



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Turvallisen lääkehoitoprosessin edistäminen kotihoitossa HaiProilmoitusten avulla

Saastamoinen, Sanna

2018 Laurea





LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Turvallisen lääkehoitoprosessin edistäminen kotihoidossa
HaiProilmoitusten avulla.

Saastamoinen Sanna
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2018

Sanna Saastamoinen

Turvallisen lääkehoitoprosessin edistäminen kotihoidossa HaiProilmoitusten avulla

Vuosi 2018

Sivumäärä 33

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on löytää lääkehoidon toimintaprosessissa olevia tyypillisimpiä poikkeamia hoitajien tekemien poikkeamailmoitusten avulla. Opinnäytetyö tehtiin Lohjan kotihoidolle. Työn tavoitteena on turvallisen lääkehoidon kehittäminen kotihoidossa ja tarkoituksena on löytää lääkehoidon toimintaprosessissa olevia tyypillisimpiä poikkeamia hoitajien tekemien poikkeamailmoitusten avulla. Opinnäytetyössä tarkasteltiin lääkehoidon poikkeamailmoituksia vuodelta 2016.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa tarkasteltiin alan kirjallisuutta ja aikaisempia tutkimuksia turvallisesta lääkehoidosta ja potilasturvallisuudesta. Aineisto oli pääosin kymmenen vuoden sisällä julkaistu. Opinnäytetyön tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Aineisto luokiteltiin tekstin sisällön perusteella ja sitä kautta saatiin selville yleisimpiä poikkeamia lääkehoidossa ja hoitajien antamia kehitysehdotuksia poikkeamien välttämiseksi.

Opinnäytetyössä kävi ilmi, että suurin osa poikkeamista tapahtui lääkkeenantohetkellä. Useimmiten syynä oli hoitajasta johtunut lääkkeen antamatta jättäminen. Toiseksi yleisin syy poikkeamalle oli se, ettei asiakas ollut ottanut lääkettä. Poikkeamiin johtaneina syinä mainittiin kiire, riittämättömästi perehdytetyt sijaiset, tiedonkulun katkokset, siirtyminen laitosten ja kotihoidon välillä sekä päivittämättä jääneet lääkelistat. Asiakkaista johtuneisiin poikkeamiin oli monissa ilmoituksissa syynä muistamattomuus tai diagnosoitu muistisairaus. Suuren riskin poikkeamia oli kaikista ilmoituksista vain muutama.

Opinnäytetyön tulosten perusteella tulisi kiinnittää erityistä huomiota ohjeiden yhdenmukaisuuteen, lääkelistojen ajantasaisuuteen, lääkkeenjaon rauhoittamiseen sekä lääkkeiden kaksotarkastukseen.

Opinnäytetyön heikkoutena oli se, että opinnäytetyön tekijällä oli käytössään vain häirtäpahtumailmoitukset, jotka olivat monesti vajavaisesti täytettyjä. Jotta kehitysehdotuksia olisi voinut syvemmin miettiä, olisi työntekijöiden mielipiteet ja kokemukset tarvinneet tulla paremmin näkyviin. Jatkotutkimusehdotuksena onkin työntekijöiden kokemusten ja kehitysideiden kartoittaminen lääkehoidon turvallisuuden kehittämiseksi.

Asiasanat: HaiPro, kotihoito, turvallinen lääkehoito

Sanna Saastamoinen

Promoting safety of the pharmacological treatment process in homecare by utilizing reports from the HaiPro adverse event reporting system

Year	2018	Pages	33
------	------	-------	----

This thesis purpose is to recognise typical medication errors according to the error reports announced by nurses. It has been done in co-operation with the homecare department at the City of Lohja. The aim of the thesis is to promote the safety of pharmacological treatment in homecare. The thesis examined the medication errors reported in HaiPro adverse event reporting system in 2016.

The theoretical part of the thesis focuses on the literature and previous studies focusing on safe pharmacological treatment and patient safety. The literature is mainly published during the past ten years. The data of the present thesis is analysed by inductive content analyses. The data was categorized based on the contents of the descriptions written in the error reports and that way it was possible to recognise the typical errors in pharmacological treatment as well as the development proposals given by nurses about how to avoid medication errors.

The results show that most of the medication errors happen at the time medication is given to a patient. The single most common reason for medication error was that medication was not given by the nurse. The second most common cause for medication error was that the patient had not taken the medication. The reasons mentioned behind the medication errors were shortage of time, inadequately informed replacement nurses, information errors, incorrect transfer of medication orders when the patient is removed from institution to homecare as well as illegibility of drug cards. The most common reasons behind the medication errors that depended on patients' own behaviour were memory problems or diagnosed memory disorder. There were only few reported medication errors that had caused a severe risk in the data.

According to the results, special attention should be given to the congruence of the instructions concerning medical treatment, making sure that the drug lists are updated, providing enough time for nurses to give medication as well as double-checking process during the medication.

The weakness of present thesis is that the data consisted only of the reports from the adverse event reporting system. Many of the reports were inadequately filled. To be able to recognise development proposals more deeply, more information about the thoughts and experiences of the nurses would have been needed. Further studies should focus on the experiences and development proposals given by the nurses and other employees about promoting safe pharmacological treatment.

Keywords: HaiPro adverse event reporting system, homecare, safe pharmacological treatment

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Teoria	7
2.1	Kotihoito	7
2.2	HaiPro	8
2.3	Turvallinen lääkehoito	11
2.4	Potilasturvallisuus	13
2.5	Lääkityspoikkeama	15
2.6	Lainsäädäntö	16
3	Menetelmät	17
3.1	Tutkimuskysymykset	17
3.2	Tutkimusmenetelmät	17
3.3	Tarkoitus ja tavoitteet	17
3.4	Analysointimenetelmä	17
3.5	Aineiston analyysi	18
4	Tulokset	19
4.1	Kotihoidon lääkehoidossa tapahtuvien virheiden kuvaus	19
4.1.1	Unohdukset	20
4.1.2	Lääkkeen antoon tai kirjaamiseen liittyvät virheet	22
4.2	Kehitysehdotukset	24
4.2.1	Hoitajat	24
4.2.2	Organisaatio	25
5	Johtopäätökset ja pohdinta	25
5.1	Luotettavuus	27
5.2	Laadukas analyysi	28
5.3	Eettisyys	28
5.4	Pohdinta	29
	Lähteet	31
	Kuviot	33

1 Johdanto

Kotihoitoasiakkaiden määrä lisääntyy jatkuvasti palvelurakenteiden uudistamisen myötä. Kotona tapahtuva turvallinen lääkehoito on pitkälti kiinni kotihoidon työntekijöistä ja heiltä vaaditaankin ammattitaitoa ja sen varmistamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Heidän tulee osata ja hallita lääkehoidon kokonaisuus ja sen eri vaiheet. (Inkinen, Volmanen, Hakoinen. 2016, 3.)

Kotihoito työympäristönä poikkeaa monilta osin laitoksista ja kotona on paljon enemmän haasteita toteuttaa turvallista ja ammattitaitoista lääkehoitoa. Kotihoidon käytänteitä lääkehoidossa tuleekin aiempaa enemmän tutkia, jotta voitaisiin luoda toimivia tapoja turvalliseen lääkehoitoon.

Turvallisuus lääkehoidossa perustuu lääkehoidon eri osa-alueiden hallintaan. Tiedon ja asiantuntemuksen saa hyvästä perusopetuksesta, täydennyskoulutuksista sekä kokemuksesta. Edelläolevat asiat eivät kuitenkaan yksin riitä turvallisen lääkehoidon toteutumiseen, koska monet vaaratapahtumat johtuvat kommunikointiongelmista potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä, vääränlaisista toimintatavoista ja suojausten puutteesta. Aina päivitetty tieto potilaan lääkityksestä ei myöskään siirry potilaan mukana hänen vaihtaessaan hoitoyksikköä tai siirtyessä kotihoidon tukeen. (Inkinen ym. 2016, 3, 10.)

Jokaisessa hoitoyksikössä tulisi hyvän käytänteen mukaan olla moniammatillisen työryhmän laatima lääkehoitosuunnitelma, jonka toteutumista nimetyt henkilöt ohjaa ja valvoo. Suunnitelma tulisi tarkastaa vuosittain ja päivittää, mikäli säädökset, toiminta tai olosuhteet muuttuvat. (Inkinen ym. 2016, 13-14.)

Tapahtuneista poikkeamista tai vaaratapahtumista tulisi pitää raportoinnin avulla kirjaa ja huomattuihin epäkohtiin tulisi puuttua. Ne tulisi käsitellä työntekijöiden kanssa ja tehdä mahdollisia korjaavia toimenpiteitä. Henkilökunnan osaaminen tulee varmistaa, jotta riittävän turvallinen lääkehoito toteutuu. (Inkinen ym. 2016, 13-14.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on löytää lääkehoidon toimintaprosessissa olevia tyypillisiä poikkeamia haittailmoitusten avulla. Tuloksia voidaan hyödyntää Lohjan kotihoidossa turvallisen lääkehoidon kehittämisessä.

2 Teoria

2.1 Kotihoito

Kotihoito tarkoittaa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistelmää. Kunta voi yhdistää nämä sosiaali- ja terveydenhuoltolakiin perustuvat palvelut yhtenäiseksi palvelukokonaisuudeksi. Kotipalvelu antaa apua ja tukea arkipäivän askareisiin ja hygienian hoitoon kun asiakas sitä tarvitsee alentuneen toimintakyvyn tai sairauden vuoksi. Kotipalvelua voidaan myöntää iäkkäille, vammaisille, sairaille tai väliaikaisen toimintakyvyn alenemisen vuoksi. Työntekijät kotipalvelussa ovat yleensä lähihoitajia, kodinhoitajia tai kotiavustajia. Palveluja on saatavilla päivisin ja ilta-aikaan sekä viikonloppuisin. Myös yöapua on tarjolla joissakin kunnissa. (Kotihoito ja kotipalvelut. 2017.)

Kotipalvelu on sosiaalihuoltolakiin perustuva palvelu. Kotipalvelua voi täydentää myös erilaisilla tukipalveluilla ja usein ne ovatkin ensimmäiset avut kotona pärjäämisen tueksi. Varsinaista kotipalvelua ei siis tarvitse olla tukipalveluiden lisäksi. Tukipalveluja ovat esimerkiksi ateria-, siivous-, kauppa- ja asiointipalvelut. Kunta voi tuottaa palvelut itse tai ostaa ne yksityisiltä palveluntuottajilta ja antaa palvelunsaajalle palveluseteleitä, jolla asiakas maksaa yksityiset palvelut. Yksityiset palvelut ovat verotuksessa kotitalousvähennyskelpoisia, mikäli asiakas ostaa ne suoraan yksityisiltä palveluntarjoajilta. Saatavilla olevat palvelut vaihtelevat kunnittain. (Kotihoito ja kotipalvelut. 2017.)

Uusia asiakkuuksia sovittaessa tehdään palveluntarpeen arviointi ja sen perusteella palvelusuunnitelma ja -sopimus, jota täydennetään ja muokataan palveluntarpeen muuttuessa (Kotihoito ja kotipalvelut. 2017). Hoito- ja palvelusopimus on kirjallisesti laadittu sopimus, jonka tekemisessä on ollut mukana palvelunsaaja ja tarvittaessa hänen omainen sekä ammattihenkilö. Suunnitelman tekeminen tapahtuu asiakkaan kotona tai muussa hänelle tutussa paikassa. Suunnitelmaan kerätään tietoa asiakkaan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä, sairauksista ja lääkityksistä, asumisolosta ja päivittäisistä toiminnoista. Suunnitelma tehdään tukemaan asiakkaan itsenäistä arkea. Palveluille laaditaan tavoitteet ja mietitään toimenpiteet niiden saavuttamiseksi. Suunnitelmaa arvioidaan yhdessä sovitulla mittarilla tai sopimuksella. Suunnitelmassa tulee myös näkyä palveluiden hinnoittelu selkeästi ja ymmärrettävästi. Suunnitelmassa tulee käydä ilmi, mikäli asiakkaalla on hoitotahto, sekä kenelle asiakkaan tietoja saa luovuttaa. (Jämsén 2012.)

Kotisairaanhoidon on terveydenhuoltolaissa säädeltävää palvelua, joka on potilaan kotona tapahtuvaa sairaanhoidon hoitoa. Sen tarkoituksena on tukea potilaan kotona selviytymistä sekä omaa sairaan henkilön kotihoidossa. Kotisairaanhoidon kuuluu erilaiset lääkärin määräämät toimenpiteet, kuten näytteiden otto, kivun hoito, voimien ja lääkehoidon seuraaminen. Kunnan tehtävä on järjestää kotisairaanhoidon kun asiakas ei sairauden tai alentuneen toimintaky-

vyn vuoksi voi käyttää yleisiä terveydenhuoltopalveluita. Suurin osa työntekijöistä on sairaanhoitajia. Kotisairaanhoido on aluehallintovirastojen ja sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontaviraston valvonnassa. Asiantuntijaviranomaisena toimii Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos, joka myös kerää tilastotietoa kotisairaanhoidosta. (Kotisairaanhoido ja kotisairaalahoido. 2017.)

Lohjan kotihoito on jaettu viiteen alueeseen, joka palvelee Lohjan lisäksi Sammattia, Karjalohjaa, Nummea, sekä Pusulaa. Lisäksi tarjolla on päivätoimintaa kotona asumisen tueksi kolmessa eri paikassa. (Kotihoidon palvelualueet. 2017.) Lohjan kaupunki tarjoaa apua myös kotiutumiseen esimerkiksi sairaalassaolon jälkeen. Kotiutustiimi toimii yhteistyössä moniammatillisen työryhmän kanssa, johon kuuluu muun muassa kotihoito, erikoissairaanhoido, sosiaalityöntekijä ja lisäksi omaiset. Avuntarve kartoitetaan jo ennen kotiutumista ja mikäli palveluntarve jatkuu kotiutumisen jälkeen, kotihoito voi ottaa vastuun asiakkaasta. (Kotiutustiimi. 2018.)

2.2 HaiPro

HaiPro on tietotekninen työkalu, jolla voi raportoida potilasturvallisuutta vaarantavat tapahtumat (HaiPro. 2010). HaiPron alku ulottuu vuoteen 2005, jolloin Valtion teknillinen tutkimuskeskus (VTT), Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ja Lääkelaitos alkoivat kehittää tietoteknistä työkalua vaaratapahtumien raportointiin ja käsittelyyn. Mukana projektissa oli muutama pilottiorganisaatio. Tavoitteena terveydenhuollon yksikön sisäisessä vaaratapahtumaraportoinnissa on tuoda esiin toiminnassa tapahtuvat vaaratapahtumat mahdollisimman kattavasti ja tehdä muutoksia niiden ehkäisemiseksi. Yksiköt tekevät tätä vapaaehtoisesti ja omaaloitteisesti ja tavoite on potilasturvallisuuden laadun kehittäminen. Vuonna 2007 järjestelmä sai nimen HaiPro ja sitä tarjottiin vapaasti terveydenhuollon organisaatioiden käyttöön. Projekti päättyi 2008 ja HaiPro siirtyi yksityisen yrityksen maksulliseksi tuotteeksi. HaiPron avulla voidaan selvittää ja pohtia, mitkä asiat ovat vaikuttaneet vaara- tai läheltä piti- tilanteeseen ja tehdä muutoksia sekä kehittää potilasturvallisuutta. Ihmisiä ei syyllistetä eikä syyllisiä etsitä. (Kinnunen & Peltomaa. 2009, 121-122.)

Raportointijärjestelmää käyttöön otettaessa tulee henkilökunnalle selventää, mitä hyötyä järjestelmästä on saatu eri työyksiköissä. Henkilökuntaa tulee kannustaa ja motivoida järjestelmän käyttöön. Parannukset ja muutokset tulisi olla osa normaalia käytäntöä, jolloin ilmoitusten tekeminen ei unohtuisi. (Kinnunen & Peltomaa. 2009, 123-124.)

Haittailmoitusraportin tekemisessä on viisi vaihetta. Ensimmäisenä vaaratapahtuma tulee tunnistaa. Tunnistusta on helpotettu järjestelmässä erilaisilla tapahtumatyyppien luokituksilla. Organisaatio voi itse päättää, minkä tyyppisistä tapahtumista ilmoitus tehdään. Toisessa vaiheessa on itse raportin tekeminen, joka tehdään sähköisenä lomakkeena. Lomakkeessa on

valmiit vastausvaihtoehdot kysymyksiin sekä kolme avointa kysymystä, joissa kuvataan tapahtumaa ja sen seurauksia. Ilmoitusta tekevän henkilön tulee pohtia, mitkä tekijät vaikuttivat vaaratilanteen syntyyn ja miten sellainen olisi jatkossa ehkäistävissä. Tärkeää on myös kuvata onko tilanteessa toimittu yleisten ohjeiden mukaan vai onko niistä poikettu. Jos kiire, väsymys tai kommunikoinnin puute ovat vaikuttaneet tilanteeseen, siitä tulee kirjata raporttiin. Ilmoittaja voi kirjoittaa raporttiin oman ehdotuksensa, miten vastaava tilanne voitaisiin välttää. Haastavuus raportoinnissa on huomata vaara- ja läheltä piti- tilanteet, itse raportin täyttäminen on helppoa. Seuraavaksi ilmoitusprosessissa on ilmoituksen vastaanotto, luokittelu ja analysointi. Yksikön käsittelijät on nimetty ja heille saapuu ilmoituksesta sähköpostiin tieto. Käsittelijä voi olla esimerkiksi osastonhoitaja työparinaan osastonlääkäri. Käsittelijälle on järjestelmässä oma lomakkeensa, johon hän luokittelee ja analysoi tapahtuman. Raportoinnin kaksi viimeistä vaihetta on tapahtumasta saadun tiedon hyödyntäminen ja muutoksen seuraaminen. Käsittelijä kirjaa tekemänsä ja toteuttamansa päätökset järjestelmään, jotta ilmoituksen tekijä saa siitä palautteen. (Kinnunen & Peltomaa. 2009, 124-127.)

Työyhteisön tulee saada säännöllisesti tietoa järjestelmässä olevasta tiedosta. Esiin voidaan nostaa yksittäisiä vaaratapahtumia tai yleisemmin potilasturvallisuuteen vaikuttavia ja sitä vaarantavia asioita. HaiProjärjestelmä tilastoi tapahtumatyyppien yleisyyttä ja toistuvuutta reaaliajassa. Yhteenvetoraporteissa nähdään organisaation ilmoitusaktiivisuus, käsittelyajat, toteutetut toimenpiteet sekä muutoksien vaikutukset. (Kinnunen & Peltomaa. 2009, 127-129.)

Etusivu Ohje In English | På svenska

HaiPro - Potilasturvallisuusilmoitus [Sisäiset sivut](#)

pakolliset kentät merkitty tähdellä (*) Ilmoituksen pvm: 24.2.2015

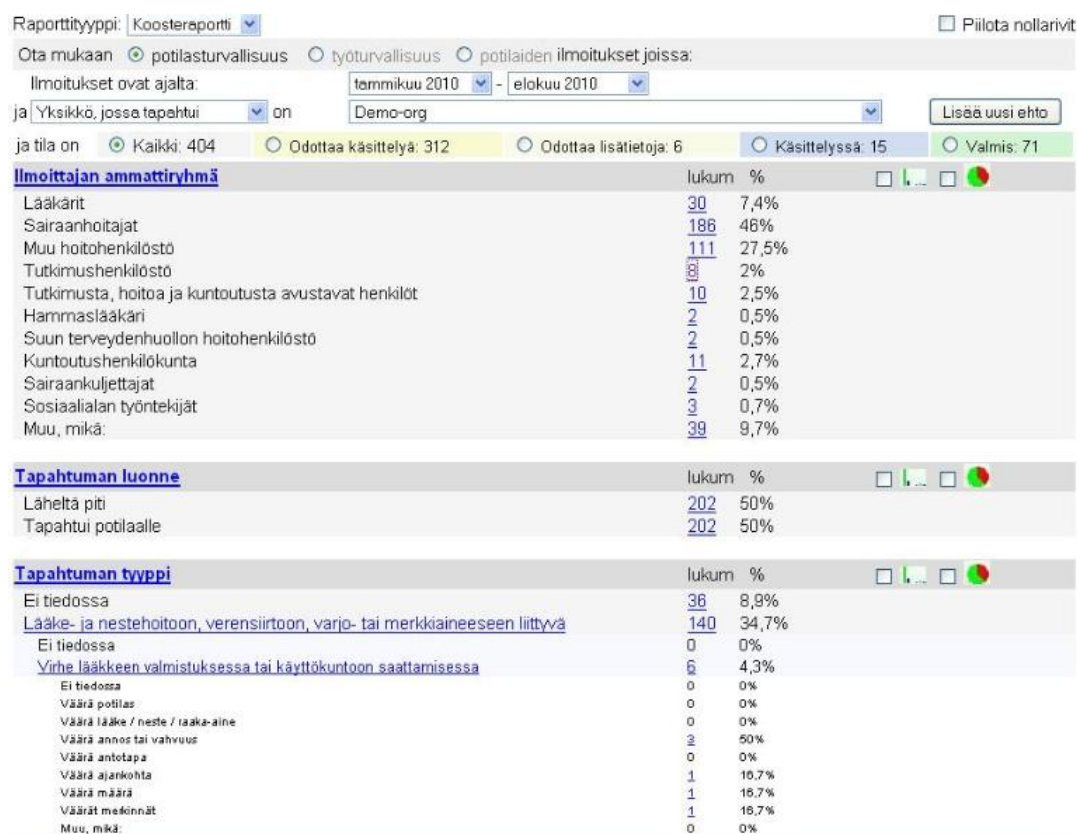
Osasto/yksikkö	Ilmoittajan yksikkö (*) <input type="text"/> Hae Valitse <input type="text"/>	
	Yksikkö, jossa tapahtui (*) <input type="text"/> Hae Valitse <input type="text"/>	
Ilmoittajan ammattiryhmä	Valitse <input type="text"/> ⓘ	
Tapahtuma	Tapahtuma-aika(*) Pvm (p.k.vvvv): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa Kellonaika: <input type="text"/> : <input type="text"/> :00 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa Tapahtumapaikka Valitse <input type="text"/>	Tapahtuman luonne (*) <input type="radio"/> läheltä piti ⓘ <input type="radio"/> tapahtui potilaalle ⓘ <input type="checkbox"/> Täytetään myös työturvallisuusilmoitus <input type="checkbox"/> Täytetään myös tietoturvailmoitus ⓘ <input type="checkbox"/> Täytetään myös toimintaympäristöilmoitus ⓘ
Tapahtuman tyyppi	Valitse <input type="text"/>	
Tapahtuman kuvaus (*)	Kerro mitä ja miten tapahtui ja mitä seurauksia oli potilaalle ja hoitavalle yksikölle. Tarkista että kuvauksesta tulevat esiin mahdollisuuksien mukaan vastaukset seuraaviin kysymyksiin: - Mitä oltiin tekemässä - Mitä ja miten tapahtui - Miten tilanne hoidettiin - Mitä seurasi potilaalle - Mitä seurasi henkilöstölle ja yksikölle. <div style="border: 1px solid #ccc; height: 100px; margin-top: 5px;"></div> Kuvaa lisäksi tapahtumahetken olosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät. <div style="border: 1px solid #ccc; height: 100px; margin-top: 5px;"></div> Kerro oma näkemyksesi, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää? <div style="border: 1px solid #ccc; height: 100px; margin-top: 5px;"></div>	
Sähköpostiosoite	Jos haluat, että käsittelijä voi kysyä sinulta lisätietoja, anna sähköpostiosoitteesi alla olevaan kenttään. Osoitetta ei näytetä käsittelijälle, mutta järjestelmä ilmoittaa sinulle mahdollisesta lisätietopyynnöstä sähköpostitse. Lisätietopyyntöön voit vastata sähköpostiviestissä olevan linkin kautta ja järjestelmä ilmoittaa käsittelijälle kun lisätieto on annettu. <input type="text"/>	

[Tulosta ilmoitus](#)

Kuvio 1. HaiProilmoituslomake. (Potilasturvallisuusilmoituksen täyttöohje. 2015)

Kuviossa 1 kuvataan HaiProilmoituslomaketta, johon valitaan valmiista vastausvaihtoehdoista parhaiten kyseistä poikkeamaa kuvaavat vastaukset. Kolmeen avoimeen kysymykseen voidaan omin sanoin kuvailla tapahtunutta.

HaiPron kautta voi hakea yhteenvetoraportteja ja tilastoja. Tutkimuksessa haku rajataan koskemaan lääkehoitoa ja ilmoituksia vuodelta 2016. Haun jälkeen on mahdollista luoda raportti ilmoituksista. Raportissa näkyy prosenttiosuuksin, millaisia ilmoituksia on tehty ja mikä ammattiryhmä ilmoituksen on tehnyt. Tutkimuksen määrällisen osuuden saa siis suoraan HaiPron kautta. (Ohje tilastointiin ja yhteenvetoraportteihin. 2010.)



Kuvio 2. HaiProraportti. (Ohje tilastointiin ja yhteenvetoraportteihin. 2010, 6)

Kuvio 2 selventää lukijalle, mitä kaikkea HaiPro tilastoi valmiiksi.

2.3 Turvallinen lääkehoito

Turvallinen lääkehoito on tarkoituksenmukaisesti ja oikealla annostuksella määrätty ja ammattitaitoisen henkilökunnan toteuttama hoito, johon kuuluu myös vaikuttavuuden seuranta. Merkittävä osa haittatapahtumista hoitotyössä tapahtuu lääkeshoidossa. Haittavaikutuksia lääkeshoidossa esiintyy, vaikka hoito olisi toteutettu turvallisesti oikein, mutta yksi neljästä tapauksesta on seurausta lääkityspoikkeamasta. Poikkeamia sattuu kaikissa prosessin vaiheissa. Reseptivirheet ovat vähentyneet sähköisen reseptin tultua, mutta silti poikkeamia sattuu myös siinä osassa. (Inkinen ym. 2015, 3-10.)

Turvallisen lääkeshoidon toteutumiseksi toiminta- ja työyksiköissä terveydenhuoltolakiin on sisällytetty laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmaan myös lääkeshoitosuunnitelma, jonka mukaan lääkehoito toteutetaan. Lääkeshoitosuunnitelmaa käytetään laadun ja turvallisuuden varmistamiseen yksikössä sekä uusien työntekijöiden perehdyttämiseen. Suunnitelmassa tulee käydä ilmi yksikön kannalta kriittiset ja olennaiset lääkitysturvallisuuden alueet. Toimivan mallin mukaan yksikön johto nimeää moniammatillisen työryhmän, jonka tehtävänä on laatia lääkeshoitosuunnitelma ja määritellä resurssit, keinot ja vastuunjako, joiden perusteella suun-

nitelman toteutumista ohjataan ja valvotaan. Yksikön henkilöstörakenne tulee olla jokaisessa työvuorossa sellainen että turvallinen lääkehoito toteutuu. Työntekijöiden tulee olla lääkehoitoon koulutettuja ja osaamista tulee arvioida, ylläpitää ja kehittää säännöllisesti. (Inkinen ym. 2015, 12-14.)

Hoitava lääkäri on vastuussa potilaan lääkehoidon kokonaisuudesta. Potilaalla tulee olla ajan-
tasainen henkiköhtainen lääkehoitosuunnitelma, josta tulee ilmi henkilötietojen lisäksi käytettävien lääkkeiden nimet, vahvuudet, antoreitti, annosteluohje, hoidon pituus, aloituspäivämäärä, käyttötarkoitus sekä lääkkeen määräjän nimi. Suunnitelmaan tulee olla merkitty, kuka lääkkeen vaikuttavuutta seuraa, mikäli lääke on käytössä pitkään. Lääkelistassa olisi hyvä olla myös käytössä olevat ravintolisät, luontaistuotteet ja vitamiinivalmisteet. (Inkinen ym. 2015, 14-15.) Kotihoidossa lääkkeet ovat potilaiden henkilökohtaisia. Lääkkeet säilytetään lääkehuoneessa tai muussa lukollisessa ja lukkokaapein varustetussa huoneessa niin ettei potilaiden lääkkeet mene muiden kanssa sekaisin. Lääkkeet jaetaan yleensä annoskohtaisiin läkepusseihin tai lääkedosetteihin. (Inkinen ym. 2015, 23.)

Turvalliseen lääkehoitoon kuuluu olennaisena osana lääkehoidon vaikutuksen seuranta ja arviointi. Potilaan tilaa seurataan esimerkiksi verenpaineen ja painon mittauksilla sekä erilaisilla laboratoriotesteillä. Myös potilaan oma arvio lääkehoidon vaikutuksista, toimivuudesta ja mahdollisista haitoista on tärkeä kuulla. Lääkäri on vastuussa lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnista, joka koostuu lääkehoidon tarpeen, tavoitteiden ja toteutuneen hoidon suhteesta. Toteutettu lääkehoito ja siinä mahdollisesti esiintyneet erityisasiat on kirjattava huolellisesti. Merkinnästä tulee myös saada tarvittaessa selville kuka hoitoon on osallistunut. Yksikön kirjaamiskäytännöt tulee olla yhteneväiset, jotta ne ovat mahdollisimman yksiselitteiset. (Inkinen ym. 2015, 46-47.)

Joissakin yksiköissä on käytössä potilaskohtaiset annosjakelut (ANJA), joka on apteekin tai sairaala-apteekin tarjoama lääkkeidenjakopalvelu. Potilaan lääkkeet jaetaan annoskohtaisiin pusseihin tai annostelijaan 1-2 viikoksi kerrallaan. Tällä palvelulla voidaan edistää turvallista lääkehoitoa niin että potilas saa oikeat lääkkeet oikeaan aikaan. Palvelu sopii niille, joilla on paljon suun kautta otettavia lääkkeitä pitkäaikaisessa käytössä ja, jotka ovat käyttäneet lääkkeitä jo pidempään. Lääkäri tekee päätöksen annosjakelupalveluun siirtymisestä ja sen käytön aloitus vaatii lääkelistan läpikäymistä ja sen tarkoituksenmukaisuuden arvioimista. (Inkinen ym. 2015, 61-62.)

Lohjan kotihoidossa lääkkeenjako tapahtuu koneellisesti apteekissa kaikille asiakkaille, joilla on käytössään vähintään kolme lääkettä. Jaetut annospussit toimitetaan kahden viikon välein kotihoidon toimipisteisiin ja niitä säilytetään lukituissa kaapeissa siihen asti että ne toimitetaan asiakkaan kotiin. Kotona lääkkeiden säilytykseen tulee olla lukollinen kaappi, jonka avain

säilytetään asiakkaan kotiavaimen kanssa kotihoidon lukollisessa avainkaapissa. Kotihoidon työntekijöiden lääkehoitoon liittyviä tehtäviä on annospussien toimittaminen asiakkaille, lääkkeiden ottamisessa avustaminen, lääkkeiden vaikuttavuuden seuranta ja lääkehoidon kokonaisuudesta vastaaminen yhdessä hoitavan lääkärin kanssa. Asiakas voi myös kieltäytyä palvelusta ja toteuttaa lääkehoidon itse. Kotihoidon työntekijät jakavat lääkkeitä dosettiin erityistilanteissa, kuten siirtymävaiheessa koneelliseen jakoon sekä tilapäiset lääkekuurit ja tietyt muut lääkkeet esimerkiksi Marevan. Dosettiin jaetuille lääkkeille sekä apteekin annosjake-lusta tulleille tehdään aina kaksoistarkastus asiakkaan kotona. Kotihoidon työntekijät antavat lääkkeitä ihonalaisesti ja lihakseen. Kotihoidossa on käytössä myös kipupumppu. (Lääkehoito-suunnitelma, Lohjan kotihoito.)

Korpisalo-Korhonen (2016) teki Lohjan kotihoidolle tutkimuksen lääkehoitosuunnitelmien toimuudesta tavoitteenaan turvallisen lääkehoidon sekä toimintakulttuurin edistäminen. Tutkimuksessa selvitettiin lääkehoidon riskikohtia ja tehtiin ehdotuksia niiden kehittämiseksi. Tutkimuksessa selvisi että suurimmat haasteet kotihoidossa ovat tiedonkulun puutteellisuus eri yksiköiden välillä johtuen eri tietojärjestelmistä sekä ajantasaisen lääkelistan siirtyminen potilaan mukana siirtotilanteissa. Lisäksi tutkimuksessa kävi ilmi että lääkehoitosuunnitelmis-ta puuttui ohjeistus kuurilääkkeistä sekä jo käytöstä poistuneista lääkkeistä.

2.4 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus tarkoittaa terveydenhuollon eri yksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimia niin että ne varmistavat potilaan identifioinnin ja turvallisen hoidon sekä potilaan vahingoittumattomuuden (Potilasturvallisuus. 2017). Määritelmä kuitenkin vaihtelee kenen näkökulmasta sitä katsoo. Potilaan kannalta potilasturvallisuus on sitä ettei hoidosta aiheudu haittaa. Haitalta saatetaan kuitenkin välttyä, vaikka hoito ei olisikaan ensimmäisen määritelmän mukaan turvallista. Potilasturvallisuuteen kuuluu hoitotyö, potilaan lääkehoito sekä laiteturvallisuus. Usein hoidon laatu liitetään potilasturvallisuuteen ja ne ovatkin osa toisiaan. Potilasturvallisuuteen vaikuttavat monet tekijät. Haittatapahtumien tai läheltä piti- tilanteiden taustalla on usein prosessiin, toimintatapoihin tai ohjeistukseen liittyvät asiat. Jotta erehdykset saataisiin minimoitua, prosessit tulisi tehdä mahdollisimman yksinkertaisiksi ja poistaa niistä kaikki turhat ja ylimääräiset työvaiheet. Silti prosessissa tulisi olla tarpeeksi varmistavia vaiheita, jotta poikkeamat voitaisiin huomata ennen kuin siirrytään prosessissa eteenpäin. Toimintatavat tulisi myös yhtenäistää, jotta riskit voidaan paremmin tunnistaa ja hallita niitä. Tietotekniset hälytystoimet ja esteet tukevat myös laadukasta prosessia. (Helo-vuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 13-67.)

Organisaatioiden työskentelytilojen tulee olla sopivia hoitotyöhön, jotta se osaltaan edistää potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuutta vaarantavat ahtaat tilat ja epäjärjestys, huono va-

laistus, yleinen melu, huono laitoshuolto sekä vaaralliset paikat ja puutteelliset varoitusmerkinnot. Kalusteiden ja välineistön kunto tulee tarkastaa ja huoltaa säännöllisesti. Hoitohenkilökunta tulee kouluttaa laitteiden käyttöön ja niille tulee olla varattuna asianmukaiset tilat. Laitteiden täytyy olla sellaisia että ne sisältävät tarvittavat toiminnot potilaan laadukkaan hoidon takaamiseksi, mutta ovat helpokäyttöisiä ja turvallisia. (Helovuori ym. 2011, 67-72.)

Kattava ja yhteinen dokumentointi on potilasturvallisuuden pohja ja se varmistaa laadukkaan tiedonkulun. Erilaiset ohjeistukset ja lainsäädäntö ohjaavat dokumentointia. Esimerkiksi yksiköstä toiseen siirryttäessä heikko dokumentointi aiheuttaa riskin vaaratapahtumille. Toimintamalli asioiden tiedottamiseen tulee sopia yhdessä yksikön sisällä toimivien kesken. Ajantasaiset kriittiset potilastiedot, kuten perussairaudet ja lääkitykset tulee olla potilaskansioissa siltä varalta että sähköinen potilastietojärjestelmä kaatuu. (Helovuori ym. 2011, 72-73.)

Ihminen ei ole kone, joten inhimillisiä virheitä sattuu jokaiselle. Työskentelyn täytyy kuitenkin olla huolellista ja tarkkaavaista, jotta virheitä välttyttäisiin. Inhimillisillä tekijöillä tarkoitetaan usein tarkkaavaisuuden ja muistikapasiteetin rajallisuutta, joista unohdukset ja erehdykset ovat seurausta. Ihmisen tiedonkäsittelyprosessiin liittyy asioiden tarkkailu ja havainnointi sekä ratkaisujen tekeminen aikaisemmin opitun ja koetun perusteella. Prosessi on altis erilaisille häiriötekijöille. Aistien havaitsemat ärsykkeet vievät ajatukset pois itse tehtävästä ja kuormittavat tiedonkäsittelyä. Kiire ja monien asioiden yhtäaikainen tekeminen altistavat unohduksille, koska asiat säilyvät aktiivisessa työmuistissa noin puoli minuuttia ja ihminen muistaa yhtäaikaaisesti viidestä seitsemään asiaa kerralla. Tämän takia muistamista tulee helpottaa erilaisilla teknisillä ratkaisuilla sekä varmistus- ja tarkistuskäytännöillä. Ihmisen vireystilalla on myös suuri merkitys potilasturvallisuuden kannalta. Väsymys aiheuttaa keskittymiskyvyn herpaantumista, tarkkaavaisuuden ja päättelykyvyn heikentymistä sekä ärtymystä ja fyysistä voimattomuutta. (Helovuori ym. 2011, 75-80.)

Potilasturvallisuutta kehitetään koko ajan, mutta se vaatii pitkäjänteistä työtä ja järjestelmällisiä toimia. Kehittämistyö tulisi olla koordinoitua ja resurssoitua eikä se saa olla vain potilastyössä toimivien kontolla. Suuressa roolissa potilastyön kehittämisessä on erilaiset projektit ja haattatapahtumarekisterit, kuten HaiPro. (Helovuori ym. 2011, 23.)

Yli-Villamo (2008) on tutkinut potilasturvallisuutta pävytyspoliklinikoilla sairaanhoitajien näkökulmasta. Pro gradu- tutkielmassa tuli esille että sairaanhoitajien kokemukset potilasturvallisuutta edistävästä tekijöistä olivat ammattitaitoinen henkilökunta, turvallinen hoitoympäristö ja asianmukainen hoito. Näiden puuttuminen vastaavasti heikensi potilasturvallisuutta. Tutkimuksen mukaan vaaratapahtumia voitaisiin ennaltaehkäistä ja näin ollen potilasturvallisuutta parantaa systemaattisella perehdytyksellä, lisäkoulutuksilla, avoimella keskustelulla ja

siihen liittyvällä reflektiolla sekä hallinnollisilla menetelmillä, jotka koettiin erittäin merkittäviksi vaaratapahtumien ennaltaehkäisyssä.

2.5 Lääkityspoikkeama

Lääkityspoikkeama on tapahtuma lääkehoidossa, josta voi syntyä vaaratilanne. Yleensä se syntyy kun jotain jää tekemättä, esimerkiksi lääke unohdetaan antaa, jotain tehdään väärin, esimerkiksi lääke annetaan väärään aikaan tai väärää antoreittiä käyttäen tai suojaus pettää. (Lääketeollisuus. 2017.) Lääkityspoikkeamat voivat altistaa potilaan vakavaan vaaraan tai altistaa jopa kuolemaan. Erityisessä riskiryhmässä lääkityspoikkeamille ovat iäkkäät sekä monia lääkkeitä syövät ihmiset. (Inkinen ym. 2015, 9.)

Lääkityspoikkeamia voi sattua kaikissa lääkehoitoprosessin vaiheissa. Lääkkeen määräämisvaiheessa poikkeama voi liittyä väärään antoreittiin, -muotoon, virheelliseen annokseen tai epäselvään informaatioon lääkemääräyksen osalta. Lääkkeen toimituksessa voi sattua poikkeamia, kun lääkkeitä lähetetään apteekista osastolle tai avohoitoon. Tällöin poikkeamat liittyvät väärän lääkkeen, lääkemuodon tai annoskoon lähettämiseen, lääke voi olla vanhentunut tai lääke voi olla valmistettu tai pakattu väärin. Poikkeama voi tapahtua myös lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa, jolloin lääke laimennetaan, sekoitetaan tai murskataan väärin. Antopoikkeamat liittyvät väärän lääkkeen tai annoksen antamiseen tai antomuoto on virheellinen. Lääke voidaan jakaa väärälle henkilölle tai henkilö voi saada ylimääräisen lääkkeen. Antopoikkeamiin katsotaan kuuluvan myös antamatta jääneet ja potilaan ottamatta jääneet lääkeannokset. Poikkeama voi sattua lisäksi lääkeneuvonnassa, jolloin potilasta ohjataan väärin lääkehoitoon liittyvässä asiassa. (Lääkehoidon turvallisuussanasto. 2007, 9-10.)

Suikkanen (2008) on tutkinut pro gradu- tutkielmassaan keskussairaalan lääkityspoikkeamia ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksessa tuli ilmi että poikkeamia sattui kaikissa lääkehoitoprosessin vaiheissa. Potilaan henkeä uhkaavissa poikkeamissa ei löytynyt yhteistä selittävää tekijää aiheuttajalle. Lääkkeen määräämistilanteessa poikkeuksia aiheutti epäselvät tai ristiriitaiset lääkemääräykset. Jakotilanteessa tyypillisin poikkeama oli väärälle henkilölle annetut lääkkeet. Poikkeamat lääkehoitokirjauksissa olivat yleisimpiä poikkeamien raportointeja. Lääkityspoikkeamien ehkäisemiseksi esille nousivat työrauhan parantaminen, huolellisuus, lisäkoulutukset, perehdytys ja riittävä henkilöstöresurssi.

Eronen (2016) tutki pro gradu- tutkielmassaan lääkityspoikkeamien tyyppejä ja poikkeamiin johtaneita syitä potilasvahinkokeskukseen tehtyjen ilmoitusten perusteella. Tutkimuksessa selvisi että yleisin poikkeama oli lääkitsemättä jättäminen ja enemmistö poikkeamista tapahtui lääkehoitoprosessin alussa eli päätettäessä lääkkeestä ja hoidosta.

2.6 Lainsäädäntö

Lainsäädäntö ohjaa potilasturvallisuutta, terveyden edistämistä ja henkilökunnan pätevyyttä.

Kansanterveystyöstä eli perusterveydenhuollosta on säädetty laki 66 vuonna 1972. Sen sisältö säädetään terveydenhuoltolaissa 1326. Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilön, ympäristön ja väestön terveyden edistämistä, tapaturmien ja sairauden ehkäisyä sekä yksilön sairaanhoitoa. Yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle. Aluehallintovirasto valvoo ja ohjaa paikallista työn toimivuutta. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto ohjaa, sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa, aluehallintovirastoja, jotta toiminta olisi yhdenmukaista kaikkialla maassa. Kansanterveyden asiantuntijalaitoksina maassamme ovat Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työterveyslaitos ja Säteilyturvakeskus. (Kansanterveyslaki 1972/66.)

Terveydenhuoltolain tarkoituksena on ylläpitää ja edistää väestön terveyttä sekä kaventaa eri väestöryhmien välisiä terveyseroja ja toteuttaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Lain 8 §:ssä puhutaan laadusta ja potilasturvallisuudesta. Pykälässä mainitaan että toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Toimintayksiköissä on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on myös otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen. Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän vastuulla on että henkilöstö on rakenteeltaan ja määrältään sellainen että se vastaa alueen väestön terveyden edistämistä ja terveydenhuollon palveluiden tarvetta. Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on myös huolehdittava henkilöstön täydennyskoulutuksesta huomioiden henkilön peruskoulutus, työn vaativuus ja tehtävien sisältö. Lain 25 §:n mukaan kunnan on järjestettävä alueen asukkaille koti-sairaanhoitoa hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti ammattitaitoisen ja moniammatillisen työryhmän toteuttamana. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326.)

Kotihoito määräytyy sosiaalihuoltolain 20§ mukaan. Lain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää hyvinvointia ja vähentää eriarvoisuutta sekä turvata kaikille yhdenvertaiset, riittävät ja laadukkaat sosiaalipalvelut. (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301.)

Potilasvahinkolaki koskee Suomessa annetun terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä sattunutta potilasvahinkoa ja siitä aiheutuneen henkilövahingon korvausta potilasvakuutuksesta. Terveyden- ja sairaanhoitoa katsotaan olevan myös lääkkeen toimittaminen kun siitä on tehty lääkemääräys. (Potilasvahinkolaki 1986/585.)

Lääkelain tarkoitus on edistää turvallista sekä tarkoituksenmukaista lääkehoitoa sekä varmistaa lääkkeiden asianmukainen valmistus ja saatavuus maassa. Laki koskee lääkkeiden valmis-

tusta, maahantuontia, jakelua, välittämistä, myyntiä sekä edellä mainittujen toimitsijoita, kuten lääketehtaita, apteekkeja ja tukkukauppoja. (Läkelaki 1987/395.)

3 Menetelmät

3.1 Tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat.

1. Minkälaisia virheitä kotihoidon lääkehoidossa tapahtuu?
2. Miten kotihoidon lääkehoidossa tapahtuvia virheitä voitaisiin ehkäistä?

3.2 Tutkimusmenetelmät

3.3 Tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tavoitteena on edistää turvallista lääkehoitoa ja tarkoituksena on löytää lääkehoidon toimintaprosessissa olevia tyypillisimpiä poikkeamia ja analysoida niitä induktiivisella sisällönanalyysillä. Opinnäytetyö on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto koostuu Lohjan kotihoidon hoitajien vuonna 2016 tekemistä HaiPro- vaaratapahtumailmoituksista lääkehoidon osalta. Materiaali tulostetaan valmiiksi eikä opinnäytetyön tekijällä ole oikeutta päästä järjestelmään.

3.4 Analysointimenetelmä

Laadullinen tutkimus on käytössä kun tutkimus tehdään ilman tilastollisia menetelmiä. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään sanoja ja lauseita kuvailemaan tutkimusta, määrällisessä numeroita. Laadullinen tutkimus on melko vapaamuotoinen aineiston suhteen eikä siinä ole tarkkoja kysymyksiä vaihtoehtovastauksineen. Laadullinen tutkimus toimii hyvin perusteellisestikin siellä ympäristössä, mihin se on tehty, mutta tuloksia ei voi yleistää muihin kohteisiin. (Kananen 2014, 16-19.)

Laadullisessa tutkimuksessa tulos on kelvollinen siihen kohteeseen, mihin tutkimus on tehty. Päätelmiä tuloksista ei tehdä yleistettävyyttä ajatellen. Aristoteelinen ajatus ”yksityisessä toistuu yleinen” on kuitenkin hyvä kuvaamaan kvalitatiivista tutkimusta. Tutkimalla riittävän perusteellisesti yksityistä tapausta, saadaan selville ilmiön merkittävyys ja toistuvuus tarkasteltaessa sitä yleisemmällä tasolla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 1997, 181-182.) Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan soveltaa myös muihin kotihoitoihin, koska monesti poikkeamat ovat samantyyppisiä.

Kun tutkimuksessa tarkastellaan ihmisen käyttäytymistä, toimintaa ja ajattelua, tutkimustilanteiden vakioiminen on aina haasteellista (Kananen 2014, 145). Tässä opinnäytetyössä ilmoittajan oma näkemys, kokemus ja tunteet tapahtuneesta vaikuttavat paljon ilmoituksen sisältöön.

Aineisto käydään läpi induktiivisella sisällönanalyysillä. Tutkimuskysymykset ohjaavat induktiivista päättelyä. Tutkimusaineistosta luodaan teoreettinen kokonaisuus, jonka analyysia aikaisemmat tiedot, havainnot ja teoriat eivät saisi ohjata. Kysymykset ”mitä, missä ja milloin” ohjaavat analyysiä. Analysoinnin tulokset selvennetään lukijalle käsitekarttoina. Sisällönanalyysi on yleinen analysointimenetelmä kvalitatiivisissa tutkimuksissa. Sen avulla voidaan analysoida aineistoa ja samalla myös kuvailla sitä. Sisällönanalyysi on paljon käytetty hoitotieteen tutkimuksissa. Se on yksinkertainen tekniikka, mutta sillä nähdään kuvauksien lisäksi myös merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2009, 131-136.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta jokin toiminnan logiikka. Tutkimusaineiston keräämisen jälkeen aloitetaan aineiston pelkistäminen. Tutkimusaineistosta poistetaan tutkimusongelman kannalta merkityksetön informaatio. Aineisto tiivistetään ja pilkotaan osiin. Tutkimuskysymykset ja tutkimusongelma ohjaavat tiivistämistä. Näin tutkimusaineisto ryhmitellään uudeksi kokonaisuudeksi. Ryhmittely tehdään niiden käsitteiden mukaan, joita aineistossa esiintyy. Tämä voi olla sana, lauseen osa, lause tai ajatuskokonaisuus. Tämän jälkeen jokainen ryhmä otsikoidaan ryhmää parhaiten kuvaavalla nimellä. Tuloksena on käsitteitä, luokitteluja tai teoreettinen malli. (Vilka 2005, 140-141.)

Haasteena sisällönanalyysissä pidetään sitä, miten tutkija onnistuu pelkistämään aineiston ja luoda kategoriat niin että ne kuvaavat mahdollisimman tarkasti ja luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tutkijan on pystyttävä osoittamaan yhteys tuloksen ja aineiston välillä, jotta tulosta voidaan pitää luotettavana. (Kyngäs & Vanhanen. 1999.)

3.5 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön aineistona käytettiin Lohjan kotihoidon häiritsevyyshäiriötapauksien ilmoituksia vuodelta 2016 lääkehoidon osalta. Ilmoitukset toimitettiin opinnäytetyön tekijälle valmiiksi tulostettuina. Aluksi aineisto käytiin läpi kokonaisuudessaan lukemalla ilmoitukset ja niissä olevat kuvaukset läpi kokonaiskuvan saamiseksi. Tässä vaiheessa selvisi, että kaikissa ilmoituksissa ei ollut ollenkaan ilmoitettu tapahtuman tyyppiä tai sitä ei oltu eritelty tarkemmin. Näin ollen aineisto oli järkevintä analysoida ensimmäisen tutkimuskysymyksen osalta laadullisten tapahtumakuvausten perusteella.

HaiProilmoituksissa on kenttä, johon ilmoituksen täyttäjä voi vapaamuotoisesti kirjoittaa oman näkemyksensä siitä, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää. Tämän kentän voi jättää tyhjäksi ja kehittämis ehdotukset puuttuivatkin useista ilmoituksista. Monissa ilmoituksissa tähän kysymykseen oli myös vastattu hyvin lyhyesti vain muutamalla sanalla. Kehittämis ehdotukset on analysoitu vastaukseksi toiseen tutkimuskysymykseen.

Aineisto koostui kokonaisuudessaan 228 ilmoituksesta. Tapahtumakuvaukset vaihtelivat muutamasta lauseesta noin 15 lauseen mittaisiin kuvauksiin. Koska opinnäytetyössä on tarkoitus selvittää, minkälaisia virheitä kotihoidon lääkehoidossa tapahtuu, on erilaisten virheiden lukumäärät myös ilmoitettu eri pääluokkien osalta. Tällainen määrällinen sisällönerittely auttaa kuvaamaan sitä, minkä tyyppiset virheet ovat olleet yleisimpiä tutkimusaineistossa.

Aineisto luettiin läpi useaan kertaan ja siitä alleviivattiin tai ympyröitiin yhdistäviä tekijöitä ja sanoja. Poikkeamailmoitukset jaoteltiin ilmoittajan kirjaaman tapahtumakuvauksen mukaan kolmeen luokkaan. Jaotellut ilmoitukset käytiin läpi ja sieltä haettiin tutkimuskysymysten perusteella vastauksia. Ilmoituksista poimittiin jokainen erilainen tapahtumakuvaus ja kehitysehdotus ja näistä muodostettiin pelkistetyt lauseet.

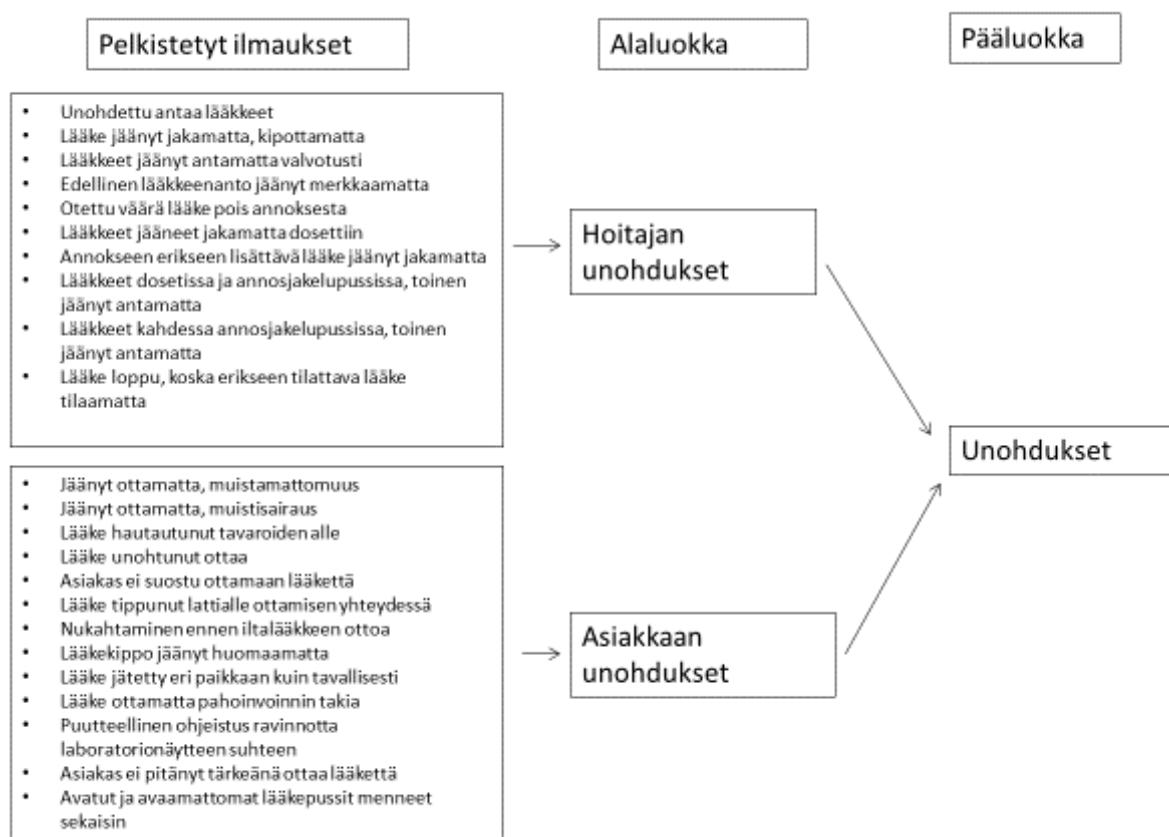
4 Tulokset

HaiProilmoitusten mukaan lääkityspoikkeamien taustalla on useita syitä. Tässä luvussa esitellään analyysin tulokset tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä. Aineisto on runsaampi ja ilmoitukset yksityiskohtaisempia lääkityspoikkeamien syiden kuvauksen osalta. Nämä kuvaukset on luokiteltu ja kuvattu alaluvussa 4.1. Haittailmoituksissa kehittämis ehdotuksia poikkeamien ehkäisemiseksi oli esitetty melko vähän ja usein kehittämis ehdotukset olivat hyvin lyhyesti ilmaistu. Alaluvussa 4.2 on esitelty haittailmoituksessa esitettyjen kehittämis ehdotusten luokittelu lääkepoikkeamien ehkäisemiseksi.

4.1 Kotihoidon lääkehoidossa tapahtuvien virheiden kuvaus

Lääkityspoikkeamiin liittyviä HaiProilmoituksia Lohjan kotihoidossa oli kirjattu vuonna 2016 yhteensä 277 kappaletta. 228 ilmoitusta oli valmiiksi käsitelty ja niistä tulostettiin tutkimuksen materiaali.

4.1.1 Unohdukset



Kaavio 1. Unohduksiin liittyvä luokittelu.

Unohdukset olivat haittailmoituksissa selvästi yleisin kuvauksessa mainittu syy lääkepoikkeamalle. Kaiken kaikkiaan 160 ilmoituksessa mainittiin unohdus lääkepoikkeaman taustalla. Unohduksiin liittyvä pääluokka on jaettu kahteen alaluokkaan; hoitajan unohduksiin ja asiakkaan unohduksiin.

Ilmoituksista 47 kpl oli asiakkaiden unohduksia. Ilmoituksissa mainittiin sanat ”unohtanut ottaa”, ”jäänyt ottamatta”, ”ei suostunut ottamaan”. Ilmoituksista kävi selkeästi ilmi että lääkkeen ottamatta jättäminen oli asiakkaasta johtuvaa. Kahdeksassa kappaleessa mainittiin asiakkaan diagnosoitu muistisairaus tai muistamattomuus.

Asiakkaalle jätetään aamukäynnillä koko päivän lääkkeet lääkekippuihin. Asiakas unohtanut ottaa yölläkkeen. Todennäköisesti siitä ei ollut ainakaan vakavia seurauksia asiakkaalle. Muistisairaus.

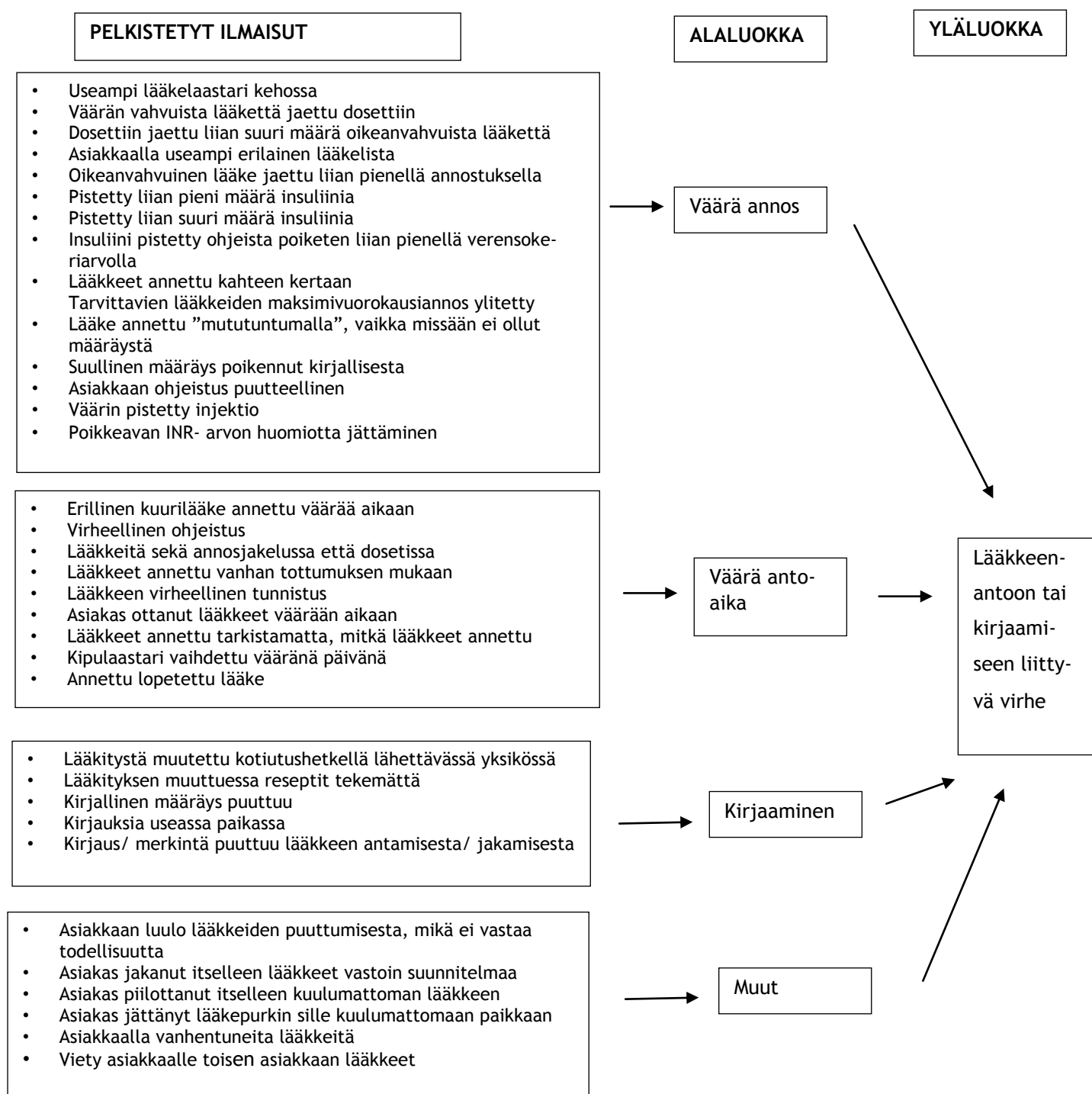
Aamulääkkeet olivat keittiönpöydällä ottamatta. Asiakkaan voinnissa ei muutosta. Asiakas unohtanut ottaa lääkkeet aamupalan kanssa.

Hoitajan unohduksesta sattuneita lääkepoikkeamailmoituksia oli 113 kpl. Ilmoituksissa kävi selkeästi ilmi että poikkeama oli tapahtunut hoitajan unohduksesta antaa lääke asiakkaalle tai jakaa se dosettiin tai lääkekippoon. Ilmoituksissa mainittiin sanat ”unohtanut antaa”, ”jäänyt antamatta”, ”unohdettu kipottaa”, ”jäänyt jakamatta”. Noin neljäsosaan ilmoituksista oli kirjattu että käytössä on sekä Anja- annosjakelu että lääkedosetti tai lääkepaketti tai useampi Anja- pussi. Lääke oli unohdettu antaa joistakin näistä eli asiakas oli saanut lääkkeit vain osittain. Muutama ilmoitus koski erikseen seurattavia ja tilattavia, asiakkaan kotona olevia lääkkeitä. Näissä tapauksissa lääkkeen vähenemiseen ei oltu riittävän ajoissa kiinnitetty huomiota ja lääke oli päässyt loppumaan ennen kuin asiakas sai uusia apteekista. Syyksi unohdukselle ilmoituksiin oli kirjattu unohdus, huomion kiinnittyminen muihin asioihin, opiskelijan mukana olo, sijainen, epäselvä ohjeistus tai ohjeistuksen paikkansa pitämättömyys.

Asiakkaalle jäänyt antamatta lääke sunnuntain kohdalta. Maanantaina annettu myös sunnuntain annos.

Aamulääkkeet dosetista oli jäänyt antamatta. Anjalääkkeet oli annettu. Seuraavan käynnin huomiona oli teksti: anna lääkkeit myös dosetista.

4.1.2 Lääkkeen antoon tai kirjaamiseen liittyvät virheet



Kaavio 2. Lääkkeen antoon ja kirjaamiseen liittyvä luokittelu.

Lääkkeen antoon tai kirjaamiseen liittyviä virheitä oli yhteensä 53 kappaletta. Tähän luokkaan liitettiin myös ”muut” ilmoitukset, jotka eivät sopineet mihinkään muuhun luokkaan. Ilmoitettuja virheitä oli monenlaisia.

Asiakkaat saivat väärää annosta lääkkeitä 33 kappaleessa ilmoituksista. Virheitä sattui kun ohjeistuksia luettiin huolimattomasti, lääkelistoja oli useita erilaisia tai kirjaaminen oli puutteellista. Tässä ryhmässä nousi esille myös insuliinin annostelun poikkeamat. Poikkeamia syntyi myös kun asiakas kotiutui hoitolaitoksesta ja lääkemääräykset olivat muuttuneet.

Huolellisuutta miten lääkkeen muutos-ohjeet toiselle hoitajalle kirjoittaa.

Tarkistetaan, että toinen on ymmärtänyt oikein uuden lääkkeen vahvuuden.

Ilmoituksista 20 koski lääkkeen antamista väärään aikaan. Näistä ilmoituksista neljäsosa oli laastarilääkkeisiin liittyviä. Poikkeamia sattui kun lääke annettiin vääränä ajankohtana päivässä tai vääränä päivänä tai hoitajan eläessä toista päivää, jolloin asiakas sai esimerkiksi aamulääkkeet kahteen kertaan.

Lääke myöhästyi aamusta ja asiakas saanut sen iltalääkkeiden yhteydessä. Ei haittaa vaan huolimattomuus lääkkeiden annossa.

Hoitaja vaihtoi vahingossa lääkelaastarin päivää liian aikaisin. Hoitaja oli tiistaisa vaikka oli maanantai. Tehty asiakkaalle uusi laastarin vaihto lista seinään.

Lääkkeen väärään annostukseen tai väärään antoaikaan liittyi myös lääkkeiden tunnistamisen puutteet. Joissain tapauksissa lääkkeitä piti ottaa annospussista pois tai lisätä sinne. Näissä ilmoituksissa lääkkeen tunnistus oli mennyt pieleen, vaikka hoitajilla olisi käytössään lääkkeiden tunnistamiseen tarkoitettu kännykkäsovellus.

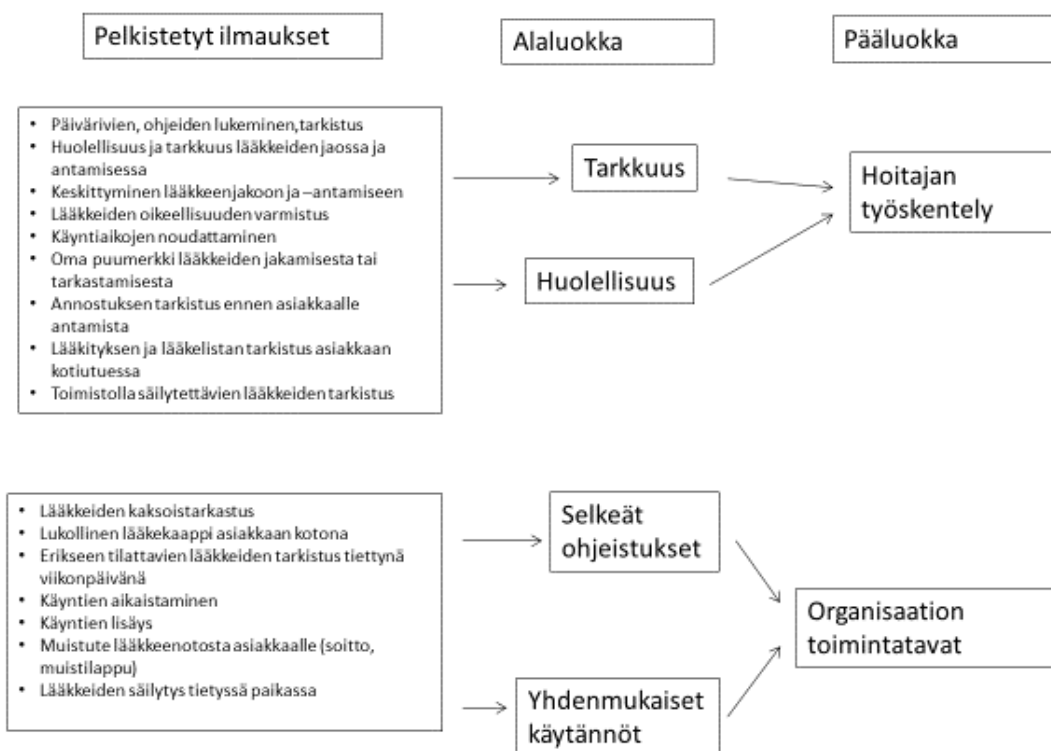
Asiakkaan toiveesta lääke siirretty annosjakelupussista illalla otettavaksi. Lääke kipotetaan aamulla iltakippoon. Hoitajilla on mahdollisuus käyttää työomilissaan sovellusta jolla voi tunnistaa lääkkeitä, mutta sitä ei käytetä.

Muutama ilmoituksista koski yksittäisiä poikkeamia lääkehoitoprosessin eri vaiheissa. Näissä ilmoituksissa esiintyi suuren riskin poikkeamia, eli virheellä olisi voinut olla vakavampiakin seurauksia. Näihin ilmoituksiin ei oltu osattu laittaa, mikä poikkeaman voisi estää, ehkä niiden erityislaatuisuuden vuoksi. Huolellisuus oli mainittu joissakin ilmoituksista. Joidenkin ilmoitusten selvityksessä huomattiin että todellisuudessa virhettä ei ollut tapahtunut vaan kyse oli epäselvyydestä.

Viety asiakkaalle toisen asiakkaan dosetit jotka täytetty toimistolla. Tämä tullut ilmi vasta seuraavana päivänä vuoronvaihdon yhteydessä kun keskusteltu asiakkaiden tilanteista.

4.2 Kehitysehdotukset

HaiProilmoituksiin kirjatut kehitysehdotukset kerättiin yhteen ja luokiteltiin ehdotuksen sisällön mukaan. Kehitysehdotukset jakautuivat kahteen pääluokkaan: hoitajan toimintatapoihin liittyviin kehitysehdotuksiin sekä organisaation toimintatapoihin liittyviin kehitysehdotuksiin.



Kaavio 3. Kehitysehdotusten luokittelu.

4.2.1 Hoitajat

Hoitajan työskentelyyn liittyvät kehitysehdotukset jakautuivat kahteen alakategoriaan, joista toinen liittyi tarkkuuteen ja toinen huolellisuuteen.

Hoitajien ominaisuuteen liittyviä kehitysehdotuksia annettiin runsaasti unohduksien välttämiseksi. Huolellisuus ja tarkkaavaisuus lääkkeenjaossa mainittiin useimmissa unohduksiin liittyvissä ilmoituksissa. Ohjeiden lukemista useaan kertaan ja lääkeannosten tarkastusta suositeltiin myös. Hoitajien muistamisen tueksi annettiin kehitysehdotuksia myös työyhteisön ohjeiden uudistamiseen, esimerkiksi lääkkeiden säilyttäminen asiakkaan kotona aina tiettyssä paikassa.

Keskittymällä hetkeen ja työhön, rauhoittamalla lääkkeenottotilanne.

Tarkkuutta. Mikäli asiakkaalla on dosetti lääkekaapissa, niin aina pitäisi tarkistaa onko dosetissa lääkkeitä, joita pitää antaa. Myöskin lääkelista ja marevankortti pitäisi aina lääkkeiden annon yhteydessä tarkistaa.

4.2.2 Organisaatio

Organisaation toimintatapoihin liittyvät kehitysehdotukset jakautuivat kahteen alakategoriaan, ohjeistuksiin liittyviin sekä yhdenmukaisiin käytäntöihin liittyviin.

Ehdotuksia asiakkaan lääkkeenoton muistamiseen annettiin erilaisia, esimerkiksi lääkkeenoton ajankohdan muuttaminen niin että hoitajan käynti on samaan aikaan. Yleisin ehdotus oli käyntien lisääminen (19kpl). Myös muistutussoittoa tai -lappua, lääkkeiden antamista eri aikaan tai valvotusti sekä selkeää ja näkyvää paikkaa lääkkeille ehdotettiin ratkaisuksi lääkkeidenoton muistamiseksi.

Kehitysehdotuksia organisaation muutoksiin lääkkeen antamiseen liittyvien poikkeamien välttämiseksi hoitajat olivat maininneet muun muassa lääkkeiden kaksoitarkastuksen, lääkelistojen tarkastuksen asiakkaan kotiuduttua hoitolaitoksesta ja muuttuneiden lääkelistojen tulostamisen viipymättä. Hoitajat ilmoittivat myös että suullisiin raportteihin ei saa luottaa vaan kirjallinen määräys tulee tarkistaa. Ilmoituksissa ehdotettiin myös erikseen tilattavien lääkkeiden tarkistamista ja tilaamista tiettyinä viikontähtäinä, jolloin ne eivät pääse vaivihkaa loppumaan.

Selkeä ohjeistus asiakkaan kotiin (ajantasainen lääkelista) ja mobiiliin. Mikäli lääke menee osan aikaa dosetissa ja siirtyy sitten anjoihin tai toisinpäin, on alku- ja loppupäivämäärät dosetissa meneville lääkkeille merkittävä tarkkaan.

Tiedot asiakkaalle esille jätettävistä lääkkeistä kirjattava hyvin mobiiliin. Selkiyttä lääkehoidon toteutukseen.

5 Johtopäätökset ja pohdinta

Aineiston mukaan lääkepoikkeamien syyt johtuvat sekä unohduksista että erilaisista lääkkeenannossa tapahtuvista virheistä. Kotihoito työympäristönä eroaa suuresti osastoista ja turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa on omat haasteensa. Hoitajat tekevät työtään yksin, jolloin oma tarkkaavaisuus ja huolellisuus korostuu. Toisaalta työ on usein kiireistä, jolloin

unohduksien mahdollisuus kasvaa. Erilaiset unohdukset olivatkin suurin syy poikkeamille. Lääkkeitä unohdettiin antaa ja asiakkaat unohtivat niitä ottaa.

Suurimmassa osassa ilmoituksia mainittiin huolellisuus ja tarkkaavaisuus poikkeamien välttämiseksi. Kehitysehdotukset kohdistuivat siis työntekijän ominaisuuteen. Jotta näitä piirteitä voisi kehittää, työntekijällä tulisi olla rauha tehdä työtä tuntematta kiirettä. Toisaalta työntekijältä vaaditaan myös paineensietokykyä toimia kiireisessä ilmapiirissä. Työntekijällä tulisi kuitenkin olla kyky rauhoittaa lääkkeenjako ja -antotilanne niin että ajatukset saisi keskitettyä sillä hetkellä olevaan tehtävään.

Lääkehoitosuunnitelmista käy ilmi että lääkkeen dosettiin jakovaiheessa vastuu on jakajalla ja lääkkeen potilaalle antamisvaiheessa vastuu on lääkkeen antajalla. Molempien henkilöiden tulee siis tarkastaa että lääkitys on oikea. Tällöin kaksoistarkastus toteutuu. Tarkastuksesta tulisi laittaa myös oma puumerkki, jotta muutkin huomaavat että lääkitys on tarkistettu. Ilmoituksista saattoi päätellä ettei kaksoistarkastus monestikaan toteutunut. Lääkkeiden kaksoistarkastus olisi poistanut monta poikkeamaa.

Epäselvyyksiä ja poikkeamia syntyi myös kuurilääkkeissä, jotka jaetaan potilaille dosettiin. Näiden ilmoitusten osalta henkilökunnan huolellisuus lukea mobiiliin ohjeet, poistaisi poikkeamia. Korpisalo-Korhonen antoi pro gradu- tutkielmassaan (2016) ehdotuksen ohjeistuksen lisäämisestä läkehoitosuunnitelmaan väliaikaisten lääkkeiden ja kuurilääkkeiden osalta.

Kaikissa läkehoitosuunnitelmissa tuotiin esille tiedonkulun parantaminen ja lääkekorttien ajantasaisuus kehittämistarpeina. Henkilökunnan jatkuva kouluttaminen mainittiin yhtenä tekijänä turvallisen lääkehoidon parantamisessa. Lyhytaikaisten sijaisten ja keikkalaisten perehdytys koettiin haasteena, mikä tuo riskin turvallisen lääkehoidon toteutumiselle. Neljä viidestä läkehoitosuunnitelmasta on päivitetty vuoden 2017 aikana.

Opinnäytetöitä turvallisen lääkehoidon edistämiseksi hankkeen muodossa on tehty Lohjan kotihoidon eri alueille 2009 jälkeen useita. Hankkeessa pyrittiin yhtenäistämään läkehoitoprosessin käytänteitä ja ohjeistuksia Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman Turvallisen läkehoito-oppaan pohjalta. Tuolloin esiin nousi samankaltaisia ongelmia kuin edelleen. Hankkeen eri opinnäytetöissä huomattiin että ohjeistukset ovat monenkirjavia ja kirjauksille ei ole tiettyä selkeää paikkaa. Kotihoidossa on otettu käyttöön apteekin annosjakelupalvelu asteittain vuonna 2010, ensimmäisenä Roution tiimissä (nykyisin Routio-Keskustan tiimi), joka on selkiyttänyt läkkeenjakoa. Toisaalta se on myös tuonut uuden haasteen kun läkkeitä voi olla nyt useammassa paikoissa.

Korpisalo-Korhosen vuonna 2016 tekemä pro gradu- tutkielma Lohjan kotihoidolle koskien lääkehoitosuunnitelmia toi esiin samanlaisia haasteita lääkehoidossa kuin tässä tutkimuksessa on tullut esiin. Lopputyössä mainittiin että ongelma turvallisen lääkehoidon toteutumiselle on muun muassa tiedonkulun haasteet eri yksiköiden välillä johtuen eri tietojärjestelmistä sekä asiakkaille olevat useat erilaiset lääkelistat.

Jotta lääkehoidon toteutus selkiytyisi, ohjeille ja ilmoituksille tulisi olla yksi tietty paikka, mistä kaikki osaavat tiedon hakea. Asia monimutkaistuu, jos ohjeita on jääkaapin ovelta, lääkekaapin ovelta ja yöpöydällä ja jokaisen hoitajan tulisi muistaa, missä juuri kyseisen asiakkaan muistutukset ovat.

Lääkehoitosuunnitelmia on päivitetty myös tämän tutkimuksen aineiston ajankohdan jälkeen. Poikkeamat eivät kuitenkaan juurikaan ole muuttuneet olemassa olevasta tiedosta huolimatta.

5.1 Luotettavuus

Opinnäytetyön analysointi ja tulokset pyrittiin kuvaamaan niin tarkasti että lukija ymmärtää miten analysointi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Aineisto on kategorisoitu selkeästi. Opinnäytetyön tiedonhaussa pyrittiin käyttämään mahdollisimman tuoretta tietoa ja tutkimuksia. Materiaali on suurimmalta osin kymmenen vuoden sisällä julkaistu. Kirjallisen materiaalin lisäksi opinnäytetyössä tarkasteltiin pro gradu- tutkielmia.

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa aineiston laatu. Tässä työssä aineisto koostui valmiista haittailmoituksista, joita analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Valmiiden aineistojen käyttö on useissa tapauksissa ekonomista ja tarkoituksenmukaista, mutta niissä on myös rajoituksensa, koska tällaista niin sanottua sekundaarista aineistoa ei ole alun perin kerätty tutkimustarkoitusta varten (esim. Hirsjärvi 1997, 185).

Tämän opinnäytetyön aineiston rajoituksena voidaan pitää sitä, kuinka kattavasti aineistona käytetyt haittatapahtumailmoitukset on täytetty. Aineistoon kuuluvat haittailmoitukset olivat osittain hyvin lyhyesti ja jopa puutteellisesti täytettyjä. Näin ollen opinnäytetyön luotettavuuden kannalta haasteena oli se, oliko opinnäytetyön tekijä ymmärtänyt lyhyen kuvauksen samalla tavalla kun sen kirjoittaja on sen tarkoittanut. Tämä asia on yritetty huomioida niin, että epäselvistä ilmoituksista ei ole tehty pitkälle meneviä johtopäätöksiä, vaan tällaiset tilanteet, joiden kuvauksista ei voinut muodostaa selkeää käsitystä, luokiteltiin erilliseen ”muut virheet” -luokkaan. Valmiin aineiston käyttöä puolsi tässä tutkimuksessa se, että haittailmoituksia analysoimalla oli mahdollisuus luoda kattava yleiskuva kotihoidossa tapahtuvista lääkepoikkeamista ja niiden ehkäisyyn esitetyistä kehittämisehdotuksista.

Koska opinnäytetyössä käytettiin valmista aineistoa, ilmoitusten täyttäjät eivät luultavasti tiedeneet että ilmoitukset menevät tutkimuskäyttöön. Useassa kohtaa opinnäytetyötä on mainittu että luotettavuuteen ja tuloksiin vaikutti ilmoitusten vajavaisuus. Aineisto olisi varmasti ollut kattavampaa ja huolellisemmin täytettyä, mikäli ilmoittajat olisivat tiedeneet että ilmoituksia tarkastellaan kehittämismielessä tarkemmin

5.2 Laadukas analyysi

Sisällönanalyysi on paljon käytetty tutkimusaineiston analyysimenetelmä hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Menetelmän etuna erityisesti hoitotieteellisessä tutkimuksessa pidetään sitä, että sen avulla voidaan arvioida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Luotettavuuden kannalta sisällönanalyysin ongelmana on pidetty sitä, että tutkija ei pysty tarkastelemaan analyysiprosessia objektiivisesti, vaan tulos perustuu tutkijan subjektiiviseen näkemykseen asiasta. Kyngäs ja Vanhanen (1999) kuitenkin mainitsevat useisiin lähteisiin perustuen, että tätä ei pidetä niin suurena ongelmana silloin, kun dokumentista on analysoitu vain ilmisältö. Myös tämän tutkimuksen aineiston analyysissä pitäydettiin mahdollisimman tarkasti vain siinä, mitä ilmoituksiin on kirjoitettu, eikä tulkintoja ole tehty esimerkiksi ilmoituksissa käytetystä kielestä.

Sisällönanalyysia on analyysimenetelmänä kritisoitu myös siitä, että analyysi jää usein pinnalliseksi ja analyysin tulos yksinkertaistaa monimutkaisia ilmiöitä (esim. Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen, Kanste. 2011). Tähän tutkimukseen sisällönanalyysi kuitenkin sopi analyysimenetelmäksi hyvin, sillä aineisto oli osittain hyvin niukkaa ja kuvaukset tiiviitä.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan on koko ajan pohdittava omia ratkaisujaan ja näin otettava yhtä aikaa kantaa sekä analyysin kattavuuteen että tekemänsä työn luotettavuuteen. Lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiviteetti ja sen myöntäminen, että tutkija on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline. Opinnäytetyön tekijä on itsekin työskennellyt kotihoidossa ja aineiston analyysia tehdessä oli ajoittain kiusaus lähteä pohtimaan oman kokemuksen pohjalta syitä poikkeamiin. Analyysi on pyritty tekemään mahdollisimman tarkasti vain aineistossa kuvattujen tietojen pohjalta.

5.3 Eettisyys

Tutkimuksen eettisyys on turvattu Helsingin julistuksen mukaisesti, joka on hyväksytty kansainvälisesti tutkimusetiikan ohjeistukseksi. Ohjeistus sopii hoitotieteellisen tutkimuksen eettiseksi ohjeeksi. Julistuksessa todetaan että tutkijan on perehdyttävä eettisiin, lainsäädännöl-

lisiin sekä viranomaisvaatimuksiin, joita tutkimustyöhön liittyy. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2009, 173.)

Opinnäytetyössä etiikkaa on tarkasteltava ilmoittajien näkökulmasta. Ilmoitusten tekijät eivät ole tietoisia että ilmoitukset menevät tutkimuskäyttöön. Heillä ei siis ole ollut mahdollisuutta vaikuttaa haluavatko he olla mukana tutkimuksessa. Toisaalta HaiProilmoituksia täyttäessään he lultavasti ovat tienneet että aineisto voi päätyä tarkempaan tutkiskeluun. Haittaraportit ovat nimettömiä, joten kenenkään henkilöllisyys ei tule ilmi. Opinnäytetyön tekijällä ei myöskään ole pääsyä haittailmoitusjärjestelmään vaan aineisto annetaan kotihoidon yhteyshenkilön kautta. Aineistoa säilytetään niin ettei siihen pääse muut käsiksi ja se palautetaan Lohjan kotihoidolle hävitettäväksi tutkimuksen jälkeen. Tutkimusaineisto on tämän jälkeen Lohjan kotihoidon hallussa HaiProjärjestelmässä.

Opinnäytetyöhön haettiin lupa Lohjan kaupungin kotihoidon päälliköltä. Erillinen lupa pyydettiin myös HaiProilmoituspohjien käyttöön, jotta lukijalle voidaan antaa selkeämpi kuva HaiProjärjestelmästä.

Potilaiden sekä hoitajien anonymiteetin suojelemiseksi esimerkeistä on jätetty tekijöitä ja lääkkeiden nimiä pois, jotka voisivat mahdollistaa potilaan tunnistamisen.

5.4 Pohdinta

Potilas- ja lääkitysturvallisuutta edistävät tutkimukset ovat aina hyödyllisiä. Tämä opinnäytetyö tehtiin Lohjan kotihoidolle ja sen perusteella voi miettiä päivityksiä lääkehoitosuunnitelmiin ja kehittää turvallista lääkehoitoa toimivammaksi.

Tuoreempaakin tutkimusaineistoa olisi ollut jo saatavilla tutkijan saadessa aineiston, mutta raporttien perusteella ilmoitusten luonne ei juurikaan ollut vuodessa muuttunut. Aineisto ei siis ole vanhentunut vaan raporteista voi päätellä sen olevan melko samansisältöistä tuoreempaan verrattuna.

Rajoitteena opinnäytetyössä oli hätäisesti täytetyt ilmoitukset, joissa yleensä hoitajan antama kehitysidea jäi vaillinaiseksi. Jatkotutkimusideaksi annettaisikin hoitajien näkemysten ja kehitysideoiden kartoittamisen lääkepoikkeamien vähentämiseksi. Tämä vaatisi kartoitusta hoitajien tehtävistä ja työtavoista sekä ajankäytöstä. Tutkimuksen voisi tehdä haastattelemalla hoitajia heidän kokemuksestaan työn luonteesta ja organisoinnista. Ajatuksena esimerkiksi lääkkeiden kaksoistarkastus tuntuu yksinkertaiselta toteuttaa; yksi hoitaja jakaa käynnin-

lä lääkkeet ja toinen tarkastaa ne seuraavalla käynnillä. Todellisuudessa asia voikin olla monimutkaisempi.

Ilmoituksissa näkyi myös kiire työssä. Opinnäytetyötä tehdessä heräsikin kysymys onko lääkeshoidon turvallisuutta mahdollista kehittää tällä palvelurakenteella vai ajaako se hoitajat liian tiukille, jolloin virheisiin on suurempi mahdollisuus.

Lähteet

Sähköiset lähteet:

Awanic. HaiPro. Viitattu 5.3.2017.

<http://awanic.com/haipro/>

Eronen, A-K. 2016. Potilasvahinkona korvatut lääkityspoikkeamat potilasvakuutuskeskuksen aineistossa 2013-2014. Pro gradu- tutkielma. Helsingin yliopisto.

https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/161056/2016_Eronen.pdf?sequence=1

Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. (Toim.) 2015. Turvallinen lääkehoito, opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Viitattu 5.3.2017.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1

Jämsén, S. 2012. Hoito- ja palvelusuunnitelma. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 5.4.2017.

http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=hoito-%20ja%20palvelusuunnitelma

Kansanterveyslaki 1972/66. Viitattu 6.4.2017.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveysty%C3%B6>

Kotihoito ja kotipalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 5.3.2017.

<http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Kotisairaanhoito ja kotisairaalahoito. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 5.3.2017.

<http://stm.fi/kotisairaanhoito-kotisairaalahoito>

Kotiutustiimi. 2018. Lohjan kaupungin kotisivut. Viitattu 20.9.2017

<https://www.lohja.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihminen-palvelut/tukea-apua/kotihoito/kotiutustiimi/>

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste O. Hoitotiede 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Viitattu 15.4.2018.

https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallönanalyysi-suomalaisessa-hoitotieteellisessä-tutkimuksessa

Lääkehoidon turvallisuussanasto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. Viitattu 4.4.2017.

https://www.thl.fi/documents/10531/102913/potilasturvallisuuden_sanasto_071209.pdf

Läkelaki 1987/395. Viitattu 6.4.2017.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=l%C3%A4%C3%A4ke>

Ohje tilastointiin ja yhteenvedoraportteihin. HaiPro. 2010. Viitattu 22.11.2017.

http://www.haipro.fi/ohjeet/haipro_tilasto_ohje.pdf

Potilasvahinkolaki 1986/585. Viitattu 6.4.2017.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=585>

Sosiaalihuoltolaki 2014/1301. Viitattu 6.4.2017.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

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

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20090072/urn_nbn_fi_uef-20090072.pdf

Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010/1326. Viitattu 6.4.2017.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilasturvallisuus>

Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikoilla sairaanhoitajien kokemana. Pro- gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto.

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/79695/gradu03103.pdf?sequence=1>

Painetut lähteet:

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 1997. Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (Toim.) 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Suomen Graafiset palvelut Oy.

Korpisalo-Korhonen, L. 2016. Kotihoidon lääkehoitosuunnitelman kartoitus- yhdenmukaisen käytännön laatiminen. Pro gradu- tutkielma. Helsingin yliopisto.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. Sisällön analyysi. 1999. Hoitotiede 11(1), 3-12.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Otava. Keuruu.

Julkaisemattomat lähteet:

Lohja kotihoidon lääkehoitosuunnitelmat 2016-2017.

Kuviot

Kuvio 1. Potilasturvallisuusilmoituksen täyttöohje. 2015. Viitattu 25.9.2017.

<http://docplayer.fi/1905168-Potilasturvallisuusilmoituksen-tayttoohje.html>

Kuvio 2. Ohje tilastointiin ja yhteenvetoraportteihin. Koosteraporttiesimerkki. 2010. Viitattu 22.11.2017.

http://www.hapro.fi/ohjeet/haipro_tilasto_ohje.pdf