtaneiden syiden tarkastelu, palautteen hyödyntäminen siitä oppimalla ja toimintatapoja muuttamalla sekä tiedon levittämisen riskien ehkäisystä ja vähentämisestä tulee sisältyä valtioiden yhteneviin ja toisiaan täydentäviin lääkehoidon käytäntöihin. Seuranta- ja palautejärjestelmät tuottavat siis tietoa, joka palvelee toimintayksiköiden toiminnan kehittämistä. Suomessa näitä järjestelmiä pitää käsitellä myös lääkehoidon suunnitelmissa. (STM 2005, 61–62; Council of Europe 2006). Vaaratapahtumien raportointi ja niistä oppiminen sisältyvät myös kansalliseen potilasturvallisuusstrategiaan (STM 2009, 12) ja uusimpaan potilasturvallisuusoppaaseen (THL 2011, 28). Olisi ihanteellista, jos sisäinen vaaratapahtumien ja virheiden raportointi olisi luonnollinen osa jokaisen terveydenhuollon toimintayksikön toimintaa (Pasternack 2006, 2467).

Vaaratapahtumista saadun palautteen hyödyntämiseen ja havaituista poikkeamista oppimiseen tulisi STM:n oppaan mukaan kiinnittää huomiota lääkehoidonsuunnitelmissa niin, että keskitytään poikkeamiin johtaneiden syiden seurantaan enemmän kuin yksittäisiin tekijöihin (STM 2005, 61–62). HaiPro on vaaratapahtumien raportointimalli, jonka avulla raportoidaan potilasturvallisuutta vaarantavia tapahtumia. Ohjelman käyttö perustuu vapaaehtoisuuteen, luottamuksellisuuteen ja rankaisemattomuuteen. Raportin tekijän henkilöllisyys ei tule julki missään vaiheessa ilmoituksen tekemistä, myös lisätietoja tapahtumasta voi antaa nimettömänä. Tällä on tarkoitus saada aikaan matala ilmoittamiskynnys. Virheraportoinnin tarkoituksena on keskittyä tapahtumaan johtaneisiin syihin syyllisten etsimisen sijaan. (Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 17) Tämä on

tärkeää, sillä kurinpitotoimien pelko on Potylyckin ym. (2006, 371) mukaan suurin este haittatapahtumailmoitusten tekemiselle. Jos virheistä ei rangaista, henkilökunta on valmiimpi avoimempaan raportointiin ja muutosten ehdottamiseen, mutta mieluiten he tekevät virheraportit nimettömänä. (Potylycki ym. 2006, 375) Syyllisten etsiminen ei myöskään ole lainkaan olennaista etsittäessä hoitovahinkojen ja virheiden syitä (Pasternack 2006, 2465). HaiPro-työkalu on käytössä yli 50 sosiaali- ja terveysalan työyksikössä, jotka vaihtelevat kooltaan terveyskeskuksista sairaanhoitopiireihin (AWANIC 2010).

HaiProa kehitettäessä pyrittiin nopeaan raportointiin, raporttien analysointiin sekä palautteen antamiseen ja saamiseen. Kiireisissä sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa ohjelman nopeus ja helppokäyttöisyys ovat erittäin tärkeitä. Tärkeää on myös ottaa huomioon ihmisen toiminnan luonne ja toimintajärjestelmään liittyvät tekijät sekä tapahtumien syitä analysoitaessa että toimenpiteitä esitettäessä. Tavoitteeksi HaiProlle asetettiin myös organisaatioiden sisäisen oppimisen ja kehittämisen edistäminen. Raportointimalli HaiPro on hyvin muunneltavissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikön vaatimusten mukaan ja se palvelee valtakunnallista vaaratapahtumien raportointia. (Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 17). HaiPro-raportointijärjestelmää kehitetään jatkuvasti vastaamaan mahdollisimman hyvin sosiaali- ja terveysalan tarpeita potilasturvallisuustapahtumien raportoinnissa. (AWANIC 2010)

Haittatapahtumailmoitusten käsittely on kaiken perusta työntekijöitä motivoitaessa ilmoitusten tekoon. Samalla käsittelyn ja keskustelun avulla on aikaan saatu toimintatapoja parantavia muutoksia ja ongelmat on saatu nostettua esille. (Avelin & Lepola 2008, 48; Ruuhilehto & Knuutila, 2008, 8; Suikkanen 2008, 52–53). Motivointi ilmoitusten tekoon koetaan kaiken kaikkiaan haasteellisena. Ilmoitusten käsittelyn lisäksi motivointikeinoina käytetään muun muassa keskustelua, muistuttamista, asian esillä pitämistä, tiedottamista, tilastojen esittämistä sekä saatujen hyötyjen, konkreettisten tulosten ja muutosten esittämistä. Myös HaiPron perusominaisuudet kuten nimettömyys ja rankaisemattomuus ovat edesauttaneet järjestelmän käytön yleistymistä. (Ruuhilehto & Knuutila. 2008, 2–3, 6–7) Näistä motivointikeinoista poiketen Potylyckin ym. (2006, 375) tutkimuksen mukaan

haittatapahtumien ilmoitushalukkuus lisääntyi hoitajien saatua lisäkoulutusta sen sijaan, että olisivat vain keskustelleet haittatapahtumista virheen tehneen työntekijän kanssa. Veräjänkorvan (2003, 123) mukaan sairaanhoitajat eivät itse tunnista riittävän hyvin keskustelutarvetta ongelmia aiheuttavista tilanteista.

HaiPro-työkalulla ilmoitettavat tapahtumat keskittyvät laitteiden käyttöön ja niiden toimintaan käytön aikana, lääkitysturvallisuuteen ja hoidon toteuttamiseen (Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 42). Eri lähteiden mukaan tehdyistä ilmoituksista lääkitysturvallisuutta koskevia oli 38 prosentista noin puoleen kaikista tapauksista (STM 2008, 28; Kotanen-Lönnroos & Wallen 2010, 24–25). Erityisesti erikoissairaanhoidon tarpeita varten kehitetty luokitus jaottelee ilmoitettavia tapahtumia neljääntoista eri ryhmään. Niistä meidän opinnäytetyöaiheeseemme liittyy lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjoaineeseen tai radiolääkeaineeseen liittyvä haittatapahtuma, joiden alaotsikoita ovat virhe lääkkeen valmistuksessa tai käyttökuntoon saattamisessa, tilausvirhe, toimitusvirhe, säilytysvirhe, määräysvirhe, korjaamisvirhe, jakovirhe, antovirhe ja odottamaton reaktio potilaalle. Työssämme ja kyselylomakkeessa keskitymme lähinnä sairaanhoitajan suorittamaan lääkehoidon toteuttamiseen. Lisäksi tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvän haittatapahtuman ilmoittaminen on mielestämme oleellinen opinnäytetyötämme ajatellen. Tällainen haittatapahtuma on diagnosointiin, hoitoon, tutkimukseen tai toimenpiteeseen, potilastietojen dokumentointiin tai suulliseen tiedonkulkuun ja viestintään liittyvä virhe. (AWANIC 2010)

4 MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA

4.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä eroista ja suhteista (Vilka 2007, 13). Kvantitatiivisella tutkimuksella pystytään yleensä kartoittamaan olemassa olevaa tilannetta, muttei kyetä riittävästi selvittämään asioihin liittyviä syitä. Menetelmällä selvitetään usein myös asioiden välisiä riippuvuuksia ja muutoksia tutkittavassa ilmiössä (Heikkilä 2008, 16). Muuttuja voi olla esimerkiksi tutkittavaa koskeva asia, toiminta tai ominaisuus kuten mielipide, ikä, sukupuoli tai ammattiasema. Muuttujat ovat määrällisessä tutkimuksessa ne asiat, joista halutaan saada tietoa. Määrällisessä tutkimuksessa muuttujat määritetään mitta-asteikoille, joilla muuttujat ryhmitellään, järjestetään tai luokitellaan. Tutkimusmenetelmään kuuluu strukturointi, mittaaminen, tiedon esittäminen numeroin, objektiivisuus sekä tutkittavien suuri määrä. (Vilka 2007, 13–14, 16) Kvantitatiiviseen tutkimukseen kuuluvat lisäksi keskeisesti johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiempien teorioiden tunteminen ja käsitteiden määrittely (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140).

Määrällisessä tutkimuksessa muuttujia ja niiden ominaisuuksia käsitellään kuvailemalla niitä numeroiden avulla. Tutkimustieto saadaan numeroina tai laadullinen aineisto ryhmitellään numeeriseen muotoon. Olennainen numerotieto kuvaillaan tutkimuksessa sanallisesti. Määrällisessä tutkimuksessa tutkittavia on usein suuri määrä ja mitä suurempi otos on perusjoukkoon nähden, sitä luotettavammin tulokset kuvaavat keskimääräistä mielipidettä, kokemusta tms. (Vilka 2007, 14, 16–17)

Yllä esitettyjen ominaisuuksien vuoksi tämä tutkimusmenetelmä sopii tarkoitukseemme ja tavoitteisiimme nähden parhaiten tutkimuksen toteuttamiseen. Menetelmän etuna on myös se, että tutkittavat pysyvät etäisinä ja anonyymeina, tutkimusaiheemme ollessa melko arkaluontoinen.

4.2 Kysymykset ja kyselylomake

Kyselylomakkeen valitsimme, koska se oli meille luontevin keino toteuttaa aineistonkeruu, ja lisäksi se on tehokas tapa kerätä tietoa tutkimusotoksen ollessa suuri (Heikkilä 2008, 19).

Hyvä kysymys on selkeä, mahdollisimman lyhyt, spesifi, tutkittavan asian kannalta oleellinen ja kysyy vain yhtä asiaa kerrallaan. Kysymyksen tulee olla myös kohteliaasti ja kielellisesti hyvin esitetty, eikä se saa johdatella vastaajaa. On tärkeää että kysymys mahdollistaa vastausten saamisen halutusta asiasta. (Heikkilä 2008, 57; Hirsjärvi ym. 2009, 202–203) Kysymysten määrää ja sijoittelua tulee miettiä. Kyselylomakkeen alkuun on hyvä sijoittaa helposti vastattavia kysymyksiä. Vastajaan liittyviä kartoitustietoja, kuten tässä työssä työvuodet osastolla, on hyvä kysyä alussa, mutta niitä ei tule kysyä kuin tutkimuksen kannalta oleellinen määrä turhien kysymysten välttämiseksi ja siksi, ettei vastaaja tunne kyselyä tungettelevaksi. Varsinaista määrällistä rajaa kysymyksille ei aseteta, mutta vastaajan tulisi pystyä vastaamaan kaikkiin kysymyksiin noin 15 minuutissa. (Hämeen-Anttila & Katajavuori 2008, 66; Hirsjärvi ym. 2009, 202–203)

Kyselylomakkeen tekoon voi saada ideoita ja malleja aiempien tutkimusten kyselylomakkeista, mutta näitä käytettäessä on oltava kriittinen. (Hämeen-Anttila & Katajavuori 2008, 65) Kyselylomaketta (Liite 1) valmistellessamme silmäilimme useita opinnäytetöissä olleita kyselylomakkeita ja näiden saatekirjeitä. Emme ottaneet mitään suoraan, mutta saimme niistä ideoita.

Valmiin kyselylomakkeen tulee olla selkeä ja ymmärrettävä ja sillä tulee pystyä keräämään tarvittavat tiedot luotettavasti ja riittävän tarkasti. Kysymyksissä käytettyjen sanojen ja sanamuotojen tulee olla yksiselitteisiä ja helposti ymmärrettäviä, eikä lyhenteiden käyttö ole suotavaa. Kysymysten vakiointia sellaisiksi, että kaikki tutkittavat ymmärtävät ne samalla tavalla ja ne voidaan esittää kaikille tutkittaville samoin, kutsutaan strukturoinniksi. Myös kysymysten vastausohjeiden tulee olla selkeitä ja helposti ymmärrettäviä. Kielen tulee olla kohderyhmän huomioivaa niin että tutkittava pysty ymmärtämään sitä arkiymmärryksellään. Meidän kohderyhmänämme ovat sairaanhoitajat, joten voimme teoriassa käyttää myös ammattisanastoa. (Vilkkä 2007, 13–15; Heikkilä

2008, 57; Hämeen-Anttila & Katajavuori 2008, 65–66; Hirsjärvi ym. 2009, 202–203) Lomakkeesta on hyvä pyytää kommentteja vaikkapa toisilta tutkijoilta ja myös tutuilta maallikoilta. He voivat huomata lomakkeessa korjattavia asioita, joille tekijät itse ovat sokeita. (Hämeen-Anttila & Katajavuori 2008, 65–66) Me tarkistutimme kyselylomakkeemme (Liite 1) ohjaavalla opettajallamme ja opponoijallamme sekä testasimme lomakkeen sairaanhoitajilla ennen varsinaisen tutkimuksen toteuttamista. Tällä pyrimme varmistamaan lomakkeen laadun.

Tutkittaville annettavassa kyselylomakkeessa tulee olla saatekirje. Sen tulee olla selkeä, helposti luettava ja visuaalisesti miellyttävä sekä sävyltään kunnioittava ja kohtelias. Saatekirjeestä pitää helposti selvittää, kuka tutkii, mitä tutkii ja miksi. Tutkimuslaitos tai vastaava tulee ilmoittaa avoimesti. (Hämeen-Anttila & Katajavuori 2008, 69)

Tutkimustieto kerätään ja tulkitaan objektiivisesti. Määrällisessä tutkimuksessa tutkittavien ja tutkijan suhde on usein etäinen, eikä tutkija pääse vaikuttamaan saatuihin vastauksiin. Tulkinnessa objektiivisuudesta joudutaan usein tinkimään, koska tutkija voi itse päättää mihin viitekehukseen hän tutkimustulokset asettaa. (Vilkkä 2007, 16)

Päätimme tehdä kyselylomakkeen Likertin asteikkoa käyttäen, sillä meistä oli luontevinta esittää väittämien muodossa ne asiat, joista halusimme tietoa. Likertin asteikko on mielipideväittämässä käytetty esimerkiksi 4–5 -portainen asteikko, jossa ääripäät ovat esimerkiksi täysin eri mieltä (=1) ja täysin samaa mieltä (=5) (Vilkkä 2007, 46; Heikkilä 2008, 53; Hämeen-Anttila & Katajavuori 2008, 61). Esitämme väittämät positiivisessa muodossa esimerkiksi 'teen vaaratapahtumailmoituksen kun huomaan virheen lääkejaossa', mihin vastaajat vastaavat asteikolla 1–4 (1=en koskaan ja 4=aina). Väittämien ollessa positiivisessa muodossa, vastausten tulkinta ja niiden ajaminen tilastointiohjelmaan, on helpompaa (Heikkilä 2008, 51–52). Muutoinkin monivalintakysymykset, kuten Likertin asteikon kysymykset ovat helpompia käsitellä ja analysoida tietokoneella, kuin avoimet kysymykset ja lisäksi vastauksia on helppo verrata keskenään. Myös vastaajalle monivalintakysymykset ovat helpompia ja nopeampia vastattavia. (Hirsjärvi ym. 2009, 201) Likertin asteikossa sanallisten järjestysasteikkojen laatiminen on vaikeaa muun muassa

siksi, että ihmisille samat sanat voivat tarkoittaa hieman eri asioita. Vastaajan voi olla esimerkiksi vaikeaa valita tekeekö hän jonkin asian joskus, silloin tällöin vai harvoin. Ääripäiden, kuten usein ja ei koskaan, valitseminen on useimmiten helpompaa. (Vilkka 2007, 46; Hirsjärvi ym. 2009, 202) Asettaessamme kyselylomakkeeseen väittämiä, joihin vastaajien tulee vastata 'samaa mieltä – eri mieltä' -tyyppisesti, voi johtaa vastaustaipumukseen, jossa vastaajat valitsevat vaihtoehdon, joka on yleisesti hyväksytyin (Hirsjärvi ym. 2009, 203). Tätä emme voi käytännössä estää muutoin kuin painottamalla vastaajille tulosten käsittelyn luottamuksellisuutta ja sitä, ettei yksittäisiä vastaajia voi lomakkeista tunnistaa.

Päätimme asettaa kyselylomakkeeseen (Liite 1) myös yhden avoimen kysymyksen, jolla toivomme saavamme vastauksen toiseen tutkimusongelmaamme. Kyseistä tutkimusongelmaa ajatellen avoin kysymys tuntui paremmalta ratkaisulta kuin väittämien asettaminen aiheesta, sillä emme välttämättä osaisi keksiä väittämiä juuri tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitajien näkemyksiä vastaamaan, jolloin jopa tärkeimmät lääkitysturvallisuutta vaarantavat syyt voisivat jäädä selvittämättä. Hirsjärven ym. (2009) mukaan avoimilla kysymyksillä on useita etuja. Ne sallivat muun muassa vastaajien ilmaista asiansa omin sanoin, eivätkä ne ehdota vastauksia. Tällöin ne osoittavat vastaajan tietämyksen aiheesta ja sen mikä on tärkeää ja keskeistä heidän ajattelussaan sekä asiaan liittyvien tunteiden voimakkuuden. Avoimet kysymykset antavat myös mahdollisuuden tunnistaa motivaatioon liittyviä seikkoja ja ne auttavat monivalintakysymyksiin annettujen poikkeavien vastausten tulkinnassa. Toisaalta ne ovat vaikeampia ja työläämpiä tulkittavia, vievät mahdollisesti enemmän aikaa myös vastaajalta ja eri henkilöiden antamia vastauksia on vaikeampi verrata keskenään. (Hirsjärvi ym. 2009, 201)

4.3 Aineiston keruu

Opinnäytetyössämme otokseksi muodostuu koko perusjoukko eli neljän erikoissairaanhoidon vuodeosaston sairaanhoitajat. Määrä ei tällöinkään ole kovin suuri, mutta tuloksien voi olettaa kuvaavan hyvin tätä joukkoa, jos vastausprosentti on hyvä. Keräsimme aineiston neljältä erikoissairaanhoidon vuodeosastolta ajalla 15.2.2011–26.3.2011. Osastonhoitajien mukaan osastoilla oli yhteensä 49 sairaanhoitajaa, joille jätimme kysymyslomakkeet (ks. Liite 1) täytettäväksi. Lomakkeista saimme täytettyinä takaisin 41 ja näiden lisäksi käytössämme on neljä lomaketta kysymyslomakkeen testaajien täyttämänä. Näitä voimme käyttää aineistossamme, koska emme muuttaneet kysymyslomakkeesta mitään testauksen jälkeen. Vastausprosenttimme on siis 84,9 %, johon olemme tyytyväisiä etenkin kun kohdejoukkomme oli alkujaan niin pieni.

4.4 Aineiston analyysi

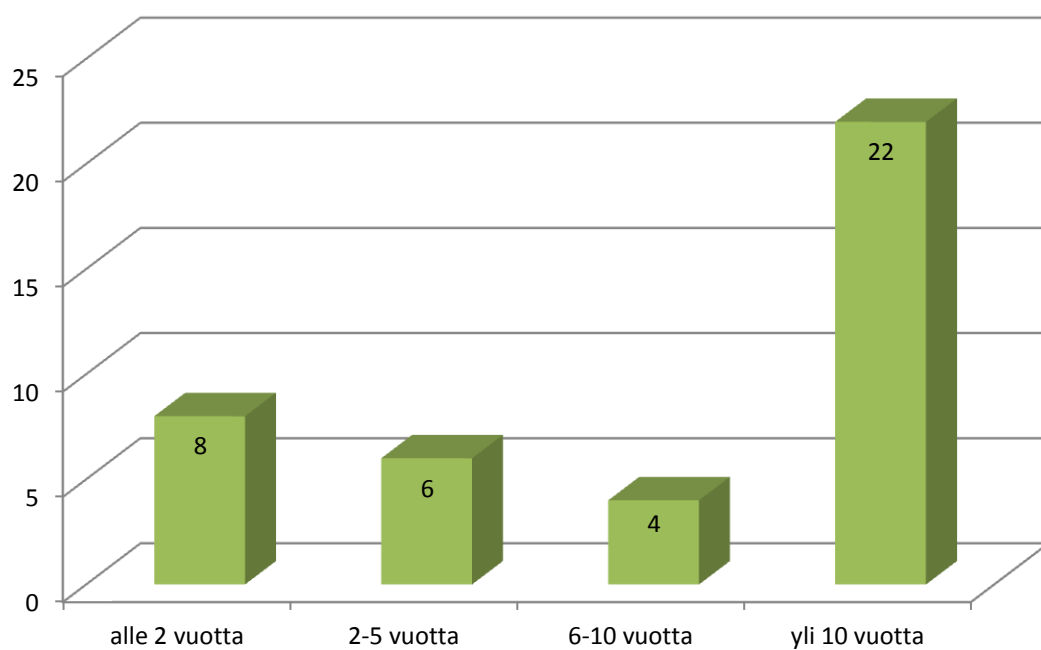
Syötimme kaikki kyselylomakkeemme väittämät SPSS -ohjelmaan. Tämän jälkeen tulokset oli helppo lisätä sillä koska käytimme Likertin asteikkoa, eri vastauksilla oli jo valmiiksi ohjelmaan sopivat numeroarvot. Alkuun teimme kaikista väittämistä vastauksineen pylväsdiagrammit, jotka kuvaavat vastausten jakautumista eri vaihtoehtojen kesken. Kaikkien kuvaajien esittäminen ei kuitenkaan ollut tärkeää tulosten havainnollistamisen kannalta, joten karsimme osan pois.

Avoimen kysymyksen vastaukset analysoimme ryhmittelemällä (Tuomi & Sarajärvi 2006, 112–113) vastaajien alkuperäisilmaisut luokiksi niiden ominaisuuksien mukaan. Jatkoimme analyysia kvantifioimalla (Catanzaro 1988; Burns & Grove 1997 lähteessä Tuomi & Sarajärvi 2006, 117) aineiston eli laskemalla, kuinka moni vastaaja ilmaisi saman asian lääkitysturvallisuuden vaarantavaksi tekijäksi.

Vastausten jakautuminen ja niistä kertovat numerot eivät kuitenkaan kerro tutkimuksemme lopputulosta. Tarkastelemmekin tekemiämme havaintoja analyttisesti työmme pohdintaosiossa ja tulkitsemme niitä lähteisiin ja omaan ajatteluun perustuen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 95)

5 TULOKSET

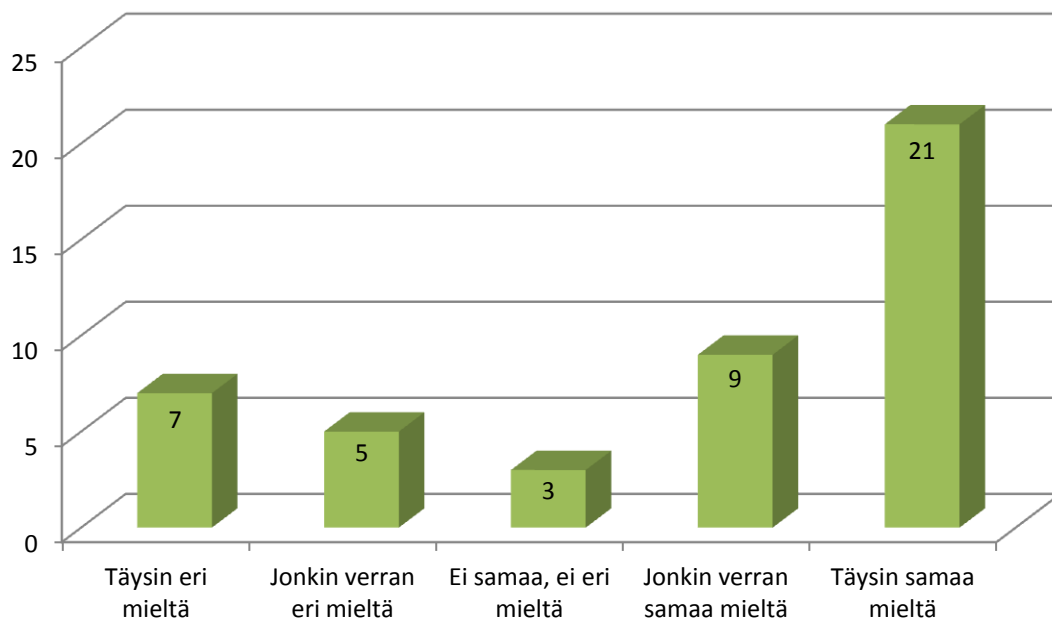
Kyselyn aluksi kartoitimme vastaajien työkokemusta sairaanhoitajina. Vastanneista (n=40) yli puolet (22) oli työskennellyt sairaanhoitajana enemmän kuin 10 vuotta. Muissa ryhmissä sairaanhoitajia oli jokaisessa noin kuudennes vastaajista. 5 hoitajaa ei vastannut kysymykseen lainkaan. (Kuvio 2)



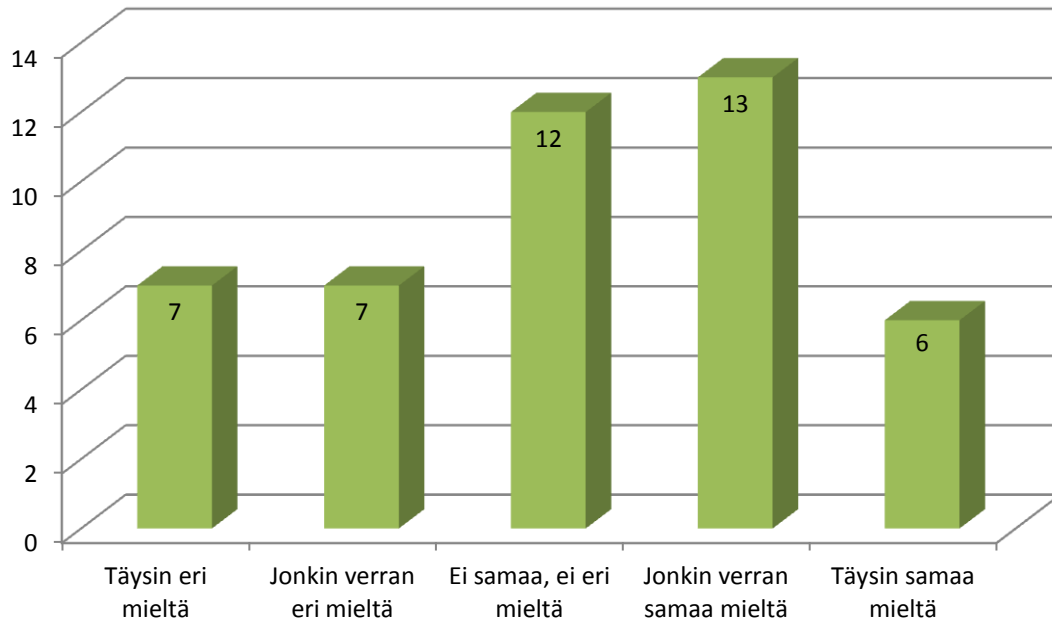
Kuvio 2. Työvuodet sairaanhoitajana

5.1 Lääkehoidonsuunnitelma ja lääkehoidon ohjaus

Kysyttäessä hoitajilta, ovatko he tutustuneet oman osastonsa lääkehoidonsuunnitelmaan, lähes puolet vastanneista (21) vastaa 'täysin samaa mieltä', loput vastaajat jakautuvat neljään muuhun vastausvaihtoehtoon melko tasaisesti (Kuvio 3). Vain 6 vastaajaa on 'täysin samaa mieltä' siitä, että lääkehoidonsuunnitelma on hyvin esillä osastolla ja 13 vastaajaa on 'jonkin verran samaa mieltä' väittämän kanssa. 12 vastaajaa on valinnut vaihtoehdon 'ei samaa, ei eri mieltä' ja loput 14 vastaajaa ovat 'jonkin verran eri mieltä' tai 'täysin eri mieltä'. (Kuvio 4)

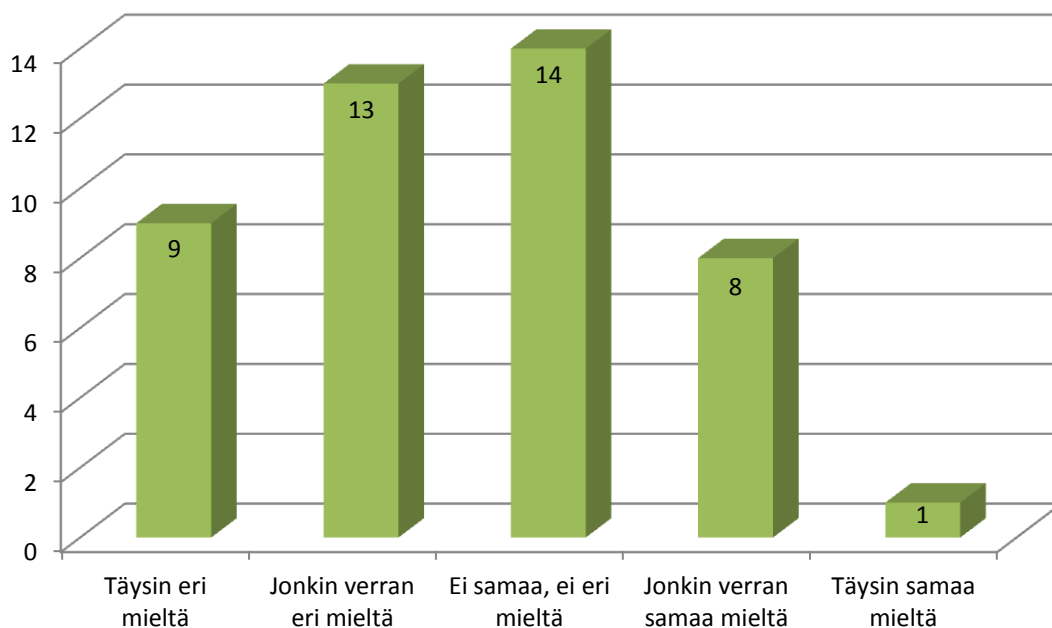


Kuvio 3. Olen tutustunut osastoni lääkehoidon suunnitelmaan



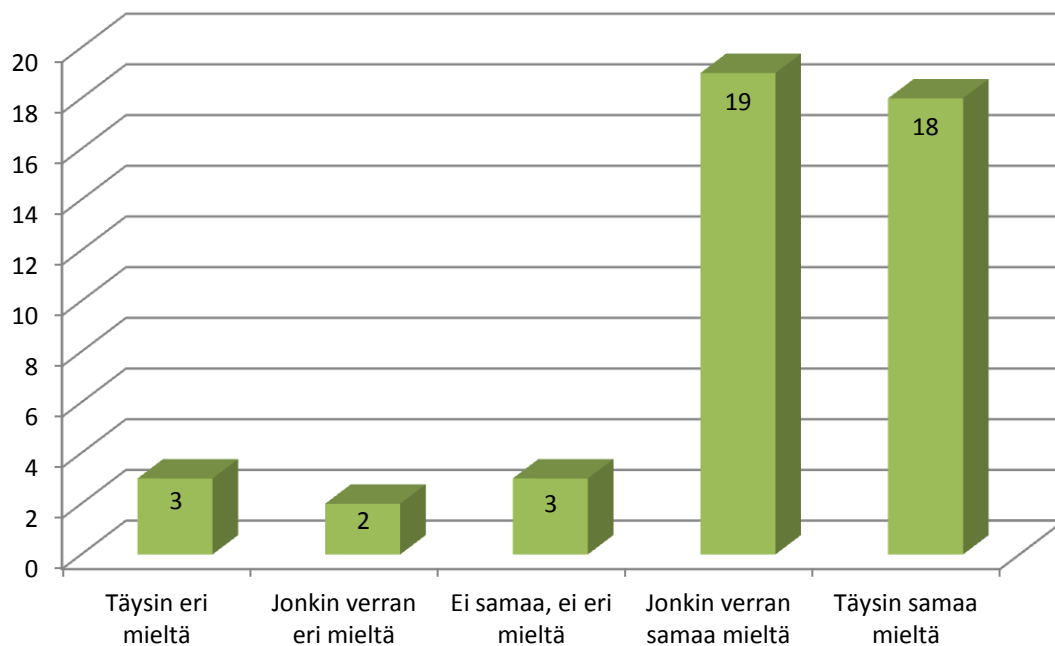
Kuvio 4. Lääkehoidonsuunnitelma on osastollani hyvin esillä

Uusien työntekijöiden hyvästä perehdyttämisestä osaston lääkehoidonsuunnitelmaan vain yksi vastaaja on 'täysin samaa mieltä', 8 vastaajaa on 'jonkin verran samaa mieltä', 'ei samaa, ei eri mieltä' -vaihtoehdon on valinnut 14 ja loput 22 vastaajaa on 'täysin eri mieltä' tai 'jonkin verran eri mieltä'. (Kuvio 5)



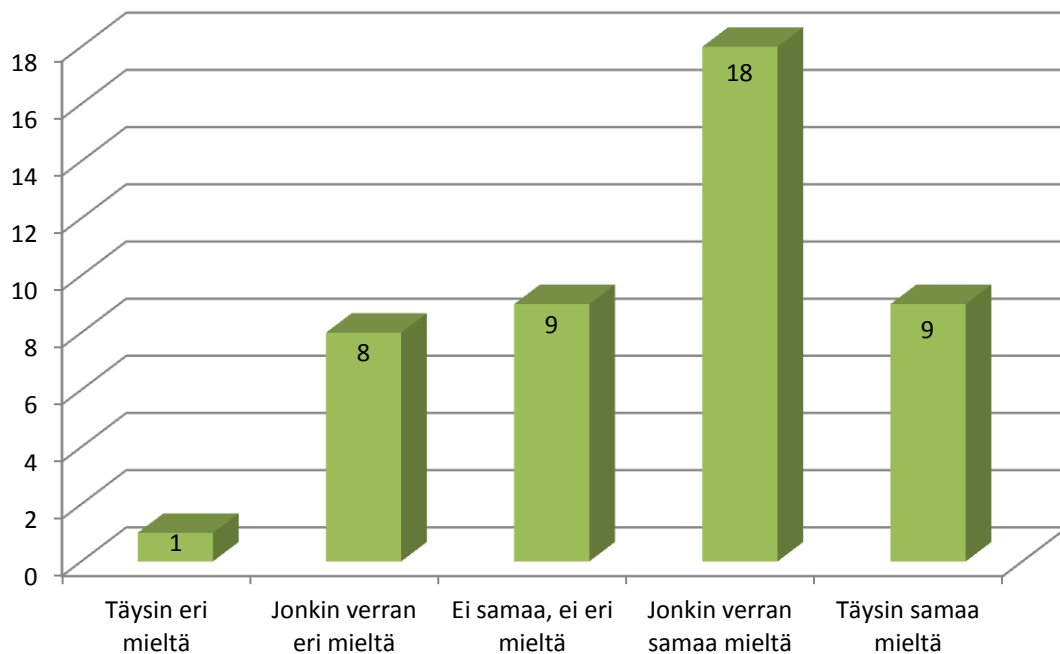
Kuvio 5. Uudet työntekijät perehdytetään hyvin osaston lääkehoidonsuunnitelmaan

Päivittään työssään jotakin lääkehoidon ohjeistusta käyttää valtaosa vastaajista. 37 vastaajaa on valinnut joko vaihtoehdon 'täysin samaa mieltä' tai 'jonkin verran samaa mieltä'. Vain 8 vastaajaa jää muihin ryhmiin. (Kuvio 6)



Kuvio 6. Käytän päivittäin työssäni jotakin lääkehoidon ohjeistusta

Kysymys riittävän lääkehoidon koulutuksen saamisesta jakaa vastaajat. 9 on 'täysin samaa mieltä' väittämän kanssa, 18 'jonkin verran samaa mieltä', 9 on vastannut 'ei samaa, ei eri mieltä', 8 on 'jonkin verran eri mieltä' ja yksi henkilö 'täysin eri mieltä'. (Kuvio 7)



Kuvio 7. Olen saanut riittävästi lääkehoidon koulutusta

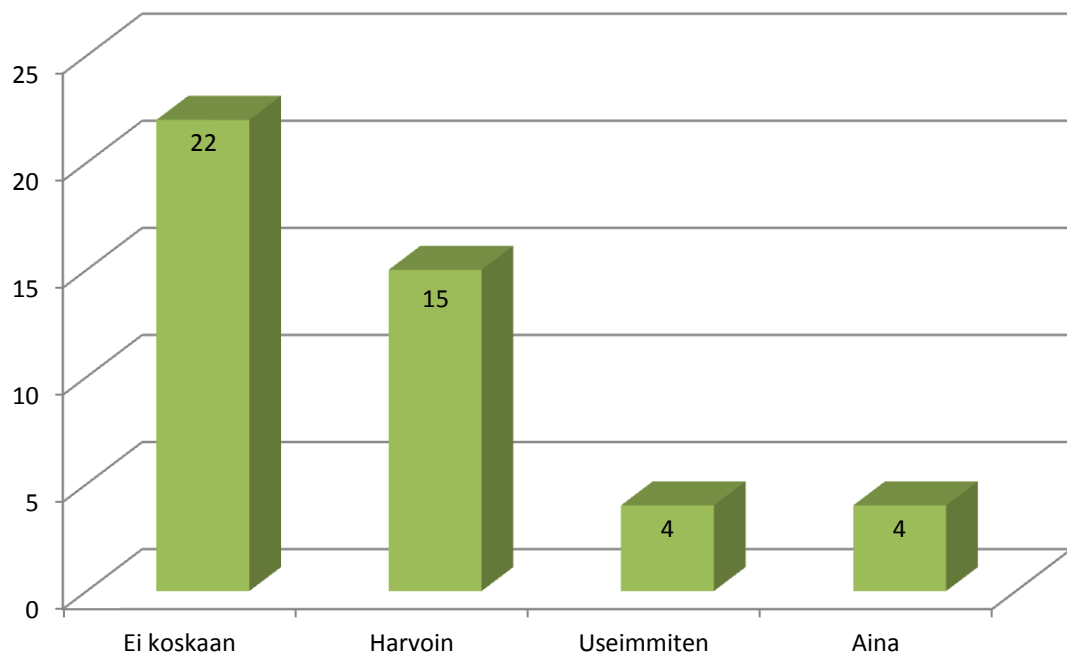
Väittämän 'Esimies turvaa minun lääkehoidon koulutusmahdollisuuteni' vastaukset jakautuvat melkein yhtenevästi edellisen kysymyksen kanssa (ks. Kuvio 7). Väittämän kanssa 'täysin samaa mieltä' on 8 vastaajaa, suurin ryhmä on 'jonkin verran samaa mieltä' vastanneet 18 vastaajalla, 'ei samaa, ei eri mieltä' ja 'jonkin verran eri mieltä' ovat molemmat keränneet 9 vastaajaa ja yksi henkilö on 'täysin eri mieltä'.

5.2 Lääkehoidon toteuttaminen

Sairaanhoitajien lääkehoidon käytännöistä teimme väittämiä, joiden vastausvaihtoehdot olivat 'aina', 'useimmiten', 'harvoin' ja 'ei koskaan'.

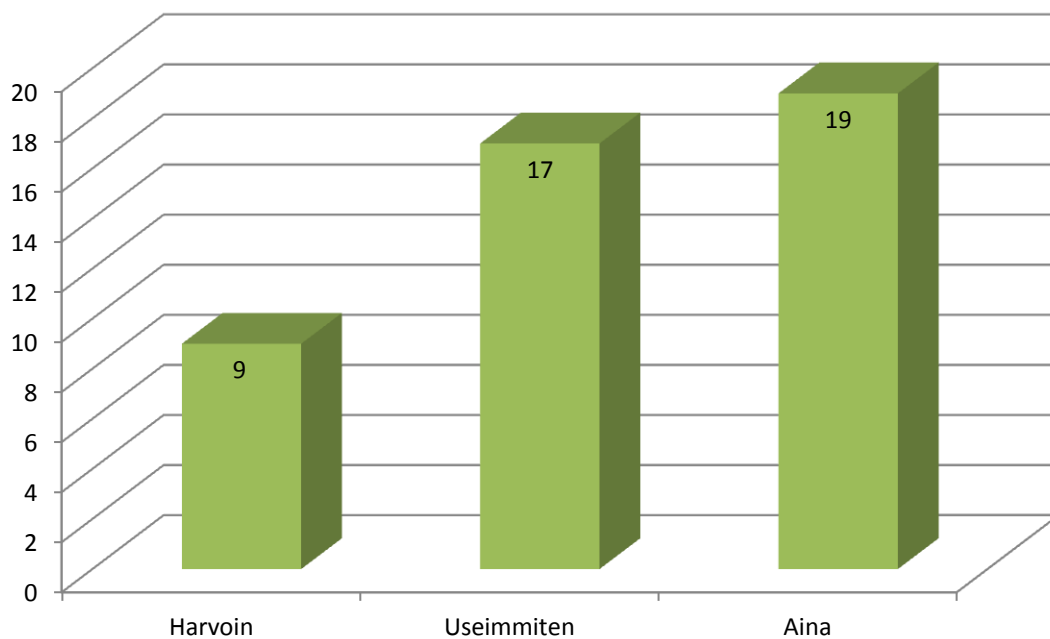
Osion ensimmäiseen väittämään, tarkistavatko hoitajat tarjottimelle jakamansa lääkkeet, suurin osa (36/45) vastaa tekevänsä tarkistuksen aina, 4 tekee sen useimmiten. 4 hoitajaa tarkistaa jakamansa lääkkeet vain harvoin ja yksi ei tee sitä koskaan. Suurin osa (37/45) hoitajista tarkistaa myös toisen hoitajan jakamat lääkkeet aina, ennen kuin vie ne potilaalle. Loput 8 vastaajaa tarkistavat lääkkeet useimmiten, harvoin tai ei koskaan.

Kysyttäessä sairaanhoitajilta, pyytävätkö he toista sairaanhoitajaa tarkistamaan jakamansa lääkkeet ennen niiden vientiä potilaalle, noin puolet (22/45) vastaa 'ei koskaan', 15 tekee näin harvoin ja 8 useimmiten tai aina. (Kuvio 8)



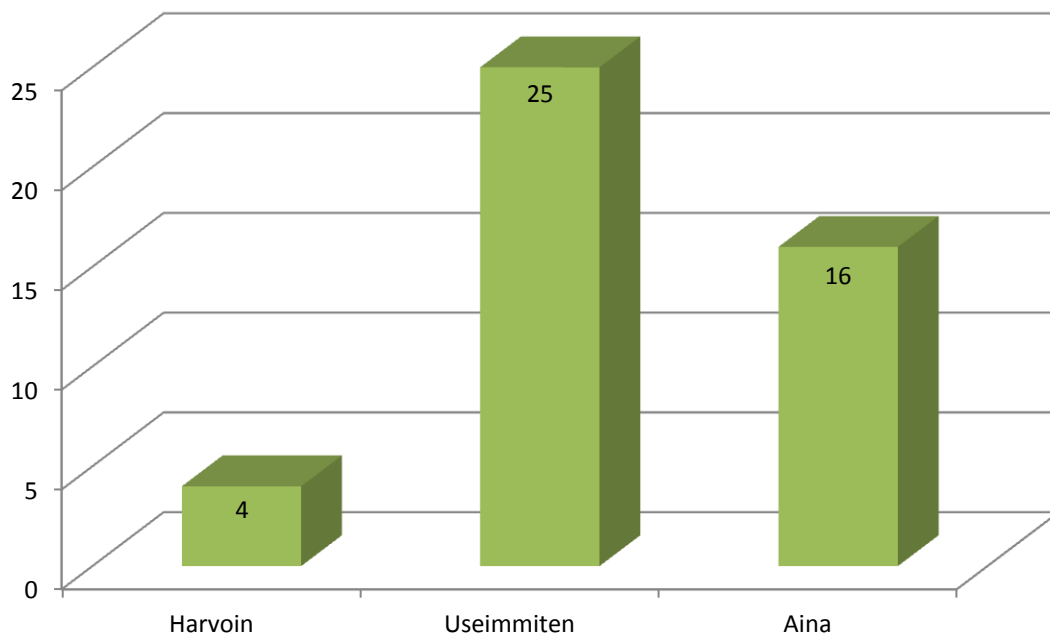
Kuvio 8. Pyydän toista sairaanhoitajaa tarkistamaan jakamani lääkkeet, ennen kuin vien ne potilaalle

Potilaan henkilöllisyyden ennen lääkkeiden antamista varmistaa aina 19 vastaajaa, 17 useimmiten, 9 harvoin. Kukaan ei vastannut, ettei tekisi niin koskaan. (Kuvio 9)



Kuvio 9. Varmistan potilaan henkilöllisyyden, ennen kuin annan hänelle lääkkeet

Uusien ja tarvittaessa annettavien lääkkeiden vaikutusta potilaaseen lääkkeen annettuaan tarkkailee aina noin puolet (23/45) vastaajista ja 22 tekee sen useimmiten. Muut vastausvaihtoehdot eivät keränneet vastaajia. Lääkkeen vaikutuksen potilaaseen kirjaa vastaajista aina 16, hieman yli puolet (25/45) tekee näin useimmiten ja 4 harvoin. Kukaan ei vastannut, ettei kirjaisi vaikutuksia koskaan. (Kuvio 10)

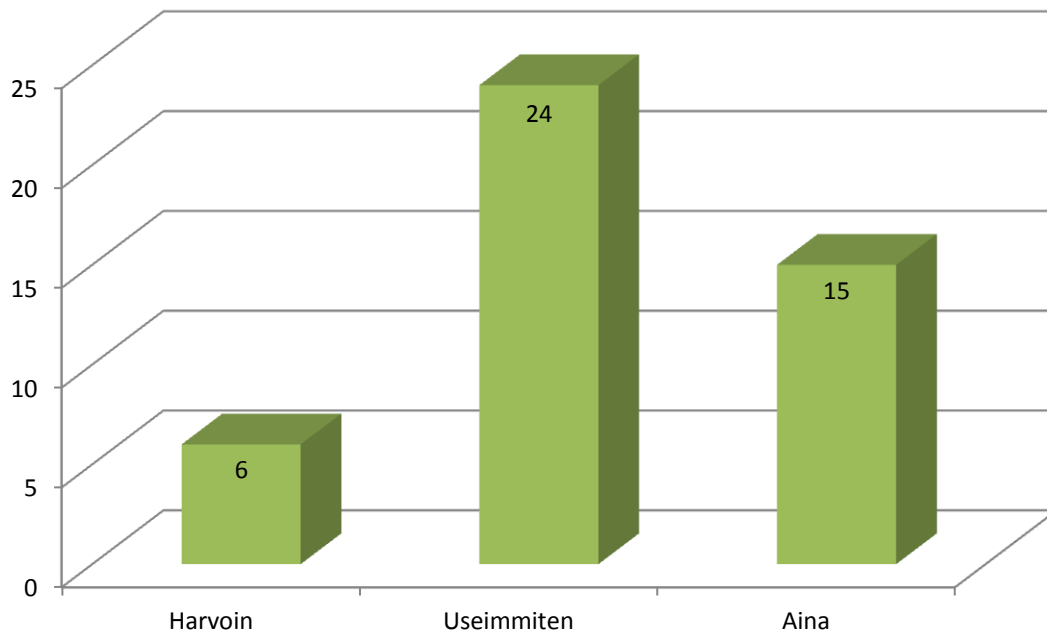


Kuvio 10. Kirjaan uusien ja tarvittaessa annettavien lääkkeiden vaikutuksen potilaaseen

Kysyttäessä kuinka moni hoitajista varmistaa lääkemääräyksen, määräyksen tehneeltä lääkäriltä, ellei ole siitä täysin varma, lähes kaikki (41/45) vastaavat tekevänsä näin aina, 3 vastasi varmistavansa määräyksen useimmiten ja yksi harvoin.

Lääkemääräyksen vastaajista kirjaa sekä lääkelistalle, että lääkejakolistalle heti ehtiessään aina suurin osa (37/45) vastaajista ja loput 8 tekee niin useimmiten. Muut vastausvaihtoehdot jäivät tyhjiksi.

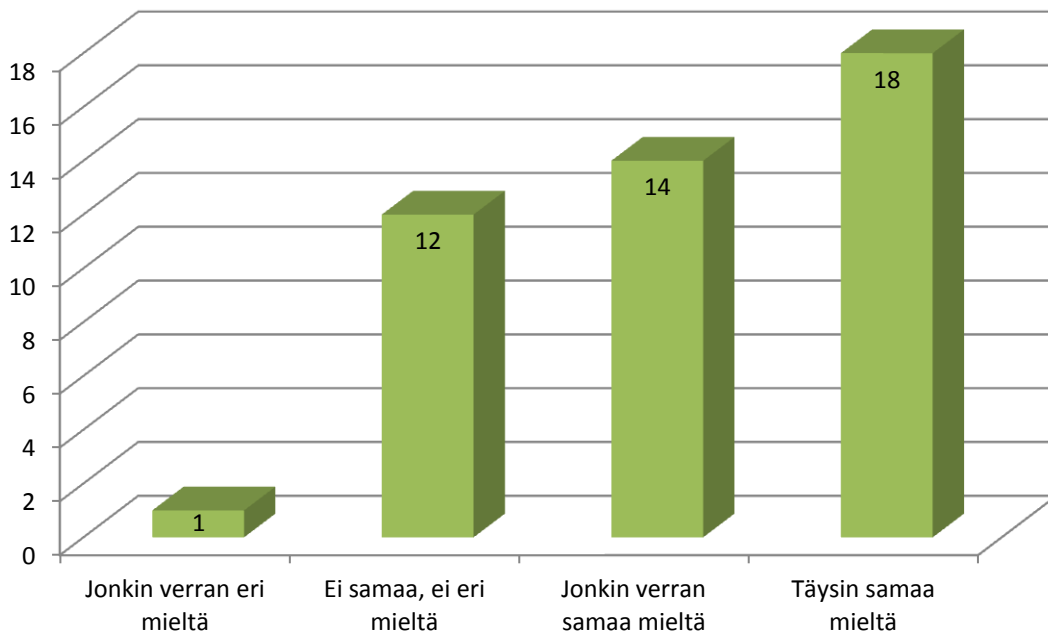
Kysymykseen tarkistavatko hoitajat säännöllisesti lääkelistan ja lääkejakolistan ajantasaisuuden, hieman yli puolet (24/45) vastaajista vastaa tekevänsä näin useimmiten, kolmasosa (15/45) tarkistaa listat aina ja 6 harvoin. (Kuvio 11)



Kuvio 11. Tarkistan säännöllisesti lääkelistan ja lääkejakolistan ajantasaisuuden

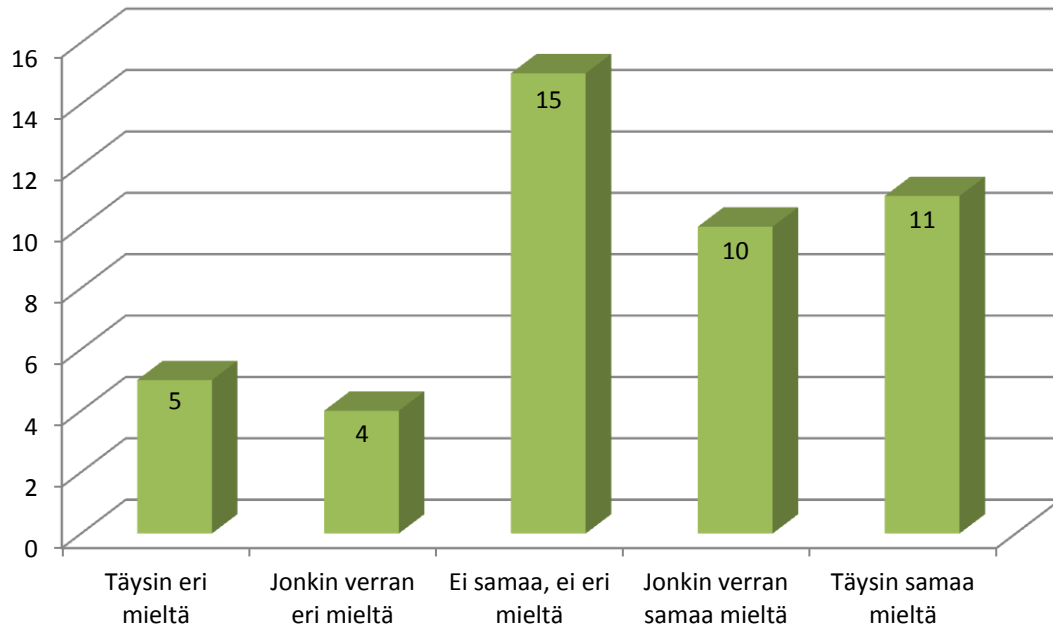
5.3 Lääkehoidon vaaratapahtumien raportointi ja käsittely

Kysyttäessä hoitajilta, kannustetaanko heidän osastolla lääkehoidon poikkeamailmoitusten tekoon, 18 vastasi 'täysin samaa mieltä', 14 oli 'jonkin verran samaa mieltä väittämän kanssa, 12 valitsi vaihtoehdon 'ei samaa, ei eri mieltä' ja yksi henkilö oli 'jonkin verran eri mieltä'. Kukaan ei ollut 'täysin eri mieltä' väittämän kanssa. (Kuvio 12)



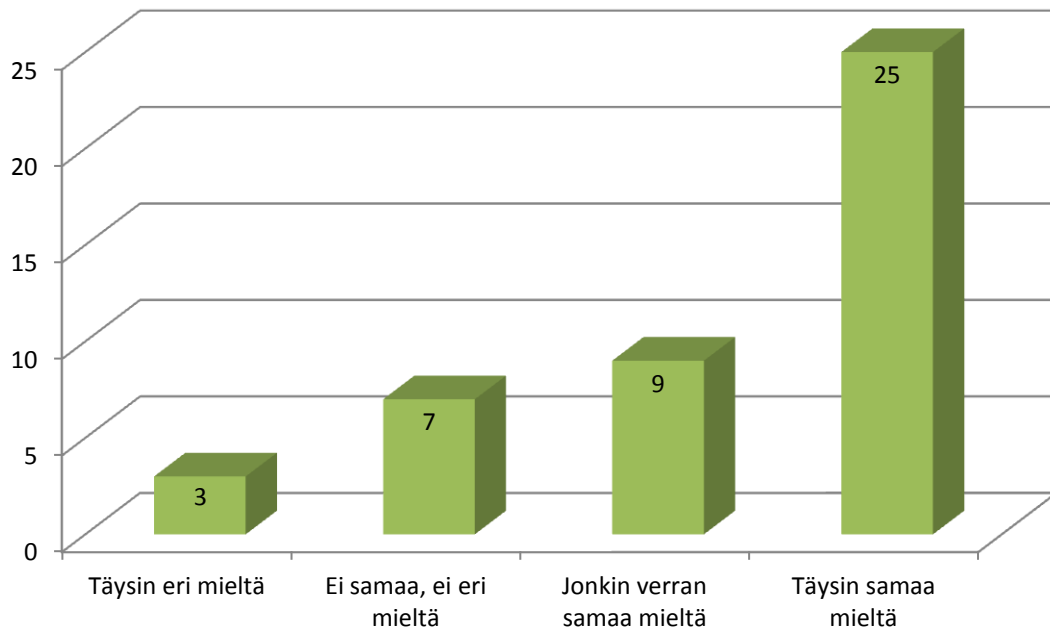
Kuvio 12. Osastollani kannustetaan lääkehoidon poikkeamailmoitusten tekoon

Kysyttäessä käsitelläänkö osastolla tehtyjä poikkeamailmoituksia riittävästi, kolmasosa (15/45) vastasi 'ei samaa, ei eri mieltä', vähän alle puolet (21/45) oli 'jonkin verran samaa mieltä' tai 'täysin samaa mieltä' väittämän kanssa. 9 vastaajaa oli 'täysin eri mieltä' tai 'jonkin verran eri mieltä'. (Kuvio 13)



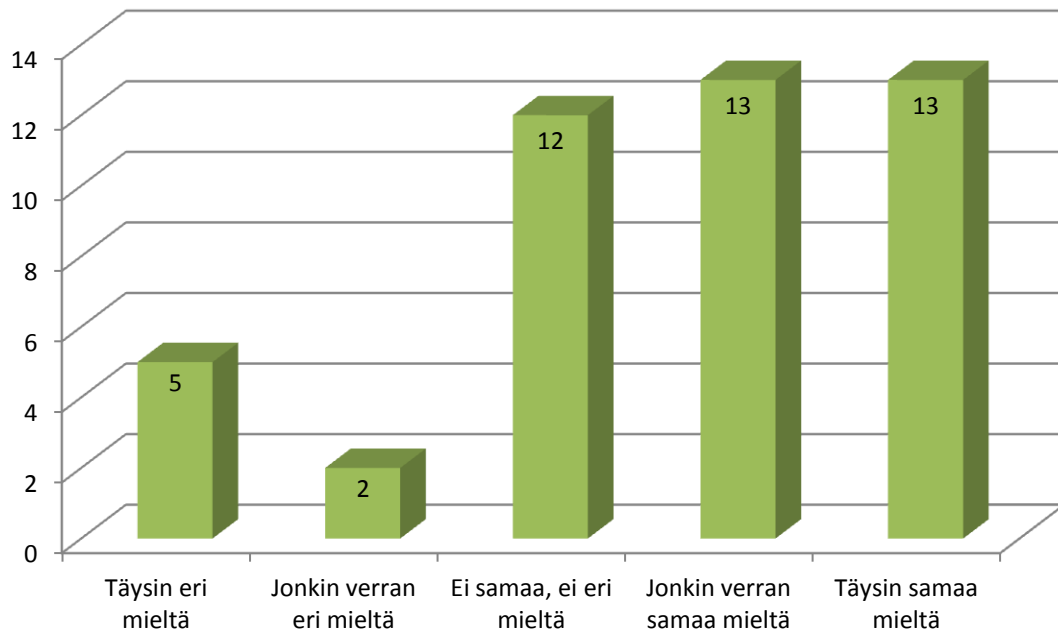
Kuvio 13. Tehtyjä poikkeamailmoituksia käsitellään osastollani riittävästi

Hieman yli puolet (25/45) vastaajista oli 'täysin samaa mieltä' siitä, että poikkeamailmoitukset käsitellään ketään yksittäisiä henkilöitä syylistämättä. 9 vastasi olevansa 'jonkin verran samaa mieltä', 7 vastaajaa ei ollut samaa, eikä eri mieltä väittämän kanssa ja 3 oli täysin eri mieltä. Yksi henkilö jätti vastaamatta tähän kohtaan. (Kuvio 14)



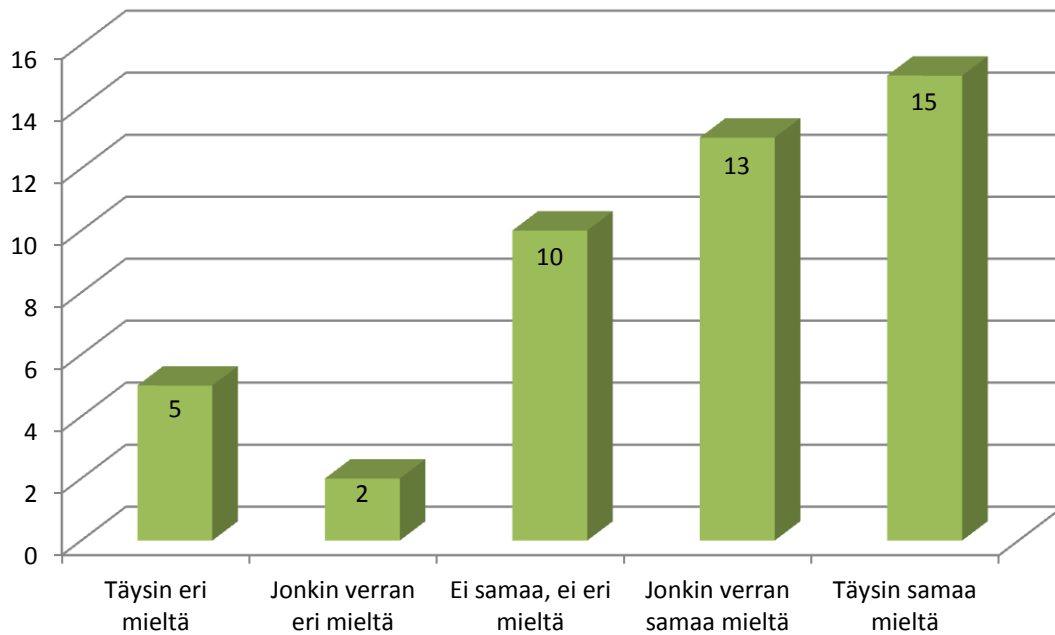
Kuvio 14. Poikkeamailmoitukset käsitellään ketään yksittäisiä henkilöitä syylistämättä

Väittämään etsitäänkö poikkeamailmoitusten käsittelyssä yhdessä syitä poikkeamien tapahtumiselle, vastaukset jakautuivat melko tasaisesti. 13 oli 'täysin samaa mieltä', samoin 13 vastasi olevansa 'jonkin verran samaa mieltä', 12 vastasi 'ei samaa, ei eri mieltä' ja 7 vastaajaa oli 'jonkin verran eri mieltä' tai 'täysin eri mieltä'. (Kuvio 15)



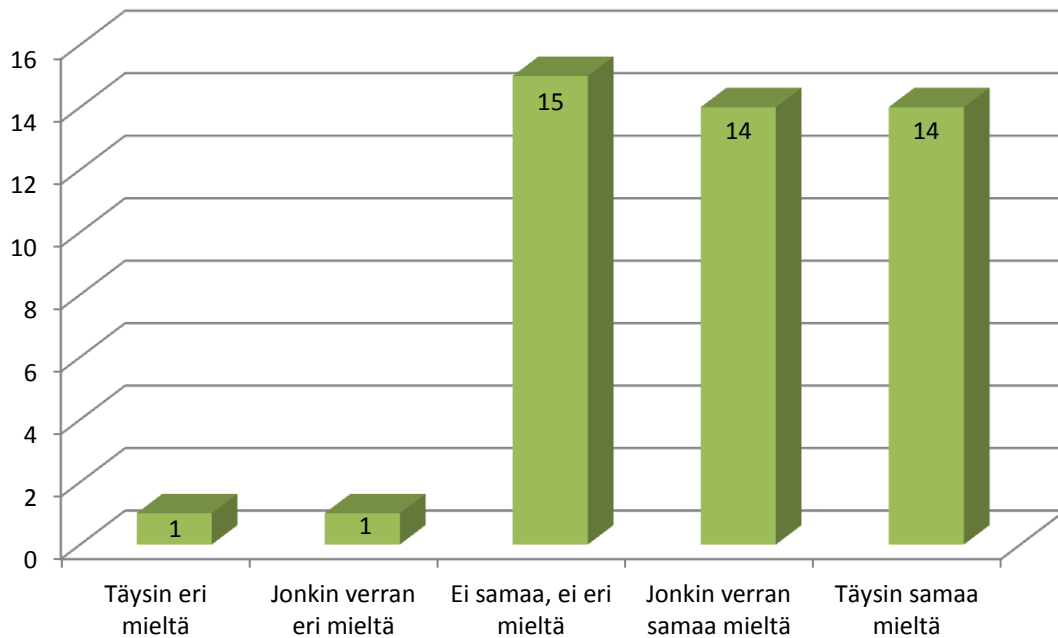
Kuvio 15. Poikkeamailmoitusten käsittelyssä etsitään yhdessä syitä poikkeamien tapahtumiselle

Kolmasosa vastaajista oli 'täysin samaa mieltä' siitä, että poikkeamailmoitusten käsittelyssä pyritään yhdessä ratkaisemaan, miten poikkeamat voitaisiin jatkossa välttää. 13 oli väittämän kanssa 'jonkin verran samaa mieltä', 10 valitsi vaihtoehdon 'ei samaa, ei eri mieltä' ja yhteensä 7 vastaajaa oli 'jonkin verran eri mieltä' tai 'täysin eri mieltä'. (Kuvio 16)



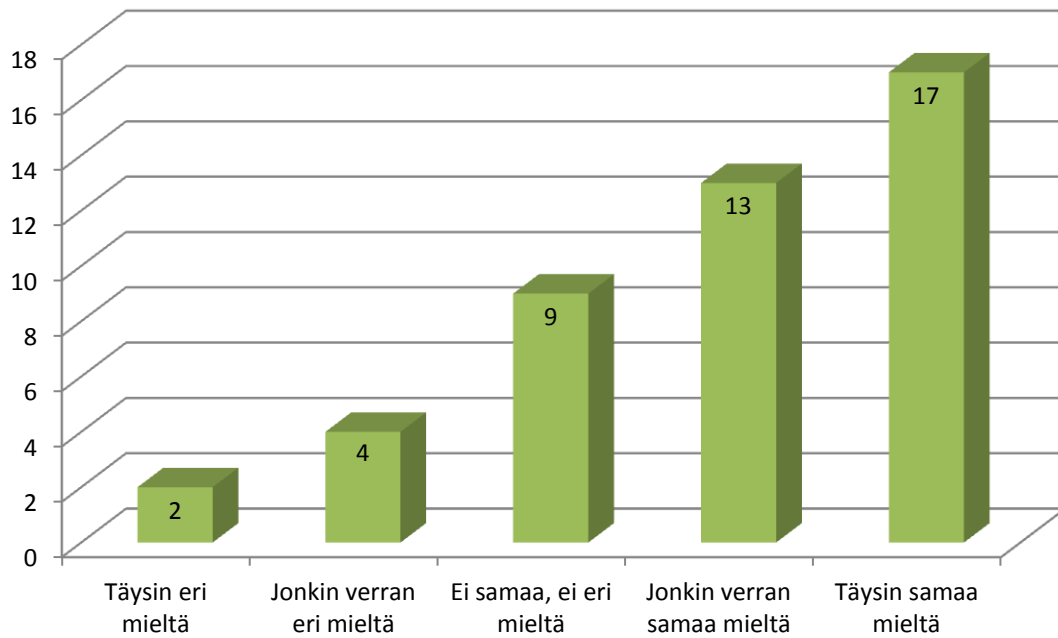
Kuvio 16. Poikkeamailmoitusten käsittelyssä pyrimme yhdessä ratkaisemaan, miten poikkeamat voitaisiin jatkossa välttää

Kysymykseen lisääkö poikkeamailmoitusten käsittely vastaajan motivaatiota niiden tekemiseen, lähes kaksi kolmasosaa (28/45) on 'täysin samaa mieltä' tai 'jonkin verran samaa mieltä'. 15 ei ole samaa, eikä eri mieltä väittämän kanssa ja vastausvaihtoehdot 'jonkin verran eri mieltä' ja 'täysin eri mieltä' saivat yhden vastaajan. (Kuvio 17)



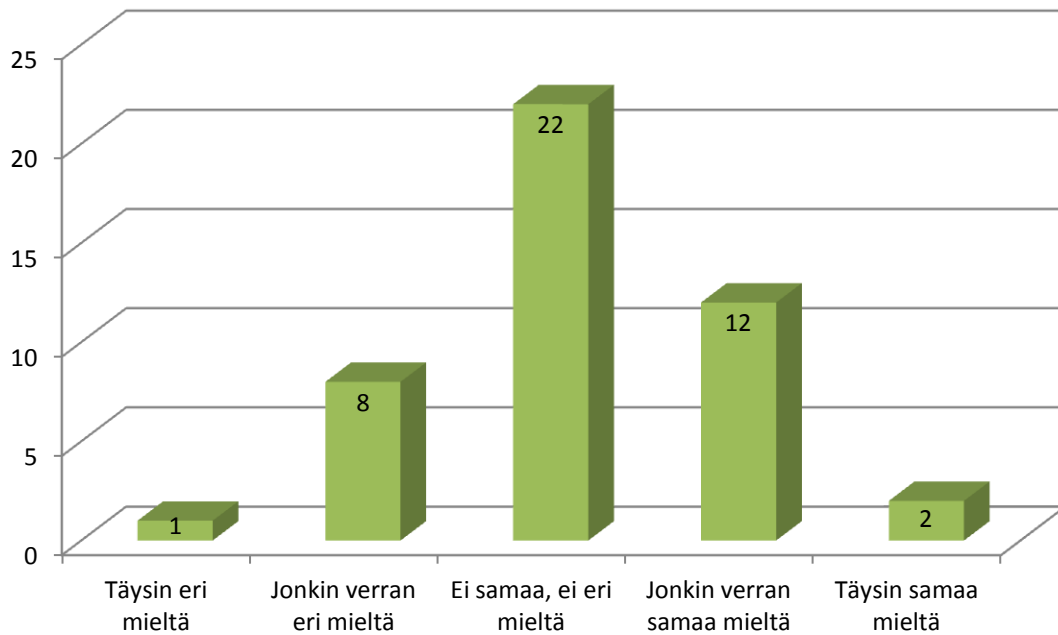
Kuvio 17. Poikkeamailmoitusten käsittely lisää motivaatiotani poikkeamailmoitusten tekemiseen

Siitä onko vastaajille perusteltu, miksi poikkeamailmoituksia tehdään, reilu kolmannes (17/45) on 'täysin samaa mieltä', 13 vastaajaa 'jonkin verran samaa mieltä', 9 vastaajaa ei ole samaa, eikä eri mieltä väittämän kanssa ja yhteensä 6 hoitajaa on vastannut olevansa 'jonkin verran eri mieltä' tai 'täysin eri mieltä'. (Kuvio 18)



Kuvio 18. Minulle on perusteltu, miksi poikkeamailmoituksia tehdään

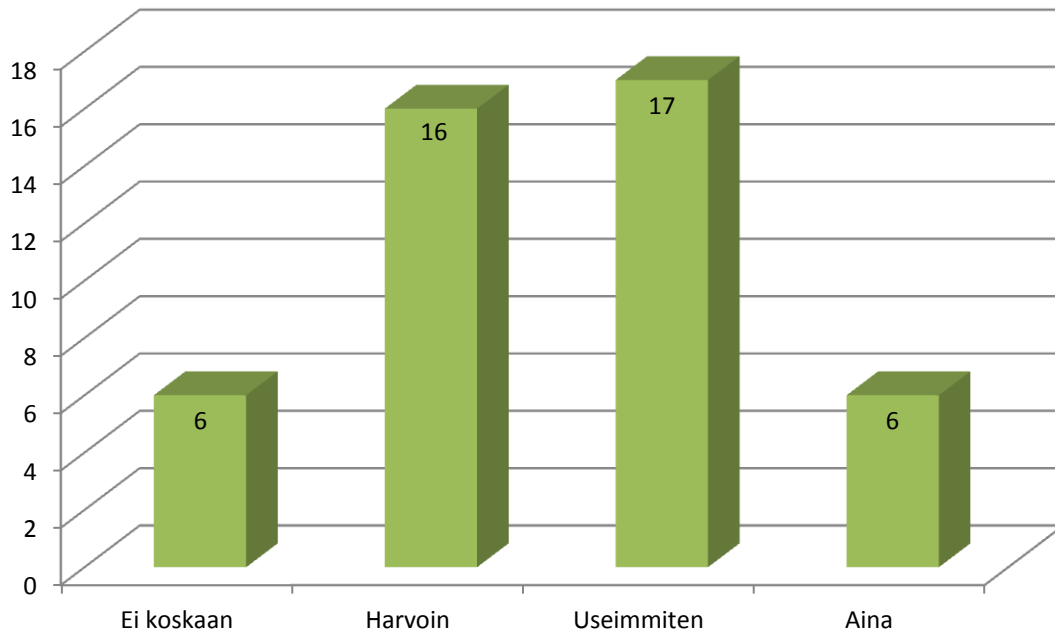
Kysymykseen, onko poikkeamailmoitusten tekeminen ja niiden käsittely vähentänyt lääkitysturvallisuusongelmia, vain 2 vastaa olevansa 'täysin samaa mieltä', 12 vastaajaa on 'jonkin verran samaa mieltä', liki puolet vastaajista (22/45) ei ole väittämän kanssa samaa tai eri mieltä. 8 hoitajaa on lääkitysturvallisuusongelmien vähentymisestä 'jonkin verran eri mieltä' ja yksi 'täysin eri mieltä'. (Kuvio 19)



Kuvio 19. Poikkeamailmoitusten tekeminen ja niiden käsittely on vähentänyt lääkitysturvallisuusongelmia

5.4 HaiPro-ilmoitusten teko

Kun lääketarjottimelle tehdyssä lääkejaossa huomataan virhe, vain 6 hoitajaa teki ilmoituksen joka kerta, 17 teki ilmoituksen useimmiten, 16 harvoin ja 6 ei koskaan. Eräs hoitaja oli tehnyt lisämerkinnän väittämän kohdalle mainiten, että tällaisessa tilanteessa asia vain nopeasti korjataan, eikä ilmoitusta tehdä. (Kuvio 20)



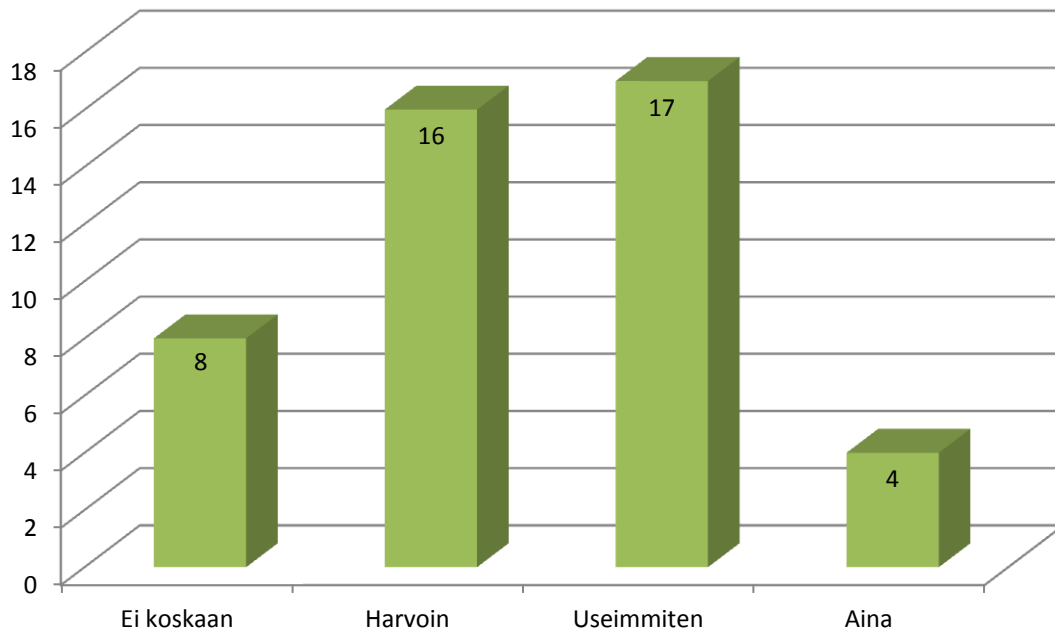
Kuvio 20. Teen HaiPro-ilmoituksen, kun huomaan virheen lääketarjottimelle tehdyssä lääkejaossa

Potilaan saatua väärän lääkkeen tai väärän lääkeannoksen, jopa 32 hoitajaa tekee HaiPro-ilmoituksen aina, mikä on noin 3/4 tutkimukseen vastanneista. 5 hoitajaa vastasi tekevänsä ilmoituksen useimmiten ja 7 harvoin. Kukaan ei jätä ilmoitusta tekemättä kyseisessä tilanteessa joka kerta. Yksi vastaaja oli jättänyt vastaamatta tähän väittämään. (Kuvio 21)



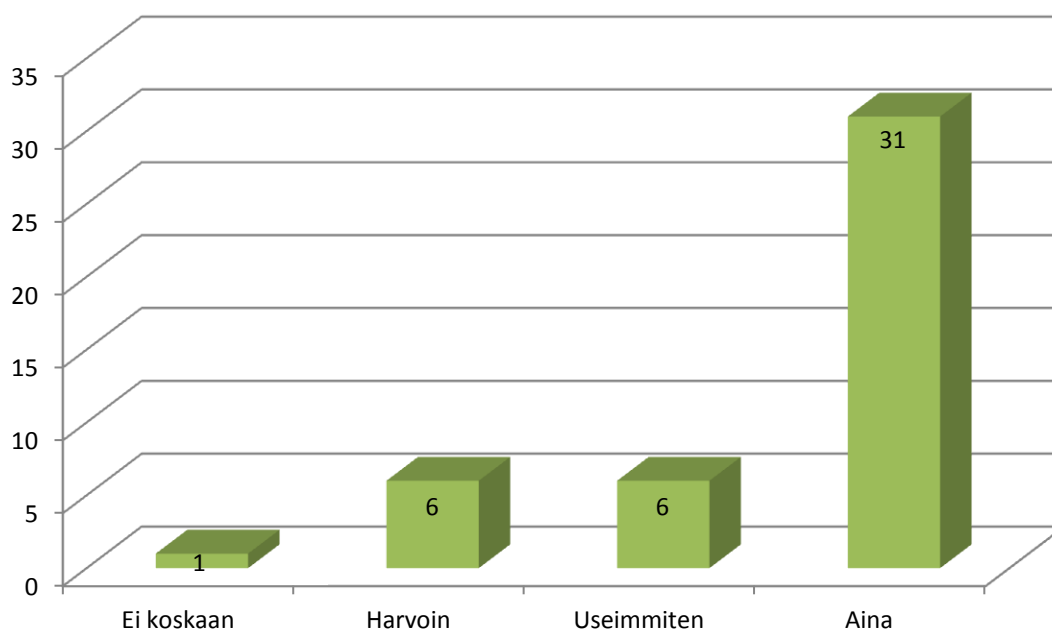
Kuvio 21. Teen HaiPro-ilmoituksen, kun huomaan, että potilas on saanut väärän lääkkeen/annoksen

Kun potilas on saanut lääkkeen väärään aikaan, vain 4 hoitajaa tekee tilanteesta aina vaaratapahtumailmoituksen. 17 tekee ilmoituksen usein, 16 harvoin. 8 vastaajista ei tee ilmoitusta kyseisessä tilanteessa koskaan. (Kuvio 22)



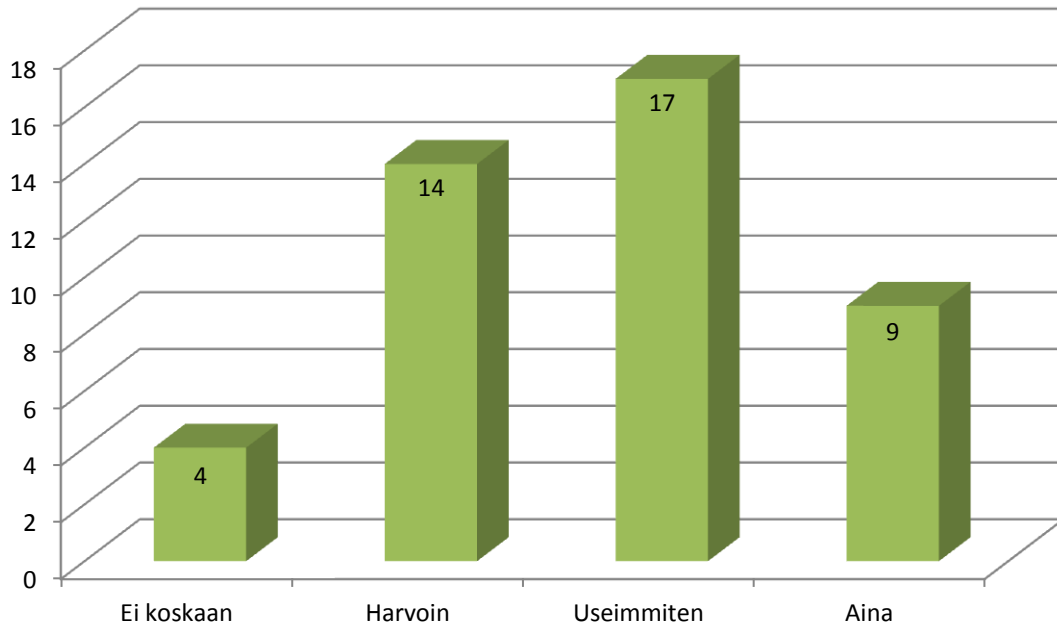
Kuvio 22. Teen HaiPro-ilmoituksen, kun huomaan potilaan saaneen lääkkeen väärään aikaan

Potilaan saatua lääkkeen väärää antoreittiä, suurin osa hoitajista (31/44) tekee vaaratapahtumailmoituksen aina. Useimmiten ilmoituksen tekee 6 ja yhtä monta hoitajaa tekee ilmoituksen harvoin. Yksi vastaaja jättää tällaisessa tilanteessa ilmoituksen aina tekemättä. Yksi vastaaja jätti vastaamatta tähän väittämään. (Kuvio 23)



Kuvio 23. Teen HaiPro-ilmoituksen, kun huomaan potilaan saaneen lääkkeen väärää antoreittiä

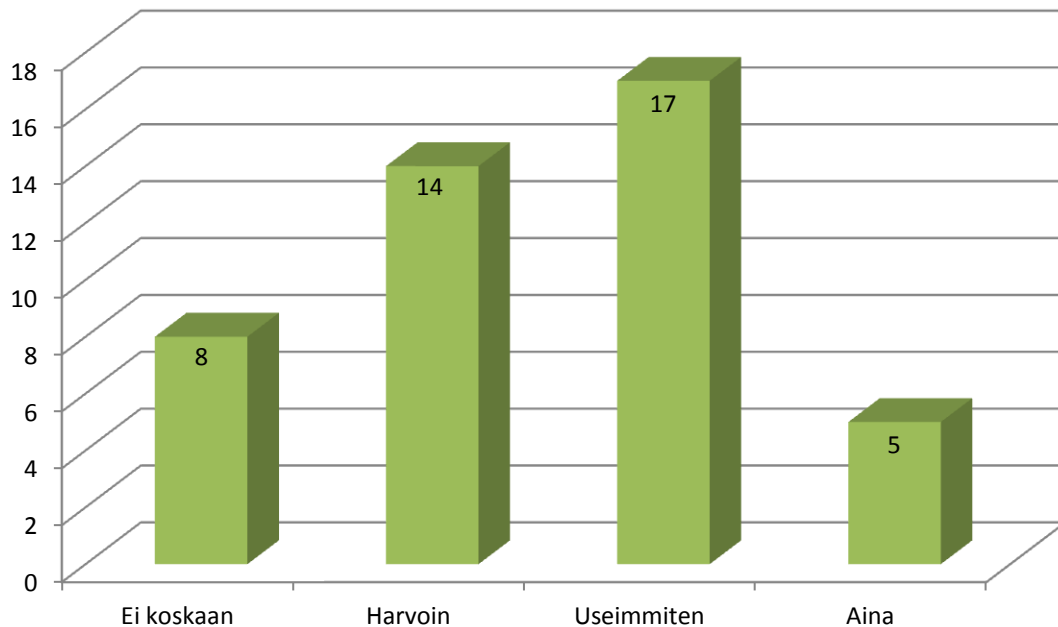
Jos potilas ei ole saanut määrättyä lääkettä, vähän yli puolet tekee ilmoituksen aina tai useimmiten (26/45). Ilmoituksen tekee harvoin 14 vastaajaa ja 5 ei tee sitä koskaan. (Kuvio 24)



Kuvio 24. Teen HaiPro-ilmoituksen, kun huomaan, ettei potilas ole saanut määrättyä lääkettä

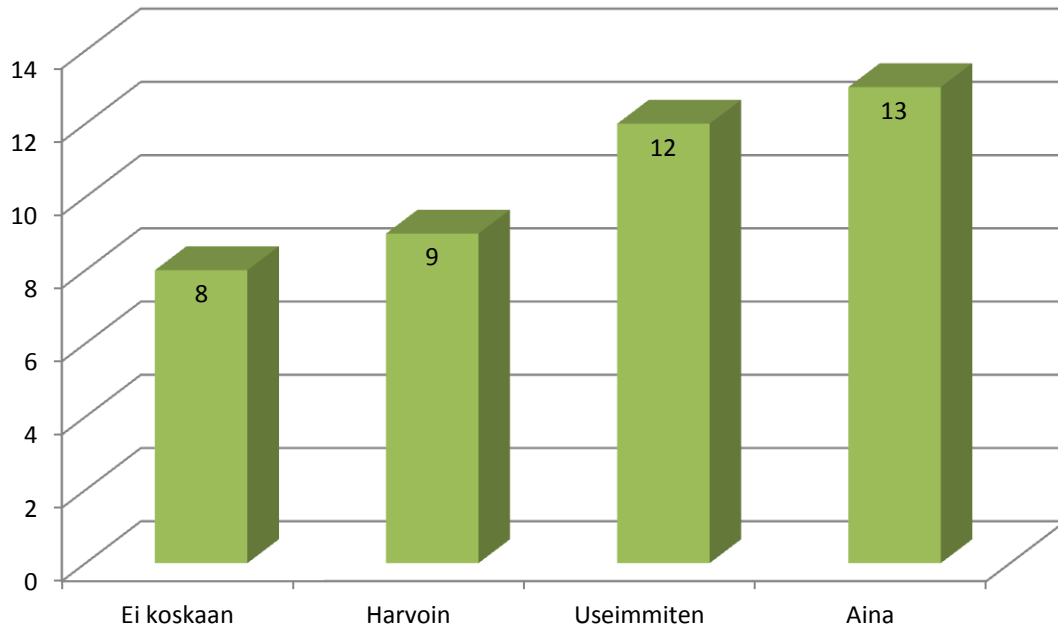
Kun lääke on annettu väärälle potilaalle, valtaosa hoitajista (34/42) tekee vaaratapahtumailmoituksen aina. 5 vastaajaa tekee ilmoituksen tällöin useimmiten ja vain 2 tekee sen harvoin. Yksi vastaaja jättää ilmoituksen aina tekemättä kyseisessä tilanteessa. 3 hoitajaa jätti vastaamatta tähän väittämään.

Kun huomataan, että lääkelistalla on väärä/lopetettu lääke, vai pieni osa hoitajista tekee haittatapahtumailmoituksen aina. Yli kolmannes (17/44) tekee kuitenkin ilmoituksen useimmiten. 14 vastaajaa tekee ilmoituksen harvoin ja 8 ei tee ilmoitusta koskaan. Tähän väittämään jätti vastaamatta yksi vastaaja. (Kuvio 25)



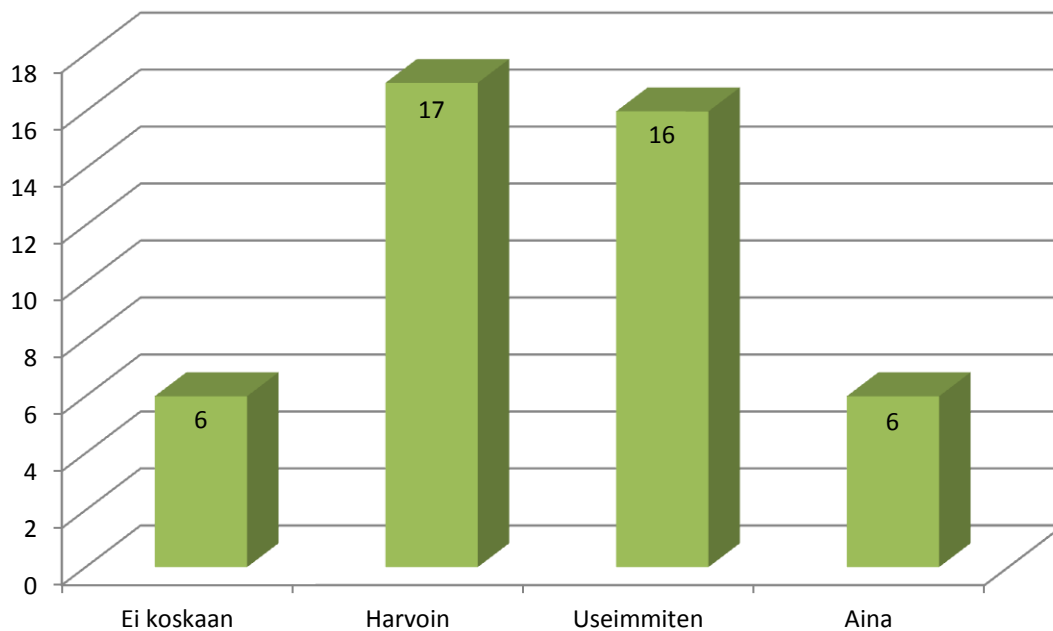
Kuvio 25. Teen HaiPro-ilmoituksen, kun huomaan, että lääkelistalla on väärä/lopetettu lääke

Kun väärä tai lopetettu lääke on lääkejakolistalla, on hoitajien ilmoitusaktiivisuus korkeampi, mutta vastaukset jakautuvat tasaisemmin kaikkien vastausvaihtoehtojen kesken. Tällaisen poikkeaman sattuessa, vaaratapahtumailmoituksen tekee aina 13 hoitajaa ja 12 tekee ilmoituksen usein. 9 hoitajaa tekee ilmoituksen harvoin ja 8 ei tee ilmoitusta koskaan. 3 hoitajaa jätti vastaamatta tähän väittämään. (Kuvio 26)

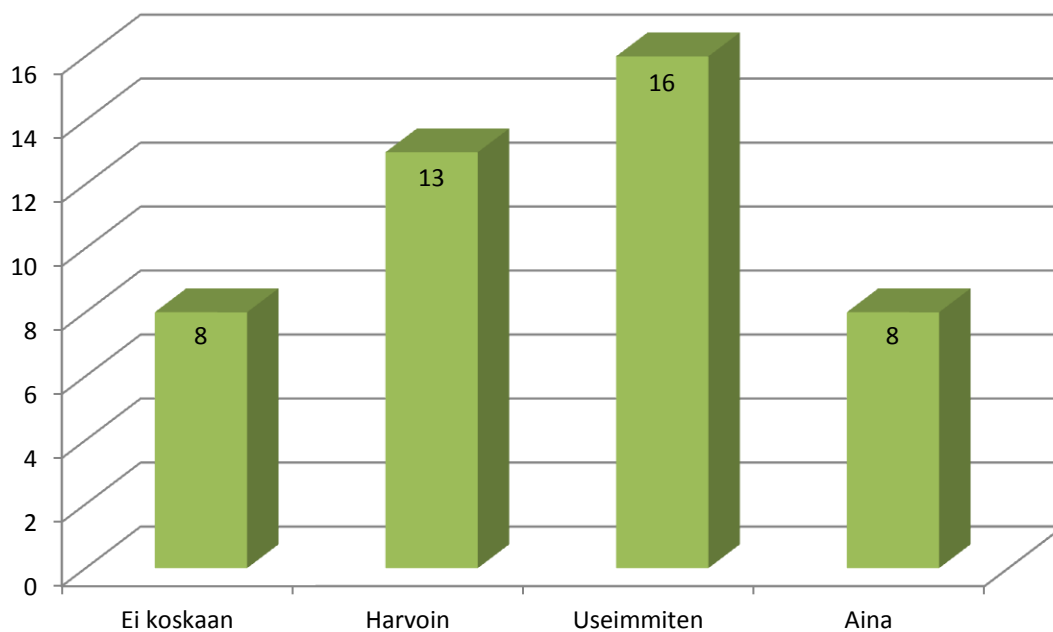


Kuvio 26. Teen HaiPro-ilmoituksen, kun huomaan, että lääkejakolistalla on väärä/lopetettu lääke

Hoitajien vaaratapahtumien ilmoitusaktiivisuus on hyvin samansuuntaista koskien lääkemääräyksen kirjaamista jättämistä niin lääkelistalle kuin lääkejakolistalle. Kun lääkemääräys on jätetty kirjaamatta lääkelistalle, 6 hoitajaa tekee ilmoituksen aina, 16 useimmiten, 17 harvoin, mutta 6 vastaajaa ei tee ilmoitusta koskaan. (Kuvio 27) Kun lääkemääräys on jätetty kirjaamatta lääkejakolistalle, 8 hoitajaa tekee HaiPro-ilmoituksen aina, 16 useimmiten, 13 harvoin ja 8 vastaajaa ei tee ilmoitusta koskaan. (Kuvio 28)

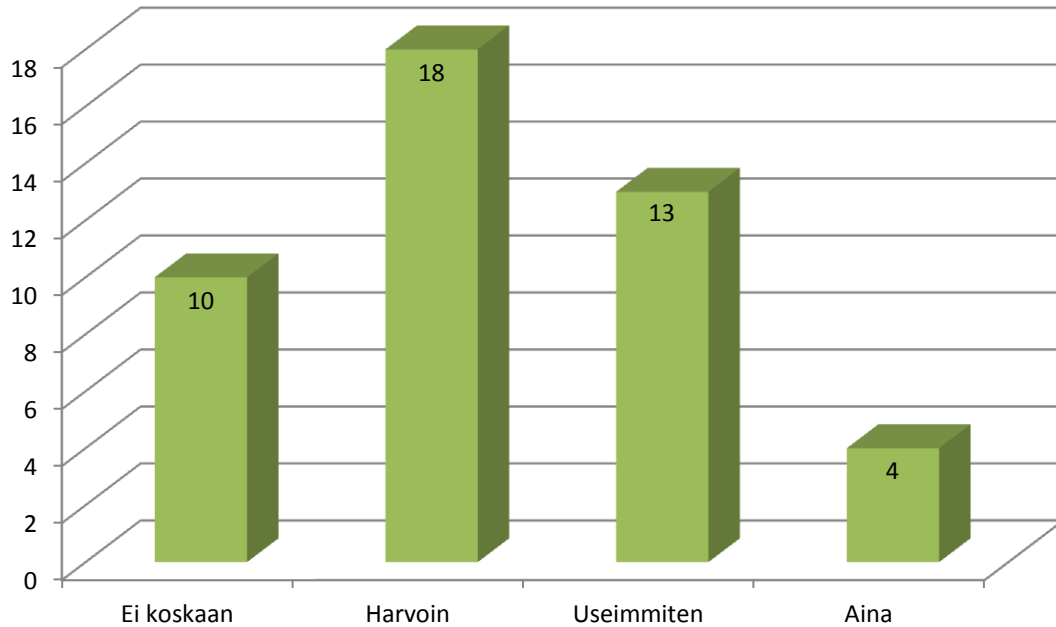


Kuvio 27. Teen HaiPro-ilmoituksen, kun huomaa, että lääkemääräystä ei ole kirjattu lääkelistalle

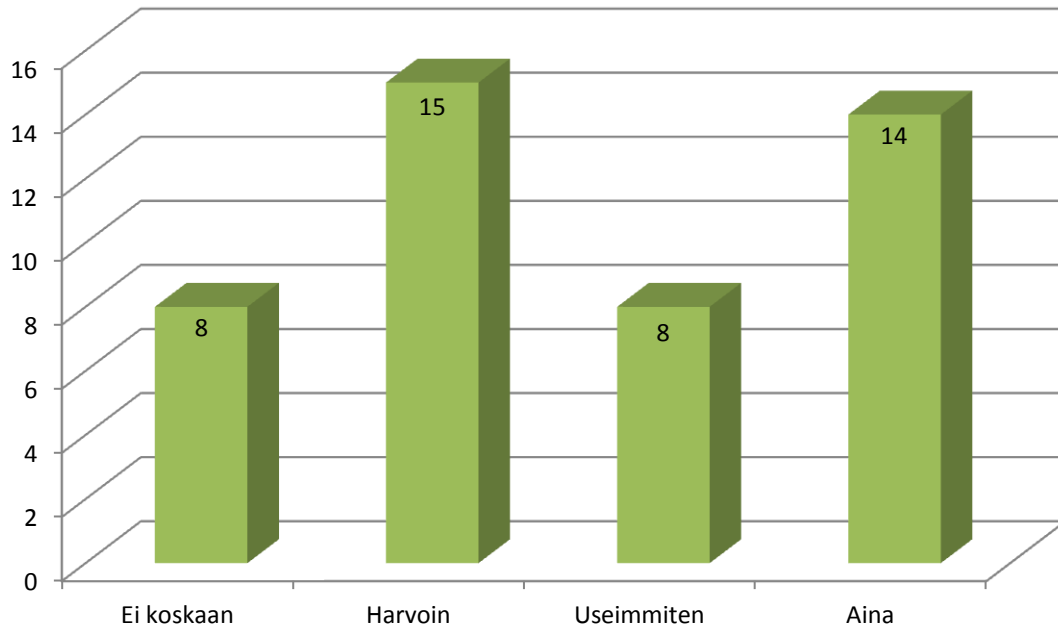


Kuvio 28. Teen HaiPro-ilmoituksen, kun huomaa, että lääkemääräystä ei ole kirjattu lääkejakolistalle

Kun annettua tarvittaessa annettavaa lääkettä ei ole kirjattu potilastietoihin, on hoitajien ilmoitusinnostus kohtuullisen matala. 28 sanoo tekevänsä ilmoituksen harvoin tai ei koskaan ja vain 4 tekee sen aina. 13 hoitajaa tekee ilmoituksen useimmiten. (Kuvio 29) Silloin kun lääke on kirjattu väärin potilastietoihin, jako on melko tasainen, ilmoituksen tekee aina 14 hoitajaa, useimmiten 8, harvoin 15 ja 8 hoitajaa ei koskaan. (Kuvio 30)



Kuvio 29. Teen HaiPro-ilmoituksen, kun huomaa, että annettua tarvittaessa annettavaa lääkettä ei ole kirjattu potilastietoihin.



Kuvio 30. Teen HaiPro-ilmoituksen, kun huomaan, että annettu tarvittaessa annettava lääke on kirjattu väärin potilastietoihin

5.5 Lääkitysturvallisuuden vaarantavat tekijät sairaanhoitajien kokemana

Avoimen kysymyksen vastaukset erittelimme ja jaoinme ryhmiin. Suurin osa esiin tulleista lääkitysturvallisuutta vaarantavista tekijöistä mainittiin useiden eri hoitajien vastauksessa. Avoimeen kysymykseen jätti vastaamatta seitsemän hoitajaa.

Vastausten perusteella suurin yksittäinen lääkitysturvallisuuden vaarantava tekijä on kiire. Kiireen mainitsi vastauksissaan 21 hoitajaa ja ajoittaisen kiireen kolme hoitajaa. Tämä on yhteensä reilusti yli puolet kysymykseen vastanneista 38:sta.

Seuraavaksi eniten vastauksissa esiintyi mainintoja lääkärin roolista lääkemääräyksiin ja lääkelistojen päivittämiseen liittyen. Lääkitysturvallisuuden vaarantaa 13 hoitajan mukaan suoranaisesti se, että lääkärit eivät kirjaa lääkemuutoksia osastoilla käytössä olevaan potilastietojärjestelmään, eivätkä tarkista tai päivitä lääkelistaa. Asiaa sivuavat myös vastaukset, joissa mainitaan ongelmaksi lääkäreiden kiinnostuksen puute potilaiden lääkitykseen, lääkäreiden puutteelliset taidot potilastietojärjestelmän suhteen, sairaanhoitajan ja lääkärin

roolijako potilastietojärjestelmään tehtävissä päivityksissä sekä lääkäreiden ”haluttomuus normaaliin potilashoittoon”. Kerran mainituksi tuli useiden erikoisalojen johdosta vaihtuvien lääkärien antamat määräykset. Lisäksi ongelmiksi mainittiin se, ettei muualta tulevien potilaiden lääkelistoja tarkisteta riittävästi, lääkärin ja hoitajan tiedot ovat erilaiset tai lääkelistat ovat erilaiset kummankin teksteissä tai annetut määräykset laitetaan potilastietojärjestelmään, mutta niistä ei kerrota hoitajille tai ne jäävät huomaamatta. Huomion arvoinen asia on myös se, että yksi hoitaja sanoo vastauksessaan, että hoitajat tekevät lääkemuutoksia potilastietojärjestelmään ”suvereenisti lääkärien tunnuksilla”.

Henkilökunnan vaihtuvuus ja uudet sijaiset sekä työntekijät koetaan myös lääkitysturvallisuutta vaarantavina tekijöinä. Tämän seikan mainitsi yhteensä yhdeksän vastaajaa. Tämä ongelma oli vastauksissa usein yhteydessä uusien työntekijöiden ja sijaisten puutteelliseen perehdytykseen, jonka mainitsi ongelmaksi seitsemän vastaajaa. Osassa vastauksista eritellään perehdyttämisen puutteiksi sen lyhyys ja nopeus ja se, että uusi työntekijä ei saa olla niin sanotusti ”ylimääräinen”, vaan hänet lasketaan heti hoitajien vahvuuteen mukaan. Lisäksi perehdytyksissä keskitytään yhden hoitajan mukaan pelkästään käytännön asioihin, eikä potilasturvallisuudesta tai vaikkapa lääkehoidon suunnitelmasta puhuta lainkaan.

Hieman edelliseen liittyen ongelmaksi koetaan henkilökunnan vähyyys. Tämä mainitaan usein yhteydessä eniten mainittuun tekijään, kiireeseen. Henkilöstövaje tulee ilmi kuuden hoitajan vastauksessa. Henkilökuntaan liittyviä ongelmia ovat myös epäpätevä henkilökunta, jonka tuo esiin kaksi vastaajaa, sekä erikseen mainittu pätevien sijaisten puute tai sijaisten puute ylipäättään, jotka mainitsivat yhteensä kolme hoitajaa. Sijaisten koetaan muutamien vastauksien perusteella tekevän enemmän virheitä ja ongelmaksi nähdään myös se, että sairaanhoitajan sijaisena toimii sairaanhoitajaopiskelija tai lähihoitaja. Toisaalta myös rutinoitumisen kokee ongelmaksi kaksi hoitajaa. Yksi hoitaja toivoo lääkehoidon päivityskoulutuksia olevan useammin ja että pitkään työelämästä poissa olleiden hoitajien lääkehoidon taidot tarkastettaisiin.

Kuusi hoitajaa kokee rinnakkaisvalmisteiden suuren määrän vaarantavan lääkitysturvallisuuden ja yksi hoitajaa sanoo tarvittavien lääkkeiden saatavuuden apteekista olevan ongelma. Niin ikään kuusi vastaajaa sanoo epäselvän tai puutteellisen kirjaamisen olevan lääkitysturvallisuusongelma. Edelliseen liittyen eräs vastaaja mainitsi, ettei osastolla käytetä potilastietojärjestelmän tulostettavaa lääkejakolistaa. Tämän tulostettavan lääkelistan käyttö poistaisi yhden vastaajan mielestä myös moninkertaisen kirjaamisen ongelmaa, jonka on vaaratekijäksi maininnut viisi hoitajaa. Kyseinen hoitaja sanoo, että moninkertainen kirjaaminen oli aiemmin suurempi ongelma, mutta nyt käytössä oleva potilastietojärjestelmästä tulostettava lääkejakolista on helpottanut tilannetta.

Potilassiirrot yksiköstä toiseen kokee lääkitysturvallisuutta vaarantavina tekijöinä viisi hoitajaa. Seikkaa oli usein tarkennettu liittyväksi lääkelistojen ja lääkejakolistojen epäselvyyteen ja yhden hoitajan mukaan listoja ei ole päivitetty tai ne puuttuvat avopuolen kohdalla usein kokonaan. Yksi hoitaja mainitsee ongelmiksi usein vaihtuvat potilaat ja päivittäiset lääkemuutokset.

Lääkitysturvallisuuden vaarantavat myös useat häiriötekijät ja keskeytykset, jotka mainitsevat viisi sairaanhoitajaa. Huolimattomuuden mainitsee ongelmaksi neljä ja lääkkeenjaon tapahtumisen yöllä kolme hoitajaa. Yksi hoitaja mainitsee unettomuutensa johtavan unohduksiin. Kielitaidottomuus esiintyy riskitekijänä kahden hoitajan vastauksissa.

Yksi hoitaja osoittaa kaksoistarkastuksen toteutumattomuuden osastollaan ongelmaksi. Etenkin aamulääkkeisiin liittyen, jotka jaetaan potilaille yöhoitajien toimesta, samojen hoitajien, jotka ovat alun perin lääkkeet tarjottimelle jakaneetkin. Muutoinkin tarkistus on lähinnä hoitajien omantunnon kysymys, eikä siitä ole annettu yleisiä ohjeita osaston taholta. Lääkehoidon suunnitelmaa kyseinen hoitaja ei edes tiennyt osastolla olevan.

Yksi hoitaja mainitsee erikseen HaiPro-ilmoituksia tehtävän vähän. Ne koetaan hänen mukaansa turhaksi, koska niitä ei käsitellä osastolla lainkaan.

Yksi hoitaja toteaa, että lääkkeiden jako oman moduulin potilaille on helpompaa kuin vieraan moduulin potilaille. Kaksi hoitajaa sanoo lääketurvallisuusasioiden olevan kaiken kaikkiaan kunnossa osastoillaan.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu, kehittämissuositukset ja jatkotutkimushaasteet

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat olivat tutustuneet melko aktiivisesti osastonsa lääkehoidon suunnitelmaan (Kuvio 3). Kuitenkin lääkehoidon suunnitelman esillä olosta kysyttäessä vastaajat jakaantuivat melko tasaisesti kaikkien vastausvaihtoehtojen kesken (Kuvio 4). Yksi hoitaja toteaa, ettei ole edes tiennyt osastolla olevan lääkehoidon suunnitelmaa. Aiemmissa tutkimustuloksissa on pieniä ristiriitoja, esimerkiksi Ilolan (2010, 69) tutkimuksessa ohjeistukset olivat pääosin riittävän hyvin saatavilla, mutta Veräjänkorvan (2003, 131) mukaan ne eivät ole tarpeeksi hyvin esillä. Meidän tutkimustuloksemme sijoittuu näiden kahden välimaastoon. Joka tapauksessa lääkehoidonsuunnitelman käyttö voisi olla osastoilla tarkoituksenmukaisempaa. Useiden lähteiden (Council of Europe 2006; Veräjänkorva 2003, 126) mukaan on tärkeää, että ohjeistukset ovat osastoilla hyvin esillä ja helposti saatavilla. Lähes kaikki hoitajat käyttävät päivittäin jotakin lääkehoidon ohjeistusta (Kuvio 6), joista annoimme kysymyslomakkeessa esimerkkejä. Lääkehoidon ohjeistuksien säännöllinen käyttö lisää sairaanhoitajien lääkehoitotaitoja (Veräjänkorva 2003, 126).

Tutkimuksemme mukaan lähes kaksi kolmannesta kokee saavansa riittävästi lääkehoidon koulutusta, kuitenkin yhdeksän hoitajaa vastasi, ettei ole saanut riittävästi lääkehoidon koulutusta (Kuvio 7). Tämä ei välttämättä itsessään osoita lääkehoidon koulutusta olevan liian vähän, sillä kyseiset hoitajat eivät mahdollisesti ole päässeet osallistumaan järjestettyyn koulutukseen syystä tai toisesta. Ilolan (2010, 45) tutkimuksessa suurin osa hoitajista ei osallistunut säännöllisesti lääkehoidon täydennyskoulutuksiin. Vaikutusta voi olla myös hoitajien omalla kiinnostuksella täydennyskoulutuksiin. Ilolan (2010, 45) mukaan noin puolella hoitajista lääkehoito sisältyi henkilökohtaiseen täydennyskoulutussuunnitelmaan ja puolella taas ei. STM:n (2005, 47) oppaan mukaan työnantaja vastaa koulutusmahdollisuuksien järjestämisestä työntekijöille ja työntekijöillä itsellään on velvollisuus osallistua koulutuksiin.

Kaksi kolmasosaa tuntee myös, että esimies turvaa heille mahdollisuuden lääkehoidon koulutukseen. On kuitenkin huomattavaa, että 10 vastaajaa on asiasta jokseenkin tai täysin eri mieltä. Tutkimuksessamme lääkehoidon koulutuksen määrään ja esimiehen rooliin tyytymättömien määrä on kuitenkin huomattavasti pienempi kuin esimerkiksi Ilolan (2010, 45) tutkimuksessa, jossa yli puolet vastaajista koki, ettei työnantaja järjestä riittävästi lääkehoidon koulutusta. Veräjänkorva (2003, 132) toteaa, että sairaanhoitajilla on lääkehoidon lisäkoulutukselle selkeä tarve.

6.1.1 Sairaanhoitajien lääkitysturvallisuutta koskevat käytännöt

Sairaanhoitajien toimintatavat lääkejaossa ja -tarkistuksessa ovat tutkimuksessamme kaiken kaikkiaan hyvät niiltä osin, että lähes kaikki hoitajat tarkistavat niin itse jakamansa kuin toisen hoitajan jakamat lääkkeet. On kuitenkin merkittävää, että toisen hoitajan jakamat lääkkeet jättävät tarkistamatta ennen potilaalle vientiä kaksi hoitajaa ja neljä tarkistaa toisen hoitajan jakamat lääkkeet vain harvoin. Muutama hoitaja tarkistaa myös itse jakamansa lääkkeet vain harvoin tai ei koskaan. Lisäksi suurin osa hoitajista ei pyydä toista sairaanhoitajaa tarkistamaan itse jakamiaan lääkkeitä (Kuvio 8), jolloin kaksoistarkistus jää suorittamatta. Yhden hoitajan mukaan kaksoistarkistus ei hänen osastollaan toteudu ja se vaarantaa lääkitysturvallisuuden. On huomattavaa, että hänen mukaansa aamulääkkeitä vie potilaille jo yöhoitaja, joka on itse jakanut lääkkeet. Tällöin sen lisäksi että kaksoistarkistus jää tekemättä, on lääkitysvirheiden riski yöllä suoritettuna lääkejaon takia suurempi, minkä toteaa riskitekijäksi myös kolme kyselyymme vastannutta hoitajaa. Asian esiin ottanut hoitaja toteaa kaksoistarkistuksen olevan omatunnon kysymys, johon osaston yleiset ohjeistukset eivät velvoita. On mielenkiintoista, ettei kukaan muu hoitaja ole maininnut asiaa lääkitysturvallisuusriskiksi, jos tilanne kaksoistarkistuksen suhteen on todella jollakin osastolla tällainen. Ilolan (2010, 46) tutkimuksessa kaikki vastaajat tarkistivat lääkemannoksen aina ennen lääkehoidon toteutusta. Kuitenkin Ilolan tutkimuksessa kaksoistarkistus kuului vain 5 %:n hoitajista työtapoihin. Lääkejakovirheet ovat joidenkin lähteiden mukaan yleisimpiä tapahtuneita tai

ilmoitettuja lääkehoidon poikkeamia (Kaushal ym. 2001, 2117; Avelin & Lepola 2008, 35), joten niiden ehkäiseminen on tärkeää. Useiden lähteiden (STM 2005, 58; Ruuhilehto & Knuutila 2008, 13; Suikkanen 2008, 52; Ketola & Perkiö 2011, 25) mukaan kaksoistarkistus parantaa lääkitysturvallisuutta. Kaksoistarkistus ei estä lääkejakovirheitä, mutta se ehkäisee virheellisesti jaettujen lääkkeiden päätymistä potilaalle asti.

Oikea potilas on yksi lääkehoidon toteuttamisen viidestä oikeasta. STM:n (2005, 58) ohjeen mukaan lääkettä annettaessa on varmistettava potilaan henkilöllisyys. Tutkimukseemme vastanneista hoitajista reilu kolmannes tekeekin näin aina (Kuvio 9). Hieman yli kolmannes varmistaa potilaan henkilöllisyyden useimmiten. Tätä saattaa selittää se, että hoitajat eivät tarkista niiden potilaiden henkilöllisyyttä, joita he ovat hoitaneet jo esimerkiksi usean päivän ajan. On huomattavaa, että yhdeksän hoitajaa tekee varmistuksen vain harvoin. Tällöin voidaan olettaa, että myös hoitajille tuntemattomampien potilaiden henkilöllisyys jää joskus tarkistamatta.

Kyselymme mukaan kaikki hoitajat tarkkailevat annetun lääkkeen vaikutuksia aina tai useimmiten. Tutkimustuloksemme on osin eroava Veräjänkorvan (2003, 125) tuloksen kanssa, jonka mukaan potilaan tarkkailua lääkkeenannon yhteydessä ja sen jälkeen tulisi lisätä. Suurin osa tutkimukseemme hoitajista myös kirjaa lääkkeen vaikutuksen aina tai useimmiten (Kuvio 10). Mäkelä ja Peltola ovat saaneet tutkimuksessaan samansuuntaisia positiivisia tuloksia niin lääkkeiden vaikutuksen tarkkailun kuin kirjaamisenkin suhteen (Mäkelä & Peltola 2010, 21, 23). Lääkkeiden vaikutusten tarkkailu parantaa potilasturvallisuutta, kun esimerkiksi yliherkkyysoireet ja haitalliset sivuvaikutukset huomataan ajoissa. Lääkkeen vaikutuksen kirjaaminen on yhtä tärkeää kuin itse tarkkailu, jotta tieto siirtyy potilaan hoitoa jatkaville henkilöille. Hyvä tiedonkulku on useiden eri lähteiden (STM 2005, 60–61; Council of Europe 2006; Linden-Lahti ym. 2009, 3431) mukaan merkittävä osa potilasturvallisuuden ja lääkitysturvallisuuden parantamisesta.

Tutkimukseemme vastanneista hoitajista lähes kaikki tarkistavat lääkemääräyksen määräyksen tehneeltä lääkäriltä, jos eivät ole sitä täysin varmoja, mikä tukee Ilolan (2010, 46) tutkimuksen tuloksia. Tämä on tärkeää, sillä Suikkasen (2008, 27–29) mukaan suullisesti annettu lääkemääräys voi johtaa väärään tulkintaan ja siten lääkehoidon virheelliseen toteuttamiseen. Myös Sipola-Kaupin (2009, 47) tutkimuksessa lääkärrien tekemien lääkemääräysten epäselvyys oli hoitajien mielestä joissakin tilanteissa aiheuttanut lääkepoikkeaman.

Meidän tutkimuksessamme hoitajat kokevat moninkertaisen kirjaamisen ja epäselvien tai puutteellisten merkintöjen vaarantavan lääkitysturvallisuuden. Jo ennen tutkimusta tutkimukseen osallistuneiden osastojen osastonhoitajat sanoivat yhdeksi lääkitysturvallisuuden vaarantavaksi tekijäksi sen, että lääkelistat eivät ole ajantasaisia. Lääkemääräyksen kirjaaminen useaan eri paikkaan on myös mm. Suikkasen (2008, 39) sekä Mäkelän ja Peltolan (2010, 29) mukaan lääkitysturvallisuuden riskitekijä. Pitkät ja virheelliset lääkelistat tuotiin esille myös Sipola-Kaupin (2009, 49) tutkimuksessa lääkitysturvallisuutta vaarantavana tekijänä. Tämän riskitekijän tiedostaminen saattaa edesauttaa sitä, että hoitajat ovat aktiivisia tarkistamaan lääkelistan ja lääkejakolistan ajantasaisuuden. Kolmannes tutkimukseemme osallistuneista hoitajista tarkistaa listojen ajantasaisuuden aina, ja useimmiten sen tekee yli puolet vastaajista (Kuvio 11). Yksi hoitaja sanoo, että hänen osastollaan on käytössä potilastietojärjestelmästä tulostettava lääkejakolista, joka on siis automaattisesti sama kuin virallinen lääkelista. Kyseinen hoitaja toteaa menettelyn helpottaneen ongelmaa. Tällainen toimintatapa olisi mielestämme melko helppo levittää yleiseen käyttöön muillakin osastoilla. Tiedonkulku hyvistä toimintatavoista eri yksiköiden ja osastojen väliä nopeuttaisi lääkitysturvallisuutta parantavien toimintojen yleistymistä (Erkko ym. 2011, 56). Myös Potilasturvallisuusyhdistyksen tavoitteena on hyvien toimintatapojen levittäminen ja käytäntöön ottaminen (Potilasturvallisuusyhdistys, 2011). Avelinin ja Lepolan (2008, 50–51) tutkimuksessa vastaajien mielipiteet jakaantuivat siitä, siirtyivätkö käytännöt osastojen välillä. Esimerkiksi Ermo Haavisto (Kymenlaakson johtajalääkäri, lähteessä Seppä 2008, 1210) toteaa HaiPron suureksi hyödyksi sen, että yhden yksikön kehittämä toimintatapa voidaan

ottaa käyttöön organisaation muissa osissa ja mahdollisesti myös muissa organisaatioissa.

Potilaan ohjaus on olennainen osa lääkehoidon toteutusta (STM 2005, 41). Sipola-Kauppi tuo esiin tutkimuksessaan (2009, 45–46) yhtenä lääkitysvirheisiin johtavana syynä potilaiden tietämättömyyden oman lääkityksensä suhteen. Hughes ja Ortiz (2005) puolestaan esittävät, että niiden potilaiden kohdalla, jotka osallistuvat hoitoonsa, saavutetaan paremmat tulokset niihin potilaisiin verrattuna, jotka eivät hoitoonsa osallistu. Tässä tutkimuksessa emme käsitelleet sairaanhoitajien potilasohjauskäytäntöjä. Tätä voitaisiin jatkossa tutkia, jotta saataisiin vielä kokonaisvaltaisempi kuva sairaanhoitajien lääkehoidon käytännöistä ja lääkitysturvallisuuden toteutumisesta.

6.1.2 Lääkitysturvallisuuden vaarantavat tekijät

Meidän tutkimukseen osallistuneet hoitajat osasivat nimetä hyvin useita lääkitysturvallisuuden vaarantavia tekijöitä, vaikka Veräjänkorva (2003, 122, 125) toteaa, etteivät sairaanhoitajat tunnista lääkehoidon riskikohtia riittävän hyvin. Kuitenkin siihen nähden, että kaikki muut vastanneet mainitsivat ainakin jonkin lääkitysturvallisuutta vaarantavan tekijän, on huomattavaa, että kahden hoitajan mielestä lääkitysturvallisuusasiat ovat heidän osastoillaan kaiken kaikkiaan hyvin. Tämä saattaa siis tukea edellä mainittuja Veräjänkorvan saamia tuloksia.

Tutkimuksemme tukee useiden aiempien tutkimuksien (Pasternack 2006, 2465; Suikkanen 2008, 47; Linden-Lahti ym. 2009, 3431; Sipola-Kauppi 2009, 46; Kotanen-Lönnroos & Wallén 2010, 34; Mäkelä & Peltola 2010, 25) tuloksia, joiden mukaan kiire on yksi merkittävä syy lääkitysturvallisuuden vaarantumiseen. Tutkimuksessamme kiireeseen on yhdistetty monissa vastauksissa henkilökunnan vähyys, mikä on loogista. Jos samaa työmäärää on tekemässä vähemmän hoitajia, on heillä työn tekemisessä suurempi kiire, kuin jos hoitajia olisi enemmän. Myös Pasternack (2006, 2465), Potylycki ym. (2006, 374) ja Sipola-Kauppi (2009, 46) tuovat resurssien riittämättömyyden esiin yhtenä lääkitysvirheisiin, ja haittatapahtumiin yleensä, yhteydessä olevana tekijänä. Henkilökunnan vähyyden

vaikutuksista potilasturvallisuuteen ja hoitotyön laatuun on ollut viime vuosina myös runsaasti yhteiskunnallista keskustelua. Lisähenkilökunnan palkkaaminen on pitkälti rahakysymys, mutta kun toisaalta on osoitettu lääkehoidon haittatapahtumista syntyvän valtavasti kuluja (Hughes & Ortiz 2005; Seppä 2008, 1210–1211; AL 1.11.2010, 4), olisi lisähenkilökunnan palkkaaminen pitkällä tähtäimellä säästö, jos sillä ehkäistäisiin edes osa näistä haittatapahtumista.

Henkilökuntaan liittyen ongelmana oli myös pätevien sijaisten tai sijaisten puute ylipäätään. Myös opiskelijoiden toteuttama lääkehoito koetaan riskialttiiksi. Tunnistamme itsekkin sen, että toimiessamme opiskelijoina sairaanhoitajan sijaisena olemme riski lääkitysturvallisuudelle. Työkokemuksemme on vähäistä ja niin tietomme kuin taitomme ovat vielä puutteellisia. Teuri ja Isotalo (2011, 62) toteavat, että opiskelijoihin panostaminen on osa lääkitysturvallisuuden kehittämistä, sillä lääkehoidon turvallisuuskulttuurit omaksutaan harjoittelujaksoilla ja niillä opiskelija sisäistää myös turvallisuuskäytänteitä ja oppii kehittämään omia työtapojaan sekä kriittisesti arvioimaan työolosuhteitaan. Opiskelijoilla on lainkin (7.12.2007/1200, 2§) nojalla oikeus osallistua lääkehoitoon ja heidän on oppiakseen päästävä toteuttamaan sitä käytännössä. Omien kokemuksiemme mukaan opiskelijoiden kanssa puhutaan melko harvoin lääkitysturvallisuudesta ja sen vaikutuksesta potilasturvallisuuteen. Siihen olisi kuitenkin tarvetta, sillä mielestämme tulevien hoitajien tulisi tiedostaa jo opiskeluajoista lähtien potilasturvallisuuden tärkeys työtä ohjaavana periaatteena kaikilla osa-alueilla.

Seitsemän hoitajaa tuo tutkimuksessamme perehdytyksen riittämättömyyden esiin kysyttäessä lääkitysturvallisuuden vaarantavista tekijöistä. Uusien työntekijöiden perehdytys myös lääkehoidonsuunnitelmaan on tutkimuksemme mukaan kohtuullisen vähäistä. Myös aiempien tutkimusten (Linden-Lahti ym. 2009, 3431; Ilola 2010, 45) mukaan lääkehoidon perehdytyksen toteutumisessa on puutteita ja se lisää riskiä lääkepoikkeamien syntymiseen. Siten niin uusien työntekijöiden kuin sijaistenkin perehdyttämiseen tulisi osastoilla panostaa aiempaa enemmän. Uusien työntekijöiden työskentelyä voisi helpottaa ja samalla heidän aiheuttamaansa riskiä lääkitysturvallisuudelle vähentää käyttämällä myös jo aiemmin luotuja malleja. Esimerkiksi Turussa lääkehoitoprosesseja kehitettäessä luotiin apulomake

lääkehoidonprosessin eri vaiheiden sekä niiden toteutumiseen vaikuttavien tekijöiden havainnointia ja tunnistamista varten. Siitä todettiin olevan apua asioiden jäsentämisessä ja se toimi samanaikaisesti muistilistana. (Erkko ym. 2011, 56)

Avoimeen kysymykseen vastanneista noin kolmannes sanoo lääkitysturvallisuuden vaarantavaksi tekijäksi sen, että lääkärit eivät kirjaa lääkemuuoksia potilastietojärjestelmään, eivätkä tarkista ja päivitä lääkelistaa. Vaaratekijäksi mainitaan myös lääkärin ja sairaanhoitajan roolijako potilasjärjestelmään tehtävissä päivityksissä. Ongelmaa lääkärin kirjaamiskäytännöissä esiintyy muuallakin kuin tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä. Esimerkiksi Mäkelän ja Peltolan (2010, 19) tutkimuksessa melkein neljä viidesosaa kertoi lääkäreiden kirjaavan määräyksensä itse potilaspapereihin vain harvoin tai ei koskaan. Lääkärin puutteellinen lääkelistojen päivittäminen oli myös hoitajille tuttua myös Sipilä-Kaupin (2009, 49) tutkimuksessa.

Tutkimukseen osallistuneilla osastoilla on siis ilmeisesti tarvetta toimivaltuuksien selvitykseen sen osalta, kenellä on oikeus tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (2009, 4§) mukaan terveydenhuollon toimintayksiköissä työskentelevien käyttöoikeudet potilasasiakirjoihin sisältyviin tietoihin tulee määrittellä yksilöllisesti. Ammattihenkilöt saavat käsitellä hoitamansa potilaan asiakirjoja vain työtehtävänsä ja vastuunsa edellyttämässä laajuudessa. Sähköisten järjestelmien käyttäjät tulee yksilöidä niin, että heidät todennetaan yksiselitteisesti. Lääkemääräysten kirjaamisessa potilastietojärjestelmään ja lääkelistojen päivityksessä on ongelmia siitäkin huolimatta, että Suomen lainsäädäntö on asiassa melko yksiselitteinen. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) säädöksessä lääkkeen määräämisestä todetaan lääkkeenmääräämisoikeuden olevan lääkärillä. Nykyisin sairaanhoitajien on mahdollista saada rajattu lääkkeenmääräämisoikeus, mutta tietojemme mukaan kukaan tutkimukseemme osallistuneiden osastojen sairaanhoitajista ei tällaiseen oikeuttavaa koulutusta ole. Säädöksen mukaan lääkkeen määränneen henkilön tulee kirjata kaikki niin uusimansa kuin antamansa lääkemääräykset potilasasiakirjoihin niin, että merkinnöistä ilmenee muun muassa määräyksen antopäivä, lääkevalmisteen kauppanimi tai lääkeaine/aineet, vahvuus,

käyttötarkoitus ja käyttöohje. (STM 2010, 3§, 5§, 24 §) Tällöin lääkärin tulisi tehdä päivitykset potilastietojärjestelmään potilaiden lääkityksien osalta.

Loppujen lopuksi terveydenhuollon ammattihenkilö vastaa sanelunsa perusteella tehdyistä potilasasiakirjamerkinnoista (STM:n asetus potilasasiakirjoista 2009, 6§). Tällöin lääkäri on oikeudellisesti vastuussa lääkemääräyksistä, jotka sairaanhoitaja on hänen sanelunsa perusteella kirjannut. Käytännössä näin tehdyt merkinnät voivat jäädä potilastietojärjestelmään hoitajan tunnuksilla, eikä niissä ole minkäänlaista lääkärin allekirjoitusta tai vastaavaa konkreettista todistusta siitä, että kirjattu asia on lääkärin hyväksymä. Jos jotain epäselvyyksiä tulee, on lääkärin käytännössä mahdollista vetäytyä vastuusta, jos ei esimerkiksi muista määränneensä kyseistä lääkettä. Siten on kyse hoitajan oikeusturvasta. On myös huomattavaa, että lääkäreiden oikeusturva on niin ikään uhattuna tutkimukseen osallistuneilla osastoilla ainakin yhden hoitajan mukaan, joka kommentoi hoitajien tekemän lääkemuutoksia lääkäreiden tunnuksilla. Tutkimukseen osallistuneilla osastoilla niin hoitajien kuin lääkäreidenkin tulisi ymmärtää tämän asian merkitys ja kunnioittaa niin omaa kuin toisten oikeusturvaa kaikissa tilanteissa.

Vastauksista nousi esiin myös lääkäreiden osaamattomuus sähköisen potilastietojärjestelmän käytössä. Lääkäri on kuitenkin terveydenhuollon ammattihenkilö siinä missä sairaanhoitajakin, ja hänellä on siten yhtäläillä velvollisuus päivittää ammattitaitoaan (Lakiterveydenhuollon ammattihenkilöistä, 15§). Nykypäivänä tietotekniikka on osa jokapäiväistä toimintaa terveydenhuollon yksiköissä ja kokonaisvaltainen toiminta edellyttää sen käytön hallitsemista.

Riskitekijäksi on tutkimuksessamme koettu myös suuri rinnakkaisvalmisteiden määrä. Tämän kokivat ongelmaksi myös Suikkasen (2008, 27–29) ja Sipola-Kaupin (2009, 48–49) tutkimukseen osallistuneet hoitajat. Hoitajat kokivat muuttuvien kauppanimien kanssa ajan tasalla pysymisen vaikeaksi myös Mäkelän ja Peltolan (2010, 26) tutkimuksessa. Sipola-Kaupin (2009, 48–49) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat, etteivät tunne lääkkeitä kovin hyvin uusien lääkkeiden suuren määrän vuoksi ja he toivoivat lisäkoulutusta etenkin lääkkeiden vaikuttavista aineista. Tähän asiaan hoitajat eivät itse voi merkittävästi vaikuttaa,

mutta voisi kuvitella, että apteekin kanssa olisi kuitenkin mahdollista tehdä yhteistyötä tai ainakin antaa palautetta lähetetyistä lääkevalmisteista.

Useisiin edellä mainittuihin ongelmiin ratkaisun voisi mahdollisesti tuoda osastofarmaseutin käyttö. Tampereen Yliopistollisen sairaalan lasten klinikalla vuonna 2003 tehdyn kehitysprojektin perusteella osastofarmaseutin käyttö hyödytti osastoja monella tapaa. Farmaseutti loi osastoille yhtenevät ohjeet esimerkiksi eniten käytettyjen iv-lääkkeiden laimennukseen ja antamiseen liittyen sekä luettelot lääkkeiden rinnakkaisvalmisteista ja yhteensopivuuksista. Farmaseutin käyttö säästi myös sairaanhoitajien aikaa hoitotyölle, vähensi lääkevirheitä sekä lääkehävikkiä. Uudet päivitettyt ja yhtenäistetyt lääkeohjeet olivat projektin jälkeen osastoilla helposti saatavilla, mikä on helpottanut uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämistä. (Korpimäki 2005, 35) Sama projekti mainitaan myös STM:n (2005, 99) oppaassa. Osastofarmasia parantaa lääkitysturvallisuutta myös muiden lähteiden (Kaushal ym. 2001, 2117; Toppinen, Moilanen, Järviluoma & Tohmo 2009, 1552–1553) mukaan. Lisäksi lääkehuollon kustannustehokkuuden on todettu parantuvan osastofarmasian käytön myötä (STM 2005, 55; Toppinen ym. 2009, 1553). Yhden osastofarmaseutin palkkaaminen yhteiseksi useammalle osastolle olisi mahdollisesti myös edullisempaa, kuin lisätä kaikille osastoille hoitajia, minkä aiemmin totesimme osastojen kehityskohteeksi. Toisaalta on otettava huomioon Mäkelän ja Peltolan (2010) saamat tulokset. Vaikka osa hoitajista toivoi heidän tutkimuksessaan osastofarmasiatoiminnan lisäämistä, osa hoitajista koki, että osastofarmaseutin käyttö vähentää heidän omia lääkehoitotaitojaan ja he toivoivat sen sijaan oman henkilökunnan lisäämistä (Mäkelä & Peltola 2010, 30).

Nyt selvitimme vain lääkitysturvallisuuden vaarantavia tekijöitä ja pyrimme itse lähteitä apuna käyttäen päättämään, miten niitä voitaisiin osastoilla ehkäistä. Jatkossa voitaisiin selvittää niin nyt tutkimukseen osallistuneilla osastoilla, kuin muissakin yksiköissä myös tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitajien näkemyksiä siitä, miten lääkityspoikkeamia voitaisiin ehkäistä ja lääkitysturvallisuutta parantaa. Euroopan neuvoston mukaan sairaaloissa ja kotihoidon yksiköissä tulisi selvittää lääkityspoikkeamiin johtaneiden syiden lisäksi niiden luonne, yleisyys ja kliniset

seuraukset. Siten saataisiin kokonaisvaltainen kuva ja poikkeamia olisi helpompi ehkäistä. (Council of Europe 2005)

6.1.3 HaiPron käyttö ja siitä saatava hyöty

Vaikka suurin osa hoitajista vastaa, että heille on perusteltu miksi poikkeamailmoituksia tehdään (Kuvio 18), noin puolet ei osaa sanoa onko ilmoitusten tekeminen vähentänyt lääkitysturvallisuusongelmia (Kuvio 19). Heille ei ole välttämättä esitetty aiempia tutkimuksia, joissa osoitetaan ilmoitusten tekemisen ja käsittelyn selkeä hyöty lääkitysturvallisuuden parantamiseen. Ilmoitusten tekeminen ja käsittely eivät kenties ole saaneet aikaan potilasturvallisuutta parantavia muutoksia osastojen toimintatavoissa. Ilolan (2010, 64) tutkimuksessa lääkehoitopoikkeamista oppimisessa oli kehittämisen varaa. Leinon, Mäen ja Pelkosen (2011, 33–34) tutkimuksessa hoitajat eivät kokeneet, että HaiPron käytöstä olisi seurannut juurikaan muutoksia työyksikössä, joskin työohjeissa, toimintatavoissa ja vaaratapahtumien tiedostamisessa oli havaittu joitakin muutoksia. Jantusen (2010, 22–25) tutkimuksessa suuri osa hoitajista koki, että niin ilmoitusten teko kuin vaaratapahtumien käsittely oli liian vähäistä, jotta toiminnasta olisi hyötyä ja osastojen toimintaan seuraisi muutoksia. Toisaalta samassa tutkimuksesta ilmeni, että vaaratapahtumien yhdessä käsittelyn myötä ilmapiiristä oli tullut avoimempi, asioista oli otettu opiksi, koulutus oli lisääntynyt ja hoitohenkilökunnan työ oli muuttunut tarkemmaksi. HaiPron kehittäjien (Ruuhilehto & Knuutila 2008, 8) lisäksi esimerkiksi Avelin ja Lepola (2008, 47–48, 51–52, 54) havaitsivat tutkimuksessaan, että HaiPro-ilmoitusten kautta lääkehoidonprosessin heikot kohdat tunnistetaan helposti ja siten lääkehoidon turvallisuutta voidaan kehittää. Työskentelyn myötä myös potilasturvallisuuteen alettiin kiinnittää entistä enemmän huomiota, ilmoitusten teko herätti keskustelua osastoilla ja vaaratapahtumailmoitusten perusteella tehtiin muutoksia käytännön työtapoihin potilasturvallisuuden edistämiseksi. Uusimman potilasturvallisuusoppaankin (THL 2011, 28) mukaan raportointi lisää turvallisuutta. Myös Hicks ja Becker (2006)

osoittavat raportoinnin olevan tärkeää parannettaessa hoidon laatua ja lisättäessä potilasturvallisuutta.

Enemmistö tutkimukseemme osallistuneista hoitajista tukee Ruuhilehdon ja Knuuttilan (2008, 8) väitettä, että HaiPro-ilmoitusten käsittely on perustana työntekijöiden motivoimisessa niiden tekemiseen (Kuvio 17). Kuitenkin kolmasosa vastaajista ei osaa sanoa lisääkö ilmoitusten käsittely motivaatiota tehdä niitä. Toisaalta kolmannes hoitajista ei osaa sanoa käsitelläänkö poikkeamailmoituksia riittävästi (Kuvio 13). Tämä seikka kertoo mahdollisesti siitä, että hoitajat eivät tiedä kuinka paljon ilmoituksia tulisi käsitellä ja että huolellinen käsittely on yhtä tärkeää kuin itse ilmoitusten tekeminen. On merkittävää, että yhdeksän vastaajaa on kuitenkin jonkin verran tai täysin eri mieltä asiaa koskevasta väittämästä. Yksi hoitaja sanoo avoimeen kysymykseen vastatessaan, ettei HaiPro-ilmoituksia käsitellä hänen osastollaan lainkaan ja hoitajat kokevat sen takia ilmoitusten teon turhaksi ja niitä tehdään osastolla hyvin vähän. Jos ilmoitukset jätetään käsittelemättä, myös ilmoituksista koituva hyöty jää saamatta, eikä potilasturvallisuutta pystytä parantamaan niiden avulla. Tällaisella toiminnalla viedään pohja sairaanhoitajien motivoinnilta ilmoitusten tekoon. Ilolan (2010, 64) mukaan lääkityspoikkeamien käsittelyssä osastolla oli osaamisvajetta. Toisin kuin omassa tutkimuksessamme Ruuhilehdon ja Knuuttilan (2008, 8) tutkimuksessa käsittely tuodaan esiin käsittelijöiden, kuten osastonhoitajien näkökulmasta. Suurin osa HaiPro-ilmoituksia käsittelevistä henkilöistä sanoo keskustelewansa muun henkilökunnan kanssa ilmoituksista säännöllisesti. Kolmasosa keskustelee ilmoituksista satunnaisesti, jos joku pyytää tai jos tilanteista voidaan oppia ja 2 % vastaajista ei ota HaiPro-ilmoituksia lainkaan puheeksi. Olisi mielenkiintoista ja hyödyllistä kartoittaa osastonhoitajien tai muiden ilmoituksia käsittelevien tahojen aktiivisuutta myös omaan tutkimukseemme osallistuneilla osastoilla.

Valtaosa hoitajista tuntee, että ilmoitusten käsittelyssä etsitään yhdessä syitä poikkeamien synnylle ja pyritään ratkaisemaan, miten poikkeamat voitaisiin jatkossa ehkäistä (Kuvio 15 ja Kuvio 16). Suurin osa hoitajista kokee myös, että ketään ei syyllistetä ilmoituksia käsiteltäessä (Kuvio 14). Tämän perusteella voi päätellä, että ilmoitukset käsitellään osastoilla pääosin tarkoituksenmukaisesti.

Ilmoitusten käsittely sekä ongelmien syiden etsiminen ja niiden ratkaiseminen yhdessä kuuluu HaiPron käyttöön. Yksi tärkeimmistä periaatteista on se, että ilmoitukset käsitellään ketään syylistämättä. (STM 2005, 61–62; Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 17; Ruuhilehto & Knuutila, 2008, 8) On kuitenkin huomattavaa, että kolmen vastaajan mielestä ilmoituksia ei käsitellä ketään syylistämättä. Tämän kokemuksen luulisi vaikuttavan siihen, kuinka halukkaita hoitajat ovat ilmoituksia tekemään.

6.1.4 HaiPro-ilmoitusten tekeminen

Kolmen haittatapahtuman kohdalla hoitajien ilmoitusinnostus on selvästi muita korkeampi. Näitä ovat tilanteet, joissa potilas on saanut väärän lääkkeen tai annoksen (Kuvio 21), lääke on annettu väärälle potilaalle tai väärää antoreittiä (Kuvio 23). Kaksi ensimmäistä luokitellaan jakovirheiksi, joita on myös muun muassa Avelinin ja Lepolan (2008, 35) tutkimuksessa ilmoitettu kaikista lääke-, neste- ja verensiirtohoitoon liittyvistä haittatapahtumista eniten. Kotanen-Lönnoosin ja Wallenin (2010, 25) tutkimuksessa lääkkeenantovirheet kuuluivat yhteen kolmesta ryhmästä, joista lääke- ja nestehoitoon liittyviä ilmoituksia tehtiin. Edellä mainitut tutkimukset mittaavat sinällään eri asiaa kuin meidän, mutta kaikki tulokset voivat tarkoittaa sitä, että jakovirheitä tapahtuu eniten ja sairaanhoitajat pitävät niitä merkittävimpinä. Siten näistä virheistä tehdään myös eniten ilmoituksia. Edellä mainittuja kolmea haittatapahtumaa yhdistää se, että virhe on jollain tapaa peruuttamaton ja siitä voi tulla haitallisia seurauksia potilaalle.

Tilanteissa, joissa virhe on vielä korjattavissa, ilmoituksia tehdään huomattavasti harvemmin. Esimerkkinä tästä on tilanne, jossa huomataan virhe lääketarjottimelle tehdyssä lääkejaossa (Kuvio 20). Yksi hoitaja kommentoi, että jakovirhe vain korjataan, eikä siitä tehdä ilmoitusta. Kuitenkin ilmoituksia on tehty harvemmin myös kahdessa tilanteessa, joissa potilaalle voi seurata selvää haittaa. Näissä tilanteissa potilas on saanut lääkkeen väärään aikaan tai ei ole saanut määrättyä lääkettä (Kuvio 22 ja Kuvio 24). Jos potilas ei ole saanut määrättyä lääkettä, voidaan tilanne korjata joissain tapauksissa antamalla lääke sitten kun virhe on

huomattu. Oikea aika on puolestaan yksi lääkehoidon toteutuksen ”viidestä oikeasta” ja esimerkiksi Parkinson-, diabetes- ja sydänlääkkeet on tärkeää antaa ajallaan.

Jonkinlaista haittatapahtumien tärkeysjärjestykseen asettamista on havaittavissa muutamissa muissakin kohdissa. Ilmoitus tehdään herkemmin, kun väärä tai lopetettu lääke on lääkejakolistalla (Kuvio 26) kuin jos se on lääkelistalla (Kuvio 25). Kun virhe on lääkejakolistalla, on todennäköisempää, että väärä tai lopetettu lääke päätyy potilaalle asti, jolloin on ymmärrettävää, että ilmoitusaktiivisuus on tällöin suurempi. Lääkemääräyksien ja tarvittaessa annettavien lääkkeiden kirjaamista koskevissa väittämässä vastaajat hajaantuvat eri vastausvaihtoehtojen kesken (Kuvio 27, Kuvio 28, Kuvio 29 ja Kuvio 30). Osa hoitajista ei välttämättä pidä kirjausvirheitä yhtä vakavina kuin suoraan lääkkeen antamiseen liittyviä virheitä, vaikka väärä kirjaus edesauttaa lääkitysvirheen syntymistä, koska työtä jatkava hoitaja toimii ja tulkitsee tilanteita aiempien kirjausten mukaan.

Kaiken kaikkiaan sairaanhoitajien aktiivisuus HaiPro-ilmoitusten tekemisessä voisi olla suurempaa. On huomattavaa, että tarkasteltaessa kaikkia väittämiä yhdessä, keskimäärin reilu kolmannes vastaajista vastaa tekevänsä HaiPro-ilmoituksen harvoin tai ei koskaan. HaiPro:n tarkoituksena on parantaa muun muassa potilasturvallisuutta, mutta se ei voi toimia parhaalla mahdollisella tavalla jos ilmoituksia ei tehdä. Vaara- ja haittatapahtumat eivät tällöin tule yleiseen tietoon, jolloin niitä ei voida käsitellä, eikä niiden perusteella siten voi myöskään tehdä potilasturvallisuutta parantavia muutoksia lääkehoidon käytäntöihin.

Avelinin ja Lepolan (2008, 48) tutkimuksessa osa vastaajista mainitsee kiireen vähentävän haittatapahtumailmoitusten tekoa. Pasternackin (2006, 2467) mukaan kiireen lisäksi raportointia vaikeuttavat muun muassa rangaistuksen pelko ja epäily raportoinnin hyödyttömyydestä. Näiden seikkojen olemme päätelleet vaikuttavan ilmoitusaktiivisuuteen myös meidän tutkimukseemme osallistuneilla osastoilla. Meidän tutkimuksessamme hyvin monet hoitajat sanoivat kiireen olevan lääkitysturvallisuutta vaarantava tekijä yleensä. Jos osastoilla on näin ollen kiirettä, se saattaa vaikuttaa myös HaiPro-ilmoitusten tekoon. Kuitenkin Avelinin ja Lepolan (2010, 48) tutkimuksessa todetaan myös, että ilmoitusten tekoa pidettiin helppona

ja ilmoituslomaketta selkeänä, käteväenä ja tarkoitukseen sopivana. Täten voisi olettaa, ettei HaiPro-ilmoitusten teko sinällään vie paljon aikaa. Myös HaiPro-järjestelmän kehittäjät pyrkivät alun alkaen tekemään ohjelmasta helppo- ja nopeakäyttöisen terveysalalla usein vallitsevan kiireen takia. Omankin kokemuksemme mukaan HaiPro-ilmoituksen tekeminen ei kestä kauaa. Kiireen lisäksi osastonhoitajat ja lääkitysturvallisuusvastaavat kokevat Avelinin ja Lepolan (2008, 48) tutkimuksessa, että hoitajat eivät ole sisäistäneet ilmoitusten teon tärkeyttä, he eivät ole tottuneet sähköisen lomakkeen täyttämiseen ja lisäksi he jännittivät ilmoitusten tekoa. Myös tietämättömyys siitä, mitä tulisi ilmoittaa ja miten vaaratilanteet pitäisi kirjata, aiheutti epäselvyyttä. Samassa tutkimuksessa kuitenkin todetaan hoitajien tehneen ilmoituksia mielellään, ilmoitusten teko koettiin tärkeäksi ja hoitajat kannustivat toisiaan ilmoitusten tekoon (Avelin & Lepola 2008, 47).

Omassa tutkimuksessamme emme voi osoittaa korrelaatioita sen suhteen tekivätkö samat henkilöt ilmoituksia yleensä ottaen paljon kaikissa tilanteissa, koska kohdejoukkomme oli niin pieni. Kuitenkin Leinin ym. (2011, 46) tutkimuksessa hoitajien ilmoitusaktiivisuudessa ja vaaratapahtumien havaitsemisessa oli melko suurta vaihtelua. Jotkut havaitsivat vaaratapahtumia paljon ja tekivät niistä myös ilmoituksen, mutta jotkut eivät tehneet kumpaakaan.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuuden eli reliabiliteetin ydinajatus on, että tutkimus ei tuota sattumanvaraisia tuloksia, vaan ne ovat toistettavissa. Toistettavuus tarkoittaa, että tutkimuksen tulokset eivät riipu tutkijasta, vaan täysin samat tulokset saataisiin, vaikka tutkija olisi eri. (Hirsjärvi ym. 2007, 226; Vilkka 2007, 149) Meidän tutkimuksemme reliabiliteettia nostaa se, että meitä oli tutkimusta tekemässä kaksi, jolloin esimerkiksi lähteiden arviointi ja tulosten tulkinta ei perustunut vain yhteen näkökantaan. Tutkimuksen reliabiliteettia arvioidessa tarkastelun kohteena on ensisijaisesti mittaukseen liittyvät asiat ja tarkkuus tutkimuksen toteutuksessa sekä otoskoko ja sen laatu sekä perusjoukon edustavuus, vastausprosentti,

havaintoyksikköjen kaikkia muuttujia koskevien tietojen syöttämisen huolellisuus ja millaisia mittausvirheitä tutkimukseen sisältyy. (Vilka 2007, 150) Tutkimusjoukkomme pienuus sai vähän kritiikkiä testausosastolla. Jälkikäteen ajatellen olisimme voineet hyvin toteuttaa laajemmankin aineiston käsittelyn ja ottaa tutkimukseen mukaan vaikkapa kaikki sairaalan osastot. Tältä osin arvioimme väärin resurssimme laajemman aineiston käsittelyyn, joka sinällään ei olisi työläämpi. Vaihto-opiskelujaksomme kuitenkin katkaisi keväämmen niin, että kaikkia opinnäytetyön esittelyitä olisi ollut vaikea järjestää, jos kohteena olisi ollut useampia osastoja. Tuloksemme kuvaavat kuitenkin melko hyvin tutkimukseemme osallistuneita osastoja, sillä vastausprosenttimme oli 84,9 %. Tutkimuksemme olisi myös kohtuullisen helposti toistettavissa nyt tutkimuksen ulkopuolelle jääneillä osastoilla tai myös täysin toisessa toimintayksikössä, sillä kysymyslomaketta ei ole räätälöity koskemaan erityisesti tutkimukseen osallistuneita osastoja.

Tietolähteiden valintaan ja siihen, ketä otetaan mukaan tutkimukseen, tulee kiinnittää erityistä huomiota (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 366). Kyselymme koski neljän erikoissairaanhoidon osaston sairaanhoitajia. Tutkimustamme esitellessämme ja kyselylomakkeita viedessämme osastojen henkilökunnalta tuli jonkin verran kyselyjä siitä, mikseivät lähi- ja perushoitajat kuulu tutkimuksen piiriin, vaikka hekin työskentelevät osastoilla lääkkeiden parissa. Valintamme kohdejoukosta oli kuitenkin tällöin jo tehty ja sen perusteluna oli muun muassa oma kokemuksemme sairaanhoitajien suuremmasta roolista lääkehoidossa lähi- ja perushoitajiin nähden. Lisäksi valintaamme vaikuttivat osastojen käyttöömmme antamat lääkehoidonsuunnitelmat, joissa todettiin osan osastojen lähi- ja perushoitajista saaneen peruskoulutuksensa lisäksi laajempaa lääkehoidon koulutusta ja sen myötä luvat lääkehoidon, kuten lääkejaon suorittamiseen. Sen perusteella emme voineet kuitenkaan olettaa, että kaikki osastojen perus- ja lähihoitajat saisivat osallistua lääkehoitoon niiltä osin, mitä kyselylomakkeemme oletti.

Tutkimuksemme objektiivisuuteen saattaa olla pieni vaikutus sillä, että veimme kyselylomakkeet henkilökohtaisesti osastoille ja siten näimme vastaajat, lisäksi toinen meistä on työskennellyt kahdella osastoista, joten osa vastaajista tiesi

hänet. Emme kuitenkaan olleet osallisina itse vastaustilanteissa jättäessämme lomakkeet osastoille, emmekä pysty tunnistamaan eri vastaajia lomakkeita tulkittessamme, sillä kaikki lomakkeet palautettiin nimettöminä suljettuihin laatikoihin, jotka haimme osastoilta. Kyselylomakkeessa emme kysyneet muita tietoja itse vastaajista kuin sen, montako vuotta he ovat työskennelleet sairaanhoitajina, mikä ei myöskään merkittävästi laske anonymitettä.

Luotettavuutta lisätäksemme olemme pyrkineet myös tiukkaan lähdekritiikkiin. Tämän myötä jotkin löydettyistä lähteistä joutuivat hylätyiksi. Toisaalta kokemattomuutemme lähteiden haussa saattoi vaikuttaa siihen, ettemme aina havainneet, onko lähde täysin luotettava. Myös useiden englanninkielisten lähteiden käyttö oli riskialtista mahdollisten väärinymmärrysten suhteen. Pyrimme minimoimaan tätä lukemalla lähteitä yhdessä ja pohdimme välillä pitkäänkin sanojen asiayhteyksiä ja merkityksiä. On mahdollista, että suomenkielistäkin aineistoa lukiessamme tapahtui joskus jonkinlaista valikointia, sillä olimme esimerkiksi joitain osioita työstäessämme varsin keskittyneitä vain siihen ja tällöin muihin tutkimukseemme liittyviin asioihin ei välttämättä kiinnitetty huomiota. Käytetyt lähteet pyrimme merkitsemään huolellisesti hyvän tieteellisen käytännön (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 364) mukaisesti niin, että on selvästi erotettavissa, mikä on omaa pohdintaamme ja mikä on lähteestä otettua.

Tutkimusta arvioidessa pohditaan myös sen validiteettia, eli kykyä mitata juuri sitä, mitä sen oli tarkoituskin mitata. Kyselytutkimuksessa validiteetti tarkoittaa lähinnä sitä, miten hyvin kysymykset ovat onnistuneet eli vastaavatko ne asetettuihin tutkimusongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2007, 226; Tuomi 2007, 150) Kun arvioidaan tutkimuksen validiteettia, kohteena ovat tutkijan onnistuminen teoreettisten käsitteiden muuttamisessa arkikielelle, kysymysten ja vastausvaihtoehtojen sisällön ja muotoilun onnistuminen niin, että tutkija ja tutkittava ymmärtävät kysymykset samalla tavalla. Validiteetin arviointiin kuuluvat myös valitun asteikon toimivuus ja mittariin sisältyvät epätarkkuudet. (Hirsjärvi ym. 2007, 227; Vilkkä 2007, 150)

Annoimme kyselylomakkeemme arvioitavaksi ohjaavalle opettajallemme, opponentillemme, sekä lääkitysturvallisuusasioihin ja kvantitatiivisiin

tutkimusmenetelmiin perehtyneelle opettajalle. Testasimme kyselylomakkeen myös neljällä sairaanhoitajalla ennen varsinaisen tutkimuksen toteuttamista, mikä niin ikään parantaa validiteettia. Testauksessa emme kuitenkaan saaneet sellaista kritiikkiä, mikä olisi vaatinut kyselylomakkeen muuttamista.

Likertin asteikko ja siihen valitsemamme vastausvaihtoehdot heikentävät joltain osin validiteettia. Näin tapahtuu etenkin lomakkeen osiossa, jossa vastausvaihtoehtojen ääripäinä olivat 'täysin samaa mieltä' ja 'täysin eri mieltä'. Keskimmäisenä vaihtoehtona oli tällöin 'ei samaa, ei eri mieltä', joka ei tuloksena ole yhtä informatiivinen kuin ääripäät. Yleensä ottaen tällaiset vaihtoehdot saattavat johtaa vastaustaipumukseen, jossa vastaajat valitsevat vaihtoehdon, joka on yleisesti hyväksytyin (Hirsjärvi ym. 2009, 203).

Yleisesti hyväksytyjä vastauksia saattoi ilmetä muutoinkin, sillä aiheemme on arkaluontoinen. Omien virheiden ja puutteiden tunnustaminen ei ole helppoa, varsinkaan kun siitä saattaa koitua muille selvää haittaa. Näitä ongelmia pyrimme välttämään painottamalla vastaajille kyselyn luottamuksellisuutta ja sitä ettei yksittäisiä vastaajia pystytä tutkimusjoukosta tunnistamaan, koska kyselylomakkeessa ei ole mitään tunnistetietoja kuten osastoa.

Koko tutkimusprosessin ajan kestävä anonymiteetti on yksi tutkittavan oikeuksista (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367) ja edellä mainitun toiminnan lisäksi pyrimme suojelemaan sitä myös niin, että pidimme lähdeviitteet ja tiedot lähdeluettelossa hyvin pintapuolisina, jolloin niistä ei voida päätellä, minkä osaston tai sairaalan lääkehoidon suunnitelmia ne ovat. Tästä tosin seuraa toinen eettinen ongelma, sillä näin emme tuo tämän lähteen kohdalla kaikkia tietoja esiin. Tässä koemme anonymiteetin kuitenkin tärkeämmäksi periaatteeksi. Emme myöskään mainitse osastojen käyttämää potilastietojärjestelmää opinnäytetyössämme.

Tutkittavia tulee informoida tutkimuksesta asianmukaisesti (Vilka 2007, 99; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367). Tämä muodostuu prosessissamme eettiseksi ongelmaksi kyselylomakkeen testiosaston kohdalla. Testausvaiheessa emme tietäneet käyttävämme silloin täytettyjä lomakkeita itse tutkimuksessa, mutta koska emme muuttaneet lomakkeita testauksen jälkeen, otimme ne osaksi

tutkimusaineistoa. Tähän päädyimme yhdessä ohjaavan opettajamme kanssa. Testaukseen osallistuneet hoitajat eivät vastatessaan tienneet osallistuneensa varsinaiseen tutkimukseen, mikä saattoi vaikuttaa heidän vastauksiinsa. Toisaalta voisi olettaa heidän vastanneen oikean suuntaisesti senkin takia, että kehotimme heitä vastaamaan niin kuin he osallistuisivat tutkimukseen muun muassa saadaksemme realistisen käsityksen siitä, kauanko kyselylomakkeeseen vastaaminen kestää.

Tutkittavilla on oikeus myös tiedon saantiin tutkimustuloksista (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 367), mikä meidän tutkimuksemme kohdalla toteutuu, sillä esitämme opinnäytetyömme tulokset koulumme lisäksi tutkimukseemme osallistuneessa yksikössä. Tässä toteutuu myös tutkimuksen tuloksien tuominen julkisuuteen, mikä saattaa tutkimusprosessin loppuun (Hirsjärvi ym. 2007, 231; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 369).

Koemme pääosin onnistuneemme kysymyslomakkeen teossa niin kysymysten kuin kysymyslomakkeen rakenteenkin osalta. Tuloksia tutkiessamme huomasimme kuitenkin, että osa kysymyksistä on hieman tutkimusongelmiemme ulkopuolella. Kaikkiin tutkimusongelmiin löytyy kyllä vastaus kyselylomakkeella saaduista tuloksista, mutta viimeisin tutkimusongelmamme on alkujaan heikosti laadittu, koska se ei kata käsittelemäänsä aihetta kyllin laajasti. Ongelman ulkopuolelle jääneet väittämät ovat tosin sinänsä toimivia, aiheeseemme kuuluvia ja tärkeitä tutkimaamme aiheeseen nähden. Niistä saadut tulokset merkittäviä, vaikka niiden antamia vastauksia ei tutkimusongelmissa suoraa haetakaan.

Tuloksia käsitellessämme huomasimme, että olisimme voineet muotoilla joitakin kysymyksiä paremmin. Esimerkiksi väittämä uusien työntekijöiden perehdyttämisestä osastojen lääkehoidonsuunnitelmaan on suppea. Olisimme ennemminkin voineet kysyä lääkehoidon perehdytyksen toteutumista kokonaisuudessaan, sillä muiden tutkimustulosten perusteella on kyseenalaista kuinka suurella roolilla lääkehoidonsuunnitelma on lääkehoitoa toteutettaessa. Myös väittämässä 15 vastausvaihtoehdot ovat epäsopivia väittämän kanssa. Säännöllisyydestä kysyttäessä olisi luontevampaa vastata kyllä tai ei ja säännöllisyys ei toisaalta tarkoita että jotakin tapahtuu usein. Olisimme saaneet

välttämästä toimivamman muun muassa niin, että olisimme kysyneet tarkistavatko sairaanhoitajat lääkelistan ja lääkejakolistan ajantasaisuuden lääkkeitä lääketarjottimelle jakaessaan. Tällöin myös nykyiset vastausvaihtoehdot olisivat luontevia. Myös kysymys HaiPro-ilmoitusten käsittelyn riittävydestä on hieman ontuva. Hoitajat eivät välttämättä tiedä, kuinka paljon ilmoituksia tulisi käsitellä. Jonkin asian riittävyys on myös jokaisen subjektiivinen kokemus. Jollekin voi olla riittävää sekin, että ilmoituksia käsitellään vain harvoin tai ei koskaan. Kysymällä erikseen käsitelläänkö ilmoituksia viikoittain, kuukausittain, vuosittain tai ei koskaan ja sen jälkeen käsitelläänkö ilmoituksia riittävästi, olisimme saaneet tietoa hoitajien asenteista. Tällaisten yhteyksien saamiseksi tarvittaisiin myös suurempi aineisto.

Puolet kyselyyn vastanneista, ei osannut sanoa, onko HaiPro-ilmoitusten tekeminen ja käsittely vähentänyt lääkitysturvallisuusongelmia. Olisimme voineet kysyä suuremmin HaiPro-ilmoitusten tekemisen ja niiden käsittelyn tuomista hyödyistä, kuten käytännön toimintatapojen muutoksista, jolloin useampi hoitaja olisi ehkä osannut vastata kysymykseen.

6.3 Tutkimusprosessin kuvaus

Kun aihe opinnäytetyölle oli löytynyt alkusyksystä 2010, etsimme työelämätahoa, joka haluaisi tehdä kanssamme yhteistyötä. Sen löydyttyä järjestettiin työelämäpalaveri lokakuussa 2010, jossa tutkimuskohde ja työn laajuus tarkentui. Palaveriin osallistuneet osastonhoitajat kertoivat näkemyksiään ja osastojen tarpeista aiheeseemme nähden mm. lääkitysturvallisuuteen liittyvistä ongelmista.

Meillä oli opinnäytetyön alkuvaiheen kanssa melkoinen kiire, koska olimme molemmat lähdössä kolmen kuukauden opiskelijavaihtoon maaliskuun alussa. Kirjoitimme siis opinnäytetyön suunnitelman tiukalla aikataululla. Paineita lisäsi myös se että kyselylomakkeen piti olla valmis tutkimuslupaa hakiessamme. Suunnitelman toimitimme tutkimusluvan myöntävälle taholle tammikuun 2011 lopulla. Saimme tutkimusluvan nopeasti, minkä jälkeen testasimme kyselylomakkeen ja aloimme kiireesti järjestää opinnäytetyömme esittelyjä osastoilla. Ennen vaihtoon lähtöä ehdimme juuri ja juuri hoitaa kaikki esittelyt, joitten yhteydessä toimitimme osastoille myös tutkimuslomakkeet. Osastojen sairaanhoitajilla oli neljä- viisi viikkoa aikaa vastata kyselyyn.

Tulosten analysoinnin aloitimme kesäkuussa 2011. Tällöin saimme kirjoitettua auki osan väittämiin liittyneistä taulukoista ja avoimen kysymyksen vastaukset. Kesällä emme työskennelleet opinnäytetyön parissa, mutta elokuun 2011 alkupuolella jatkoimme työtämme hyvin levänneinä. Elo-syyskuussa kirjoitimme tulokset, pohdintaosuuden sekä tiivistelmän ja hioimme rakennetta ja kieliasua. Etsimme myös lisää lähteitä kasvattaaksemme työmme arvoa.

Käytimme ohjausta mielestämme aktiivisesti koko prosessin ajan. Varsinaisten ohjauskeskustelujen lisäksi olimme yhteydessä ohjaajaamme sähköpostitse, jos eteen tuli pienempiä pulmia. Ohjauksesta saimme vastauksia kysymyksiin sekä neuvoja ja tukea päätöksentekoon. Opponenttimme vaihtui vielä muutamaa viikkoa ennen opinnäytetyön palautusta. Hän sai lukea melko valmiin version, eikä löytänyt siitä juurikaan korjattavaa. Annoimme opinnäytetyömme luettavaksi myös muutamille muille tahoille. Saamamme palautteen perusteella voimme olla tyytyväisiä työmme kielelliseen asuun.

Opinnäytetyöprosessissa meille oli vaikeinta monipuolisten lähteiden löytäminen. Jos tekisimme työn uudestaan, osaisimme toimia asian suhteen paremmin, mutta eri tiedonhankintakanavien käytössä on edelleen kehitettävää. Haastavaa oli myös pohdintavaiheessa keskeisten tulosten löytäminen laajasta tulosviidakosta. Koimme kuitenkin, että onnistuimme nostamaan esiin tärkeitä asioita ja työimme avulla lääkitysturvallisuutta voidaan tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä kehittää, jos asiaan vain suunnataan aikaa ja resursseja.

Opinnäytetyöprosessin aikana opimme tekemään kompromisseja ja toimimaan tiiviinä työparina. Olemme molemmat työskennellessämme tarkkoja ja pyrimme parhaaseen mahdolliseen tulokseen. Välillä jouduimme joustamaan tavoitteistamme omien voimavarojemme säästämiseksi.

LÄHTEET

Avelin, T. & Lepola, L. 2008. Potilasturvallisuuden edistäminen. Toimintatutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotosta. Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma. Hämeen ammattikorkeakoulu. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö. Visamäki 26.4.2008.

Burns, N. & Grove, S.K. 1997. The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization. Philadelphia: W.B. Saunders Company

Catanzaro, M. 1988. Using qualitative analytic techniques. Teoksessa P.Woods & M. Catanzaro (toim.) Nursing Research: Theory and Practice. St.Louis, New York: C.V. Mosby Company

Council of Europe, Committee of Ministers. 2006. Recommendation Rec (2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. E. Medication safety – A specific strategy to promote patient safety. Julkaistu 24.5.2006. Luettu 16.11.2010. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>

Erkko, P., Ojanperä, K., Pirttisalo, S. & Turja, T. 2011. Asiantuntijana terveystalouden muuttuvilla työmarkkinoilla. Aluevaikuttavuutta ASTE -projektilla. Lääkitysturvallisuus ja sen edistäminen. Raportteja 104. Turun ammattikorkeakoulu. Turku.

European Commission. 2005. Luxembourg Declaration on Patient Safety. Luxembourg, 5.4.2005. Luettu 17.11.2010. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hicks, R.W. & Becker, S.C. 2006. An Overview of Intravenous-related Medication Administration Errors as Reported to MEDMARX(R), a National Medication Error-reporting Program. The Intravenous Nurses Society. Journal of Infusion Nursing. Vol. 29. January/February 2006.

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

Hughes, R. & Ortiz, E. 2005. Medication Errors: Why they happen, and how they can be prevented. State of the Science on Safe Medication Administration American Journal of Nursing. March 2005 - Volume 105 - Issue 3 - pp 14–24. Luettu 17.9.2011. http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2005/03001/Medication_Errors__Why_they_happen,_and_how_they.5.aspx?WT.mc_id=HPxADx20100319xMP

Hämeen-Anttila, K. & Katajavuori, N. (toim.) 2008. Yhteiskunnallinen lääketutkimus – ideasta näyttöön. Tampere: Palmenia. Esa Print.

Ilola, T. 2010. Läksy - Lääkitysturvallisuuden kehittäminen synnytysosastolla. Terveysala. Kliininen asiantuntija. Turun ammattikorkeakoulu. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö.

Jantunen, M. 2010. Vaaratapahtumien jälkipuinti hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Hoitotyön koulutusohjelma. Vaasan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Kaushal, R., Bates, D.W., Landrigan, C., McKenna, K.J., Clapp, M.D., Federico, F. & Goldmann, D. A. 2001. Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients. The Journal of the American Medical Association. 25.4.2001, Vol. 285, No. 16. Reprinted.

Ketola, K. & Perkiö, M. 2011. Lääkehoidon kirjaamisvirheet ja niihin myötävaikuttaneet tekijät. Hoitotyön koulutusohjelma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Knuuttila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007, 42. Helsinki: Yliopistopaino.

Korpimäki, A-L. 2005. Laatu lääkehuoltoon. Apuna osastofarmaseutti. Sairaanhoidaja. 1/2005. 34

Kotanen-Lönnroos, K. & Wallén, M. 2010. Vaaratapahtumailmoitukset osana potilasturvallisuustyötä päivystyspoliklinikalla. Sosiaali- ja terveysala. Vaasan Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, 1§, 2§, 15§, 18§, 22§

Leino, S., Mäki, E. & Pelkonen, A. 2011. HaiPron käyttö ja vaaratapahtumat Turun sisätautisairaalassa. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. WSOY Oppimateriaalit OY.

Linden-Lahti, C., Airaksinen, M., Pennanen, P. & Käyhkö, K. 2009. Vakavat lääkityspoikkeamat potilasturvallisuuden haasteena. Suomen Lääkärilehti 41/2009. 3429–3433

Lääkehoidon suunnitelma. 2008. Erikoissairaanhoito. Korjattu 20.10.2010.

Lääkehoidon toteuttaminen erikoissairaanhoidon osastoilla. 2010.

Mäkelä, N. & Peltola, J. 2010. Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen hoitajien näkökulmasta. Hoitotyön koulutusohjelma. Hämeen ammattikorkeakoulu. Forssa 2010. Opinnäytetyö.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Julkaistu 10.7.2006. PDF-versio luettu 26.9.2011.
http://www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/2006/Ammattikorkeakoulusta_terveydenhuolto.html?lang=fi&extra_locale=fi

Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Katsaus. Duodecim 2006:122

Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585, 1§ 27.11.1998/879

Potylycki, M., Kimmel, S., Ritter, M., Capuano, T., Gross, L., Riegel-Gross, K. & Panik, A. 2006. Nonpunitive Medication Error Reporting: 3-Year Findings From One Hospital's Primum Non Nocere Initiative. The Journal of Nursing Administration. Vol. 36: Issue 7-8. 371, 373–375

Ruuhilehto, K. & Knuuttila, K. 2008. HaiPro-vaaratapahtumien raportointi: Tuloksia ja kokemuksia käsittelystä. Alustava yhteenveto vastauksista. HaiPro-projekti. Julkaistu 21.2.2008. PDF-versio luettu 25.11.2010.
http://www.haiopro.fi/aineisto/haiopro-kyselyn_yhteenveto_210208.pdf

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto
 KvaliMOTV. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. PDF.
 Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisu 2009. Tampereen yliopisto.

Seppä, M. 2008. Haittatapahtumiin puuttamalla satojen miljoonien säästöt. Suomen Lääkärilehti 12-13/2008. 1210–1211

Sipola-Kauppi, I. 2009. "Apua, minäkö tein virheen?" Sairaanhoitajien kokemuksia lääkityspoiikkeamista. Lääketieteen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Tampereen Yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. STM:n oppaita 2005:32. Helsinki 2006: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Potilasturvallisuusstrategia. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Julkaisu 2009:3. Julkaistu 4.2.2009. Luettu PDF-versio. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1383571

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. STM:n selvityksiä 2008:16. PDF. Julkaistu 1.4.2008. <http://pre20090115.stm.fi/pr1206703097277/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä. 1088/2010. Annettu Helsingissä 3. joulukuussa 2010. 3§, 5§, 24§

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 298/2009. Annettu Helsingissä 30.3.2009, 4§, 6§, 7§

Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakesin työpapereita 28/2006.

Stetina, P., Groves, M. & Pafford, L. 2005. Managing Medication Errors. A Quantitative Study. MEDSURG Nursing. June 2005. Vol. 14/No. 3. 174

Suikkanen, A. 2008. Keskussairaalan lääkityspoikkeamat ja niihin yhteydessä olevat tekijät. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Suomen potilasturvallisuusyhdistys. 2011. Suomen potilasturvallisuusyhdistyksen jäsenkirje. 1/2011. Uusin jäsenkirje luettu 2.9.2011. www.potilasturvallisuusyhdistys.fi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Opas 15. Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy.

Toppinen, L., Moilanen, H., Järviluoma, E. & Tohmo, H. 2009. Osastofarmasia parantaa potilasturvallisuutta. Suomen Lääkärilehti 17/2009. Vuosikerta 64. 1552–1553

Tuomi, J. 2008. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä 2008: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 1.-4. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Veräjänkorva, O. 2003. Sairaanhoidtajien lääkehoitotaidot. Lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen. Turun yliopiston julkaisuja. Turku: Painosalama Oy.

Viljakainen, M. 2010. Väärin kuultu lääkärin sanelu voi aiheuttaa lääkitysvirheen. Pidentyneet hoidot maksavat, mutta kukaan ei oikeastaan tiedä kuinka paljon. Aamulehti. 1.11.2010. 4

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

LIITTEET

Liite 1: 1(5)



ARVOISA VASTAAJA!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Tampereen ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyömme lääkitysturvallisuuden toteutumisesta neljällä Tampereen kaupungin erikoissairaanhoidon vuodeosastolla. Aineisto kerätään osastojen sairaanhoitajilta oheisen kyselylomakkeen avulla.

Toivomme, että Teillä on aikaa paneutua esittämiimme kysymyksiin ja vastata niihin totuudenmukaisesti. Vastattuanne, palauttakaa kyselylomake nimettömänä erikseen varattuun laatikkoon. Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti, niin ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa.

Kiitos jo etukäteen vaivannäöstänne!

Henna Heikura

henna.heikura@piramk.fi

Minna Korpijaakko

minna.korpijaakko@piramk.fi

Ensin pyydämme teitä vastaamaan kysymykseen työkokemuksestanne.

Työvuodet sairaanhoitajana: alle 2 vuotta 2 - 5 vuotta 6 -10 vuotta yli 10 vuotta

Seuraavassa on esitetty väittämiä. Vastatkaa jokaiseen kohtaan ympyröimällä yksi numero 1 - 5 sen mukaan, mikä kuvaa parhaiten omaa toimintaanne ja näkemystänne.

1 = Täysin eri mieltä, 2 = Jonkin verran eri mieltä, 3 = Ei samaa mieltä, ei eri mieltä,
4 = Jonkin verran samaa mieltä, 5 = Täysin samaa mieltä

1. Olen tutustunut osastoni lääkehoidon suunnitelmaan	1	2	3	4	5
2. Lääkehoidonsuunnitelma on osastollani hyvin esillä	1	2	3	4	5
3. Uudet työntekijät perehdytetään hyvin osaston lääkehoidonsuunnitelmaan	1	2	3	4	5
4. Käytän päivittäin työssäni jotakin lääkehoidon ohjeistusta (kuten lääketietokannat tai osaston laatukäsikirja)	1	2	3	4	5
5. Olen saanut riittävästi lääkehoidon koulutusta	1	2	3	4	5
6. Esimies turvaa minun lääkehoidon koulutusmahdollisuuteni	1	2	3	4	5

Lääkehoidon toteuttaminen. Valitkaa parhaiten toimintaanne kuvaava numero asteikolla 1 - 4.

1 = Ei koskaan, 2 = Harvoin, 3 = Useimmiten, 4 = Aina

7. Tarkistan tarjottimelle jakamani lääkkeet	1	2	3	4
8. Pyydän toista sairaanhoitajaa tarkistamaan jakamani lääkkeet, ennen kuin vien ne potilaalle	1	2	3	4
9. Tarkistan toisen hoitajan jakamat lääkkeet, ennen kuin vien ne potilaalle	1	2	3	4
10. Varmistan potilaan henkilöllisyyden, ennen kuin annan hänelle lääkkeet	1	2	3	4

11. Tarkkailen uusien ja tarvittaessa annettavien lääkkeiden vaikutusta potilaaseen lääkkeen annettuani	1	2	3	4
12. Kirjaan uusien ja tarvittaessa annettavien lääkkeiden vaikutuksen potilaaseen	1	2	3	4
13. Varmistan lääkemääräyksen, määräyksen tehneeltä lääkäriltä, jos en ole siitä täysin varma	1	2	3	4
14. Kirjaan lääkemääräyksen sekä lääkelistalle että lääkejakolistalle heti ehtiessäni	1	2	3	4
15. Tarkistan säännöllisesti lääkelistan ja lääkejakolistan ajantasaisuuden	1	2	3	4

Lääkehoidon vaaratapahtuminen raportointi ja käsittely. Vastatkaa jokaiseen kohtaan ympyröimällä yksi numero 1 - 5 sen mukaan, mikä kuvaa parhaiten omaa toimintaanne ja näkemystänne.

1 = Täysin eri mieltä, 2 = Jonkin verran eri mieltä, 3 = Ei samaa mieltä, ei eri mieltä,
4 = Jonkin verran samaa mieltä, 5 = Täysin samaa mieltä

16. Osastollani kannustetaan lääkehoidon poikkeamailmoitusten tekoon	1	2	3	4	5
17. Tehtyjä poikkeamailmoituksia käsitellään osastollani riittävästi	1	2	3	4	5
18. Poikkeamailmoitukset käsitellään ketään yksittäisiä henkilöitä syyllistämättä	1	2	3	4	5
19. Poikkeamailmoitusten käsittelyssä etsitään yhdessä syitä poikkeamien tapahtumiselle	1	2	3	4	5
20. Poikkeamailmoitusten käsittelyssä pyrimme yhdessä ratkaisemaan, miten poikkeamat voitaisiin jatkossa välttää	1	2	3	4	5

21. Poikkeamailmoitusten käsittely lisää motivaatiotani poikkeamailmoitusten tekemiseen	1	2	3	4	5
22. Minulle on perusteltu, miksi poikkeamailmoituksia tehdään	1	2	3	4	5
23. Poikkeamailmoitusten tekeminen ja niiden käsittely on vähentänyt lääkitysturvallisuusongelmia	1	2	3	4	5

HaiPro – ilmoitusten tekeminen. Valitkaa parhaiten toimintaanne kuvaava numero asteikolla 1 – 4.

1 = Ei koskaan, 2 = Harvoin, 3 = Useimmiten, 4 = Aina

Teen HaiPro - ilmoituksen, kun

24. huomaan virheen lääketarjottimelle tehdyssä lääkejaossa	1	2	3	4
25. huomaan, että potilas on saanut väärän lääkkeen/annoksen	1	2	3	4
26. huomaan potilaan saaneen lääkkeen väärään aikaan	1	2	3	4
27. huomaan potilaan saaneen lääkkeen väärää antoreittiä	1	2	3	4
28. huomaan, ettei potilas ole saanut määrättyä lääkettä	1	2	3	4
29. huomaan, että lääke on annettu väärälle potilaalle	1	2	3	4
30. huomaan, että lääkelistalla on väärä/lopetettu lääke	1	2	3	4
31. huomaan, että lääkejakolistalla on väärä/lopetettu lääke	1	2	3	4
32. huomaan, että lääkemääräystä ei ole kirjattu lääkelistalle	1	2	3	4
33. huomaan, että lääkemääräystä ei ole kirjattu lääkejakolistalle	1	2	3	4
34. huomaan, että annettua tarvittaessa annettavaa lääkettä ei ole kirjattu potilastietoihin	1	2	3	4
35. huomaan, että annettu tarvittaessa annettava lääke on kirjattu väärin potilastietoihin	1	2	3	4

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Avelin T. ja Lepola L.</p> <p>Potilasturvallisuuden edistäminen. Toimintatutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotosta</p> <p>Ylemmän ammattikorkeakoulututkimuksen opinnäytetyö</p> <p>2008</p>	<p>Kartoittaa osastonhoitajien ja potilasturvallisuuden vastaavien käsityksiä oppimistoiminnan kehittämisestä</p> <p>Selvittää, mitä tapahtumia henkilöstö raportoi ja miten järjestelmän käyttö tukee henkilöstön oppimista</p>	<p>Toimintatutkimus</p> <p>Mukana oli kuuden osaston eri ammattiryhmistä koostuva hoitohenkilöstö</p> <p>Tutkimuksessa kerättiin kaksi aineistoa</p>	<p>Eniten ilmoituksia tehtiin lääkeliikkeen ja nestehoitoon liittyvistä vaaratapahtumista</p> <p>Kyselyn mukaan vaaratapahtumaraportointijärjestelmä tuki henkilöstön oppimista</p> <p>Henkilökunta osallistui aktiivisesti ilmoitusten tekoon ja niiden käsittely osastokokouksissa koettiin tarpeelliseksi</p> <p>Vaaratapahtumailmoitusten perusteella tehtiin käytännön työtapoihin potilasturvallisuuden edistämiseksi</p>
<p>Hicks, R.W. & Becker, S.C.</p> <p>An Overview of Intravenous-related Medication Administration Errors as Reported to MEDMARX(R), a National Medication Error-reporting Program</p> <p>2006</p>	<p>Tutkia kansallisen lääkitysvirheiden raportointiohjelman (viiden vuoden ajalta) avulla intravenösiiv-lääkitysvirheiden määriä, virhetyyppejä, virheiden syitä ja seurauksia potilaille</p>	<p>Monen menetelmän yhdistelmä ("triangulaatio") Aineisto valittiin määrätyn kriteerein</p> <p>Aineisto ryhmiteltiin tietokoneohjelman avulla ja analysoitiin tilastollisin menetelmin ja sisällön analyysillä</p>	<p>3-5 % lääkitysvirheistä oli haitallisia</p> <p>Yleisin virhetyyppi oli tekemättä jättäminen ja virheisiin johtanut syy henkilökunnan puutteellinen toiminta</p>

(jatkuu...)

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Ilola, T.</p> <p>LäKsy-lääkitysturvallisuuden kehittäminen synnytysosastolla.</p> <p>Ylemmän ammattikorkeakoulututkimuksen opinnäytetyö</p> <p>2010</p>	<p>Tarkoituksena laatia lääkehoitosuunnitelma synnytysosastolle</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena oli osoittaa lääkitysturvallisuuden kehittämis- ja koulutuskohteet naistenlinikalla</p>	<p>Tuotoksellinen työ</p> <p>Hoitohenkilökunnan (n=124) itsearviointiin perustuen saatiin tietoa lääkehoidon nykykäytännöistä ja osaamisesta</p>	<p>Naistenlinikalla kehittämiskohteiksi osoitettiin lääkehoidon täydenniskoulutus, lupakäytännöt, lääkehoidon perehdytys sekä kirjallisten ohjeiden saatavuus</p> <p>Synnytysosaston lääkitysturvallisuuden kehittämissuunnitelman painopisteitä olivat lisäksi lääkehoitovastaavien työnkuvan ja lääkehuoneen kehittäminen, sairaala-apteekin neuvonnan ja ohjauksen hyödyntäminen, verensiirtohoitojen prosessin kehittäminen sekä lääkehoitopoikkeamien ja raportointijärjestelmästä saatavan palautteen käsittelyn selkiyttäminen</p> <p>Lääkehoidon koulutuskohteiksi nimettiin päihteiden käyttäjän lääkehoito, verensiirtohoitojen toteutus ja dokumentointi sekä lääkehoidossa käytettävät erityismenetelmät</p>

(jatkuu...)

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Kaushal R., David.W., Landrigan C., McKenna K.J., Clapp M.D., Federico F. & Goldmann, D.A.</p> <p>Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients</p> <p>2001</p>	<p>Tarkoituksena oli määrittää lääkitysvirheiden, lääkehaittapahtumien ja mahdollisten lääkehaittapahtumien määrät lasten osastoilla ja verrata niitä aikuisosastojen lukuihin sekä analysoida yleisimpiä virhetyyppejä ja arvioida ehkäisytoimien mahdollinen vaikutus</p>	<p>Menetelmänä ryhmätutkimus, johon kuului 1120 sisäänkirjattua potilasta kahdessa sairaalassa kuuden viikon aikana huhtitoukokuussa 1999</p>	<p>10 778 tutkitusta lääketapauksesta lääkitysvirheitä tapahtui 5,7 %:ssa, mahdollisia lääkehaittapahtumia 1,1 %:ssa ja lääkehaittapahtumia 0,24 %:ssa tilanteista</p> <p>26 haittapahtumasta 5 oli estettävissä</p> <p>Mahdollisia lääkehaittapahtumia tapahtui kolme kertaa useammin kuin aikuisten vastaavassa tutkimuksessa. Eniten virheitä tapahtui lääketilauksessa (79 %), joka sisälsi väärän annoksen (34 %)</p>
<p>Linden-Lahti, C., Airaksinen, M., Pennanen, P. & Käyhkö, K.</p> <p>Vakavat lääkityspoikkeamat potilasturvallisuuden haasteena</p> <p>2009</p>	<p>Selvittää lääkityspoikkeamin yhteydessä olevia tekijöitä</p>	<p>Aineistona Valviran vuosina 2000-2004 käsittelemät lääkityspoikkeamatapaukset (n=67)</p> <p>Aineisto analysoitiin retrospektiivisellä menetelmällä taustatekijöiden mukaan</p>	<p>Vakaville lääkityspoikkeamille altistavia tekijöitä ovat potilaan korkea ikä ja monilääkitys</p> <p>Poikkeamia tapahtui yleisimmin tavallisimmilla lääkkeillä.</p> <p>Valtaosa poikkeamista johtui terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnasta.</p> <p>Tyypillisimpiä poikkeamatilanteita olivat väärä toimintatapa, väärä annostus ja väärä lääke</p>

(jatkuu...)

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Potylycki, M., Kimmel, S., Ritter, M., Capuano, T., Gross, L., Riegel-Gross, K. & Panik, A.</p> <p>Nonpunitive Medication Error Reporting: 3-Year Findings From One Hospital's Primum Non Nocere Initiative</p> <p>2006</p>	<p>Tarkoituksena oli tunnistaa tavat ja asenteet lääkitysvirheiden tapahtuessa ja ilmoituskäytännöt niiden suhteen</p>	<p>Menetelmänä oli kysely henkilökunnan käytännöistä ja asenteista lääkitysvirhera portointiin ennen ja jälkeen kehityshankkeen</p> <p>Alkukyselyn tulosten perusteella kehitettiin ja toteutettiin hanke, joka sisälsi muutoksia kliinisiin ja hallinnollisiin prosesseihin</p> <p>Alku- ja jälkikyselyn tuloksia verrattiin toisiinsa</p>	<p>Mitä vakavammat seuraukset lääkitysvirheestä oli tai olisi voinut olla, sitä todennäköisemmin siitä raportoitiin</p> <p>Henkilökunnan näkemys, että virheiden tekemisestä saattaa seurata rangaistustoimia, oli ensisijainen este ilmoittaa lääkitysvirheitä</p>

(jatkuu...)

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Sipola-Kauppi, I.</p> <p>“Apua, minäkö tein virheen?” Sairaanhoitajien kokemuksia lääkityspoikkeamista</p> <p>Pro gradu – tutkielma</p> <p>2009</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia lääkityspoikkeamista</p>	<p>Tutkimus tehtiin kvalitatiivisella menetelmällä.</p> <p>Aineisto kerättiin haastattelemalla perusterveydenhuollossa erikoissairanhoidossa työskenteleviä sairaanhoitajia keväällä 2008.</p> <p>Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>Ajatuskin mahdollisesta lääkehoidon virheestä aiheutti hoitajissa pelkoa, huolta ja hätää. Välittömien tunteiden lisäksi hoitajat kuvasivat myös myöhäisreaktioita, jotka voivat kuormittaa ja heikentää työhyvinvointia ja vaikuttaa näin myös potilaiden lääkehoidon laatuun</p> <p>Hoitajat oppivat parhaiten omista ja muiden lääkehoidon poikkeamista ja niiden käsittelystä</p>
<p>Stetina, P., Groves, M. & Pafford, L.</p> <p>Managing Medication Errors. A Quantitative Study.</p> <p>2005</p>	<p>Tarkoituksena oli saada syvempi ymmärrys siitä, kuin sairaanhoitajat kokevat lääkitysvirheen tekemisen tai siinä osallisena olemisen, mistä lääkitysvirhe muodostuu ja mitä tehdä kun virhe on tapahtunut</p>	<p>Tutkimusmenetelmä oli kvalitatiivinen ja aineisto koottiin haastattelemalla hoitajia erilaisista työympäristöistä</p> <p>Metodina toimi Heideggerin fenomenologia, joka pyrkii paljastamaan ilmiöt ja syyt niiden takana</p>	<p>Hoitajat noudattivat pääosin 5 oikeaa -listaa, mutta lääkkeenannon oikeaa ajankohtaa pidettiin vähemmän tärkeänä, kun osastolla tapahtui kiireellisempiä asioita</p> <p>Hoitajilla on vankka luottamus erilaisiin tietokoneellisiin apuvälineisiin, kuten lääkkeenjako-koneeseen</p>

(jatkuu...)

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Suikkanen, A.</p> <p>Keskussairaalan lääkepoikkeamat ja niihin yhteydessä olevat tekijät</p> <p>Pro gradu-tutkielma</p> <p>2008</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata yhden keskussairaalan lääkityspoikkeamia, niihin yhteydessä olevia tekijöitä ja lääkityspoikkeamien ennaltaehkäisyä</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p> <p>Tutkimuksen aineisto koostui keskussairaalan vuoden 2007 lääkityspoikkeamailmoituksista (n=194)</p>	<p>Lääkityspoikkeamia tapahtui lääkehoidon prosessin kaikissa vaiheissa</p> <p>Lääkityspoikkeamiin yhteydessä olevista tekijöistä keskeisimmät olivat työuran alkuvaihe, työrauhan puute lääkehoidon toteutuksessa, työntekijän eri syistä johtuva ylikuormitus, puutteet opiskelijoiden työn valvonnassa ja tietojärjestelmiin liittyvät epäselvyydet.</p> <p>Lääkityspoikkeamien ennaltaehkäisy: keskeisintä huolellisuuden ja tarkkavaisuuden lisääminen lääkehoitoon liittyvien työtehtävien suorittamisessa sekä osaamisen jatkuva päivittäminen, lisäksi työrauha, riittävät henkilöstöresurssit, perehdytys ja palaute tapahtuneista lääkityspoikkeamista</p>

(jatkuu...)

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Veräjänkorva, O.</p> <p>Sairaanhoitajien lääkehoitotaidot</p> <p>Lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallon kehittäminen</p> <p>Väitöskirja 2003</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien lääkehoitotaitoja, selvittää täydennyskoulutuksen vaikutuksia niihin sekä kehittää lääkehoitotaitojen arviointimittari ja täydennyskoulutusohjelma terveysalan työelämän ja koulutuksen käyttöön</p>	<p>Ensimmäinen vaihe: Kartoitustutkimus</p> <p>Toinen vaihe: Interventiotutkimus</p>	<p>Sairaanhoitajien lääkehoitotaidot olivat keskimäärin hyvät. Taitoihin olivat yhteydessä monet tekijät</p> <p>Perusterveydenhuollossa sairaanhoitajien lääkehoitotaidot olivat parantuneet usealla eri alueella, erikoissairaanhoidossa vain matematiikan ja farmasian alueella. Intervention vaikutus voitiin osoittaa ensimmäiseksi mainitun ryhmän kohdalla, toisin kuin jälkimmäisen ryhmän kohdalla</p> <p>Laajempi koulutusohjelma oli suppeampaa parempi lääkehoitotaitojen parantamisessa</p>