

**Kohti turvallista lääkehoitoa ikääntyneiden laitoshoitoyksikössä
havainnoinnin avulla**



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Forssa
Hoitotyön koulutus

Syksy 2018

Kirsi Ronkainen

Hoitotyön koulutusohjelma
Forssa

Tekijä	Kirsi Ronkainen	Vuosi 2018
Työn nimi	Kohti turvallista lääkehoitoa ikääntyneiden laitoshoitoyksikössä havainnoinnin avulla	
Työn ohjaaja	Leena Lampinen	

TIIVISTELMÄ

Lääkehoitopoikkeamat ovat merkittävä uhka potilasturvallisuudelle. Lääkehoidon riskitekijöiden tunnistaminen ja lääkehoitopoikkeamia ennaltaehkäisevien toimintatapojen tunnistaminen ja käyttöönotto ovat tärkeässä asemassa potilasturvallisuuden parantamiseksi.

Tämän tutkimuksellisen opinnäytetyön tarkoituksena olivat erään ikääntyneiden laitoshoitoyksikön tyypillisempien lääkehoitopoikkeamien ja niihin johtavien tekijöiden tunnistaminen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa ja kehittämissuhteita lääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen.

Raportointijärjestelmään tehtyjen potilasturvallisuus ilmoitusten avulla saatiin tietoa osastolla yleisemmin tapahtuneista lääkehoitopoikkeamista. Lääkehoidon toteuttamista havainnointiin strukturoidusti havainnointilomaketta apuna käyttäen.

Yleisempiä lääkehoitopoikkeamia olivat virheet lääkkeiden jakamisessa sekä lääkelaastarien vaihtamatta jääminen. Lääkehoidon riskikohdiksi havainnointiin lääkehoidon keskeytykset sekä puutteet kirjaamisessa ja aseptiikassa.

Lääkehoidon turvallisuuden parantamiseksi yksikössä tulisi kiinnittää huomiota lääkehoidon keskeytysten vähentämiseen, ajantasaiseen ja riittävän kattavaan kirjaamiseen sekä aseptiikan toteutumiseen.

Avainsanat Lääkehoito, potilasturvallisuus, lääkitysturvallisuus, kehittäminen

Sivut 26 sivua, joista liitteitä 3 sivua

Degree Programme in Nursing
Forssa

Author	Kirsi Ronkainen	Year 2018
Subject	Towards Safe Medication through Observation in an Elderly Institutional Care Unit	
Supervisor	Leena Lampinen	

ABSTRACT

Medication errors are a significant threat to the patient security. Recognizing the risk factors for medication and implying a preventive way of working are important approaches to developing the patient security. It is important to record the medication errors into a reporting system as it helps recognize the risks of medication.

The purpose of this Bachelor's Thesis was to identify typical medication errors and their causes in an elderly institutional care unit. The aim of the thesis was to create knowledge and development proposals for a safer medication implementation.

The information on the most common medication errors was obtained through a reporting system where the notifications on the patient security were made. The implementation of drug treatments was observed structurally using an observation form.

As a result of the study, the most common medication errors occurred in the drug distribution and in the substitution of the transdermal patches. In addition, medication interruption, as well as deficiencies in recording and aseptics were considered medication risks.

In order to improve the safety of the medication treatment, special attention should be paid to reducing the interruptions in the medication, allowing more time for a comprehensive medication recording as well as to the implementation of the aseptic procedures.

Keywords Medication, patient security, medication safety, development

Pages 26 pages including appendices 3 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	LÄÄKEHOITO	2
2.1	Lääkehoitosuunnitelma.....	2
2.2	Lääkehoidon toteuttaminen	2
3	LÄÄKEHOIDON TURVALLISUUS.....	4
3.1	Lääkehoitopoikkeama	4
3.2	Vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmä	5
3.3	Lääkehoidon riskitekijät	6
3.4	Lääkehoidon riskien ennaltaehkäisy	7
4	LÄÄKEHOITO IKÄÄNTYNEIDEN LAITOSHOIDOSSA.....	7
4.1	Lääkkeiden jakaminen yksikössä	8
4.2	Lääkkeiden antaminen potilaille	8
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	9
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	10
6.1	Aineiston hankinta	10
6.2	Aineiston analysointi	11
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	11
7.1	Potilasturvallisuusilmoitukset	12
7.2	Lääkkeiden jakaminen.....	15
7.3	Lääkelaastarien vaihtaminen	18
8	POHDINTA.....	18
8.1	Tulosten tarkastelu.....	18
8.2	Kehittämisehdotukset	20
8.3	Opinnäytetyön luotettavuus	20
8.4	Opinnäytetyön eettisyys	21
	LÄHTEET	22

Liitteet

Liite 1	Lääkehoitopoikkeamat 2015-2017
Liite 2	Tiedote havainnoinnista
Liite 3	Havainnointilomake

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö käsittelee erään ikääntyneiden laitoshoitoyksikön lääkehoitopoikkeamia. Opinnäytetyön tarkoituksena oli havainnoinnin avulla kuvata lääkehoidon toteutumista sekä lääkityspoikkeamiin johtavia tekijöitä. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä erään ikääntyneiden laitoshoitoyksikön kanssa. Havainnoinnin tulosten perusteella annettiin kehittämisehdotuksia turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa turvallisen lääkehoidon kehittämiseen yksikössä. Tutkimuksen keskeisimmät käsitteet ovat lääkehoito sairaanhoitajan työssä, lääkkeiden jakaminen ja antaminen potilaskohtaisesti, turvallinen lääkehoito sekä lääkityspoikkeamat ja niiden raportointijärjestelmä.

Laillistettujen terveydenhuollon ammattilaisten, kuten sairaanhoitajien keskeisimpiin työtehtäviin kuuluu lääkehoidon toteuttaminen, lääkehoidon ohjaaminen potilaalle sekä potilaan sitoutumisen edistäminen lääkehoitoon. Lääkehoidon toteuttamiseen kuuluu suunnittelua, toteuttamista sekä arviointia ja sitä toteutetaan yhdessä potilaan, lääkärin ja muun työyhteisön kanssa. Lääkehoitoa koskevat erilaiset lainsäädännöt ja niitä ovat esimerkiksi terveydenhuoltolaki, laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä, lääkelaki sekä lääkehoidon kirjaamista koskeva sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen, 2015, s. 96) Lakien tarkoituksena on varmistaa turvallinen ja tasa-arvoinen lääkehoito Suomessa (Saano & Taam-Ukkonen, 2014, s. 15).

Lääkehoidon toteuttaminen vaatii tarkkuutta ja hyvää ammattitaitoa. Lääkehoitoon liittyy haitta- ja vaaratapahtumia, mitkä ovat keskeisimpiä potilasturvallisuutta uhkaavia asioita. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira valvoo terveydenhuollon toimintaa organisaatio- sekä työntekijä tasolla. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos valvoo asiakas- ja potilasturvallisuutta. Valvonnan tarkoituksena on löytää keskeiset riskitekijät ja kehittää toimintaa yhä potilasturvallisemmaksi.

Maailmalla lääkityspoikkeamia aloitettiin kirjaamaan jo 2000-luvun alussa kansainvälisten lääkitys- ja potilasturvallisuussuositusten myötä. Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmään aloitettiin kirjaamaan lääkityspoikkeamia vuonna 2007. Raportointijärjestelmästä saadun tiedon perusteella pystytään havainnoimaan lääkehoidon toteutuksen riskikohtia, riskipotilaita sekä riskilääkkeitä. Lisäksi sen avulla voidaan tunnistaa riskien syntymiseen vaikuttavia tekijöitä. Yleisimpien lääkityspoikkeaminen tunteminen on auttanut kehittämään lääkehoitoprosesseja turvallisemmiksi sekä parantamaan ennakoivaa riskienhallintaa lääkehoitoa toteuttaessa. (Airaksinen, Holmström, Kvarnström & Scepel, 2017, s. 110)

2 LÄÄKEHOITO

Lääkehoidon toteuttaminen on osa terveydenhuollon toimintaa. Lääkehoito on yksi keskeisistä hoitokeinoista. Lääkäri päättää potilaan lääkityksestä ja hoitohenkilökunta toteuttaa lääkehoitoa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. (Valvira, 2017)

Potilasturvallisuuteen kuuluu tehokas, turvallinen, taloudellinen sekä tarkoituksenmukainen lääkehoito osana sosiaali- ja terveydenhuollon potilaan saamaa palvelua. Lääkehoidon tavoitteina ovat sairauksien ehkäisy ja parantaminen, sairauden etenemisen ja komplikaatioiden ehkäisy sekä sairauden aiheuttamien oireiden lievittäminen. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen, 2015, s. 3)

2.1 Lääkehoitosuunnitelma

Yksiköiden ja toimintapaikkojen lääkehoito tulee perustua lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoitosuunnitelma on osa terveydenhuoltolaissa säädettyä laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa. Suunnitelmassa määritellään, että terveydenhuollon toimintayksikön tulee laatia suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Terveydenhuollon toiminnan tulee perustua näyttöön sekä hyviin toiminta- ja hoitokäytäntöihin. (Terveydenhuoltolaki 8/2010)

Lääkehoitosuunnitelmaan tulee sisällyttää lääkehoitoon liittyvien riskien tunnistaminen ja niihin varautuminen, turvalliseen lääkehoitoon perehdyttäminen, opiskelija lääkehoidon toteuttajana, lääkehoidon järjestäminen, lääkehoidon vaaratapahtumissa toimiminen, lääkehuollon järjestäminen, dokumentointi ja tiedonkulku, seuranta- ja palautejärjestelmät, potilaan ja omaisten ohjaus ja neuvonta, lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi, lääkehoidon osaamisvaatimukset eli miten osaamista varmistetaan ja ylläpidetään sekä henkilöstön vastuut, työnjako ja velvollisuudet. Lääkehoitosuunnitelma tulee tarkistaa vuosittain ja päivitys tehdään aina toimintaan tullessa muutoksia. Jokaisen työntekijän vastuulla on perehtyä lääkehoitosuunnitelmaan ja toteuttaa lääkehoitoa sen mukaisesti. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen, 2012, s. 12)

2.2 Lääkehoidon toteuttaminen

Lääkkeiden jakaminen potilaskohtaisiin annoksiin kuuluu sairaanhoitajan tavallisimpiin tehtäviin, mutta ne voi jakaa myös lähihoitaja tai farmaseutti. Lääkkeitä käsiteltäessä tulee noudattaa aseptisia työtapoja. Kädet pestään ja desinfioidaan ennen työn aloittamista ja aina työn keskeytyessä. Käytettävien välineiden tulee olla puhtaita. Lääkkeisiin ei kosketa paljain käsin. Jakajan tulee käyttää aina suojakäsineitä sekä lääkepinsettiä tai lusikkaa välttyäkseen tablettien kostumiselta, kontaminaatiolta sekä

lääkkeen jakajan altistumiselta lääkeaineelle. (Moberg, 2005; Saano & Taam-Ukkonen, 2017, s. 288–290)

Lääkkeet jaetaan lääkärin antaman kirjallisen annostusohjeen mukaan. Annostuksesta tulee ilmetä lääkkeen annos sekä antokertojen määrä. Lääkkeet jaetaan potilaskohtaisesti annoksiin osastolla tavallisimmin kerran vuorokaudessa. Poikkeuksena huumaavat- ja nestemäiset lääkkeet sekä injektiot, mitkä otetaan valmiiksi vasta juuri ennen lääkkeen antamista potilaalle. Ennen lääkkeenjakoja tulee tarkistaa lääkemääräysten oikeellisuus ja mahdolliset muutokset potilaan lääkityksessä. Lääkemääräyksiä voidaan tarkistaa hyödyntämällä hoitokertomuksen tietoja ja lääkkeiden valmisteyhteenvetoja. Lääkemääräyksestä tarkistetaan lääkkeen nimi ja vaikuttava aine, lääkemuo- to ja lääkkeen vahvuus, lääkkeen antokerrat ja -antokohdat sekä mahdolliset lääkehoidon päällekkäisyydet. Potilaan lääkkeet jaetaan lääkelistan mukaisesti lääkelaseihin tai lääkedosettiin. (Saano & Taam-Ukkonen, 2017, s. 288–290)

Valmiiksi jaetut lääkkeet tulee säilyttää lukittavassa huoneessa. Lääkkeitä potilaalle antavan hoitajan tulee tunnistaa ja tarkastaa lääkkeet ennen niiden antamista. Mikäli potilas ei suostu ottamaan lääkkeitä, tulee lääkkeet hävittää asianmukaisesti. (Moberg 2005) Potilaan hoitokertomukseen kirjataan päivittäin, miten lääkehoito on toteutunut ja onko lääkehoitoon liittyen ilmennyt jotain erityistä. Lääkkeiden antaminen kirjataan ja tehtyjen havaintojen avulla kirjataan niiden vaikutuksia. Tarvittaessa otettavat lääkkeet tulee kirjata aina hoitokertomukseen. Kirjauksessa tulee näkyä lääkkeen nimi, vahvuus, annos, antotapa sekä lääkkeen antamisen ajankohta. Tarvittaessa otetun lääkkeen vaikutukset tulee kirjata hoitokertomuksen arviointikohtaan. (Lääkehoitosuunnitelma, 2017)

Kipulaastarit ovat yleistyneet ikääntyneiden kivunhoidossa. Kipulaastarit ovat iholle laitettavia laastareita, minkä avulla annostellaan kipulääkettä ihon kautta systeemiseen verenkiertoon. Kipulaastarien yleisiä vaikuttavia lääkeaineita ovat fentanyyli ja buprenorfiini, joiden imeytyminen ja hyöty ovat suun kautta annosteltuna pieniä. Ihon kautta annosteltuna lääkettä vapautuu tasaisesti ja vaikutus kestää pidempään. Ihon kautta annosteltuna haittavaikutukset esiintyvät yleisesti lievempinä, kuin suun kautta annosteltuna.

Laastarista vapautuvan lääkeaineen imeytymistä heikentävät ja hidastavat potilaan vaikea aliravitsemustila. Lääkeaineen imeytymistä nopeuttavat verenkierron lisääntyminen hikoillessa, esimerkiksi kuumeen tai saunomisen johdosta, minkä vuoksi saunomista tulisi välttää. Potilasasiakirjoihin tulee aina kirjata käytössä olevan laastarin nimi, vahvuus sekä laittoaika. Potilasturvallisuutta lisää myös vaihtopäivän kirjoittaminen laastariin. Lääkelaastarit tulee aina hävittää asianmukaisesti. Laastareihin jää huomattava määrä vaikuttavaa ainetta, jonka vuoksi väärinkäytön riski on mahdollista. (Huupponen, Idänpää-Heikkilä, Kallio-Koski, Karhuvaara, Leinonen & Puhakka, 2011)

3 LÄÄKEHOIDON TURVALLISUUS

Turvallinen lääkehoito on oikein toteutettua ja tarkoituksenmukaista. Turvallisen lääkehoidon tulee olla myös tehokasta ja taloudellista. Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen perustuu osaamiseen, mikä koostuu hyvästä ammatillisesta koulutuksesta, täydennyskoulutuksesta sekä kokemuksesta. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen, 2015, s. 3)

Läákehoidon toteuttaminen tulee perustua lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoitosuunnitelma kattaa yksikön lääkehoidon kokonaisuuden suunnittelun, toteutuksen ja tapahtuneiden poikkeamien seurannan ja raportoinnin. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen, 2015, s. 3)

3.1 Lääkehoitopoikkeama

Lääkehoitopoikkeama on lääkehoitoon liittyvä, suunnitellusta tai sovitusta poikkeava tapahtuma, mikä voi johtaa vaaratapahtumaan (Koskinen, Puirava, Salimäki, Puirava & Ojala, 2012, s. 29). Lääkehoitopoikkeamiksi luokitellaan kaikki tapahtumat, missä on tapahtunut virhe lääkkeen määräämisessä, annostelussa, valmistelussa, antamisessa, seurannassa tai lääkeneuvonnassa (Kavanagh, 2017, s. 3).

Lääkehoitopoikkeama on yksi merkittävimmistä potilasturvallisuuden uhkatekijöistä. Lääkehoitopoikkeama ei aina aiheuta suurta riskiä potilaalle, eikä välttämättä päädy potilaalle asti. Suurin osa poikkeamista johtuu terveydenhuollon ammattihenkilön toiminnasta, mutta ne voidaan katsoa organisaatiosta johtuviksi esimerkiksi liian pienen henkilöstömäärän vuoksi. Lääkehoitopoikkeama voi aiheutua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä. (Koskinen ym., 2012, s. 29–30)

Yleisempiä vakavia lääkehoitopoikkeamia ovat poikkeava toimintatapa, väärä annostus, väärä lääke, väärä diagnoosi tai virhe potilaan tunnistuksessa (Koskinen ym., 2012, s. 29–30). Lääkehoitoprosessi koostuu monesta eri vaiheesta, ennen kuin lääke saavuttaa potilaan. Lääkäri määrää lääkkeen ja hoitajat huolehtivat lääkkeen ohjelmoinnista, annostelusta sekä antamisesta. Lääkehoitopoikkeama voi syntyä missä tahansa näistä vaiheista. Yleisemmin lääkehoitopoikkeamia syntyy kuitenkin lääkkeen annostelussa, mitä hoitohenkilökunta toteuttaa. (Kavanagh, 2017, s. 3)

Lääkehoitopoikkeamissa on usein mukana monia eri työntekijöitä, joista yksikään ei ole huomannut virhettä. Tällöin puhutaan prosessipoikkeamasta ja virhe siirtyy työntekijän mukana hoitoketjussa eteenpäin. Tavallisin potilasryhmä, missä tapahtuu vakavia lääkityspoikkeamia ovat ikäänntyneet ja useita lääkkeitä käyttävät potilaat. Vakavia lääkityspoikkeamia aiheutuu eniten riskilääkkeistä, kuten varfariini, metotrekssaatti ja hepariini sekä tavallisesti käytetyillä opioidipohjaisilla kipulääkkeillä. (Koskinen ym. 2012, s. 29–30) Lääkehoitopoikkeamat ovat jatkuva

ja toistuva ongelma ja ne aiheuttavat merkittävää haittaa potilaalle (Kanavagh, 2017, s. 2).

3.2 Vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmä

Potilas- ja asiakasturvallisuutta vaarantavien haittatapahtumien kirjaamiseen on suunniteltu tietotekninen väline. Hai-pro- raportointijärjestelmä on suunniteltu yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön, lääkelaituksen, terveydenhuollon yksiköiden sekä teknologian tutkimuskeskuksen kanssa. Järjestelmää käyttää Suomessa yli 200 sosiaali- ja terveydenhuollon yksikköä. Lääkityspoikkeamia ja läheltä piti -tilanteita raportoimalla voidaan tunnistaa tyypillisimmät riskitekijät sekä tilanteet, milloin poikkeamia tapahtuu. (Koskinen ym., 2012, s. 30; Airaksinen ym., 2017, s. 110)

Raportointijärjestelmän kautta voidaan ilmoittaa kaikki hoitoon liittyvät tilanteet, mitkä aiheuttivat tai olisivat voineen aiheuttaa potilaalle haittaa. Tapahtumat lajitellaan vaara- ja läheltä piti -tilanteiksi. Läheltä piti -tilanteiksi luokitellaan tapahtumat, mistä olisi voinut aiheutua vaaraa tai haittaa potilaalle, mutta riski havaittiin ajoissa tai vältettiin sattumalta. Haittatapahtumissa haitta tapahtuu potilaalle. Haittatapahtumiksi luokitellaan myös tapahtumat, joissa virhe kulkeutuu potilaalle saakka, mutta ei aiheuta varsinaista haittaa potilaalle.

Raportoinnin tarkoituksena on tunnistaa mahdolliset riski- ja vaaratilanteet. Raportoimalla tilanteista voidaan kehittää järjestelmiä ja toimintatapoja, joiden avulla niitä voidaan välttää. Yleisemmät potilasturvallisuusilmoitukset liittyvät lääkehoitoon, potilaan saadessa väärä tai virheellisesti annosteltu lääke. Esimiesten tulisi kannustaa työntekijöitä ilmoittamaan haitta- ja vaaratapahtumista. Tapahtumat tulee käsitellä luottamuksellisesti ja ilmoitukset on mahdollista tehdä anonyymisti. Tapahtumista ei tule etsiä syyllistä, vaan yhdessä kehittää toimintaa turvallisemmaksi. (Kinnunen, Keistinen, Ruuhi-lehto & Ojanen, 2009)

Oppiminen syntyy epäonnistumisista, sekä virheistä ja näiden tunnistaminen mahdollistaa ehkäisevien toimenpiteiden toteuttamisen yksikössä. Onkin erittäin tärkeää tunnistaa virheitä ja niihin johtavia tekijöitä, käyden ne huolellisesti läpi potilasturvallisuuden parantamiseksi. Organisaatioihin tulee luoda kulttuuri, missä edistetään potilasturvallisuutta jatkuvasti ja haluaan tarjota korkealuokkaista hoitoa. Lääkehoitopoikkeamien tunnistamisen ja raportoimisen tuloksena, niiden vähentäminen on ollut jatkuvan laadun parantamisen prosessia. (Kanavagh, 2017, s. 6)

Lääkehoitopoikkeamista ei tule syyttää yksilöä tai ryhmää, sillä se ei auta tunnistamaan virheisiin johtaneita tekijöitä. Syyttäminen vähentää virheistä raportointia ja olosuhteiden selvittäminen tulee vaikeammaksi. Lääkehoitopoikkeamien raportoinnin lisäämiseksi hoitajia tulee tukea raportointiprosessin aikana. Työyhteisössä tulee tuoda ilmi, että raportoinnin päätavoitteina ovat virheistä oppiminen ja ennalta ehkäisevien keinojen

kehittäminen samanlaisten tapahtumien välttämiseksi. Johtajien tulee tukea virheitä tehneitä ja luoda virheistä oppivaa ilmapiiriä. Turvallisuuskultuuria luodaan ja parannetaan avoimella ja syyttämättömällä ilmapiirillä. (Kanavagh, 2017, s. 6)

3.3 Lääkehoidon riskitekijät

Lääkehoidon riskikohtia ovat aikaisempien tutkimustulosten mukaan lääkehoidon toteuttamisen valmistelussa, potilaan tunnistamisessa, lääkkeen oikeellisuuden varmistamisessa sekä lääkkeen antamisessa potilaalle. Lääkehoidon toteuttamisen valmistelussa puutteita on havaittu aseptiikassa, lääkkeiden puutteellisissa merkinnöissä, lääkelistojen epäselvyydessä, lääkehuoneen rauhattomuudessa, kaksoistarkastuksen toteutumisessa sekä lääkelistojen ajantasaisuudessa. (Hartikainen, Helkkilä, Kivekäs, Koskinen & Vainio, 2015, s. 287; Poukka, 2012, s. 24)

Lääkkeitä jaetaan kiireessä tai yöllä, lääkenimikkeet vaihtuvat tai sekoittuvat keskenään ja saman kuuloiset ja samannimiset lääkkeet aiheuttavat sekaannuksia. Puutteita on havaittu myös potilaan tunnistamisessa ja antoaikojen noudattamisessa. Lääkkeiden antokirjaukset ovat puutteellisia tai niitä ei ole tehty. Tietyt lääkeryhmät, kuten solunsalpaajat, pääasiassa keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet ja riskilääkkeet lisäävät lääkehoidon riskejä. (Hartikainen, Helkkilä, Kivekäs, Koskinen & Vainio, 2015, s. 287; Poukka, 2012, s. 24)

Potilas ei aina saa kaikkia hänelle määrättyjä lääkkeitä. Poukan tekemän tutkimuksen mukaan potilaan lääke on jäänyt antamatta harvinaisen antoajan vuoksi, potilaan haluttomuuden vuoksi tai erilaisten kiiretilanteiden ja keskeytysten vuoksi. Lääkkeitä on jäänyt antamatta myös, jos sitä ei ole ollut saatavilla, lääke on jaettu väärin tai lääke on antokirjattu puutteellisesti. Erikseen annettavien lääkkeiden, kuten huumelälääkkeiden ja insuliinien kohdalla on suurempi riski lääkkeen antamatta jäämiselle. Uuden työntekijän toteuttaessa lääkehoitoa tapahtuu enemmän poikkeamia. (Poukka, 2012, s. 27) Vasta valmistuneen hoitajan heikko lääketuntemus altistaa lääkehoitopoikkeamille (Poukka, 2012, s. 37).

Lääkkeitä antaessa tulisi hyödyntää tavanomaista tarkistuslistaa (oikea lääke, oikea potilas, oikea annos, oikea antoreitti ja oikea antoaika). Rasakas työmäärä voi aiheuttaa väsymystä ja kiireinen ympäristö häiriötekijöitä, mitkä voivat johtaa virheisiin lääkehoidon tarkistuksessa. (Kanavagh, 2017, s. 4) Henkilökunnasta ja henkilöstörakenteesta johtuvia lääkehoitoprosessiin liittyviä riskikohtia ovat erilaiset toimintatavat, tiedonkulku ongelmat, tietoteknisen osaamisen puute, henkilökunnan vajoisuus, työn keskeytys ja kiire, huolimattomuus, välinpitämättömyys, rutinoituminen, muutosvastarinta, uusien työntekijöiden puutteellinen perehdyttäminen ja vaaratapahtumista ilmoittamatta jättäminen. Lääkitysturvallisuutta voidaan parantaa näiden osalta koulutuksella, perehdyttämisellä sekä ajantasaisilla toimintaohjeilla. (Hartikainen ym., 2015, s. 287)

3.4 Lääkehoidon riskien ennaltaehkäisy

Lääkehoitoprosessin turvallisuutta vaarantavat kiire ja erilaiset keskeytykset (Poukka, 2012; Hartikainen ym., 2017; Kavanagh, 2017). Lääkkeiden jakotilanne tulisi rauhoittaa ja muiden työntekijöiden välttää kulkemista lääkehuoneessa jakamisen aikana. Lääkehuoneen tulisi olla tilava ja toimiva. Optimaalinen lääkevarasto selkeyttää lääkekaapin järjestystä ja osastolla tulisi säilyttää vain käytössä olevia valmisteita. Lääkkeiden tilaaminen tarpeiden mukaisesti on myös kustannustehokasta. Tarpeettomat ja vanhentuneet lääkkeet tulee palauttaa lääkekeskukseen. (Moberg, 2005)

Lääkkeet tulee jakaa päiväsaikaan ja kaksoistarkastus suorittaa jakamisen jälkeen. Lääkkeiden kaksoistarkastaminen on todettu vähentävän lääkehoitopoitteamia merkittävästi (The Joanna Briggs Institute, 2018). Kaikissa työvaiheissa otetaan huomioon aseptinen toimintatapa. Lääkkeenjakoauunu on osa turvallista lääkehoidon toteuttamista. Lääkkeet annetaan potilaille lääkkeenjakoauunusta ja jokainen potilas tulee tunnistaa ennen lääkkeiden antamista. (Hartikainen ym. 2015, s. 287) Lääkkeiden antotilanne tulee rauhoittaa ja muun hoitohenkilökunnan tulee välttää lääkkeitä jakavan työntekijän keskeyttämistä. Omaisten aiheuttamaa keskeyttämistä voidaan ehkäistä kiinnittämällä esimerkiksi lääkkeenjakoauunuun huomiota herättävä pyyntö keskeytyksen välttämiseksi. (Kavanagh, 2017, s. 7)

Lääkehoitopoitteamien ennaltaehkäiseviä keinoja miettiessä tulisi hyödyntää aikaisemmin tehtyjä virheitä, sekä miettiä niihin johtaneita tekijöitä. Tämän vuoksi on tärkeää, että kaikista läheltä piti -tilanteista ja haittatapahtumista raportoidaan. Hoitajien tulisi jatkuvasti kehittää omaa ammattitaitoaan, sillä se on tärkeä keino lääkehoidon osaamisen ylläpitämisessä. Lisäksi hoitohenkilökunnan välisiä kommunikaatiotaitoja tulisi parantaa. Riittävän henkilökuntamäärän varmistaminen ehkäisee lääkehoitopoitteamia aiheuttavien tekijöiden syntymistä. (Kavanagh, 2017, s. 7)

4 LÄÄKEHOITO IKÄÄNTYNEIDEN LAITOSHOIDOSSA

Ikääntyneen hoito koostuu fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämisestä ja parantamisesta. Lääkehoito kuuluu osana ikääntyneen kokonaisvaltaiseen hoitoon. Lääkehoidon tavoitteina ovat kuoleman ehkäisy, elämänlaadun parantaminen, sairauksien oireiden ehkäisy sekä vähentäminen elämänlaadun ja toimintakyvyn parantamiseksi. (Kivelä & Riihinen, 2007, s. 1)

Lääkehoidon hyödyt tulisivat olla lääkehoidon haittoja suurempia. Iäkkäillä on käytössä usein monia eriä lääkkeitä, mitkä lisäävät lääkehoidon haittojen todennäköisyyttä. Lääkehoidon tavoitteiden saavuttamiseksi tulisi hoitohenkilökunnan seurata aktiivisesti lääkehoidon tuomia hyötyjä ja

haittoja. (Kivelä & Rähä, 2007, s. 1) Seuraavissa kappaleissa käsitellään lääkehoidon toteuttamista eräissä ikääntyneiden laitoshoitoyksikössä, joka toimi opinnäytetyön tilaajana.

4.1 Lääkkeiden jakaminen yksikössä

Osaston potilaiden lääkkeet jaetaan viikkodosetteihin, mistä yhden vuorokauden lääkkeet laitetaan värikoodien mukaisesti lääkelaseihin ristikkotarjottimelle. Ristikkotarjottimella on jokaiselle potilaalle nimetty lokero. Lääkkeiden jakamisesta huolehtii viikkosuunnitelmaan ennalta määrätty lääkkeenjakaaja, joka voi olla aamu- tai iltavuoron hoitaja.

Lääkkeenjakaajan tehtäviin kuuluu laittaa osaston potilaiden lääkkeet viikkodoseista lääkelaseihin kyseisestä iltapäivästä seuraavan päivän lounaaseen asti. Tablettilääkkeiden lisäksi ristikkotarjottimella lisätään muun muassa silmätipat, pienoishepariiniruiskeet, vatsanpehmikkeet, insuliinit sekä inhaloitavat lääkkeet. Muut kuin tablettilääkkeet merkitään potilaan nimellä ja antoajankohdalla. Huumelälääkkeiksi luokiteltavia lääkkeitä ei annostella valmiiksi tarjottimelle, sillä ne tulee ottaa vasta juuri ennen lääkkeen antoa potilaalle.

Potilaiden lääkelistat ovat lääkekansiossa muovitaskuissa, missä säilytetään myös valokuvat potilaista. Päivittäin jaetaan valmiiksi 2–4 viikkodosettia. Viikkodosetit jaetaan huonekohtaisesti, ennalta suunniteltuina päivinä. Uusien potilaiden saapuessa, jaetaan myös heille viikkodosetit valmiiksi. Lääkkeiden kaksoistarkastaminen suoritetaan aina ennen lääkkeiden antamista potilaalle. Kaksoistarkastuksesta huolehtii ensisijaisesti sairaanhoitaja.

4.2 Lääkkeiden antaminen potilaille

Lääkkeiden antamisesta osaston potilaille huolehtii vuoron vastaava hoitaja, joka on pääsääntöisesti sairaanhoitaja. Lääkkeet jaetaan potilaille ruuan jakamisen yhteydessä. Vastaava hoitaja jakaa potilaille ruuan yhdessä toisen hoitajan kanssa ja huolehtii samanaikaisesti lääkkeiden antamisesta. Tavallisesti lääkkeet laitetaan ruokatarjottimella, minkä avustava hoitaja vie potilaalle. Lääkkeiden ottoa avustetaan tai valvotaan, erityisesti muistamattomien potilaiden kohdalla. Tarvittaessa annettavien ja tavallisten antoaikojen ulkopuolella menevien lääkkeiden antamisesta huolehtii vuoron vastaava hoitaja.

Vuoron vastaavan hoitajan tehtävänä on huolehtia potilaiden käytössä olevien lääkelaastareiden vaihdosta. Sairaanhoitajat merkitsevät lääkelaastarien vaihdon osaston käytössä olevaan viikkokalenteriin, mihin kirjoitetaan tietyn päivän kohdalle potilaan nimi ja lääkelaastarin vaihto. Hoitajan vaihdettua lääkelaastarin, hän kuittaa kalenterista laastarin vaihdetuksi ja merkitsee seuraavan vaihtopäivän kalenteriin.

Osaston potilailla on tällä hetkellä käytössä kolmen päivän välein vaihdettavaa fentanyyli laastaria sekä kerran viikossa vaihdettavaa bubrenorfiini laastaria. Fentanyyli laastaria käytetään voimakkaaseen ja pitkäkestoiseen kipuun. Fentanyyli laastarin vaikutusaika on 72 tuntia. Laastari tulee kiinnittää tasaiseen kohtaan ylävartalolle tai käsivarteen ja kiinnityspaikkaa vaihdetaan jokaisen vaihdon yhteydessä. (Lääkeinfo.fi)

Bubrenorfiini lääkelaastareita käytetään keskivaikeaan ja pitkäkestoiseen kivunhoitoon. Samaa laastaria voidaan käyttää seitsemän päivää, jonka jälkeen se vaihdetaan uuteen. Laastari kiinnitetään ehjälle ihoalueelle olkavarren ulkosyrjään, rintakehän yläosaan, yläselkään tai kyljen yläosaan. Laastarin kiinnityspaikkaa tulee vaihtaa, eikä aikaisempaan kiinnityskohtaan tulisi laittaa laastaria 3–4 viikkoon. Lääkelaastarit tulisi kiinnittää aina samaan aikaan vuorokaudesta. (Lääkeinfo.fi)

Osaston potilaiden vaihtuvuus on pientä, joten potilaiden tunnistus on työntekijöille luontaista. Osastolla on tunnistamisen avuksi käytössä valokuvat potilaista, jotka on sijoitettu lääkekansioon jokaisen potilaan lääkelistan yhteyteen. Uuden potilaan vastaanottava hoitaja huolehtii valokuvan ottamisesta ja sen lisäämisestä lääkekansioon potilaan saapuessa. Jokainen sijainen tulee perehdyttää heidän tullessa yksikköön töihin. Osastolle on tehty lomake perehdyttämisen tueksi, joka sisältää keskeiset asiat lääkehoidon toteuttamisesta.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on havainnoida ja kuvata lääkehoidon toteutumista sekä lääkityspoikkeamiin johtavia tekijöitä ikääntyneiden laitoshoitoyksikössä. Lisäksi tarkoituksena on havainnoinnin tulosten perusteella antaa kehittämissuhteita turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa turvallisen lääkehoidon kehittämiseen yksikössä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten lääkehoidon toteuttamisessa ikääntyneiden laitoshoitoyksikössä näkyy lääkityspoikkeamiin johtavia tekijöitä?
2. Miten yksikön lääkehoitoa voidaan kehittää turvallisemmaksi?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää valmiuksia soveltaa tietojaan ja taitojaan käytännön asiantuntijatehtävissä. Opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja se on rakentunut työpaikalla todettujen tarpeiden ja toiveiden mukaisesti.

Opinnäytetyön tekijä on ollut yksikössä niin harjoittelijana kuin työntekijänäkin, joten työyksikön toimintatavat ovat ennestään tuttuja. Opinnäytetyö keskittyi lääkehoidon turvallisuuden kehittämiseen havainnointitutkimuksen avulla.

6.1 Aineiston hankinta

Kartoitus osastolla tapahtuneista lääkityspoikkeamista tehtiin raportointijärjestelmästä saatujen tietojen perusteella. Potilasturvallisuusilmoitukset käytiin manuaalisesti läpi vuosilta 2015–2017 ja joukosta valittiin lääkehoitoa koskevat ilmoitukset. Ilmoituksista kerättiin tietoa lääkehoitopoikkeaman tyypistä ja jaoteltiin sen mukaan taulukoksi (kts. Liite 1). Taulukoon kerättiin tieto tapahtuman tyypistä ja tieto, kuinka monta kertaa samantyyppinen lääkehoitopoikkeama on tapahtunut. Lääkehoitopoikkeamien luokittelun pohjalta saatiin tieto osastolla yleisemmin tapahtuneista poikkeamista, mitkä liittyivät lääkkeiden jakamiseen potilaskohtaisiin annoksiin sekä lääkelaastarien vaihtamiseen.

Yleisempien poikkeamien pohjalta rakennettiin strukturoitua havainnointia varten havainnointilomake (kts. Liite 3). Havainnointilomakkeen rakentamisen apuna käytettiin vuodeosastolla tehdyn tutkimuksen havainnointilomaketta (Urpalainen, 2017) sekä aikaisempien tutkimusten tuloksia lääkehoidon keskeytyksistä (Poukka, 2012; Hartikainen ym., 2015; Koskinen ym., 2012). Opinnäytetyön tekijä testasi havainnointilomaketta kahdena havainnointipäivänä. Testihavainnoinnin jälkeen lomaketta muotoiltiin uudelleen havainnoinnin ja tulosten luokitteluun helpottamiseksi. Opinnäytetyön tekijä halusi sisällyttää havainnointilomakkeeseen aseptiikan toteutumisen seurannan, havaitessaan puutteita sen toteutumisessa testihavainnoinnin aikana.

Lääkkeiden jakamista havainnoitiin kymmenen päivän aikana ja havainnointeja kertyi 20 kappaletta. Havainnointi suoritettiin yksikön lääkehuoneessa lääkkeiden jakamisen aikana. Opinnäytetyön tekijä pyrki olemaan lääkehuoneessa niin, ettei häirinnyt työntekijöiden tekemistä. Havainnoinnin aikana täytettiin yksi havainnointilomake jokaista viikkodosettia kohden. Uusi havainnointilomake otettiin käyttöön lääkkeenjakajan siirtyessä jakamaan seuraavan potilaan lääkkeitä.

Lääkkeiden jakamisen havainnoinnin lisäksi opinnäytetyön tekijä tarkkaili kahden viikon ajan kahdeksan potilaan lääkelaastarien vaihtamisen

toteutumista osastolla. Neljällä potilaalla oli käytössä kerran viikossa vaihdettava buprenorfiini pohjainen Norspan lääkelaastari ja neljällä potilaalla fentanylli pohjainen lääkelaastari, minkä valmistimenä on pääasiassa käytössä Matrifen. Lääkelaastarien vaihtaminen kirjataan osastolla kalenteriin, jolloin opinnäytetyön tekijä pystyi suunnittelemaan havainnointien ajankohdan.

Lääkelaastarien vaihtopäivinä seurattiin, että suunnitellut lääkelaastarit vaihdettiin ja potilailta poistettiin vanhat laastarit. Lisäksi tarkastettiin huumekortteihin tehdyt kirjaukset, uuden vaihtopäivän ohjelmointi sekä hoitokertomukseen tehdyt kirjaukset lääkelaastarin vaihtamisesta. Hoitokertomuksista tarkistettiin, että kirjauksista tuli ilmi lääkelaastarin vaihdon lisäksi vaihdetun lääkelaastarin nimi sekä vahvuus. Lääkelaastareita vaihdettiin havainnointijakson aikana yhteensä 22 kappaletta.

6.2 Aineiston analysointi

Tutkimusaineisto koostuu systemaattisen havainnoinnin avulla kerätyistä tiedoista, mitkä opinnäytetyön tekijä keräsi kahden viikon aikana yhdestä ikääntyneiden laitoshoidon yksiköstä. Havainnointilomakkeen sisältö muodostui lääkehoitopoikkeamiin johtaneista tilanteista ja tekijöistä, jotka on määritelty aikaisempien tutkimusten avulla. Havainnointien esiintymistiheyttä määriteltiin frekvenssien avulla, mitkä voidaan määritellä tietyille havainnointiluokalle tai koko aineistolle. Aineistosta määriteltiin lisäksi moodi, eli luokka mikä sisältää eniten havaintoja. (Vilkka, 2007, s. 121–131)

Havainnoista saatujen tietojen perusteella määriteltiin keinoja, millä lääkityspoikkeamia aiheuttavia tekijöitä voidaan vähentää ja miten muutosta voidaan saada aikaan. Analysoinnin apuna käytettiin kirjallisuutta sekä aikaisempia tutkimustuloksia. Pohdinnassa arvioidaan erilaisia vaihtoehtoja ja niiden vaikutuksia. (Kananen, 2012, s. 53) Tulosten avulla tehtiin perustellut kehittämis ehdotukset, mitkä esiteltiin työyhteisölle osastokokouksen yhteydessä.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyön tulokset koostuvat potilasturvallisuusilmoituksista kerätyistä tiedoista osastolla tapahtuneista lääkehoitopoikkeamista sekä osastolla suoritettun havainnoinnin aikana kerätyistä tiedoista ja havainnoista.

Potilasturvallisuusilmoitukset käytiin läpi vuosilta 2015–2017, minkä perusteella valikoitiin havainnoitavat tilanteet. Havainnointi suoritettiin strukturoidusti havainnointilomaketta apuna käyttäen.

7.1 Potilasturvallisuusilmoitukset

Osaston haitta- ja läheltä piti -ilmoitukset käytiin manuaalisesti läpi vuosilta 2015–2017. Raportointijärjestelmän kautta oli tehty lääkehoitoon liittyviä potilasturvallisuus ilmoituksia vuonna 2015 yhteensä 75 kappaletta, 2016 vuonna 28 kappaletta sekä vuonna 2017 yhdeksän kappaletta. Potilasturvallisuusilmoituksista saatujen tietojen perusteella osastolla selkeästi yleisemmin tapahtuneita lääkehoitopoikkeamia ovat lääkkeiden jakamisessa tapahtuneet virheet. Virheellisesti jaetuista lääkkeistä ilmoituksia oli tehty 2015 vuonna yhteensä 66 kappaletta, vuonna 2016 määrä oli 18 ja vuonna 2017 kuusi kappaletta. Lääkkeiden jakamisessa tapahtuneista virheistä yleisempiä olivat väärä annostus sekä jakamatta jäänyt lääke. (kts. Taulukko 1.)

Potilasturvallisuusilmoituksista tuli ilmi, että virheitä on tapahtunut lääkkeen oikeellisuuden valinnassa. Lääkkeiden tarkistuksen yhteydessä oli huomattu potilaan dosetista lääke, mitä potilaan lääkelistalla ei ollut. Vastaavasti potilaalta puuttui jokin toinen lääkelistalla menevä lääke. Osassa tapauksista kyseessä oli LASA lääkkeet (look alike sound alike). Yhtenä tapahtuneena esimerkkinä potilaalla meni ormox lääkelistalla, sen sijaan dosettiin oli jaettu orloc. Lääkkeitä on jäänyt jakamatta, sillä ne ovat loppuneet tai niitä ei ole ollut osastolla.

Lääkkeiden tarkistustilanteessa oli tehty potilasturvallisuusilmoituksia, työntekijän huomatussa lääkkeen puuttuminen lääkelasista. Kyseisten ilmoitusten mukaan lääke oli kuitenkin jaettuna potilaan dosettiin, joten virhe on voinut todennäköisesti tapahtunut annosteltaessa lääkkeitä viikkodoseteista lääkelaseihin. Lääkehoidon potilasturvallisuus ilmoituksia oli tehty myös lääkkeiden laittamatta jäämisestä viikkodosetista lääkelasiin, tavanomaisten lääkkeenantoaikojen ulkopuolella menevien lääkkeiden jakamisesta dosettiin sekä varfariinin jakamisesta dosettiin. Nämä olivat kuitenkin yksittäistapauksia. (kts. Taulukko 1.)

Taulukko 1. Jakovirheet

Lääkehoitoon liittyvät potilasturvallisuus ilmoitukset	2015	2016	2017	yhteensä
Väärä annostus	28	5	0	33
Lääke jakamatta	20	4	2	26
Väärä lääke	5	3	1	9
Lääkettä ei ole ollut saatavilla ja jäänyt jakamatta	4	2	1	7

Jaettu lääkelistalta tauotettu/lopetettu lääke	3	2	1	6
Lääke puuttui lääkelasista	5	0	0	5
Lääkkeet jäänyt lisäämättä lääkelasiin	1	1	0	2
Tavanomaisten lääkkeenantoaikojen ulkopuolella menevä lääke jaettu dosettiin	0	0	1	1
Varfariini jaettu dosettiin	0	1	0	1
Yhteensä	66	18	6	90

Lääkehoitoon liittyviä potilasturvallisuus ilmoituksia oli tehty lääkkeiden jakovirheiden lisäksi lääkkeiden antamisessa tapahtuneista virheistä. Lääkkeiden antamiseen liittyviä ilmoituksia oli tehty vuonna 2015 kuusi kappaletta, 2016 vuonna seitsemän ilmoitusta ja vuonna 2015 kaksi ilmoitusta. Yleisempiä raportoituja lääkehoidon antovirheitä olivat lääkelaastarin vaihtamatta jääminen. Ilmoituksista tuli ilmi, että potilaalla oli ollut sama lääkelaastari usean viikon, jopa kuukauden ajan. Potilailla oli pääasiassa käytössä kerran viikossa vaihdettavia kivunhoidon käyttöön tarkoitettuja lääkelaastareita. Läkelaastarin vaihtamatta jäämistä oli epäilty potilaan lisääntyneiden kipujen ja yleiskunnon laskun vuoksi, milloin virhe oli tullut ilmi. (kts. Taulukko 2.)

Seuraavaksi yleisin lääkehoidon antopoikkeama oli lääkkeiden antaminen väärälle potilaalle. Kolmen vuoden aikana ilmoituksia oli tehty kolme, potilaan saadessa toisen potilaan lääkkeet. Ilmoitusten mukaan virhe oli huomattu lähes välittömästi, jonka jälkeen hoitohenkilökunta oli ollut yhteydessä lääkäriin. Kolmen vuoden aikana oli tehty kolme ilmoitusta, siitä ettei potilas ollut saanut lääkelistalla menevää n-lääkkeeksi luokiteltua kipulääkettä. Huumelälääkkeet tulee ottaa valmiiksi vasta juuri ennen lääkkeiden antamista, mikä on voinut aiheuttaa unohduksen. Kaksi ilmoitusta oli tehty vanhan kipulaastarin jäämisestä iholle lääkelaastarin vaihdon jälkeen. Molemmat oli huomattu suihkutuksen yhteydessä, sillä potilaalta oli löytynyt useampi lääkelaastari, mihin oli merkitty vaihtopäivämäärät. Yksi ilmoitus koski tilannetta, missä potilas ei ollut suostunut ottamaan tabletti lääkkeitään. (kts. Taulukko 2.)

Taulukko 2. Antovirheet

Lääkehoitoon liittyvät potilasturvallisuusilmoitukset	2015	2016	2017	yhteensä
Lääkelaastari jäänyt vaihtamatta	4	0	2	6
Väärä potilas saanut lääkkeit	2	1	0	3
Potilas ei ole saanut listalla meneviä N-lääkkeitä	0	3	0	3
Vanha kipulaastari jäänyt iholle	0	2	0	2
Potilas ei ole ottanut lääkkeitä	0	1	0	1
Yhteensä	6	7	2	15

Ilmoituksista muodostettiin kolmantena ryhmänä lääkehoidon tarkistus, mihin liittyen ilmoituksia oli tullut kolmen vuoden aikana yhteensä seitsemän. Lääkehoidon tarkistukseen liittyviä ilmoituksia olivat virheellisesti tehty tai tekemättä jäänyt lääkemuutos sekä virheellisesti jaetun kotidoseitin käyttöönotto osastolla. (kts. Taulukko 3.)

Taulukko 3. Lääkehoidon tarkistus

Lääkehoitoon liittyvät potilasturvallisuusilmoitukset	2015	2016	2017	Yhteensä
Lääkemuutos tehty virheellisesti	1	3	0	4
Lääkemuutos tekemättä	1	0	1	2
Virheellisesti jaettu kotidosetti otettu käyttöön	1	0	0	1
Yhteensä	3	3	1	7

Potilasturvallisuusilmoituksia oli tehty aktiivisesti vuonna 2015, jonka jälkeen niiden määrä on laskenut rajusti. Esimiehen kanssa käydyn keskustelun perusteella syitä ilmoitusten määrän laskemiselle eivät ole välttämättä tapahtumien väheneminen, vaan ilmoitusten tekemisen väheneminen.

Vuonna 2015 potilasturvallisuusilmoitukset olivat olleet muutaman vuoden käytössä ja aktiivisella muistuttamisella niiden tekemisestä oli saatu työntekijöiden keskuudessa rutiininomaista. Jatkossa työyhteisössä olisi tarpeellista kiinnittää huomioita potilasturvallisuusilmoitusten

tekemiseen. Potilasturallisuusilmoitusten tekemistä voidaan lisätä aktiivisella muistuttamisella sekä yhteisesti miettimällä keinoja potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien tunnistamiseen.

7.2 Lääkkeiden jakaminen

Lääkkeiden säilyttämistä ja jakamista varten osastolla on lääkehuone. Lääkehuoneessa on lukolliset lääkekaapit, missä lääkkeet säilytetään. Huume-lääkkeiksi luokiteltavat lääkkeet ovat erillisessä pienessä kaapissa lääkekaapin sisällä, mihin kuuluu erillinen avain. Lisäksi lääkehuoneessa on jääkaappi kylmässä säilytettäviä lääkkeitä ja valmisteita varten. Lääkehuoneessa säilytetään pääasiassa vain lääkehoitoon liittyviä valmisteita. Lääkehuoneessa säilytetään lääkkeiden lisäksi muun muassa infuusionesteet sekä tarvikkeet, kanylointitarvikkeet, neulat, ruiskut sekä elvytyskärry.

Lääkehuone on melko tilava ja lääkekaappien yhteydestä löytyy työtilaa lääkkeiden jakamista ja valmistamista varten. Lääkkeet on sijoitettu ovellesiin kaappeihin. Työtasolla säilytetään lääkelaseja sekä jakamisen apuna käytettäviä välineitä. Ristikkotarjottimet on sijoitettu erillisille tasoille pyörillä oleville tarvikekärryille. Lääkehuoneesta löytyy useita valaisimia. Lisäksi huoneesta löytyy käsienpesupiste. Lääkehuoneen, sekä jääkaapin lämpötilaa seurataan ja kirjataan päivittäin. Lääkekansio, missä potilaiden lääkelistat säilytetään, on melko vanha ja muovitaskut osittain rikkinäiset ja kuluneet.

Lääkehuoneeseen on kolme ovea, joista yksi sijaitsee taukotilan puolella. Potilaskäytävälle menevät kaksi ovea ovat lukittavissa. Taukotilaan menevässä ovesa ei ole ollut lukitusmahdollisuutta. Havainnointijakson aikana myös siihen oveen asennettiin lukko, sillä lääkehoitosuunnitelman mukaisesti kaikki lääkehuoneen ovet pitää olla lukittuina. Lukon asentamisen yhteydessä lääkehuoneen lukkoihin tuli erillinen avain, mikä on aina vuoron vastaavalla hoitajalla sekä lääkkeiden jakamisen aikana, niitä jakavalla hoitajalla.

Havainnointi jakson ensimmäisinä havainnointikertoina lääkkeiden jakaminen keskeytyi oven avaamisen vuoksi ja muiden hoitajien käydessä hakemassa lääkehuoneesta lääkkeitä tai tarvikkeita. Lääkehuoneen ovea taukotilaan oli tähän asti pidetty myös melko usein auki, minkä vuoksi tauko-huoneesta kantautui häiriötä, kuten äänestä keskustelua. Lukon asentamisen jälkeen, lääkehuoneen ovet pidettiin lääkkeiden jakamisen aikana poikkeuksetta kiinni. Lääkkeidenjakotilanne rauhoittui huomattavasti ja keskeytykset vähenivät olemattomiin. Lääkehuoneen ovien ollessa suljettu, taukotilan äänet eivät juurikaan kantautuneet lääkehuoneeseen. Yhtenä havainnointikertana uusi potilas saapui iltavuoron aikana, jonka jälkeen lääkkeet jaettiin vuoron vastaavan hoitajan toimesta. Lääkkeiden jakaminen keskeytyi puhelimen soidessa, sillä vastaavalla hoitajalla oli yksikön puhelin taskussaan. (kts. Taulukko 4.)

Havainnoinnin aikana hoitajat eivät tarkistaneet potilaan lääkitystä hoitokertomuksesta ennen jakamisen aloittamista. Tästä voisi päätellä, että lääkelistat olivat riittävän selkeitä ja ajantasaisia lääkkeiden jakamisen suorittamista varten. Uuden potilaan saapuessa lääkelistan ajantasaisuus tarkistettiin hoitokertomuksen tietoja vertaillen. Lääkkeiden vastaavuutta tarkistettiin lääkkeiden jakamisen aikana, mikäli potilaan lääkelistalle merkittyä valmistetta ei ollut yksikön lääkevalikoimassa. Lääkevalmisteiden vastaavuutta tarkistettiin pääsääntöisesti lääkekaapin oveen tehdystä yhteenvedosta vaihtokelpoisista lääkevalmisteista. (kts. Taulukko 4.)

Taulukko 4. Havainnot keskeytyksistä

Lääkkeiden jakaminen	Havainnot	Huomiot
Ovi avautuu	5	
Muu henkilökunta keskeyttää	3	
Puhelu	1	
Läakelista on epäselvä ja jakaja joutuu tarkistamaan tiedot hoitokertomuksesta	1	Uusi potilas
Lääkkeenjakaja joutuu tarkistamaan lääkkeen vastaavuuden	5	
Lääkkeiden jakaminen keskeytyy	15	

Havainnointi tapahtui pääasiassa suunniteltuna lääkkeenjako vuorona aamu- tai iltapäivän aikana. Lääkkeiden jakaminen kesti pääsääntöisesti puolesta tunnista tuntiin. Lääkkeiden jakaja oli ennalta viikkosuunnitelmaan merkitty aamu- tai iltavuoron hoitaja. Iltavuoron hoitajan jakaessa lääkkeitä, alkoi hänen työvuoronsa hieman aikaisemmin ja lääkkeet jaettiin vuoron alussa. Lääkkeiden jakamiselle oli varattu hyvin aikaa ja hoitajat saivat keskittyä työhön rauhassa, eikä yksikään hoitaja vaikuttanut stressaantuneelta. Yhden havainnoinnin aikana lääkkeiden jakaminen suoritettiin kiireisesti, mutta todellista kiiretilannetta yksikössä ei tällöin havaittu. (kts. Taulukko 5.)

Havainnointijakson aikana osaston käytänteisiin otettiin mukaan jaettujen viikkodosettien kaksoistarkastaminen. Viikkosuunnitelmaan on merkitty lääkkeiden jakajan lisäksi lääkkeiden tarkistaja, mikä oli pääsääntöisesti iltavuoron hoitaja. Lääkkeiden kaksoistarkastaminen tapahtui osassa havainnoinneista lähes välittömästi jakamisen jälkeen, mutta pääsääntöisesti se suoritettiin myöhemmin, kuitenkin kyseisen päivän aikana. Ennen uuden käytännön käyttöön ottamista lääkkeiden kaksoistarkastamista ei suoritettu jakamisen jälkeen. (kts. Taulukko 5.)

Taulukko 5. Havainnot riskitekijöistä

Lääkkeiden jakaminen	Havainnot	Huomiot
Lääkkeitä ei jaeta suunniteltuna ajankohtana	1	Uusi potilas iltavuoron aikana
Lääkkeitä jää jakamatta, sillä niitä ei ole saatavilla	1	
Lääkkeet jaetaan kiireessä	1	
Hoitaja on stressaantuneen oloinen	0	
Lääkkeiden kaksoistarkastusta ei suoriteta	2	
Yhteensä	5	

Häiriötekijöiden lisäksi havainnoitiin aseptiikan toteutumista lääkkeiden jakamisen aikana. Aseptiikassa oli merkittäviä puutteita lähes toistuvasti. Hoitohenkilökunta laiminlöi käsihygieniää aloittaessaan lääkkeiden jakamisen, eikä välttämättä käyttänyt käsihuhdetta kertaakaan jakamisen aikana tai saapuessaan lääkehuoneeseen. Pääsääntöisesti suojakäsineitä ei käytetty lääkkeiden jakamisen aikana. (kts. Taulukko 6.)

Taulukko 6. Havainnot aseptiikan toteutumisesta

Aseptiikan toteutuminen lääkkeitä jakaessa	Havainnot
Jakaja ei huolehdi käsihygieniasta ennen työn aloittamista tai sen keskeytyessä	8
Jakaja ei käytä suojakäsineitä	11
Jakaja ei käytä lääkelusikkaa tai lääkepinsettiä	9
Jakaja ei puhdistavälineitä käytön jälkeen	11
Yhteensä	39

7.3 Lääkelaastarien vaihtaminen

Havainnoinnin aikana yhtä lääkelaastrarin vaihtoa lukuun ottamatta kaikki lääkelaastrarit vaihdettiin viikon aikana suunnitellun päivän mukaan. Yhden potilaan lääkelaastrarin vaihtopäivä oli kolmen päivän sijaan neljä, mikä ilmeisesti johtui virheellisen vaihtopäivän merkinnästä kalenteriin. Kaikki käyttöön otetut lääkelaastrarit oli kuitattu oikean pakkauksen n-korttiin sisältäen vaadittavat merkinnät. Vanhat lääkelaastrarit oli poistettu jokaisen vaihdon yhteydessä, eikä potilailta löytynyt ylimääräisiä lääkelaastrareita.

Yhden lääkelaastrarin kirjaamista lukuun ottamatta jokaisen potilaan hoitokertomuksesta löytyi oikean päivän kohdalta merkintä lääkelaastrarin vaihdosta. Kirjauksissa oli kuitenkin puutteita ja viidestä lääkelaastrarin vaihdon kirjauksesta puuttui valmisteen nimi sekä vahvuus. Lääkelaastrarien vaihtamisen päivää ei päivitetty havainnoinnin aikana kertaakaan potilaan lääkelistalle. Kerran viikossa vaihdettavien laastareiden kohdalle lääkelistalle oli kirjattu vaihtamiselle viikonpäivä. Lääkelaastrarien vaihtamisen viikonpäivät olivat kuitenkin osalla potilaista muuttuneet, mikä oli jäänyt päivittämättä lääkelistalle.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön pohdinnassa tarkastellaan työn tuloksia suhteessa aikaisempiin tutkimustuloksiin sekä esitetään kehittämissuhteet lääkehoiton turvallisuuden parantamiseen.

Pohdinnassa arvioidaan lisäksi opinnäytetyön tulosten luotettavuutta ja luotettavuuteen vaikuttavia asioita. Eettisyyttä on tarkasteltu opinnäytetyön tavoitteiden ja menetelmien osalta.

8.1 Tulosten tarkastelu

Osastolla tapahtuneita yleisempiä lääkehoitopoikkeamia olivat erityyppiset lääkkeiden jakovirheet, joista tyypillisempiä olivat virheellisesti jaettu annos, lääkkeen jakamatta jääminen tai väärän lääkkeen jakaminen. Yleisimmät lääkehoitopoikkeamat olivat yhteneväisiä aikaisempien tutkimustulosten mukaan, joissa yleisemmiksi lääkehoitopoikkeamiksi on tunnistettu poikkeava toimintatapa, väärä annostus, väärä lääke, väärä diagnoosi tai virhe potilaan tunnistamisessa (Koskinen ym., 2012, s. 29–30). Tavallisesti lääkehoitopoikkeamat syntyvät lääkkeen annostelussa (Kavanagh, 2017, s. 3).

Lääkkeenjako-tilanteen keskeytyminen alistaa lääkehoitopoikkeamien syntymiselle häiriötekijöiden vuoksi (Poukka 2012; Hartikainen ym., 2017; Kavanagh, 2017). Toisen hoitajan käyminen lääkehuoneessa keskeytti lääkkeiden jakamisen muutaman havainnoinnin aikana. Lääkkeiden jakamista

häiritsivät myös kahvihuoneesta kantautuva puheensorina, lääkehuoneen oven ollessa raollaan. Lääkkeiden jakamisen ympäristö rauhoittui huomattavasti osaston käytännön muututtua niin, että lääkehuoneen ovet pidettiin aina lukossa. Muutama havainnointitilanne kuitenkin keskeytyi toisen hoitajan koputtaessa lääkehuoneen oveen, jolloin lääkkeenjakaaja keskeytti työnsä avatakseen oven hoitajalle. Lääkehuoneen ovien ollessa lukittuna lääkkeitä jakava hoitaja pystyi keskittymään lääkkeiden jakamiseen lähes keskeytyksettä.

Lääkehoidon valmistelussa puutteita on havaittu aseptiikassa, lääkkeiden puutteellisissa merkinnöissä, lääkelistojen epäselvyydessä, lääkehuoneen rauhattomuudessa, kaksoistarkastuksen toteutumisessa sekä lääkelistojen ajantasaisuudessa (Hartikainen ym., 2015, s. 287; Poukka, 2012, s. 24). Havainnoinnin aikana lääkkeiden jakamisen aikana tuli ilmi merkittäviä puutteita aseptiikan toteutumisessa. Hoitohenkilökunta ei huolehtinut käsihygienian toteuttamisesta ennen työn aloittamista sekä laiminlöivät suojakäsineiden käyttöä. Lääkkeiden jakamisen apuna ei käytetty lääkelusikkaa tai pinsettejä.

Lääkkeiden antokirjauksissa havaittiin puutteita lääkelaastarien vaihtamisen seurannan aikana. Useista antokirjauksista puuttuivat valmisteen nimi sekä vahvuus. Lisäksi lääkelistoille ei oltu päivitetty lääkelaastarien vaihtopäiviä. Lääkkeiden antokirjausten on todettu olevan puutteellisia myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Poukka, 2012; Hartikainen ym., 2017; Kavanagh, 2017). Potilasasiakirjoihin tulisi aina kirjata käytössä olevan laastarin nimi, vahvuus sekä laitto aika (Huupponen, Idänpää-Heikkilä, Kallio-koski, Karhuvaara, Leinonen & Puhakka, 2011).

Potilasturvallisuusilmoitusten tekeminen on vähentynyt huomattavasti viime vuosina. Ilmoitusten tekemättä jättäminen voi johtua esimerkiksi syyllisyyden tuntemisesta tapahtuneesta virheestä tai raportoinnin kokeminen hyödyttömänä asiana. Kaikkien läheltä piti -tilanteiden ja haittatapahtumien raportointi on tärkeää riskikohtien havaitsemiseksi ja ennaltaehkäisevien keinojen sekä potilasturvallisuuden kehittämiseksi (Kavanagh, 2017, s. 7).

Esimiesten tulisi kannustaa työntekijöitä ilmoittamaan haitta- ja vaaratapahtumista. Tapahtumat tulee käsitellä luottamuksellisesti. Tapahtumista ei tule etsiä syyllistä vaan yhdessä kehittää toimintaa turvallisemmaksi. (Kinnunen, Keistinen, Ruuhilehto & Ojanen, 2009) Työyhteisössä tulee tuoda ilmi, että raportoinnin päätavoitteina ovat virheistä oppiminen ja ennaltaehkäisevien keinojen kehittäminen samanlaisten tapahtumien välttämiseksi. Johtajien tulee tukea virheitä tehneitä ja luoda virheistä oppivaa ilmapiiriä. Turvallisuuskulttuuria luodaan ja parannetaan avoimella ja syyttämättömällä ilmapiirillä. (Kavanagh, 2017, s. 6)

8.2 Kehittämisehdotukset

Kehittämisehdotukset syntyivät havainnoinnista saatujen tietojen perusteella. Kehittämisehdotukset pohjautuvat aikaisempiin tutkimustuloksiin ja niiden tarkoituksena on mahdollistaa lääkehoidon turvallisuuden parantaminen.

Läákehoidon turvallisuutta parantavia tekijöitä:

- Lääkkeenjakoilanteen rauhoittaminen, lääkkeenjakoilanne keskeytetään vain sen ollessa välttämätöntä
- Lääkehuoneen oveen huomiota herättävä ilmoitus lääkkeiden jakamisesta
- Huolehditaan lääkekaapin järjestyksestä
- Vähissä olevien lääkkeiden merkitseminen tilausvihkoon
- Lääkkeiden tilaaminen tarpeen mukaan
- Tarpeettomien lääkkeiden palauttaminen lääkekeskukseen
- Lääkekansion uusiminen lääkelistojen lukemisen helpottamiseksi
- Lääkkeitä antavan hoitajan työrauhan varmistaminen, ei muita työtehtäviä samaan aikaan
- Lääkekärryn käyttöönotto ja ristikkotarjottimista luopuminen
- Lääkelaastarin vaihtopäivän päivittäminen lääkelistalle
- Lääkkeiden antamisen jälkeen riittävän kattavasti kirjaaminen potilaskertomukseen
- Yhteiset toimintatavat
- Potilasturvallisuusilmoitusten tekemiseen panostaminen
- Virheistä oppivan ja potilasturvallisuutta arvostavan kulttuurin luominen työyhteisössä

Aseptiikkaan kiinnitetään huomioita:

- Pintojen puhdistaminen ennen työn aloittamista
- Käsihygienia ennen työn aloittamista ja aina sen keskeytyessä
- Suojataan itseä ja lääkkeitä käyttämällä suojakäsineitä, lääkepinsettejä sekä lusikkaa
- Välineet puhdistetaan aina käytön jälkeen
- Suojakäsineiden saatavuuden parantaminen lääkehuoneessa. Esimerkiksi seinälle kiinnitettävien suojakäsineiden telineiden asentamisella.

8.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyössä on hyödynnetty ajantasaista ja luotettavaksi arvioitua tutkimustietoa. Opinnäytetyöhön on pyritty luomaan ajantasaisinta ja parasta saatavilla olevaa tietoa. Opinnäytetyön havainnoinnissa keskityttiin tarkkailemaan opinnäytetyön tavoitteita edistäviä asioita. Opinnäytetyön tekemisessä ei huomioitu taloudellisia merkityksiä ja se on riippumaton poliittisista ja uskonnollisista sidoksista. Opinnäytetyön tekemisen aikana pyrittiin kirjaamaan mahdollisimmat tarkasti ja yksiselitteisesti.

Aineisto kerättiin systemaattisen havainnoinnin avulla käyttäen havainnointilomaketta. Lomakkeen muodostamisen apuna hyödynnettiin aikaisempia tutkimustuloksia. Testihavainnoinnin avulla havainnointilomakkeesta muodostettiin selkeämpi ja yksiselitteisempi. Opinnäytetyön tulosten luotettavuutta vähentävät havainnointikertojen vähäinen määrä. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin löytyivät vastaukset.

Yksiköiden väliset toimintatavat vaihtelevat suuresti, joten opinnäytetyön tulosten hyödyntäminen muissa yksiköissä on epäluotettavaa. Havainnointia voitaisiin kuitenkin hyödyntää vastaavalla tavalla kehitettäessä muiden yksiköiden lääkehoitoa ja sen avulla voidaan löytää lääkehoidosta mahdollisia riskitekijöitä.

8.4 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön tavoitteena oli vähentää lääkityspoikkeamien esiintymistä, mikä edistäisi potilasturvallisuutta. Opinnäytetyön avulla löydettiin toimintaympäristöstä ja toimintatavoista kehitettäviä asioita potilasturvallisuuden parantamiseksi ja lääkehoitopoikkeamien ennaltaehkäisemiseksi. Työyhteisöä tiedotettiin opinnäytetyön tekemisestä suullisesti ja havainnoinnista laadittiin kirjallinen tiedote.

Työyhteisössä suhtauduttiin opinnäytetyön tekemiseen positiivisesti ja ennakkoluulottomasti. Yksi hoitaja tiedusteli havainnoinnista kieltäytymisen mahdollisuutta ja hänelle kerrottiin sen olevan mahdollista. Työntekijän kuulla tarkemmin opinnäytetyöstä, hän suhtautui havainnointiin myönteisesti.

Opinnäytetyön aihe oli kiinnostava ja tarkoituksena oli luoda mahdollisimman luotettavaa ja tutkimustietoon pohjautuvaa tietoa. Aktiivisella havainnoinnilla ja selkeällä kirjaamisella pyrittiin huomioimaan yksityiskohdat, mahdollistaen ulkopuolisille työn luotettavan tarkastelun. Havainnoinnista saatuja tietoja käytettiin eettisten vaatimusten mukaisesti. Havainnoinnista kerätyt tiedot hävitettiin asianmukaisesti. Opinnäytetyö on julkaistu Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan avoimessa julkaisuarkistossa. Julkaisut ovat vapaasti saatavilla ja niistä löytyvät sivuilta myös pdf-tiedostot.

LÄHTEET

Airaksinen, M., Holmström, A-R., Kvanström, K. & Schepel, L. (2017). Lääkitysturvallisuuden kansallisen koordinoinnin tarve Suomessa. *Farmaseuttinen aikakauskirja Dosis* vol.33, 2/2017. Haettu 28.11.2017 osoitteesta https://dosis.fi/wp-content/uploads/2017/10/Dosis_2_2017_k2v3.pdf

Hartikainen, P., Helkkilä, R., Kivekäs, E., Koskinen, T. & Vainio, K. (2015). Lääkitysturvallisuuden riskikohdat ja lääkitysturvallisuutta edistävät toimintatavat osastoilla- poimintoja osastofarmaseuteille suunnatusta kyselystä. *Dosis* vol.31 n:o 04/2015. S.283-294. Haettu 28.11.2017 osoitteesta https://dosis.fi/dosis-4_2015/

Huupponen, R., Idänpään-Heikkilä, J., Kalliokoski, A., Karhuvaara, S., Leinonen, E. & Puhakka, J. (2011). Laastareilla kipua vastaan. *Suomen lääkäri-lehti* 21/2011 vsk 66. Haettu 24.11.2018 osoitteesta <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.hamk.fi/pdf/2011/SLL212011-1762.pdf>

Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. (2015). Turvallinen lääkehoito. *Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 14.11.2018 osoitteesta http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1

Kananen, J. (2012). Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. *Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kavanagh, C. (2017). Medication governance: preventing errors and promoting patient safety. *British Journal of Nursing* 2/9/2017; 26(3): 159-165. Haettu 27.11.18. Cinahl- Tietokanta

Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K. & Ojanen, J. (2009). *Vaaratapahatumien raportointimenettely*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 16.11.2018 osoitteesta <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80402/979943df-4088-46df-8e5a-cd8949ed965a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kivelä, S-L. & Räihä, I. (2007). *lääkäiden lääkehoito*. Haettu 26.11.2018 osoitteesta https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17702_julkaisut_Kapseli35.pdf

Koskinen, T., Puirava, A., Salimäki, J., Puirava, P. & Ojala, R. (2012). *Lääketietoa ammattilaisille*. Helsinki: SanomaPro

Lääkehoitosuunnitelma (2017). Ypäjän palvelukeskus/Hoivakoti. Fshky johtoryhmä.

Lääkeinfo.fi (2017). Pakkausseloste: tietoa potilaalle. *Norspan depotlaastari*. Haettu 29.11.2018 osoitteesta <https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=6999>

Lääkeinfo.fi (2018). Pakkausseloste: tietoa potilaalle. *Matrifen depotlaastari*. Haettu 29.11.2018 osoitteesta <https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=6032>

Moberg, P. (2005). *Lääkkeiden käsittely osastolla*. Päivitetty 17.8.2017.

Poukka, J. (2011). *Lääkityspoikkeamatilanteisiin yhteydessä olevat tekijät terveyskeskuksen vuodeosastolla hoitajien kuvaamana*. Pro gradu -tutkielma. Hoitotiede. Tampereen yliopisto. Haettu 28.11.2017 osoitteesta <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84165/gradu06370.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. (2017). *Lääkehoidon käskikirja*. 1.-6.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

The Joanna Briggs Institute (2018). *Medication errors: Double checking*.

Terveystieteiden tutkimuskeskus (2010). *Terveystieteiden tutkimuskeskus*. Haettu 9.11.2018 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Urpalainen, A. (2017). *Lääkkeiden jakamisen ja valmistamisen toimintaympäristö*. Havainnointitutkimus vuodeosastolla. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden tutkinto-ohjelma. Itä-Suomen yliopisto. Haettu 28.11.2017 osoitteesta http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170283/urn_nbn_fi_uef-20170283.pdf

Valvira (2017). *Lääkehoidon toteuttaminen*. Haettu 27.11.2018 osoitteesta https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon_toteuttaminen

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

Lääkehoitopoikkeamat 2015-2017

Lääkehoitoon liittyvät potilasturvallisuusilmoitukset	2015 75kpl	2016 28kpl	2017 9kpl	yhteensä 112kpl
Jakovirheet	66	18	6	90
Väärä lääke	5	3	1	9
Väärä annostus	28	5		33
Lääke jakamatta	20	4	2	26
Lääkettä ei ole ollut saatavilla ja jäänyt jakamatta	4	2	1	7
Jaettu lääkelistalta tauotettu/lopetettu lääke	3	2	1	6
Varfariini jaettu dosettiin		1		1
Tavanomaisten lääkkeenantoaikojen ulkopuolella menevä lääke jaettu dosettiin			1	1
Lääkkeet jäänyt purkittamatta	1	1		2
Lääke puuttui lääkelistasta	5			5
Antovirheet	6	7	2	15
Kipulaastari jäänyt vaihtamatta	4		2	6
Vanha kipulaastari jäänyt iholle		2		2
Väärä potilas saanut lääkkeitä	2	1		3
Potilas ei ole saanut listalla meneviä n-lääkkeitä		3		3
Potilas ei ole ottanut lääkkeitä		1		1
Lääkehoidon tarkistus	3	3	1	7
Lääkemuutos tekemättä	1		1	2
Lääkemuutos tehty virheellisesti	1	3		4
Virheellisesti jaettu kotidosetti otettu käyttöön	1			1

Tiedote havainnoinnista

Sairaanhoidtaja AMK
Kirsi Ronkainen

Tiedote
16.11.2018
JULKINEN

Havainnointi lääkehoidon toteutumisesta

Hei! Sairaanhoidtajaopintoihini kuuluu yhtenä osana opinnäytetyön tekeminen. Olen valinnut aiheeksi tutkia osastollanne tapahtuneita lääkehoitopoikkeamia ja niihin vaikuttavia tekijöitä. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa lääkehoidon kehittämiseen yhä turvallisemmaksi. Opinnäytetyön toteuttamiseen kuuluu yhtenä osana havainnointi, jonka suoritan osastolla. Havainnoinnin tarkoituksena on tutkia ja löytää toimintatavoista ja ympäristöstä ne riskitekijät, jotka altistavat lääkehoitopoikkeamille. Havainnointi ei kohdistu yksittäisten työntekijöiden toimintatapoihin, eikä työntekijöiden henkilötiedot tule ilmi opinnäytetyöstä.

Lisätiedot:

Opiskelija: Kirsi Ronkainen, kirsironkainen@student.hamk.fi

Ohjaaja: Leena Ahonen, leena.ahonen@hamk.fi

Havainnointilomake

Lääkkeiden jakamisen havainnointilomake

Pvm:

Nro:

	Kyllä	ei	muut huomiot
Lääkkeitä ei jaeta so- vittuna ajankohtana			
Lääkelista on epäselvä ja jakaja joutuu tarkis- tamaan tiedot hoito- kertomuksesta			
Lääkkeenjakaaja ei käytä suojakäsineitä			
Lääkkeenjakaaja ei käytä lääkelusikkaa tai pinsettiä			
Lääkkeenjako-tilanne keskeytyy			
Muu henkilökunta keskeyttää			
Ovi avautuu, monta kerta?			
Lääkkeenjakaaja joutuu tarkistamaan lääk- keen vastaavuuden			
Lääkkeitä jää jaka- matta, sillä niitä ei ole saatavilla			
Lääkkeenjakaaja ei puhdistavälineitä ja- kamisen jälkeen (lää- kepinsetti, lusikka, murskain).			
Lääkkeet jaetaan kii- reessä			
Hoitaja on stressaan- tuneen oloinen			
Lääkkeiden kaksois- tarkastusta ei suori- teta jaon jälkeen			