



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin sekä seuranta- ja palautejärjestelmän toteuttaminen Lohjan perusterveydenhuollon palveluissa

Huotarinen, Nina & Inkilä, Mimosa

Laurea- ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin sekä seuranta- ja palautejärjestelmän toteutuminen Lohjan perusterveydenhuollon palveluissa

Huotarinen Nina
Inkilä Mimosa
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2011

Huotarinen Nina ja Inkilä Mimosa

Lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin sekä seuranta ja palautejärjestelmän toteutuminen Lohjan perusterveydenhuollon palveluissa

Vuosi 2011

sivumäärä 62

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata Lohjan perusterveydenhuollon neljän eri yksikön lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin sekä seuranta- ja palautejärjestelmän nykytilaa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli verrata nykytilaa teoretiseen, jolloin tuloksia voidaan hyödyntää yksiköille tehtävien lääkehoitosuunnitelmien laatimisessa. Opinnäytetyön teoreettisena viitekehyksenä toimi Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema Turvallinen lääkehoito -opas. Oppaan mukaan jokaisessa lääkehoitoa toteuttavassa työyksikössä tulee olla lääkehoitosuunnitelma.

Lääkehoitosuunnitelma esittelee työyksiköissä toteutettavan lääkehoidon. Se on työväline lääkehoidon suunnitelmalliselle hallinnalle sekä sen laadulliselle kehittämiselle. Lääkehoitosuunnitelman tarkoituksena on parantaa potilasturvallisuutta. Lääkehoitosuunnitelma laaditaan työyksikön lääkehoidon vaatavuustaso huomioiden. Samankaltaiset työyksiköt voivat toteuttaa lääkehoitosuunnitelman yhteistyönä. Lääkehoitosuunnitelma pitää sisällään kymmenen kohtaa, joista tässä opinnäytetyössä käsitellään kahta; lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi sekä lääkehoidon seuranta- ja palautejärjestelmät.

Tähän opinnäytetyöhön tutkimusaineisto kerättiin käyttämällä teemahaastattelua, haastattelimalla eri yksiköiden vuorossa olevaa sairaanhoitajaa. Haastattelut nauhoitettiin, litteroitiin ja saadun aineiston pohjalta tehtiin analyysi sekä pohdinta. Tutkimus oli laadullinen, jonka aineisto toteutettiin sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan lääkehoidon yhtenäisille käytänteille on tarvetta. Tuloksista selvisi, että lääkehoidon palautteenanto ja sen hyödyntäminen lääkehoidossa oli usein puutteellista. Poikkeamia hyödynnettiin yksiköissä suhteellisen vähän, jolloin niiden ilmoittaminen menetti merkitystään. Tuloksissa havaittiin myös henkilökunnan vaihtuvuuden aiheuttavan sen, että käytössä olevat käytänteet saattoivat muuttua ja vaihdella.

Tämä opinnäytetyö on aiheena ajankohtainen ja sen vuoksi myös hyödyllinen toteuttaa. Johdospäätöksinä voidaan todeta, että työyksiköissä oli jonkin verran vaihtelua käytänteissä, näihin lääkehoitosuunnitelma tuo tulevaisuudessa ratkaisun yhtenäistämällä käytänteet.

Jatkotutkimusaiheena voitaisiin samat haastattelut toteuttaa yksiköissä uudestaan, kun lääkehoitosuunnitelma on otettu käyttöön. Näin nähtäisiin miten käytänteet ovat muuttaneet yksiköiden toimintaa.

Asiasanat: lääkehoitosuunnitelma, turvallinen lääkehoito, potilasturvallisuus.

Huotarinen Nina ja Inkilä Mimosa

The realisation of the evaluation of the effectiveness of pharmacotherapy and the systems for monitoring and feedback in the basic health care services in Lohja

Year 2011

Pages 62

The goal of this thesis was to describe the current status of the realisation of the evaluation of the effectiveness of pharmacotherapy and the systems for monitoring and feedback in four different basic health care units in Lohja. The purpose was to compare the present situation with theoretical information, thus enabling the utilisation of the results in drawing up pharmacotherapy plans for the units. The theoretical framework for the thesis was the Guide to Safe Pharmacotherapy issued by the Ministry of Social Affairs and Health. According to this guidebook, all units providing pharmacotherapy must draw up a pharmacotherapy plan.

A pharmacotherapy plan defines the pharmacotherapy provided by the unit. It is a tool for planned management and quality development of pharmacotherapy and it aims at improving requirements. Similar units can cooperate in drawing up a pharmacotherapy plan. The plan includes ten areas, and this thesis focuses on two of them: the evaluation of the effectiveness of pharmacotherapy and the systems for monitoring and feedback.

The material for the study was gathered by theme interviews of the nurses on duty in different units. The interviews were recorded and transcribed, and the material was then analysed and studied. This was a qualitative study based on content analysis.

The results show that consistent pharmacotherapy practices are needed. They also demonstrate that feedback on pharmacotherapy and its utilisation are often insufficient. Deviations were not used very much in the units and therefore reporting them became less significant. The study also shows that due to changes in personnel the practices in use may change and vary.

The subject of the thesis is of current interest and therefore useful. We can conclude that there was some variation in practices in different units, but these can be harmonized in the future with the help of a pharmacotherapy plan.

A continuation study could be carried out by conducting the same interviews again once a pharmacotherapy plan has been taken into use in the units. This would then show how the practices have changed the units' way of working.

Key words: pharmacotherapy plan, safe pharmacotherapy, patient safety

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettiset lähtökohdat.....	7
2.1	Potilasturvallisuus.....	7
2.1.1	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.....	9
2.1.2	Potilasvahinkolaki.....	10
2.1.3	Terveydenhuoltolaki.....	11
2.2	Turvallinen lääkehoito.....	12
2.3	Eettisyys lääkeshoidossa.....	14
2.4	Lääkehoitosuunnitelma.....	16
2.4.1	Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi.....	17
2.4.2	Lääkehoidon seuranta- ja palautejärjestelmät.....	21
2.4.3	Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako lääkeshoidossa.....	24
2.4.4	Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen.....	26
3	Opinnäytetyön toteuttaminen.....	28
3.1	Kvalitatiivinen tutkimus.....	28
3.2	Teemahaastattelu ja litterointi.....	29
3.3	Sisällönanalyysi.....	30
3.4	Tutkimusympäristö.....	31
4	Tutkimustulokset.....	32
4.1	Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi.....	32
4.2	Lääkehoidon seuranta- ja palautejärjestelmät.....	37
5	Johtopäätökset.....	43
5.1	Lääkehoidon toteutumisen arviointi.....	43
5.2	Kehittämiskohteita.....	50
5.3	Luotettavuus ja eettisyys.....	52
5.4	Opinnäytetyö prosessin arviointi.....	53
	Lähteet.....	55
	Liitteet.....	59

1 Johdanto

”Suomessa lääkehoitoon liittyviin haasteisiin on tartuttu monella eri tavalla. Merkityksellisin askel kohti turvallisempaa lääkehoitoa oli sosiaali- ja terveysministeriön antamat linjaukset turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen. Turvallinen lääkehoito-opas toi työyksiköille velvollisuuden kuvata lääkehoidon prosessi lääkehoitosuunnitelmaan ja muuttaa käytännöt linjausten mukaisiksi.” (Sulosaari & Kinnunen 2010, 42-43.)

Tämän opinnäytetyön aiheena on lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi sekä lääkehoidon seuranta- ja palautejärjestelmät, jotka ovat osana Lohjan perusterveydenhuollon lääkehoitosuunnitelma projektia. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Lohjan perusterveydenhuollon eri yksiköiden lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin sekä seuranta- ja palautejärjestelmien tämän hetkistä tilannetta ja verrata sitä tutkittuun tietoon ja näin löytää mahdollisia kehittämiskohteita. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää Lohjan perusterveydenhuollon lääkehoitosuunnitelmaa kohti turvallisempaa lääkehoitoa. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Lohjan perusterveydenhuollon eri yksiköiden toimipaikkakohtaisten lääkehoitosuunnitelmien tekemisessä.

Lohjan perusturvakeskus huolehtii sosiaali- ja terveyspalveluista Lohjalla, Siuntiossa, Inkoossa, Karjalohjalla ja Sammatin alueilla, näistä muodostuu Lohjan sosiaali- ja terveydenhuoltoalue LOST. Erikoishoidon palvelut ovat keskitettynä Lohjalle mutta perusterveydenhoitoon liittyvät palvelut saa edelleen omalta kunnalta. (Lohjan kaupunki 2010.) Opinnäytetyön yhteistyökumppaneita ovat neljä Lohjalla sijaitsevaa osastoa/yksikköä.

Opinnäytetyön teoreettisena perustana on Sosiaali- ja terveysministeriön tuottama valtakunnallinen Turvallinen lääkehoito -opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kyseisen oppaan mukaan ”Läkehoidon toteuttaminen perustuu toiminta/työyksikössä laadittuun lääkehoitosuunnitelmaan, joka kattaa yksikön lääkehoidon kokonaisuuden suunnittelun ja toteutuksen, sekä siinä tapahtuneiden poikkeamien seurannan ja raportoinnin. Oppaan tarkoituksena on yhtenäistää laadukkaan lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvää vastuunjakoa ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä.” (STM 2006, 11.)

2 Teoreettiset lähtökohdat

Opinnäytetyön teoreettinen osa pohjautuu Sosiaali- ja Terveysministeriön julkaisemaan Turvallinen lääkehoito -oppaaseen. Turvallinen lääkehoito -opas käsittelee lääkehoitosuunnitelman kymmentä osa-aluetta. Tässä opinnäytetyössä keskitytään lääkehoitosuunnitelman osalta lääkehoidon vaikuttavuuden arviointiin sekä seuranta- ja palautejärjestelmiin. Lisäksi opinnäytetyössä käsitellään potilasturvallisuutta ja siihen liittyviä lakeja sekä eettisyyttä lääkehoidon yhteydessä.

2.1 Potilasturvallisuus

Turvallinen lääkehoito on osa potilasturvallisuutta, joka on hoitotyön toteutuksen kannalta erittäin oleellista. Potilasturvallisuus ja sen edistäminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon riskien ja laadunhallintaa. Potilasturvallisuus tulisi nostaa keskeiseksi tavoitteeksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Potilasturvallisuus on ajankohtainen ja kansainvälisen huomion ja kehittämisen kohteena. Potilasturvallisuus kattaa potilaan hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden sekä laiteturvallisuuden ja on osa hoidon laatua. (STM 2009.) Potilasturvallisuutta pyritään varmistamaan useilla lailla, ja tässä kappaleessa käsitellään niistä kolmea eli laki potilaan asemasta ja oikeuksista, potilasvahinkolaki ja terveydenhuoltolaki. Kaikkien näiden lakien tarkoitus on osaltaan parantaa hoidon ja palveluiden laatua, sekä potilaan asemaa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; Potilasvahinkolaki 1986/585; Terveydenhuoltolaki 2010/1326.)

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, ettei hoidosta saa aiheutua potilaalle minkäänlaista haittaa. Euroopan unionissa se on suuren ja vakavan huomion kohteena, potilasturvallisuus onkin asetettu yhdeksi EU:n terveyspolitiikan painopistealueista. Tuoreiden tutkimuksien mukaan yhä useammissa maissa tapahtuu hoitovirheitä, ja niistä noin kymmenen prosenttia tapauksista tapahtuu potilaan ollessa sairaalahoidossa. Vaaratilanteita esiintyy kaikissa terveydenhoitoon liittyvissä yhteyksissä, perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoitossa, niin akuutti- kuin pitkäaikaishoidossa. Potilasturvallisuuden paranemiseksi pitäisi toimintapolitiikka- ja ohjelmat olla kaikkialla Euroopassa johdonmukaisia ja tehokkaita. Euroopan komissio pyrkii tukemaan ja tarkkailemaan jäsenvaltioidensa toimintaa, se on perustanut erityisen työryhmän joka toimii terveyspalveluja ja sairaanhoitoa käsittelevän korkean tason ryhmän alaisuudessa. Tämän erityisen työryhmän avulla Maailman terveysjärjestö WHO, potilasturvallisuusallianssi (World Alliance on Patient Safety), Euroopan neuvosto, OECD ja eurooppalaiset

potilaita, lääkäreitä, hoitajia, hammaslääkäreitä, apteekkejä ja sairaaloita edustavat järjestöt ovat päässeet mukaan työryhmän toimintaan. (Terveys-EU 2009.)

Terveyden- ja sairaanhoidon laadun perustana on potilasturvallisuus, johon liittyy kiinteästi laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 ja potilasvahinkolaki 1986/585. Turvallisessa hoidossa hyödynnetään hoitoyksikön voimavaroja parhaalla mahdollisella tavalla ja käytetään vaikuttavia menetelmiä niin, ettei hoidosta aiheudu potilaalle tarpeetonta haittaa. Potilasturvallisuus sisältää kaikki periaatteet ja toiminnot, joilla voidaan varmistaa hoidon turvallisuus, johon kuuluu riskien arviointi, korjaavat ja ehkäisevät toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. Nämä edellyttävät yhteisen vastuun ottamista. Potilasturvallisuus on kaikkien sosiaali- ja terveydenhoitoaloilla työskentelevien yhteinen asia, tähän ammatillisuuteen kuuluu vastuu potilasturvallisuudesta sekä halu sen edistämiseen arvioimalla ja kehittämällä omaa osaamistaan, työtä ja toimintaansa turvallisemmaksi. Terveydenhuollon lainsäädäntö määrää, että hoitotoiminnan on oltava tieteellisesti ja ammatillisesti asianmukaista, lisäksi sen on oltava näyttöön ja hyviin hoitokäytänteisiin perustuvaa, laadukasta ja etenkin turvallista. Jokaisella työntekijällä on vastuu omasta osaamisestaan ja työnantaja vastaa työntekijän perehdytyksestä ja koulutuksesta tehtäviinsä. Ammatillinen osaaminen on keskeinen edellytys turvalliselle hoidolle. (STM 2009; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; Potilasvahinkolaki 1986/58.)

Potilasturvallisuuden tavoitteena on, että potilasta hoidetaan hänen ja hänen omaistensa kanssa yhteisymmärryksessä, jolloin potilasta kuunnellaan ja hän saa osallistua itse hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Tarkoituksena on, että potilas saa tarvittavan tiedon omasta sairaudestaan, sen hoidosta ja etenkin lääkehoidosta ymmärrettävällä tavalla. Potilaan kanssa keskustellaan odotettavissa olevista tuloksista ja hoidon mahdollisista riskeistä avoimesti. Tärkeää on, että haittatapahtuman sattuessa potilaalle kerrotaan avoimesti, mitä on tapahtunut, jonka jälkeen tapahtumaa ja mahdollisia seurauksia käydään yhdessä läpi. (STM 2009.)

Laadun- ja riskienhallinnan avulla pyritään parantamaan potilasturvallisuutta. Erilaisten turvallisuusriskien analysointi, ennakointi ja niihin puuttuminen ovat tärkeä osa haittatapahtumien ehkäisyä. Haittatapahtumien riski pienenee, kun organisaatiossa käytetään tutkimukseen ja kokemukseen perustuvia käytäntöjä ja linjauksia, jotka hyviä, turvallisia ja yhdessä sovittuja. Keskeinen keino vähentää turvallisuusriskejä ja erehtymisen mahdollisuutta on jatkuva prosessien, rakenteiden ja tiedon kulun kehittäminen. Suuri potilasturvallisuusriski liittyy usein organisaatiouudistuksiin, uuteen teknologiaan ja uusiin hoitokäytänteisiin, joten työntekijöiden koulutukseen tulee kiinnittää huomiota. Turvallisella organisaatiolla on poikkeamia ja vaaratapahtumien seuranta, raportointia ja käsittelyä varten tarkat menettelytavat. Tarkoitus on oppia virheistä, syyllistämättömyys ja asianosaisten tukeminen ovat tärkeä osa vahingoista oppimiselle ja ehkäisylle. (STM 2009.)

2.1.1 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Potilasturvallisuuteen liittyvä vahvasti potilaan huomioon ottaminen, potilaan asema ja oikeudet, sillä potilaan kuuluisi olla aina hoidon lähtökohtana. Lain avulla pyritään vahvistamaan potilaan asemaa ja taata mahdollisimman hyvää hoitoa ja tyytyväisiä asiakkaita. Potilaan asemaa ja oikeuksia turvaamaan on säädetty oma lakinsa, laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Tämän lain mukaan jokaisella potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Kaikilla pysyvästi Suomessa asuvilla henkilöillä on oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon, niiden voimavarojen rajoissa, jotka terveydenhuollolla on käytettävissä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Jokaisella potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun. Hoito pyritään järjestämään niin, ettei se loukkaa potilaan ihmisarvoa, yksityisyyttä tai uskonnollista vakaumusta. Potilaan yksilölliset tarpeet, kuten äidinkieli ja kulttuuri erot otetaan mahdollisuuksien mukaan hoidossa huomioon. Potilaita hoidettaessa tulisi kiinnittää huomiota myös potilaan omaisiin. (Suomen Potilasasiamiehet ry 2005; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Potilaalla on oikeus tiedonsaantiin. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä asioista, joilla on merkitystä, kun potilaan hoidosta päätetään. Selvitystä ei saa kuitenkaan antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun selvityksen antamisesta voi aiheutua vakavaa vaaraa potilaan terveydelle tai hengelle (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Lääkäri tai hänen ohjauksensa mukaan muu terveydenhuollon koulutuksen saanut henkilö antaa tiedot potilaalle. Potilaalla on aina hoidon aikana, sekä sen jälkeen oikeus katsoa ja tarkastaa omat potilasasiakirjat ja niihin tallennetut tiedot, hän voi tarvittaessa pyytää oikaisua jos katsoo jonkin tiedon virheelliseksi. Potilaan oikeutta tietojen saantiin ja potilasasiakirjojen tarkastamiseen voidaan rajoittaa, jos katsotaan, että tietojen saaminen vaarantaa hänen terveyttään tai henkeään. (Suomen Potilasasiamiehet ry 2005; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Jokaisella potilaalla on myös itsemääräämisoikeus. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen itsensä kanssa. Potilaan kieltäytyessä jostain hoidosta tai toimenpiteestä, häntä voidaan mahdollisuuksien mukaan hoitaa muulla sellaisella lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla, jonka potilas suostuu ottamaan vastaan. Potilaalla ei ole rajatonta oikeutta saada sitä hoitoa, jota hän itse haluaa, vaan potilaan hoidosta päättää lääkäri. Potilaalla on aina oikeus kieltäytyä hoidosta, vaikka hoito olisi tarpeellinen hänen terveyttään tai henkeään uhkaavan vaaran torjumiseksi. Jos potilas kieltäytyy hoidosta tai tutkimuksesta, kieltäytymisestä on

tehtävä luotettavalla tavalla vahvistettu merkintä potilasasiakirjoihin. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Jos potilaalle tulee kysyttävää tai ongelmia liittyen muistutukseen, kanteluun tai korvaushakemuksen tekoon, potilasasiamies avustaa ja antaa tarvittavat tiedot potilaan oikeuksista. Kun potilas on tyytymätön saamaansa hoitoon tai kohteluun, hänen toivotaan keskustelevan asiasta ensin hoitopaikassaan ja harkita, tarvitseeko muistutusta tai kantelua tehdä. Hoitovirhettä koskeissa asioissa korvausta voi hakea potilasvahinkolain perusteella potilasvakuutusyhdistyksestä. Potilasasiamies neuvoo ja avustaa tarvittaessa potilasta ja hänen omaisiaan edellä mainituissa asioissa. (Suomen Potilasasiamiehet ry 2005; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista voidaan tarkastella lääkehoidon kannalta. Potilaalla on kyseisen lain mukaan itsemääräämisoikeus ja oikeus tiedonsaantiin. Lääkehoidon kannalta tämä tarkoittaa sitä, että potilaalla on oikeus saada tietoa lääkkeistä, niiden käytöstä ja vaikutuksista, lääkehoitoa tulee myös toteuttaa yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaalla on myös itsemääräämisoikeuden ansiosta oikeus kieltäytyä ottamasta lääkkeitä eli potilasta ei voi pakottaa ottamaan lääkkeitä tämä seikka on myös eettisesti tärkeä. Lääkehoidossa tehtävät ratkaisut tulee aina hyväksyttävä potilaalla, potilaan suostumus on ensimmäinen edellytys lääkehoidon toteuttamiselle. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Tornainen, 2006, 87-89; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

2.1.2 Potilasvahinkolaki

Toinen potilasturvallisuuteen liittyvä laki on potilasvahinkolaki, jonka avulla pyritään auttamaan potilasta ja korvaamaan hänelle hoidossa tapahtuneen virheen tai muun ongelman aiheuttamat haitat. Potilasvahinko tarkoittaa vahinkoa, joka aiheutuu potilaan virheellisen tai puutteellisen hoidon vuoksi. Potilasvahinkolaki määrittää, että korvausta suoritetaan henkilövahingosta, jos se on todennäköisesti aiheutunut tutkimuksesta, hoidosta tai muusta vastaavasta käsittelystä tai sellaisesta laiminlyönnistä jossa kokenut terveydenhuollon ammattihenkilö olisi hoitanut, tutkinut tai muuten käsitellyt potilasta toisella tavalla ja näin todennäköisesti pystynyt välttämään vahingon. Henkilövahingosta maksetaan korvausta, jos on todennäköistä, että se on aiheutunut lääkkeen toimittamisesta lain tai asetuksen tai niiden perusteella annettujen määräysten vastaisesti. Muissa tapauksissa korvausta ei suoriteta lääkkeen aiheuttamasta vahingosta (Potilasvahinkolaki 1986/585). Henkilövahingolla tarkoitetaan vammaa, sairautta tai muuta terveydentilan tilapäistä tai pysyvää heikentymistä sekä kuolemaa. Henkilövahinko tapauksissa potilaana pidetään myös lääketieteelliseen tutkimukseen osallis-

tuva tervettä henkilöä sekä veren, kudoksen tai elimen luovuttajaa. (Potilasvahinkolaki 1986/58; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2010.)

Käytännössä vahinkoja ovat suoranaiset laiminlyönnit tai hoitovahingot, sairaalalaitteiden aiheuttamat vahingot, infektiovahingot, hoidon tai kuljetuksen aikana tapahtuvat tapaturmat, huoneisto- tai laitepalot sekä kohtuuttomat vahingot ja lääkevahingot. Potilasvahinkolain tavoitteena on turvata potilaalle korvaus Suomessa annetun terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä aiheutuneesta henkilövahingosta. Korvaus henkilövahingosta tulisi toteuttaa ilman syyllisyyden osoittamista. Jokaisella terveyden- tai sairaanhoitotoimintaa harjoittavalla on oltava vakuutus lainmukaisen vastuun varalta. (Potilasvahinkolaki 1986/585.)

Lääkehoidon poikkeamat ovat yhteydessä potilasvahinkolakiin. Potilasvahinko tarkoittaa vahinkoa, joka aiheutuu potilaan virheellisen tai puutteellisen hoidon johdosta ja lääkehoidon poikkeama on tällainen tapahtuma. Lääkehoidon poikkeamat voivat aiheuttaa vaaratapahtuman, haittaa tai jopa kuoleman potilaalle. Lääkehoito on inhimillistä toimintaa ja siinä tapahtuu valitettavan usein tilanteita, jotka vaarantavat potilaan turvallisuutta. Lääkehoidon poikkeaman tapahtuessa lääkkeen hyödyn sijasta potilaalle voi aiheutua vahinkoa, vaaraa, fyysistä ja henkistä kärsimystä tai taloudellista vahinkoa. Potilasvahinkolain tarkoitus on taata potilaalle jonkinlainen korvaus tapahtuneesta vahingosta eli poikkeamasta. (Veräjänkorva ym. 2006, 98-99; Potilasvahinkolaki 1986/585.)

2.1.3 Terveydenhuoltolaki

Terveydenhuoltolain lähtökohtana on asiakkaiden aseman, hoidon ja palveluiden parantaminen. Laki voidaan liittää potilasturvallisuuteen ja sen parantamiseen. Tavoitteena on antaa asiakkaalle mahdollisuus valita itse hoitopaikkansa, taata palveluiden yhdenvertainen saataavuus ja parantaa hoidonlaatua ja potilasturvallisuutta. Tavoitteena on laatia sairaanhoitopiirin alueelle kunnallisten terveydenhuollon yksiköiden välinen yhteinen potilasrekisteri. Yhteinen potilasrekisteri mahdollistaisi, että potilaan tiedot kulkisivat jouhevasti hoitavien yksiköiden välillä eikä potilaan tarvitsisi kuljettaa tietoja mukanaan, kun hän vaihtaa esimerkiksi hoitopaikkaa. Lain tulisi parantaa hoitoon pääsyä ja vahvistaa kuntien ja perusterveydenhuollon asemaa sekä parantaa erikoissairanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä. Tarkoitus on järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon saumatonta yhteistyötä, tehostaa etenkin vanhenevan väestön, päihdehuollon ja mielenterveytyön, sekä syrjäytymisvaarassa olevien lasten ja nuorten suhteen. (STM 2010; Terveydenhuoltolaki 2010/1326.)

Terveydenhuoltolain myötä terveydenhuollon tarpeet kasvavat ja mahdollisuuksien lisääntyessä myös kustannukset nousisivat. Laissa on esitetty useita keinoja, joiden avulla kustannuksia voitaisiin hillitä kustannusten nousua tulevina vuosina. Alussa tarvitaan jonkin verran lisäresursseja esimerkiksi hoitotakuun parantamiseen, valinnanmahdollisuuksien lisäämiseen ja neuvontapalveluiden tehostamiseen. Mutta tulevina vuosina terveydenhuollon yhteistyö ja ensihoidon kehittäminen, sekä laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvät ratkaisut voivat tuoda keinoja kustannusten kasvun hillitsemiseen. (STM 2010; Terveydenhuoltolaki 2010/1326.)

Terveydenhuoltolain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön hyvinvointia, terveyttä, sekä työ- ja toimintakykyä. Tarkoitus on myös kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja ja toteuttaa tarvittavien palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, parantaa laatua ja potilasturvallisuutta. Tärkeää on lisäksi vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä sekä parantaa terveydenhuollon toimijoiden välistä tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326.)

2.2 Turvallinen lääkehoito

Lääkehoidolla tarkoitetaan tapahtumaa, jossa potilaan terveyden säilyttämiseen tai sairauden hoitoon käytetään lääkettä. Lääkehoito sisältyy olennaisesti hoitotyöhön ja se on tärkeä lääketieteellinen hoitokeino. Lääkehoito on terveyden- ja sairaanhoitoa riippumatta siitä, missä lääkehoitoa toteutetaan. Lääkehoitoa voidaan toteuttaa itsenäisenä hoitona tai muiden hoitomuotojen tukena, esimerkiksi kirurgian ja sädehoidon tukena. Lääkehoidon toteuttamiseen tarvitaan yhteistyötä potilaan, lääkärin, farmaseutin tai proviisorin, ja hoitohenkilöstön kesken. (Veräjänkorva ym. 2006,16.)

Lääke on määritelty laissa aineeksi tai valmisteeksi, jolla pyritään sisäisesti tai ulkoisesti parantamaan, lievittämään tai ehkäisemään sairautta sekä sen oireita (Läkelaki 1987/395). Lääkkeet voidaan jaotella itsehoitolääkkeisiin ja reseptilääkkeisiin. Ilman lääkemääräystä voidaan hankkia itsehoitolääkkeitä, mutta lääkemääräys vaaditaan aina kun ostetaan reseptilääkkeitä. Kun lääkettä käytetään lääketieteellisin perustein sekä ohjeen mukaan sitä käytetään tällöin oikein. Väärää käyttöä taas esiintyy monenlaista, kuten lääkkeen alikäyttöä, liikakäyttöä tai käyttöä ilman lääketieteellistä perustetta. Väärinkäytöllä on usein terveydelle haitallisia vaikutuksia, lääkkeitä voidaan käyttää esimerkiksi huumeena. Lääkkeiden tapakäyttö, eli kun lääkkeitä käytetään vain varmuuden vuoksi, ei myöskään täytä lääketieteellistä perustetta lääkkeen käytölle. (Veräjänkorva ym. 2006, 16.)

Suomessa perustettiin vuonna 2003 lääkeshoidon kehittämisskeskus Rohto edistämään rationaalista lääkehoitoa. Rationaalishella lääkehoidolla tarkoitetaan turvallista, tehokasta, taloudellista ja tarkoituksenmukaista lääkehoitoa. Rohto on sosiaali- ja terveystministeriön alainen asiantuntijaorganisaatio, jonka tehtävänä on koota ja jakaa rationaalista lääkehoitoa edistävää tietoa ja saattaa sitä käytännön toiminnaksi. (Läkkeet ja terveys 2008, 117.)

Läkkeisiin sekä lääkehoitoon liittyvä turvallisuus on keskeinen ja tärkeä osa potilasturvallisuuden kannalta. Turvallinen lääkehoito voidaan jakaa kahteen osa-alueeseen. Ensimmäinen osa-alue koskee farmakologisia ominaisuuksia lääkevalmisteissa, niiden ominaisuuksien tuntemista sekä näin ollen laadukkaasti valmistettuja läkkeitä. Tätä voidaan pitää lääketurvallisuutena. Lääketurvallisuutta arvioi myyntilupamenettely sekä sen jälkeinen lääketurvatoiminta. Lääkehoidon turvallisuuden toinen osa-alue koskee läkkeiden käyttöä sekä lääkehoidon toteuttamista, sitä kutsutaan lääkitysturvallisuudeksi. Vaikka läkkeet ovat saaneet myyntiluvan, jatkuu haittavaikutusten selvittäminen myös luvan myöntämisen jälkeen. (Veräjänkorva ym. 2006, 16.)

Lääkehoidon turvallisuuden ja lääkitysturvallisuuden edistämistä voidaan pitää moniammatillisena haasteena. Sairaanhaitaja kuuluu kyseiseen moniammatilliseen työryhmään, joka vastaa turvallisen, tehokkaan ja taloudellisen lääkehoidon toteutuksesta. Lääkitysturvallisuutta voidaan edistää kun tunnistetaan ja tiedostetaan lääkehoitoon liittyvät riskit ja kehitetään tiedon avulla lääkehoidon turvallisuutta lisääviä keinoja. Tärkeänä osana lääkehoidon ja lääkitysturvallisuuden kehittämissä voidaan pitää terveydenhuollon ammattihenkilöiden lääkehoidon päivittämistä lisä- ja täydennyskoulutuksen avulla sekä itsenäisen opiskelun kautta. (Sulosaari & Kinnunen 2010, 42-43.)

Sosiaali- ja terveystministeriön Turvallinen lääkehoito -opas sisältää ohjeistusta myös turvallisen läkkeen jaon varmentamiseksi. Läkkeitä tulisi jakaa pääsääntöisesti alkuperäisen kirjallisen lääkemääräyksen mukaisesti. Läkkeiden jakaminen suoritetaan asiallisissa ja tarkoitukseen sopivissa tiloissa. Läkkeiden kaksoistarkistusta suositellaan etenkin silloin, kun läkkeitä jaetaan tarjottimelle. Kaksoistarkistus vähentää läkkeiden jakamisen yhteydessä tapahtuvia virheitä. Jaetut läkkeet säilytetään lukituissa tiloissa ja merkitään selkeästi niin, ettei sekaantumisen mahdollisuutta ole läkkeitä annettaessa. Lääkehoidon annostelun varmentamisen tavat on myös huomioitu lääkehoitosuunnitelmassa. Näihin tapoihin lukeutuu esimerkiksi potilaan nimen ja tarkoitettun läkkeenantoajan merkintä lääkelasiin. Erityisesti työyksiköissä, joissa on vähän läkkeenjako koulutusta saanutta henkilöstöä, voidaan hyödyntää läkkeiden annosjakelua. Annosjakelu on kustannustehokasta ja se vapauttaa haittajia potilaiden hoitoon. Annosjakelun eduiksi luetaan lääkekustannuksissa säästäminen, sillä lääkehävikki ja henkilökunnan työmäärä vähenee. Positiivisia vaikutuksia on myös se, että annosjakelu karsii tarpeettomat läkkeet, lisäksi se poistaa mahdolliset päällekkäisyydet ja haitalliset

yhteisvaikutukset. Näillä toimenpiteillä pystytään parantamaan potilasturvallisuutta. (STM 2006, 32-58.)

Lääkeannosten laskuvirheet voivat olla potilaille vaarallisia ja joissakin tapauksissa kohtalokkaita virheitä. Liika lääkeannos tai liian vähän lääkettä voi vahingoittaa potilasta ja tulla yhteiskunnalle kalliiksi. Sairaanhoitajien on osattava laskea lääkeannoslaskut oikein, jotta vaaratilanteilta vältyttäisiin. Riittävät laskutaidot vaaditaan jokaiselta sairaanhoitajalta.

Grandell-Niemi (2005) tutki väitöskirjassaan jo työssä olevien sekä valmistuvien sairaanhoitajien laskutaitoja ja kehitti testin, jolla lääkelaskentataitoja voidaan seurata. Kehitetty testi toimii apuvälineenä hoitajien lääkelaskentataitojen sekä siinä olevien puutteiden selvittämiseen, ammatillisen pätevyyden todentamisessa sekä täydennyskoulutuksen tarpeen osoittamisessa. Testin läpäiseminen osoittaa tekijällä olevan riittävät lääkelaskentataidot.

Tampereen yliopistollisen sairaalan lastenosastolla aloitettiin 2003 kehittämisprojekti, jonka avulla pyrittiin parantamaan lääkehuoltoa. Lääkehuollossa oli havaittu useamman vuoden ajan ongelmia, esimerkiksi lääkevirheitä tai läheltä piti tilanteita, sattui liikaa. Projektin alussa lääkehuollon nykytila kartoitettiin, sekä lääkevirheet ja läheltä piti tilanteet, tuotiin esille. Lääkevirheitä oli osastolla tapahtunut kuluvan vuoden aikana 24:lle 33:sta kyselyyn vastanneesta hoitajasta. Eniten virheitä sattui lääkkeiden annosteluvaiheessa, josta suurin osa oli laimennusvirheitä. Muita virheitä oli lisäksi lääkkeen väärä antonopeus tai antotapa, lääkkeiden oikeanlainen säilytys tai kirjaamisvirhe. Projektin ajaksi osastolle tuli työskentelemään farmaseutti, jonka avulla lääkehuoltoa ryhdyttiin parantamaan. Farmaseutti vastasi lääkkeiden tilaamisesta, laati yhteistyössä laimennus- ja anto-ohjeet yleisemmille lääkkeille, myös lääkehoidon kysymykset saatiin nopeammin ratkaistua farmaseutin asiantuntemuksen avulla. Hoitajat oppivat nopeasti hyödyntämään farmaseutin osaamista ja näin hoitotyölle jäi enemmän aikaa. Projektin loppuvaiheen tuloksena oli että sairaanhoitajien lääkevirheet olivat huomattavasti vähentyneet sinä aikana kun farmaseutti työskenteli osastolla. Projektin tuloksena kehitettiin myös lääkepoikkeamaseurantaa, poikkeamalomaketta kokeiltiin loppuvuoden 2004 aikana ja otettiin käyttöön vuoden 2005 aikana. (Korpimäki 2005, 34-35.)

2.3 Eettisyys lääkehoidossa

Hoitohenkilökunnan toteuttaman lääkehoidon eettisyys sisältää vastuun ihmisestä sekä tehtävästä. Vastuu ihmisestä edellyttää, että hoitohenkilökunnalla on tarvittava tieto etiikasta ja arvoista niin yleisellä kuin yksilöllisellä tasolla. Vastuu tehtävästä edellyttää, että hoitohenkilökunnalla on koulutuksensa ja kokemuksensa kannalta oikeus ja mahdollisuus toteuttaa lääkehoitoa ja auttaa toisia. Jotta hoitaja voi ottaa vastuuta tehtävistään lääkehoidossa, häneltä

vaaditaan erityistä osaamista ja tarkkuutta lääkkeiden annostelussa, antamisessa ja vaikutuksen seurannassa. (Veräjänkorva ym. 2006, 84-87; Leino- Kilpi & Välimäki. 2003.) Lääkintä- ja hoitoetiikkaan kuuluu elämän ja ihmisarvon kunnioittamisen periaatteet sekä hoitamisen, itsemääräämisen, oikeudenmukaisuuden ja hyödyn maksimoimisen periaatteet, nämä periaatteet toimivat hyvin hoitajan toimintaa ohjaavina arvoina. (Launis 1995, 33.)

Hoitohenkilökunnan toimintaa ohjaavat lääkehoidon eettiset periaatteet. Nämä periaatteet toimivat lääkehoidon laatuvaatimuksena. Kun periaatteita noudatetaan, potilaan lääkehoidon tulisi olla hyvää ja laadukasta. Periaatteet, jotka hoitajan toimintaa ohjaavat ovat oikea lääke, oikea annos, oikea antoaika, oikea antotapa, oikea potilas, oikea potilaan ohjaus ja oikea dokumentointi. Jos hoitaja seuraa tarkasti näitä eettisiä periaatteita, ei lääkepoikkeamia tulisi syntyä. (Veräjänkorva ym. 2006, 84-87; Leino-Kilpi & Välimäki. 2003.) Hoitohenkilökunnan toimintaa säätelee eettisten ohjeiden lisäksi myös lait, kuten laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä ja laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta. Kyseiset lait asettavat hoitajan toiminnalle tietyt rajat, kaikkien ammatillisten päätösten tulisi pysyä näiden yhteisten rajojen sisällä. Kenelläkään ei ole lupaa asettua oikeussäännösten yläpuolelle, vaikka ajattelisikin sen olevan potilaan parhaaksi. (Jahren-Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006, 148; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 312/2011; Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999.)

Potilaan eettiset oikeudet lääkehoidossa sisältävät itsemääräämisoikeuden, oikeuden yksityisyyteen ja koskemattomuuteen sekä oikeuden tiedonsaantiin ja suostumuksen antamiseen. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan, että potilaalla on oikeus tehdä valintoja ja päätöksiä koskien hänen terveyttään ja hoitoaan. Jotta itsemääräämisoikeus tapahtuisi, potilaan tulisi hyväksyä hänen lääkehoitoaan koskevat päätökset. Aina ei ole mahdollista toteuttaa itsemääräämisoikeutta, sillä joskus potilaan päätökset voivat tuottaa haittaa hänelle itselleen tai muille. On olemassa lakeja, jotka rajoittavat potilaan vapautta osallistua hoitoaan koskeviin päätösten tekoon. Potilaan mielenterveys, ikä tai terveydentila voivat olla sellaisia syitä, jonka takia potilas ei ole kykenevä tekemään päätöksiä hoidostaan. (Veräjänkorva ym. 2006, 87-88; Leino- Kilpi & Välimäki 2003.) Esimerkiksi mielenterveyslain mukaan mielisairaaksi todettu henkilö voidaan ottaa psykiatriseen hoitoon tahdosta riippumatta, jos hoitoon ottamattomuus pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vaarantaisi muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta. Tartuntatautilaki velvoittavat alan ammattilaiset hoitamaan potilasta jopa vastoin hänen omaa tahtoaan. Se hyväksyy eristämisen toisten ihmisten turvallisuuden takaamisen vuoksi. (Kalkas & Sarvimäki 2002, 174-176; Mielenterveyslaki 1990/1116; Tartuntatautilaki 1986/583.)

Potilaalla on oikeus myös fyysiseen, henkiseen, sosiaaliseen ja tiedolliseen yksityisyyteen. Hoitajan tulee lääkehoitoa toteuttaessaan ottaa nämä huomioon. Jotkut lääkkeen antotavat

saattavat uhata potilaan yksityisyyttä ja siksi lääkehoidon toteuttaminen vaatii hoitajan ja potilaan hyvää yhteistyötä, keskustelua ja ymmärrystä. Potilasta hoitaessa tulee ottaa huomioon myös luottamuksellisuus, salassapitovelvollisuus sekä potilaan oikeus kieltää luovuttamasta omaisille tietoa hänen terveyden- ja sairauden tilastaan. Potilaalla on oikeus tiedonsaantiin ja suostumuksen antamiseen, tämä tarkoittaa sitä, että potilaan on saatava kuulla hoitoaan koskevat asiat jotta hän pystyy tekemään päätöksiä hoidostaan ja käyttämään itsemääräämisoikeuttaan. Suostumuksen antaminen taas tarkoittaa potilaan myöntymistä lääkehoidon aloitukselle sairauden tilan estämiseksi, parantamiseksi tai lievittämiseksi. Tiedonsaanti edellyttää hyvän hoitosuhteen, jossa vallitsee molemminpuolinen avoin kommunikaatio. (Veräjänkorva ym. 2006, 88-90; Leino-Kilpi & Välimäki 2003.)

Läkehoidon eettisiä haasteita ja ongelmakohtia voi ilmetä hoitajan ja potilaan tai tämän omaisen välillä, hoitajien välillä, hoitajan ja muun lääkehoitoon osallistuvan henkilön välillä tai hoitajan ja toimintayksikön välillä. Näiden eettisten ongelmien ratkaiseminen ei ole helppoa ja ne vaativat hoitajalta ammattitaitoa ja eettisten periaatteiden hallitsemista. Hoitajan päätösten pohjana on kuitenkin aina potilaan hoidon edistäminen. Eettisten haasteiden ja ongelmien ratkaisut ovat aina ainutkertaisia eikä niitä voi ratkaista aikaisemman tapahtuman perusteella sillä jokainen ongelma-tilanne on yksilöllinen ja erilainen. Hoitaja voi tehdä ratkaisun eettisten periaatteiden mukaan, tekemällä velvollisuutensa tai kiinnittämällä huomion teon seurauksiin tai ammatilliseen osaamiseen ja saada sitä kautta ratkaisun ongelmaan. (Veräjänkorva ym. 2006, 90-94; Leino-Kilpi & Välimäki 2003.) Eettistä ongelmanratkaisua tehdessään ja vaihtoehtoja punnitessaan hoitaja voi miettiä, miten haluaisi itseään tai omaisiaan hoidettavan samassa tilanteessa. Nykyään hoitopäätösten tueksi löytyy laajoja tietokantoja, kuten esimerkiksi Duodecimin Terveysportti. Empatia ja myötäeläminen ovat myös yksi osa hyvää hoitopäätöksen tekoa. (Keistinen 2006, 18-20.)

2.4 Lääkehoitosuunnitelma

Lääkehoitosuunnitelman tarkoituksena on esitellä lääkehoidon prosessin kuvaus, toiminta- ja työyksikön lääkehoidon sisällön ja tarpeiden analysointi, henkilöstörakenteen tehtävien kuvaus, vastuualueiden määrittäminen, lääkehoidon osaamisen arviointi, varmistaminen ja ylläpitäminen sekä lääkehoidon toteuttamista koskevat lupakäytännöt. Lääkehoitosuunnitelma sisältää myös lääkehuoltoa, lääkehoidon dokumentointia ja vaikuttavuuden arviointia sekä potilaan ohjausta ja neuvontaa koskevia asiakokonaisuuksia. Lääkehoitosuunnitelman laatimisessa, toteuttamisessa ja seurannan organisoinnissa vastuussa on sosiaali- tai terveydenhuollon toimintayksikön johto. Toimintayksikön johdon ohella lääkehoitosuunnitelman laatimiseen osallistuvat toiminta- ja/tai työyksikön terveydenhuollosta/lääketeieteellisestä toiminnasta

vastaava lääkäri, hoitotyöstä tai toimintayksikön lääkehoidosta vastaava henkilö tai yksikkö kuten sairaala-apteekki tai lääkekeskus sekä hoitohenkilöstö joka osallistuu lääkehoitoon. Lääkehoitosuunnitelma tarkastetaan vuosittain ja päivitetään tarvittaessa. Lääkehoitosuunnitelman laatimista on koordinoitu alueellisesti, laatimisen ja toteuttamisen valvonta kuuluu lääninhallitukselle, lääninhallitukset voivat pyytää lääkehoitosuunnitelman käyttöönä esimerkiksi lupatarkastuksen tai muun tarkastuksen yhteydessä. (STM 2006, 43.)

Lääkehoitosuunnitelman osa alueet ovat seuraavat:

1. Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat
2. Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen
3. Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako
4. Lupakäytännöt
5. Lääkehuolto; lääkkeiden tilaaminen, säilytys, valmistaminen, käyttökuntoon saattaminen, palauttaminen, lääkeinformaatio, ohjaus ja neuvonta
6. Lääkkeiden jakaminen ja antaminen
7. Potilaiden informointi ja neuvonta
8. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi
9. Dokumentointi ja tiedonkulku
10. Seuranta- ja palautejärjestelmät

(STM 2006, 43).

2.4.1 Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi

Lääkehoitosuunnitelmassa määritellään, kuinka toimintayksikössä arvioidaan lääkehoidon vaikuttavuutta ja tarkoituksenmukaisuutta. Vaikuttavuuden arviointi sisältää lääkkeiden mahdollisten yhteisvaikutusten, lääkehoidon oletettujen sivu- ja haittavaikutusten sekä positiivisten vaikutusten seurannan ja arvioinnin. Lääkkeen antajan tulee olla tietoinen lääkkeen vaikutuksista ja seurata vaikutuksia potilaassa lääkettä annettaessa sekä sen jälkeen. Lääkärin tehtävänä on varmistaa lääkettä määrättäessä, että lääkkeen antajalla on tarvittavat tiedot lääkkeen vaikutuksista. Vaikutusten raportointiin ja kirjaamiseen on myös kiinnitettävä huomiota. Lääkehoidon tilanteet, joissa hoitavaa lääkärinä täytyy konsultoida ja informoida määritellään lääkehoitosuunnitelmassa. Kyseisiä tilanteita esiintyy esimerkiksi silloin, kun potilas saa jostain syystä vääriä lääkkeitä. Lääkärin arvioidessa lääkehoidontarpeen säännöllisesti uudelleen, voidaan sen perusteella muuttaa hoitoa tarpeiden edellyttämällä tavalla. (STM 2006, 60.)

Lääkehoidon kokonaisuuden kannalta katsottuna lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi on tärkeää. Hoitolaitoksien sekä sairaaloiden henkilökunta, joka toteuttaa lääkehoitoa, myös seuraa potilaan vointia ja havainnoi mahdollisia lääkehoidon sivu- ja haittavaikutuksia. Lääkehoitoa toteuttava henkilöstö seuraa ja arvioi lääkehoidon vaikuttavuutta yhdessä lääkärin ja potilaan kanssa. Lääkehoidon toteuttaminen ja sen vaikuttavuus on syytä kirjata asianmukaisesti. Lääkehoidon ensisijainen tavoite on positiivinen muutos, joka on ehto hoidon jatkamiselle. Lääkehoidon aiheuttaessa potilaalle sivu- ja haittavaikutuksia tai lääkehoito ei vaikuta potilaan tilaan toivotulla tavalla, on lääkärin arvioitava hoidon jatkaminen tai muuttaminen. (STM 2006, 37.)

Lääkehoitoon kuuluu osana hyöty- ja haittavaikutusten arviointi. Lääkehoidon hyötyvaikutukset suhteutetaan mahdollisesti myös aiheutuviin haitallisiin vaikutuksiin sekä hoitamattoman sairauden riskitekijöihin. Äkillinen vakava sairaus voidaan usein hoitaa lääkkeillä, vaikka haitalliset tekijät ovat tiedossa, hyöty lääkkeistä on tällöin kuitenkin suurempi kuin mahdolliset haittavaikutukset. Pitkäaikaisten ja lievien sairauksien hoidossa taas ei yleensä sallita yhtään haittavaikutuksia. Haittavaikutukset johtuvat yleensä lääkemolekyylin ominaisuuksista joihin potilas reagoi tai ne voivat johtua myös poikkeamasta lääkehoidon toteuttamisessa. Lääkevalmisteen tavanomaisesta käytöstä johtuvista haittavaikutuksista tiedotetaan aina lääkkeiden pakkausselosteissa. (Nurminen 2006, 66-67.) Haittavaikutusten vuoksi lääkitystä ei kuitenkaan aina tarvitse lopettaa, sillä muuttamalla lääkkeen annostusta voidaan saavuttaa parempi hoito ilman haittavaikutuksia. Lääkkeistä aiheutuvia haittavaikutuksia voidaan ehkäistä kiinnittämällä huomiota aiheettomien lääkkeiden käyttöön. Yhteisvaikutuksilta vältytään myös valitsemalla lääkkeitä tietyn terapiaryhmän sisältä. (Nurminen 2010, 56; Laine 2005, 117.)

Lääkehoidon haittavaikutukset tulisi hoitajan tuntea ja pystyä tunnistamaan potilaasta. Haitat voivat ilmestyä yllättäen ja aiheuttaa vaaratilanteen potilaalle. Hoitajalla onkin oltava taitoa tunnistaa tilanne nopeasti, jotta ensiapu voidaan aloittaa ja lääkäri hälyttää paikalle. Haittavaikutukset voivat toisaalta ilmaantua myös pitkän ajan päästä, jolloin niiden yhdistäminen lääkehoitoon saattaa olla hankalaa. Potilaan ollessa tajuissaan pystyy hän itse ilmaisemaan tuntemuksiaan hoitajalle, jolloin lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi on helpompaa. Potilaan, jonka kanssa ei pystytä kommunikoimaan, lääkehoidon vaikutuksen arviointi jää hoitajan omien havaintojen varaan. Hoitajan tulisi ilmoittaa haittavaikutuksista ensisijaisesti lääkärille. Akuuttihoitossa lääkäri onkin jatkuvasti tavoitettavissa, mutta pitkäaikaishoidossa lääkäri ei kuitenkaan aina ole paikalla. (Veräjänkorva ym. 2006, 35.)

Lääkkeet vaikuttavat jokaiseen ihmiseen eri tavoin, tätä sanotaan lääkevasteeksi. Lääkevaste on yksilöllinen, siihen vaikuttaa potilaan ikä, yliherkkyydet ja sairaudet. Vasteeseen vaikuttaa myös sairauden vaikeusaste, joka voi vaihdella eri potilailla. Lisäksi ihmisillä on eroavuuksia

elimistön kyvyssä käsitellä lääkkeitä, esimerkiksi erot metaboliassa ja munuais erityyksessä vaikuttavat lääkevasteeseen. Lääkehoidon teho ja haittavaikutusten esiintyminen voivat muuttua lääkeinteraktiossa, lääkevasteeseen vaikuttavat myös toleranssi ja resistenssi. Toleranssissa potilaan hoidon aikana vaste lääkkeeseen heikkenee ja potilas tarvitsee yhä suuremman annoksen lääkettä, elimistön sopeutuessa vähitellen lääkkeeseen. Resistenssissä lääkkeitä vähenee tai puuttuu kokonaan sen toivottu vaikutus. (Veräjänkorva ym. 2006, 74-76.)

Vanhuksilla lääkkeet hajoavat ja poistuvat hitaammin elimistöstä. Kudosten vesipitoisuus vähenee ja rasvan määrä suhteessa kasvaa. Maksan ja munuaisten toiminnassa tapahtuu muutoksia. Maksan verenkierto heikkenee ja tästä johtuu joidenkin lääkeaineita hajottavien entsyymien toiminnan hidastuminen. Munuaisten kyky erittää lääkeaineita ja hajoamistuotteita virtsaan hidastuu ja tämä voidaan havaita yleensä kreatinipitoisuuden nousuna. Iäkkäillä ihmisillä lääkkeenvaiikutukset ovat usein voimakkaampia kuin nuoremmilla, ja kyky sietää lääkkeiden haittavaikutuksia laskee. (Veräjänkorva ym. 2006, 78-79.) Iäkkäillä lääkkeiden haittavaikutukset ovat erilaisia kuin nuoremmilla. Iäkkäillä oireina voi esiintyä muistin heikkenemistä, väsymystä, masennusta, sekavuutta, huimausta ja kaatuilua. Iäkkäiden lääkehoidossa ongelmia ovat esimerkiksi usean lääkkeen päällekkäinen käyttö, ali- tai yllilääkitys, kokonaisuuden hallitsemattomuus sekä liiallinen psykiatrisien lääkkeiden käyttö. Näihin tulisi kiinnittää huomiota ja saada haittavaikutukset mahdollisimman vähäisiin. (Kivelä 2004.)

Säännöllinen lääkityksen kokonaisarviointi on tärkeä osa vanhuksen, kuin myös muiden lääkkeitä käyttävien potilasryhmien kokonaisvaltaista hoitoa. Vanhuksen lääkehoidossa on otettava huomioon kaikki hänen sairautensa, niihin käytettävät lääkkeet sekä näiden yhteensopiavuus. Lääkityksen arviointia on erityisesti toteutettava silloin, kun potilaalla on paljon lääkkeitä, niiden indikaatio on epäselvä tai kun ollaan suunnittelemassa uuden lääkkeen aloitusta. Lääkärin aloittaessa potilaalle uuden lääkkeen on hänen otettava vastuu potilaan lääkityksen kokonaisuudesta. Usein kynnys lääkkeen lopettamiseen on korkeampi kuin lääkkeen aloittaminen. Tämän vuoksi potilaan hoidon aikana lääkekuorma yleensä kasvaa. Kotiutusvaiheessa on myös syytä arvioida lääkehoidon kokonaisuutta uudelleen. Vanhusten lääkehoidon kokonaisarviointia on suositeltava tehdä vähintään vuosittain. (Klaukka, Helin- Salmivaara, Huupponen, Idänpään- Heikkilä 2007.) Iäkkäiden kohdalla vältettävistä lääkkeistä on olemassa suosituksia, jotka perustuvat lääkkeiden haittavaikutuksiin tai mahdollisiin vakaviin interaktioihin. Yhdysvaltalainen tutkimus tutki ja päivitti yli 65-vuotiaiden käyttämien lääkkeiden haitallisia vaikutuksia Beersin kriteerien mukaan. Tutkimustuloksina saatiin 48 lääketä/läkeluokkaa, joita tulisi välttää iäkkäiden lääkehoidossa. (Beers, Cooper, Fick, Maclean, Wade & Waller 2003.) Samantyyppinen tutkimus on tehty Ranskassa vuonna 2007 eri ikäryhmälle, Laroche'n kriteerien mukaan. Tutkimuksen kohteina olivat yli 75-vuotiaat vanhuksat. Tuloksina saatiin 36 lääkettä/läkeriä, joita tulisi välttää iäkkäiden lääkehoidossa. Lääk-

keillä oli haittavaikutuksia, yhteisvaikutuksia tai ne todettiin tehottomiksi. (Charmes, Laroche & Merle 2007.)

Valtakunnalliseen haittavaikutusrekisteriin kerätään tiedot kotimaassa havaitusta haittavaikutuksista. Tähän rekisteriin voivat lääkärit ja hammaslääkärit ilmoittaa havaitsemansa tai epäilemänsä lääkkeen haittavaikutuksen. Lääkkeisiin liittyvä haittavaikutusilmoitus tehdään lääkelaitokselle sille tarkoitettuun lomakkeeseen. (STM 2006, 62.) Vuonna 1968 perustettua WHO:n koordinoimaa haittavaikutusrekisteriä toteutetaan jo 100 maassa. Suomessa on ollut käytössä kansallinen rekisteri vuodesta 1966 ja sähköisessä muodossa rekisteri on ollut vuodesta 1973 lähtien. Rekisterin haittailmoitus tiedot saadaan levitettyä nopeasti ympäri maailmaa. Lääkelaki ei kuitenkaan ainakaan vielä velvoita Suomessa haittavaikutuksen tekoon, vaan se on vapaaehtoinen järjestelmä. (Kalliokoski 2011b.)

Suomessa tilastotietoa lääkkeiden haittavaikutuksia kertyy Fimean (ent. Lääkelaitos) haittavaikutusrekisteriin ja lääkevahinkovakuutuksen tilastoihin. Lääkehaittojen määrälliseen arviointiin kumpikaan rekistereistä ei silti sovellu. Fimean haittavaikutusrekisteri toimii samoilla periaatteilla kuin muissakin teollisuusmaissa, se kerää ilmoituksia ainoastaan lääkäreiden epäilemistä lääkkeiden haittavaikutuksista. Pääasiassa tietoa kerätään vakavista haittavaikutuksista sekä silloin, kun kyseessä on uusi lääke. Haittavaikutusten ilmoittaminen on kuitenkin vähäistä. Vähäisen ilmoittamisen lisäksi haittavaikutusrekisterin tiedonkeruun ongelmana on lääkkeen aiheuttaman lisäriskin erottaminen taustariskistä, tämä vaikeutuu sitä mukaan, mitä yleisempi sairaus on kyseessä. (Palva 2009.)

Fimean haittavaikutusrekisteriin ilmoitettiin 1248 lääkkeenhaittavaikutus epäilyä vuonna 2008 ja vuonna 2009 ilmoituksia tehtiin 1143 kappaletta. Haittavaikutusilmoitusten lukumäärä ei kuitenkaan ole lääkeaineiden vaarallisuuden mittari, lääkeaineiden turvallisuutta ei voi vertailla rekisteriin tulleiden ilmoitusten perusteella. Ilmoitusten määrään voi vaikuttaa esimerkiksi mediaan nousseet lääketurvallisuusasiat, lääkkeen käyttömäärä ja lääkkeen markkinoille tulo ajankohta. Haittavaikutuksien ilmoittaminen on todella tärkeää, sillä etenkin harvinaiset haitat ja yhteisvaikutukset saattavat tulla esiin vasta sen jälkeen kun lääke on tullut markkinoille. (Kalliokoski 2011a.) Uuden lääkkeen tullessa markkinoille, tiedot sen haittavaikutuksista ovat melko rajalliset, sillä kliinisissä tutkimuksissa tutkittavia henkilöitä on vähän, noin tuhat potilasta. Harvinaiset haitat ja yhteisvaikutukset toisten lääkkeiden kanssa ilmenevät usein vasta silloin, kun lääkkeen käyttö laajenee valikoitumattomiin potilaisiin joilla saattaa olla useampia eri sairauksia ja lääkityksiä. (Kalliokoski 2011b.)

Suomi ja Ruotsi ovat yhteistyössä olleet rakentamassa lääkeinteraktiotietokantaa, joka pitää sisällään keskeisimmät lääketieteelliset tiedot lääkkeiden yhteisvaikutuksista. Kyseinen tietokanta voidaan asentaa moduuliksi elektronisiin potilastietojärjestelmiin, jotka tunnistavat

potilaan nykylääkityksen. Lääkärin valitessa uutta lääkettä, järjestelmä automaattisesti varoittaa mahdollisista yhteisvaikutuksista reaaliaikaisesti. Järjestelmä myös ehdottaa lääkevalintoja, joilla yhteisvaikutukset voidaan välttää. (Laine 2005, 119.)

STM (2006, 61) mukaan lääkehoidon vaikuttavuuden arviointia koskevat ydinalueet ovat lääkehoidon tarkoituksenmukaisuus, yhteisvaikutukset, päällekkäisyydet, vaikutusten seuranta ja säännöllinen lääkityksen kokonaisarviointi. Lisäksi vaikuttavuuden arviointiin kuuluu toivotut hyödyt ja myönteiset vaikutukset, sivu- ja haittavaikutukset sekä toiminta väärän lääkityksen ja lääkeannostelun jälkeen.

2.4.2 Lääkehoidon seuranta- ja palautejärjestelmät

Lääkehoidon poikkeamia tapahtuu silloin, kun poiketaan normaalista lääkehoidosta tai kun lääkehoidon suorituksessa tapahtuu epätarkkuutta. Poikkeama aiheuttaa pahimmassa tapauksessa vaaratilanteen, josta koituu potilaalle haittaa. Poikkeama voi aiheutua jonkun tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojauksen heikkenemisestä. Poikkeama-sanan sijasta käytetään usein virhe-sanaa, joka on kuitenkin kaiultaan negatiivinen, joten on suositeltavaa käyttää lääkehoidon yhteydessä sanaa poikkeama. Lääkehoidossa poikkeamaa voidaan määritellä suppeasti jonkun osa-alueen laiminlyönniksi, jolloin hyöty voi jäädä potilaalta saamatta. Sitä voidaan määritellä myös laajasti kokonaan virheelliseksi toiminnaksi, jolloin haittavaikutukset ovat hyötyjä suuremmat. Potilaalle voidaan aiheuttaa vaaratilanne, tarpeetonta fyysistä tai henkistä kärsimystä, taloudellisia vahinkoja sekä pysyviä haittoja. (Veräjänkorva ym. 2006, 99.) Tutkimuksissa, jotka perustuvat potilaiden sairaskertomuksiin, on todettu terveydenhuollon virheiden johtaneen haittaan noin yhdellä kymmenestä potilaasta ja vakavampaan haittaan tai peräti kuolemaan noin yhdellä sadasta. Suurin osa haitoista olisi estettävissä jos virhe-tapahtumat, läheltäpiti tilanteet sekä vahinko-tekijät perusteellisesti kartoitettaisiin sekä raportoitaisiin. (Pasternack 2006.)

Lääkepoikkeamariskejä syntyy lääkehoitoprosessin eri vaiheissa. Esimerkiksi lääkehoidon tarpeen arvioinnissa, silloin kun lääkehoidon tarvetta ei tunnisteta. Lääkkeen määräämisessä on myös omat riskinsä, lääkemääräys voi osoittautua virheelliseksi, lääkemääräys voidaan ymmärtää väärin tai lääkemääräystä ei ole. Lääkkeen annostelussa riskejä syntyy, kun lääkehoito suunnitellaan väärin tai lääkeannoksessa tai antonopeudessa on poikkeama. Lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa puolestaan riskitekijöitä tulee, kun lääke laimennetaan väärin tai aseptiikka on puutteellista. Myös liian pitkä säilytysaika lisää poikkeamariskiä. Riskitekijöitä syntyy myös puutteellisesta potilasohjauksesta, kun potilasta ei ohjata tai potilasohjaus on epämääräistä. Lääkkeen antamisessa lääkepoikkeamariskejä esiintyy, kun potilas osoittautuu

vääräksi, lääke annetaan liian nopeasti tai antoreitti on väärä, antotekniikka on virheellinen, lääke annetaan vääränä ajankohtana tai lääke jää kokonaan antamatta. Lääkehoidon seuranta ja vaikuttavuuden arvioinnissa lääkepoikkeamariskit lisääntyvät silloin, kun lääkehoito jää dokumentoimatta, seuranta ei suunnitella tai kirjata ja lääkehoidon vaikuttavuuden arviointia ei tehdä. (Sulosaari 2010, 52.)

Poikkeamat lääkehoidossa syntyvät yleensä vahingossa, mutta myös silloin, kun toimitaan rutiininomaisesti. Lääkehoidosta tulee usein rutiininomaista, samat potilaat ja samat lääkkeet. Tämä johtaa siihen, ettei hoitaja välttämättä pysy valppaana eikä näin ollen kyseenalaista totuttuja lääkehoitokäytäntöjä, näin poikkeamat saavat mahdollisuuden syntyä. Lääkehoidon poikkeamat luokitellaan syiden sekä seurausten perusteella. Vakavin seuraus on poikkeaman johtaminen potilaan kuolemaan. Lievimmissä seurauksissa ei välttämättä tarvita lisä hoitotoimia. Syyt voivat puolestaan johtua hoitoympäristöstä sekä hoitajien riittämättömästä osaamisesta. Poikkeamia aiheuttavat yleisesti lääkehoidon tilojen puute, keskittymistä haittaavat tekijät, työskentelyn keskeytyminen, lääkemääräysten epäselvyys, puutteellinen tiedottaminen ja perehdytys, samankaltaisten lääkkeiden sekä potilaiden nimet, usein vaihtuvat potilaat sekä suuri hoidon tarve. Usein myös henkilökuntaa on liian vähän suhteessa potilas määrään. Poikkeamia aiheuttaa lisäksi hoitajien puutteelliset tiedot, taidot ja kokemus lääkehoidossa. Eniten poikkeamia tapahtuu annostelussa. (Veräjänkorva ym. 2006, 99.)

Kansainvälinen tutkimus esittää, että sairaanhoitajilla on tärkeä rooli lääkehoidon poikkeamien ehkäisyssä. Sairaanhoitaja vastaa usein varsinkin sairaalassa potilaan lääkehoidosta ja heillä onkin ensisijainen vastuu hallita potilaiden lääkehoidon toteutus osastoilla. Sairaanhoitajan tehtävänä on ratkaista lääkehoito turvallisesti osastolla ja näin vapauttaa potilas vastuusta. Lääkevirheiden ehkäisyssä sairaanhoitajat tarvitsevat farmakologian sekä potilasohjaus koulutusta. Sairaanhoitajat tarvitsevat lisäksi tietoa noudattaakseen oikein lääkärin määräämää lääkehoitoa, kuten tietoa oikeiden annosten laskemiseen sekä lisälääkkeiden käyttöön omien lääkelupien mukaisesti. Työyksiköissä pitäisi olla sairaanhoitajille helposti käytettävissä oleva virallinen järjestelmä, josta voisi päivittää lääkityksen tiedot, potilaan tiedot sekä lääkkeiden terapeuttiset suuntaviivat. Tieto olisi hyvä esittää valmiiksi käytettävässä muodossa, jotta vältettäisiin virheelliset tulkinnot. (Airaksinen, Otero, Schmitt, Cousins, Gustafsen, Hartmann, Lyftingsmo, Muff, Thors & Vlcek 2006.)

Seuranta- ja palautejärjestelmän tarkoituksena on tuottaa tietoa, joka palvelee toiminnan kehittämistä työyksiköissä. Lääkehoitosuunnitelman mukaisesti käytännön lääkehoidon toteuttamista seurataan työyksikkö ja toimintayksikönsäällä, aina säännöllisin väliajoin. Lääkehoitosuunnitelman keskeisiä osia ovat hoidossa tapahtuvat poikkeamat, niistä ilmoittaminen, poikkeamien seuranta ja niistä oppiminen. Poikkeamien ilmoittamista varten on lomake, jonka toimintayksiköt ottavat käyttöön. Lääkehoitosuunnitelmassa ohjeistetaan lisäksi, että

poikkeamista tulee ilmoittaa potilaalle. Poikkeamista ilmoittaminen kuuluu lääkehoidon koulutuksen saaneelle sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilölle. Potilaan informointi on tärkeää etenkin silloin, kun poikkeamista aiheutuu tai on mahdollista aiheutua joitakin seurauksia potilaalle. Nykypäivänä lääkehoitopoikkeamista voidaan tehdä myös sähköinen ilmoitus, kehityksen alla on valtakunnallinen rekisteri, joka tehostaisi lääkepoikkeamista oppimista. Poikkeamista oppiminen ja palautteesta hyötyminen on huomioitu lääkehoitosuunnitelmassa erityisen tarkasti. Organisaation rakentava ja avoin ilmapiiri on edellytyksenä raportointijärjestelmän toimivuudelle. Palautteen hyödyntäminen kuuluu työyksikölle ja toimintayksikölle. Raportointijärjestelmän tarkoituksena on korostaa poikkeamista oppimista ja syiden seuranta, jotka ovat johtaneet poikkeamaan yksittäisten tekijöiden sijaan. (STM 2006, 45-62.)

Superin (Suomen lähi- ja perushoitajaliitto) laatiman esimerkki lääkehoitosuunnitelman mukaan potilaan virheellisestä lääkitys tilanteesta ilmoitetaan välittömästi lääkärille sekä potilaalle tai hänen omaisilleen. Hoitohenkilökuntaa kannustetaan tuomaan virheet julki avoimesti, jolloin saadaan aikaan rakentava ilmapiiri. Tilanteet dokumentoidaan ja käsitellään kuukausittain osastokokouksissa. Näin virheistä opitaan ja samalla parannetaan lääkehoidon toteutuksen laatua. (SUPER 2006.)

Yhdysvaltain Institute of Medicinen julkaiseman raportin mukaan raportointijärjestelmistä voidaan saada irti kahdenlaista hyötyä. Raportointijärjestelmä voi tuoda lääkehoitoa suorittavan henkilön toimintaan enemmän vastuullisuutta ja ne pystyvät tarjoamaan tietoa, joka johtaa turvallisuuden parantamiseen. (Kohn, Corrigan & Donaldson 2000, 86). Seuranta- ja palautejärjestelmien tärkeimmät pääkohdat ovat; poikkeamista ilmoittaminen ja niiden kirjaaminen, poikkeamista ilmoittaminen potilaalle, poikkeamien raportointijärjestelmä, poikkeamien seuranta ja käsittely, palautteen hyödyntäminen sekä poikkeamista oppiminen ja toimintatapojen muuttaminen. Näiden pääkohtien noudattaminen luo mahdollisuuden työyksikön toiminnan kehittymiselle. (STM 2006, 62.)

Peijaksen sairaalassa (HYKS) toteutettiin vuonna 2004 projekti, viisas oppii virheistä (VIIVI), jossa seurattiin neljän kuukauden ajan erilaisten hoitoon liittyvien virheiden esiintyvyyttä. Projektin tavoitteena oli lisätä potilasturvallisuutta saattamalla virheet esille, jotta niiden toistumista voidaan ehkäistä. Projektin aikana virheilmoituksia kertyi 210, josta lääkehoitoon liittyviä oli 129 kpl. Näistä määräysvirheitä, kuten allergiaa lääketä kohtaan, oli 20%, kirjaimisvirheitä, kuten määräyksen siirto virheellisesti annoskorttiin, oli 34 %, jakeluvirheitä, kuten väärän lääkkeen jako tarjottimelle, oli 15 %, antovirheitä, kuten lääkkeen anto väärälle ihmiselle, lääkkeen antaminen määräyksen loputtua tai sen antamatta jättäminen, oli 31 %. Lääkevirheiden käsittely ja niiden esille nostaminen loi Peijaksen sairaalan projektissa mukana olleille osastoille uusia toimintatapoja, ne toi myös esille koulutus tarpeita sekä sai henki-

lökunnan sitoutumaan yhteisiin toimintatapoihin, siitä miten lääkehoitoon liittyvät asiat toteutetaan. Osastoilla tehostettiin myös kirjaamista sekä lisättiin lääkehoidon koulutusta. (Ritmala-Castren 2005, 26-29.)

HaiPro on raportointimenetelmä potilasturvallisuutta vaarantaville tapahtumille. Se on käytössä jo yli sadassa eri sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. HaiPro on järjestelmällinen ja helppokäyttöinen ohjelma, jonka avulla voidaan oppia vaaratapahtumista. HaiPro on kehitetty yhteistyössä terveydenhuollon yksiköiden, sosiaali- ja terveysministeriön, lääkelaituksen kanssa ja VTT:n rahoituksella, sen ylläpidosta vastaa Awanic Oy. (HaiPro 2011.) HaiPro raportointijärjestelmän mukaan yleisin ilmoitettu lääkepoikkeama on jakovirhe, joihin luokitellaan läheltäpiti- tilanne sekä antovirhe, myös kirjaamiseen liittyvä virhe oli yleinen (STM 2008, 30).

Vaasan sairaanhoitopiirissä otettiin käyttöön vuonna 2007 vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro. HaiPro kattaa koko Vaasan erikoissairaanhoidon ja on internetpohjainen vaaratapahtumien raportointi sekä käsittelyjärjestelmä. Myöhemmin mukaan on tullut sairaanhoitopiirin terveyskeskukset sekä ensihoito. Internetin kautta tehtävät vaaratapahtuma ilmoitukset ovat nopeita ja helppoja tehdä ja koulutukseen onkin panostettu, jotta jokaisella olisi valmiudet käyttää HaiPro-ohjelmaa. Järjestelmän käyttöön oton ensimmäisenä vuotena ilmoituksia kertyi yhteensä 1212. Ilmoituksista puolet oli ns. läheltä piti-tilanteita ja puolet varsinaisia haitta-tapahtumia. Ilmoitusten käsittelyyn päädyttiin Vaasassa käyttämään käsittelijäpari-menetelmää. Ilmoitukset käsitellään pääasiassa työyksikkökohtaisesti ja samalla tehdään kehittämis ehdotuksia. HaiPro-ohjelman haasteina on koettu koko henkilökunnan motiivointi ilmoitusten tekoon, myös ilmoitusten käsittely on ollut ajoittain haasteellista. Internetpohjainen raportointijärjestelmä on kuitenkin koettu erinomaiseksi työkaluksi, jolla voidaan kehittää hoidon laatua sekä turvallisuutta. (Keistinen, Kinnunen & Holm 2008, 3785-3789.)

2.4.3 Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako lääkehoidossa

Toimintayksikön tai työyksikön lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön rakenne, tehtävät ja vastualueet määritellään lääkehoitosuunnitelmassa. Toimintayksikön johto sekä terveydenhuollosta/lääketieteellisestä toiminnasta vastaava lääkäri vastaa lääkehoidon suunnittelusta ja organisoinnista yhteistyössä hoitotyönjohtajan ja toiminta/työyksikön lääkehuollosta vastaavan henkilön kanssa. Esimiesten on varmistettava, että henkilöstöllä, joka toteuttaa lääkehoitoa on riittävä osaaminen sekä työympäristö on oikeanlainen lääkehoidon toteuttamiseen. Lääkehoitosuunnitelman mukaisesti esimiehet valvovat ja ohjaavat lääkehoidon toteuttamista ja laatua sekä päättävät henkilöstöryhmien työnjaosta ja yhteistyöstä niin, että eri ammatti-

ryhmien osaaminen on hyödynnetty mahdollisimman kattavalla tavalla lääkehoidon toteutuksessa. (STM 2006, 48) Lääkehoito on sairaanhoitajan keskeisempiä tehtäviä, mutta samalla myös yksi riskialttiimmista tehtävistä. Lääkehoidossa tapahtuneet erehdykset voivat pahimmillaan aiheuttaa vakavia seurauksia sekä potilaalle että sairaanhoitajalle kuin myös sairaanhoitajaopiskelijan alkavalle uralle. (Wolf, Hicks & Serembus 2006.)

Terveydenhuollon laillistettuja ammattihenkilöitä ovat lääkäri, terveydenhoitaja, kättilö ja sairaanhoitaja. Laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön oikeuksiin kuuluu oman koulutuksensa, kokemuksensa ja tehtävänkuvansa perusteella aloittaa potilaan hoito, oireiden ja käytettävissä olevien tietojen sekä tekemänsä hoidon tarpeen arvioinnin myötä. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559.) Sairaanhoitajan koulutus antaa valmiudet lääkkeiden tilaamiseen, lääkkeiden käyttökuntoon saattamiseen sekä niiden jakamiseen potilaskohdiksi annoksiksi. Sairaanhoitajan koulutuksella voi toteuttaa luonnollista tietä annettavaa lääkehoitoa, injektoiden antamista ihonsisäisesti, ihon alle ja lihakseen sekä rokotteiden pistämistä. Sairaanhoitajan koulutus antaa valmiudet myös suonensisäiseen neste- ja lääkehoitoon, verensiirtojen toteuttamiseen sekä epiduraaliin annettavaan lääkehoitoon osallistumiseen. Sairaanhoitaja voi toteuttaa myös PKV(keskushermostoon vaikuttavaa)-lääkehoitoa. Sairaanhoitajan osaaminen on kuitenkin varmistettava ja tarvittaessa on annettava lisäkoulutusta. (STM 2006, 49-53.) Sairaanhoitajilla on lisäksi riittävän käytännön kokemuksen ja suoritettua lisäkoulutuksen myötä lupa rajattuun lääkkeenmääräämiseen terveyskeskuksessa hoitamalleen potilaalle. (Rajattu lääkkeenmääräminen 2010/433 23b.)

Terveydenhuollon nimikesuojattuja ammattihenkilöitä ovat puolestaan apuhoitaja, perushoitaja ja lähihoitaja. Nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt, kuten lähihoitajat, jotka ovat saaneet lääkehoidon koulutusta voiva jakaa potilaiden lääkkeitä sekä antaa niitä luonnollista tietä. Lähihoitajat saavat pistää lääkettä lihakseen sekä ihon alle, kunhan heidän osaamisensa on varmistettu. Heidät on tällöin perehdytetty kyseiseen tehtävään ja he ovat saaneet kirjallisen luvan näiden tehtävien suorittamiseen. Nestehoidossa lähihoitajat saavat vaihtaa perusliuosta sisältävän nestepussin sekä hätätilanteessa aloittaa nestehoidon, jos laillistettua lääkehoidon koulutuksen saanutta terveydenhuollon ammattihenkilöä ei tavoiteta. Ensihoidossa lähihoitajat ovat oikeutettuja käyttämään adrenaliinia sydänpysähdys potilaalle, antamaan suonensisäisesti plasman korvausnestettä sekä glukoosiliuosta, jos laillistettua terveydenhuollon ammattihenkilöä ei ole saatavilla. Nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka ovat saaneet lääkehoidon koulutusta, ovat oikeutettuja osallistumaan luonnollista tietä annettavaan PKV- lääkehoidon toteuttamiseen. Nämä kaikki tapaukset tai tehtävät vaativat riittävää lisäkoulutusta, säännöllistä osaamisen varmistamista sekä toimintayksikön kirjallista lupaa. (STM 2006, 49)

Suomessa Valvira (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) myöntää hakemusten perusteella oikeuden harjoittaa terveydenhuollon ammattia sekä Suomessa että ulkomailla koulutetuille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Valviran tehtävänä on myös ylläpitää valtakunnallista terveydenhuollon ammattihenkilörekisteriä, Terhikkiä. (Valvira 2010.)

Opiskelijat, jotka suorittavat sosiaali- ja terveysalan perustutkintoa eli valmistuvat lähihoitajiksi, harjoittelevat lääkehoitoa työharjoittelu-jaksoilla työpaikkaohjaajan ohjauksessa ja valvonnassa. He toimivat harjoitellessaan ohjaajan vastuulla. Opiskelijat, jotka suorittavat ammattikorkeakoulututkintoa ja valmistuvat sairaanhoitajaksi, ensihoitajaksi, kättilöksi tai terveydenhoitajaksi, osallistuvat suonensisäisen neste- ja lääkehoidon toteuttamiseen, kanyylin asettamiseen, verensiirtojen toteuttamiseen sekä näihin liittyviin valmisteleviin toimenpiteisiin. He toimivat ohjaajan vastuulla sekä välittömässä valvonnassa. Ohjaajalta vaaditaan asianmukaista pätevyyttä lääkehoidon toteuttamisessa. (STM 2006; Heinonen 2003, 51.)

Opiskelijoilta edellytetään riittäviä teoria tietoja sekä taitoja lääkehoidossa, jonka he ovat koulutuksen mukana saaneet, jotta he pystyvät osallistumaan lääkehoitoon harjoittelujaksoilla. Lääkelaskut on myös hallittava. Harjoitteluyksikön vaatiessa on opiskelijan pystyttävä todistamaan lääkehoito opintojensa laajuus sekä suoriutuminen lääkelaskuissa. Työnantaja määrittää opiskelijan oikeudet lääkehoidon toteuttamiseen kun opiskelija toimii sijaisena terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävissä. Määrittelyssä otetaan huomioon opiskelijan valmiudet työyksikön lääkehoidon vaativuuteen nähden. (STM 2006, 51.)

Lääkehoitoon kouluttamattomalla henkilöllä on edellytykset antaa valmiiksi jaettuja lääkkeitä potilaille luonnollista tietä, pistää injektioita ihon alle, sekä jakaa lääkkeitä dosettiin potilaan luona. Nämä tehtävät edellyttävät kuitenkin henkilön osaamisen varmistamista, sekä lisäkoulutusta. Osaaminen on näytettävä laillistetulle terveydenhuollon ammattihenkilölle. (STM 2006, 53.)

2.4.4 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen

Henkilöstön, joka toteuttaa lääkehoitoa tulee ymmärtää lääkehoidon merkitys osana hoidon kokonaisuutta. Henkilöstön on myös nähtävä lääkehoidon kokonaiskuva: miksi lääkettä annetaan, mitä lääkettä annetaan ja kuinka paljon, miten lääkettä annetaan sekä miten lääkehoidon vaikuttavuuden arviointia toteutetaan. Lääkehoidon toteuttaminen edellyttää farmakologisen, patofysiologisen, juridiseettisen, fysiologisen ja lääkelaskentaan liittyvän tietoperustan hallintaa, näin ollen pelkkä tekninen osaaminen ei riitä. Näiden lisäksi vaaditaan hoidollisiin vaikutuksiin, lääkkeiden käsittelyyn, toimittamiseen, hankintaan, säilyttämiseen ja hävittämi-

seen liittyvien asioiden osaamista. Välttämätöntä on ymmärtää eri lääkemuotoja ja lääkevalmisteita sekä niiden ominaisuuksia, jotta niitä pystytään käsittelemään oikealla tavalla lääkettä käyttökuntoon saattaessa sekä potilaalle annosteltaessa. Esimerkkinä turvallinen lääkehoidon toteuttaminen edellyttää, etteivät steriilit valmisteet pääse kontaminoitumaan tai ettei suun kautta otettaviksi tarkoitettuja lääkkeitä murskata niin, että niiden pitkävaikutteisuus tuhoutuu. (STM 2006, 46-47.)

Lääkehoitosuunnitelman lääkehoidon osaamisvaatimusten, sekä osaamisen varmistamisen ja ylläpitämisen osa-alueet ovat tehtävien edellyttämän osaamisen määrittäminen, henkilöstön osaamisen kartoittaminen ja koulutustarpeiden arviointi ja toimintayksikön lääkehoitoon perehdyttäminen, joka sisältää kirjallisen suunnitelman ja yksikön ohjeet. Lisäksi osaamisen alueelta lääkehoitosuunnitelmaan kuuluu osaamisen varmistaminen ja seuraaminen, joka sisältää osaamisen testaamisen, kehityskeskustelut ja koulutuksen vaikuttavuuden arvioinnin, myös osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen sekä sairaanhoito- tai terveydenhuoltopiirin ylläpitämä täydenniskoulutusrekisteri. (STM 2006, 47.)

Lääkehoitoon liittyvät tavoitteet kirjataan työyksikön perehdyttämissuunnitelmaan. Nämä lääkehoidon tavoitteet ovat uuden tai määräaikaisen työntekijän sekä opiskelijan hallittava. Työyksikön esimies tai perehdytyksestä vastaava henkilö varmistaa perehdyttämävaiheessa, että uudella työntekijällä on koulutuksen antamat valmiudet ja luvat toteuttaa lääkehoitoa. Työyksiköllä on erilaisia tapoja osaamisen varmistamiseen, esimerkiksi lääkkeen jaossa, uusi työntekijä jakaa lääkkeet valvotusti 2-5 kertaa, jonka jälkeen hän saa luvan jakaa lääkkeitä itsenäisesti. Esimiehen on varmistettava perehdyttämävaiheen päättyessä, että työntekijällä on riittävät tiedot ja taidot työyksikön yksilöllisestä lääkehoidosta ja että työntekijä on saavuttanut perehdyttämisyksikölle asetetut tavoitteet lääkehoidon toteuttamisessa. (STM 2006, 47.)

Työyksiköiden lääkehoidon osaamista kartoitetaan, jonka myötä koulutustarpeita arvioidaan ja näin osaamista ylläpidetään, kehitetään ja seurataan. Työntekijöiden yksilöllisten koulutustarpeiden pohjalta on työnantaja velvollinen järjestämään lääkehoidon täydenniskoulutusta lääkehoidon kehittämistarpeiden edellyttämällä tavalla. Työnantaja on velvollinen antamaan tarvittavan lääkehoidon koulutuksen myös niille työntekijöille, joilla ei ole lääkehoidon peruskoulutusta, mutta jotka osallistuvat lääkehoidon toteuttamiseen. Työntekijöillä on vastaavasti velvollisuus ylläpitää ammattitaitoaan ja kehittää itseään ja näin ollen osallistua työnantajan järjestämiin täydennys ja lisäkoulutuksiin. (STM 2006, 47.)

Toimintayksikön täydenniskoulutusrekisterin, sekä muiden seurantajärjestelmien avulla seurataan henkilökunnan täydenniskoulutus tarpeita, koulutukseen osallistumisia sekä lääkehoidon toteuttamiseen liittyviä valmiuksia. Seuranta toteutetaan myös alueellisesti yhteistyös-

sä, esimerkiksi sairaanhoito- tai terveydenhuoltopiirit voivat ylläpitää täydennyskoulutusrekisteriä. Koulutusrekisteriä voidaan hyödyntää työntekijöiden täydennyskoulutuksen ja lääkehoitotaitojen seurannassa. Vuosittain työntekijät käyvät kehityskeskustelun esimiehen kanssa, jolloin rekisterin tietoja voidaan käyttää kehityskeskustelun tukena. (STM 2006, 47.)

3 Opinnäytetyön toteuttaminen

Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset kerättiin haastattelemalla neljän eri osaston tai yksikön sairaanhoitajaa. Tutkimushaastatteluiden kesto vaihteli osastokohtaisesti, kahdestakymmenestä minuutista neljäänkymmeneenviiteen minuuttiin.

Tutkimushaastattelukysymysten runko perustuu aikaisempiin opinnäytetyö hankkeisiin ja on yhteydessä turvallinen lääkehoito- oppaaseen. Tämän opinnäytetyö hankkeen myötä rakentuvat haastattelurungolle apukysymykset, joiden avulla haastattelut toteutettiin (Liite1). Tutkimuskysymykset on jaettu kahteen osa-alueeseen. Ensimmäinen osa esittää kysymyksiä lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnista ja toisessa osassa kysytään lääkehoidon seuranta- ja palautejärjestelmistä.

Haastatteluajat sovittiin osastonhoitajien ja yhteyshenkilöiden kanssa, osastojen resurssien mukaan. Joidenkin osastojen kanssa aikataulujen yhteensovitukset olivat hankalia, mutta opinnäytetyöntekijöiden puolelta joustoa löytyi parhaan mukaan.

3.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Tämä tutkimus on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineisto voidaan kerätä haastattelulla tai kenttätutkimuksella. Tällaiselle tutkimukselle on tyyppillistä ei-numeraalisia piirteitä, esimerkiksi suullinen selonteko ja sanasta sanaan litterointi. Kvalitatiivinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja sen aineisto kerätään tilanteissa, jotka ovat luonnollisia ja todellisia. Tällaisessa laadullisessa tutkimuksessa tiedon keruun lähteenä on ihminen, tutkija luottaa omiin havaintoihinsa ja keskusteluunsa tutkittavan kanssa. Lähtökohdaksi tutkimukselle on aineiston yksityiskohtainen ja monitahoinen tarkastelu. Kvalitatiivisen tutkimuksen toteutuksen tulisi olla joustavaa toimintaa, jonka suunnitelmia voidaan olosuhteiden mukaan muuttaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007.) Tässä tutkimuksessa on käytetty teemahaastattelua, litterointia ja teorialähtöistä sisällönanalyysiä.

3.2 Teemahaastattelu ja litterointi

Haastattelu on tiedonkeruumenetelmä, jolla henkilöltä tai henkilöitä kysytään mielipiteitä koskien tutkimuksen kohdetta ja vastaukset saadaan aina puhutussa muodossa. Haastattelu on yksi tutkimuksen osa, joka tähtää informaation keräämiseen. Haastattelu on vuorovaikutustilanne, jossa kaksi ihmistä tapaa haastattelijan aloitteesta keskustelemaan tutkimuskohteeseen liittyvistä kysymyksistä. Haastattelu on ennalta sovittu ja suunniteltu, joten haastattelijalla tulisi olla tutustunut tutkimuskohteen käytäntöön ja teoriaan etukäteen. Haastattelija on haastattelun alulle panija ja ohjaaja, hänen tehtävänä on motivoida haastateltavaa. Haastateltavan kannalta luottamus on tärkeää, että hänen antamansa tiedot käsitellään luottamuksellisesti. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 41-43.) Haastattelussa tärkeää on haastattelijan ja haastateltavan välinen luottamuksellinen suhde. Haastattelijan tulee kertoa avoimesti ja totuudenmukaisesti haastateltavalle haastattelun tarkoituksesta. Haastateltavan tulee myös muistaa pitää saamansa tiedot luottamuksellisina ja suojattava haastattelun anonymiteettia. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 41.)

Haastattelut toteutettiin yhteistyökumppaneinamme toimivilla osastoilla, haastattelemalla yhtä vuorossa olevaa sairaanhoitajaa. Haastattelu ajat sovittiin osastonhoitajien ja vastaavien kanssa sähköpostin ja puhelimen välityksellä. Haastattelut toteutettiin kahtena eri päivänä, jolloin kumpanakin päivänä suoritettiin kaksi haastattelua. Aikaa oli varattu haastatteluihin tunnin verran, mutta opinnäytetyöntekijät olivat varautuneet siihen, jos aikaa kuluisi jostain syystä enemmän.

Haastattelutyypit voidaan jakaa strukturoituun ja strukturoimattomaan, käytetään myös nimitystä standardoitu ja standardoimaton. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 11.) Tässä tutkimuksessa on käytetty teemahaastattelua, joka on tunnetuin puolistrukturoidun haastattelun muodoksi. Teemahaastattelussa haastattelu etenee keskeisten teemojen, eikä yksityiskohtaisten kysymysten mukaan. Haastattelun kysymykset on valittu ennalta, mutta haastattelija voi vaihtaa kysymysten sanamuotoa tai järjestystä. Tämä tarkoittaa, että haastateltava voi vastata kysymyksiin omin sanoin koska vastauksia ei ole sidottu tiettyihin vastausvaihtoehtoihin. Teemahaastattelu on hyvä valinta tutkimuksen osaksi koska sen avulla voidaan tutkia yksilön ajatuksia, kokemuksia, tunteita ja uskomuksia. (Hirsjärvi ym. 2000, 47-49; Ruusuvoori & Tiittula 2005, 11.)

Tähän opinnäytetyöhön valittiin teemahaastattelu. Teemahaastattelun avulla on mahdollista saada kattavasti tietoa, koska teemoittain olevat kysymykset antavat haastattelulle enemmän

vapautta, niin haastattelijalle kuin haastateltavallekin. Puolistrukturoitu haastattelu on tämän opinnäytetyön kannalta parempi menetelmä kuin strukturoitu tai avoin haastattelu, sillä näin saadaan vastaukset kysymyksiin ja vastaajalla on mahdollisuus vastata laajemmin, jolloin saattaa saada kysymyksen lisäksi tärkeää lisätietoa. Haastateltaville painotettiin haastattelun alussa, että he voivat keskeyttää haastattelun missä tahansa vaiheessa, jos heille tulee jotain kysyttävää tai he haluavat tarkennusta kysymykseen.

Kun teemahaastattelu on tehty ja vastaukset nauhoitettu, on litteroinnin vuoro. Litterointi tarkoittaa aineiston purkamista ja sanasta sanaan puhtaaksikirjoittamista, tutkijan on myös päätettävä mitkä osat ja piirteet haastattelusta kuvataan auki itse tekstissä. Tämä vaihe vie aikaa ja on erittäin työlästä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 132.) Litterointi voidaan tehdä kaikesta kerätystä aineistosta tai valikoiden, esimerkiksi hyödyntämällä teema-alueita. Ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita siitä, miten tarkasti aineiston litterointi täytyy toteuttaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 222.) Haastattelujen jälkeen haastattelut jaettiin litterointia varten niin, että kumpikin opinnäytetyön tekijä litteroi kaksi haastattelua auki. Litterointi vaiheeseen kului aikaa useita tunteja ja litteroitua tekstiä syntyi noin kymmenen sivua. Tässä opinnäytetyössä litterointi toteutettiin sanasta sanaan auki kirjoittamalla, käyttäen teemoittain olevaa haastattelurunkoa pohjana.

3.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysin tavoite on kerätyn aineiston avulla tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Sisällönanalyysiprosessi on perustyöväline laadullisen aineiston analyysissä. (Kylmä & Juvakka 2007, 66.) Sisällönanalyysillä voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota. Se on menetelmä, jonka avulla pystytään tarkastelemaan tapahtumien ja asioiden merkityksiä, yhteyksiä ja seurauksia. Kun tehdään sisällönanalyysiä, kerätty tietoa-aineisto tiivistetään niin, että tutkittavia ilmiöitä pystytään kuvaamaan lyhyesti ja yleistettävästi, sen avulla saadaan selkeästi esille myös tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet. Analysoitava aineisto voi olla laadullista informaatiota eli aineisto on verbaalisessa tai kuvallisessa muodossa, kuten esimerkiksi puheita, raportteja, kirjoja, valokuvia tai taideteoksia. Sisällönanalyysissä on olennaista erottaa samanlaisuudet ja erilaisuudet tutkimusaineistosta. (Latvala & Vanhanen- Nuutinen 2001, 21-26.)

Sisällönanalyysi voidaan jakaa aineistolähtöiseen eli induktiiviseen, teoriasidonnaiseen eli deduktiiviseen ja näiden välimuotoon teorialähtöiseen analysointimalliin. (Metsämuuronen 2005, 213.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty teorialähtöistä sisällönanalyysiä. Tällainen analyysimalli ei pohjautu suoraan teoriaan, mutta sillä on tiettyjä teoreettisia kytkentöjä.

Tarkoituksena on valita aineistosta analysoitavat kohteet ja aikaisempi tieto ohjaa analysointia enemmän kuin teoria. Teoria toimii lähinnä uusien ajatusten lähteenä. Käytännöstä saatu kokemusperäinen tieto ja teoria yhdistyvät hyvin tämänlaisessa analysointimenetelmässä. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 98-99.)

3.4 Tutkimusympäristö

Lohjan perusturvakeskus huolehtii Lohjan, Siuntion, Inkoon ja Karjalohjan alueilla sosiaali- ja terveysterveyspalveluista. Perusturvakeskuksen visiona on tukea terveyttä ja toimintakykyä kustannusvaikuttavilla, joustavilla ja oikea-aikaisilla sosiaali- ja terveysterveyspalveluilla. Arvostettuna työnantajana perusturvakeskuksella on osaavaa, riittävää ja hyvinvoivaa henkilöstöä vastaa- massa asiakkaiden tarpeista. Lohjan perusturvatoimen arvoja ovat rohkeus, vaikuttavuus, oikeudenmukaisuus, vuorovaikutteisuus ja yhteisöllisyys. (Lohjan kaupunki 2011e.) Perusturvakeskus toimii Sosiaali- ja terveysterveyslautakunnan alaisena hallinto- ja palvelukeskuksena. Perusturvakeskus käsittää kaikki toimialaan liittyvät päätösten valmistelua ja täytäntöönpanoa hoitavat sekä palveluja antavat toimintayksiköt sekä näiden henkilökunnan. Perusturvakeskuksen viisi tulosaluetta ovat: hallintopalvelut, terveysterveyspalvelut, vanhus- ja sairaalapalvelut, sosiaalipalvelut ja erityispalvelut. (Lohjan kaupunki 2011d.)

Ihmisellä itsellään on vastuu huolehtia omasta ja perheensä terveydestä ja hyvinvoinnista. Tässä tehtävässä yksilöä ja perhettä auttavat terveysterveyspalvelut, käyttäen apuna ehkäisevää toimintaa ja sairaanhoito- ja kuntoutustoimintaa. Lohjan sosiaali- ja terveydenhuoltoalue LOSTin yhteistoiminta-alueen kuntiin kuuluvat Lohja, Siuntio, Inko ja Karjalohja. Vastaanotot sijaitsevat Lohjalla Keskustan, Mäntynummen, Tynninharjun, Roution ja Virkkalan terveysterveysasemilla, Sammatissa Sammatin terveysterveysasemalla, Siuntiossa Siuntion terveysterveysasemalla, Karjalohjalla Karjalohjan terveysterveysasemalla ja Inkoossa Inkoon terveysterveysasemalla. (Lohjan kaupunki 2011a.) Terveysterveyskeskuslääkäreiden vastaanotoilla hoidetaan niin äkillisiä kuin pitkäaikaissairauksiakin, siellä laaditaan sairauksiin liittyvät todistukset ja lausunnot. Terveysterveyskeskuslääkäri ohjaa asiakkaan tarvittaessa erikoissairaanhoidon. Kuntalaisia pyydetään ottamaan ensisijaisesti yhteyttä aina heitä lähimpään eli oman kunnan terveysterveysasemaan, mutta kiireettömissä asioissa asiakas voi vaihtaa terveysterveysasemaa. Vaihdosta on kuitenkin tehtävä kirjallinen ilmoitus nykyiseen hoitopaikkaan. (Lohjan kaupunki 2011b.)

Lohjan terveysterveyskeskukseen kuuluu kuusi vuodeosastoa, näistä neljä sijaitsee pääterveysterveysasemalla Lohjan keskustassa, yksi Tynninharjun terveysterveysaseman yhteydessä sekä yksi Siuntion terveysterveysasemalla. Vuodeosastoilla on yhteensä 143 sairaansijaa. Lohjan terveysterveyskeskuksen vuodeosastoilla hoidon tavoitteena on hyvä hoito ja potilaita hoidetaan moniammatillisesti ja koko

henkilökunta osallistuu potilaiden kuntouttamiseen. Lohjan terveyskeskuksen vuodeosastoilla annetaan myös saattohoitoa. Vuodeosastoilla hoidetaan molempia sekä lyhyt- että pitkäaikaisia potilaita. Vuodeosastolle hoitoon tuleva tutkitaan, hänen toimintakykynsä arvioidaan ja lääkehoito tasapainotetaan. Tarvittaessa potilaille etsitään jokin sopiva jatkohoitopaikka. Kun potilaat kotiutetaan, se tapahtuu aina yhteistyössä omaisten ja kotihoidon kanssa. Terveyskeskuksen vuodeosastot tekevät tiivistä yhteistyötä omaisten lisäksi kotihoidon, eri vanhainkotien, erilaisten vanhusten asumisyksiköiden, Lohjan sairaalan sekä muiden hoitoon liittyvien sidosryhmien kanssa. (Lohjan kaupunki 2011c.)

4 Tutkimustulokset

Tässä luvussa on esitetty teemahaastattelujen tulokset. Neljän eri osaston haastatteluiden tulokset on avattu litteroinnin avulla. Tulokset on esitetty teemoittain, ensin esitellään lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin tulokset, jonka jälkeen esitellään lääkehoidon seuranta- ja palautejärjestelmien tulokset.

4.1 Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi

Lääkehoidon tarkoituksenmukaisuuden seuranta ja arviointi

Lääkehoidon tarkoituksenmukaisuuden seuranta ja arviointia toteutti yhden osaston mukaan osaston sairaanhoitaja, lähihoitajat sekä kerran viikossa lääkäri lääkärinkierrolla. Seuranta toteutti kyseisellä osastolla lisäksi lääkejakelulaitos, jolta lääkkeet tulivat pussitettuina. Kahden muun osaston lääkehoidon tarkoituksenmukaisuutta seurasi ja arvioi lääkäri sekä sairaanhoitaja. Yhden osaston mukaan tarkoituksenmukaisuutta seurasi ja arvioi osaston lääkäri.

Seuranta ja arviointia toteutettiin yhdellä osastolla päivittäin, potilaan tilaa seuraten, uuden lääkkeen yhteydessä ja kirjaamalla oleelliset asiat potilaan tietoihin. Yhdellä osastolla seuranta toteutettiin lähinnä asiakastapaamisten aikana. Kahden osaston mukaan lääkäri antoi lääkemääräyksen, jota hoitajat toteutti, seurasi ja arvioi.

Seurannan ja arvioinnin yhteydessä huomioon otettavia asioita olivat yhden osaston kertomana potilaassa tapahtuvat muutokset sekä kokonaisuus, kuten liikuntakyky, syöminen ja iho. Yhden osaston mukaan huomiota oli kiinnitettävä siihen kuluuko lääkkeitä sitä mukaa kun

niitä on määrätty. Yhden osaston mukaan huomiota tuli kiinnittää siihen, että lääkemääräykset tulivat hoitajien tietoon suullisesti, ettei tieto jäänyt pelkän kirjaamisen varaan. Yksi osasto piti tärkeänä huomioida uuden lääkkeen aloituksen seuranta ja arviointia, oliko lääkkeellä vastetta tai aiheuttiko se potilaalle sivuvaikutuksia.

Lääkehoidon tarkoituksenmukaisuuden seurannassa ongelmia havaittiin yhden osaston osalta vähäisissä lääkärin kierroissa. Koettiin ettei puhelinkontaktin välityksellä pystytä antamaan kokonaiskuvaa potilaan tilasta. Suurimpana ongelmana koettiin kuitenkin se, etteivät potilaat osaa itse kertoa tilastaan. Yhdellä osastolla ongelmana koettiin lääkkeiden dosettijaot, sillä asiakkaat itse toivat lääkkeitä jaettavaksi, jolloin lääkkeitä saattoi hävitä matkan varrella. Yhden osaston mukaan ongelmia esiintyi lääkemääräyksissä, jotka saattoivat tulla vuoronvaihdon aikaan, jolloin se saattoi jäädä huomaamatta. Yksi osasto koki ongelmaksi lääkemäärän riittävyyden arvioinnin.

Lääkehoidon toivottujen hyötyjen ja myönteisten vaikutusten seuranta ja arviointi

Lääkehoidon toivottujen hyötyjen ja myönteisten vaikutusten seuranta ja arviointia kerrottiin osastojen mukaan toteuttavan vuorossa olevat sairaanhoitajat, lähihoitajat sekä lääkäri. Yhden osaston mukaan seuranta ja arviointia toteutti lisäksi asiakas itse. Seuranta ja arviointia toteuttivat myös fysioterapeutit.

Seuranta ja arviointia toteutettiin kolmen osaston mukaan potilaan vointia ja yleistilaa seuraamalla, mahdollisilla laboratoriotesteillä, kirjaamalla ylös uusien lääkkeiden aloitukset, sekä kertomalla lääkärille potilaan voinnista ja muutoksista. Yhden osaston mukaan seuranta ja arviointia toteutettiin erilaisilla kysely/testi kaavakkeilla, asiakas haastatteluilla ja toimintakykyä arvioimalla.

Ongelmia havaittiin yhden osaston osalta moniongelmaisten potilaiden kohdalla, joilla perussairaudet olivat sellaisia, etteivät he pystyneet itse kertomaan tilastaan. Kahden osaston mukaan ongelmia esiintyi silloin kun hoitajien näkemykset potilaan tilasta erosivat.

Lääkehoidon sivu- ja haittavaikutusten seuranta ja arviointi

Lääkehoidon sivu- ja haittavaikutusten seuranta ja arviointi kuului kaikkien haastateltujen osastojen mukaan koko henkilökunnalle, sekä yhden osaston mukaan myös asiakkaalle itselle.

Lääkehoidon sivu- ja haittavaikutuksia seurattiin ja arvioitiin yhden osaston osalta asiakkaiden haastatteluilla sekä kaavakkeilla. Kolme osastoa kertoi seurannan ja arvioinnin toteutuvan seuraamalla potilaan vointia, kirjaamalla ja raportoimalla muille hoitajille sekä lääkärille.

Lääkehoidon sivu- ja haittavaikutusten ilmaantuessa yhdellä osastolla toimitettiin viestittämällä muille hoitajille asiasta, käyttämällä vihkoa, johon kirjattiin ja joka otettiin mukaan kerran viikossa tapahtuvalle lääkärinkierrolle. Puhelimitse otettiin yhteys lääkäriin, jos epäiltiin lääkähaittavaikutuksia. Yhdellä osastolla sivu- ja haittavaikutusten ilmaantuessa otettiin yhteys lääkäriin. Yhden osaston mukaan sivu- ja haittavaikutusten ilmaantuessa lääke lopetettiin, sitä vähennettiin tai se vaihdettiin toiseen. Osastoilla ei ole yhtenäisiä kirjallisia toimintaohjeita lääkehoidon sivu- ja haittavaikutusten ilmaantuessa.

Lääkehoidon sivu- ja haittavaikutusten seurannassa ja arvioinnissa kolme osastoa koki, ettei ongelmia ollut tai eivät ainakaan osanneet nimetä niitä. Yhden osaston mukaan ongelmia esiintyi silloin, kun potilaat eivät osanneet itse kertoa sivu- ja haittavaikutuksista.

Lääkkeiden yhteisvaikutusten seuranta ja arviointi

Lääkkeiden yhteisvaikutusten seurantaa ja arviointia toteutti kolmella osastolla lääkäri. Yhden osaston mukaan yhteisvaikutusten seurantaa ja arviointia toteutti yhteistyössä lääkäri, sairaanhoitajat ja asiakas itse.

Yhteisvaikutusten seurantaa ja arviointia toteutettiin kahdella osastolla Pegasos-ohjelman avulla, joka ilmoitti, jos yhteisvaikutuksia ilmeni. Kahden osaston mukaan lääkelistojen mennessä pussijakelun vuoksi apteekkiin, tuli sieltä ilmoitus mahdollisista yhteisvaikutuksista. Yhden osaston mukaan yhteisvaikutusten seuranta ja arviointi toteutui haastatteleamalla asiakasta.

Lääkkeiden yhteisvaikutusten seurannassa ja arvioinnissa ei kolmen osaston mukaan ollut ongelmia. Yhden osaston mukaan ongelmana oli toisinaan Pegasos-ohjelman antama yhteisvaikutus ilmoitus, koska joskus yhteisvaikutukset olivat sallittuja niiden ollessa vähemmän haitallisia kuin lääkkeen pois jättäminen. Hoitajat miettivät tästä syystä päällekkäisyyksiä joskus liikaa vaikka lääkärin tehtävänä oli arvioida lääkehoidon hyödyt ja haitat.

Lääkkeiden käytön päällekkäisyyksien seuranta ja arviointi

Lääkkeiden käytön päällekkäisyyksien seuranta ja arviointia toteutti kolmella osastolla lääkäri ja hoitajat. Yhden osaston mukaan lääkkeiden päällekkäisyyksien seuranta ja arviointia toteuttivat lääkärin ja sairaanhoitajan lisäksi asiakas itse.

Lääkkeiden käytön päällekkäisyyksiä seurattiin ja arvioitiin yhden osaston mukaan silloin, kun potilas tuli hoidettavaksi, jolloin tarkistettiin potilaan lääkelista. Yhden osaston mukaan seuranta ja arviointia toteutettiin silloin, kun tehtiin lääke muutoksia. Yhden osaston mukaan seuranta ja arviointia ei toteutettu systemaattisesti, mutta tarkoituksena oli, että niitä seurataan välillä.

Lääkkeiden käytön päällekkäisyyksistä kerrottiin yhdeltä osastolta, että niitä esiintyi tänä päivänä harvoin pussilääkityksestä sekä Pegasos-ohjelman ilmoituksesta johtuen. Myös muiden osastojen kertoman mukaan lääkkeiden käytön päällekkäisyyksiä tapahtui harvoin.

Lääkkeiden käytön päällekkäisyyksien seurannassa ja arvioinnissa ongelmina koettiin yhden osaston osalta lääkepussit, joissa tarvittaessa otettavat lääkkeet sekä säännöllisesti menevät lääkkeet voivat mennä päällekkäin, jolloin yliannostuksia tapahtuu. Lääkkeitä jouduttiin tarkastamaan vielä moneen kertaan, vaikka kone tekikin lääkepussitukset. Yhden osaston mukaan lääkkeiden päällekkäisyyksien seurantaan ja arviointiin ei ollut riittävästi aikaa, tähän tehtävään koettiin tarvittavan lisää henkilökuntaa.

Toiminta väärän lääkityksen ja lääkeannostelun jälkeen

Väärän lääkityksen ja lääkeannostelun jälkeen tehtiin yhden osaston mukaan kirjallinen lääkepoikkeama ilmoitus. Potilaan saadessa väärää lääkettä otettiin heti yhteys lääkäriin ja kysyttiin jatko-toimenpiteitä. Yhden osaston mukaan väärän lääkityksen ja lääkeannostelun jälkeen pyrittiin korjaamaan tilanne ja informoitiin lääkäriä tapahtuneesta, joka päätti seurannasta ja jatko-toimenpiteistä. Yhden osaston mukaan lääkärille ilmoitettiin välittömästi ja tehtiin lääkepoikkeama ilmoitus kirjallisesti. Yhden osaston mukaan ensisijaisesti otettiin yhteys lääkäriin ja ohjattiin asiakas eteenpäin.

Väärän lääkityksen ja lääkeannostelun toimintaohjeista kysyttäessä osastot kertoivat Lohjan kaupungin Intra- sivuilta löytyvän lääkepoikkeama lomakkeet, jotka täytetään poikkeaman

tapahtuessa. Kysyttäessä kuka toimintaohjeista vastaa, kolme osastoista ei osannut vastata ja yksi osasto kertoi toimintaohjeiden tulevan lääkäriltä.

Väärästä lääkityksestä kerrottiin yhden osaston mukaan lääkärille, vuorossa vastaavalle sairaanhoitajalle sekä omaisille, jos kyseessä oli isompi lääkevirhe. Kirjallinen ilmoitus tapahtuneesta tehtiin aina ja asiasta ilmoitettiin myös potilaalle, jos potilas oli kykenevä ottamaan tietoa vastaan. Yhden osaston mukaan väärästä lääkityksestä kerrottiin lääkärille, työyhteisölle, asiakkaalle itselleen sekä tehtiin poikkeama ilmoitus. Yhden osaston mukaan ilmoitettiin ensisijaisesti lääkärille, osastonhoitajalle ja potilaalle, jos tiedosta ei ollut hänelle haittaa. Yhden osaston mukaan väärästä lääkityksestä ilmoitettiin lääkärille.

Väärän lääkityksen ja lääkeannostelun jälkeisen toiminnan kohdalla ongelmaksi koettiin se, ettei poikkeamailmoituksia käyty riittävän usein läpi.

Säännöllinen lääkityksen kokonaisarviointi (potilaan/asiakkaan lääkehoitoprosessi)

Säännöllisen lääkityksen kokonaisuusarviointia toteutti yhden osaston mukaan hoitajat. Lääkitykset oli tarkoitus tarkistaa vähintään kerran vuodessa, mutta ne pyrittiin tarkistamaan puolen vuoden välein. Lääkityksen kokonaisarvioinnin tekeminen oli sairaanhoitajien ja myös vastuuhoidajien vastuulla. Osastolla oli käytössä lista siitä, kenen lääkitys oli tarkastettu ja kenen oli vielä tarkastamatta. Yhdellä osastolla lääkityksen kokonaisarviointia toteutti lääkäri, sairaanhoitaja ja asiakas. Osastolla uuden lääkkeen aloituksen yhteydessä lääkäri määritteli miten seurataan, kuinka usein asiakasta tavataan ja kuinka usein asiakas tapaa sairaanhoitajan. Yhden osaston mukaan lääkäri teki lääkityksen kokonaisarvioinnin kerran viikossa lääkärin kierrolla, jolloin paikalla oli osaston lääkäri sekä ylilääkäri jotka tarkastivat potilaan lääkityksen. Yhden osaston mukaan lääkityksen kokonaisarviointia teki osastonlääkäri, sillä hoitajat eivät saaneet tehdä muutoksia lääkelistoihin. Lääkäri teki muutokset ja tarkisti lääkelistat.

Lääkehoidon vaikuttavuuden seurantaan ja arviointiin liittyviä riskitekijöitä, ongelmakohtia ja kehittämisehdotuksia

Lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin riskitekijöitä ja ongelmakohtia ei kahdella osastolla osattu nimetä. Yhdellä osastolla kaivattiin yhtenäistä ohjausta ja yhtenäistä arviointi mene-

telmää. Yhdellä osastolla lääkärin vaihtuvuus ja saatavuus koettiin ongelmakohdaksi, myös usein vaihtuva henkilökunta ja jatkuvuuden puute mainittiin ongelmaksi.

Kehittämis ehdotusten kohdalla yhdellä osastolla nousi esiin se, että yksi lääkäri kiertäisi säännöllisemmin. Lisäksi toivottiin, ettei koko organisaatio vaihtuisi niin usein ja henkilökunta olisi pysyvämpää. Kehittämis ehdotuksena oli myös se, että lääkevirheitä käytäisiin useammin läpi ja hoitajilla olisi aikaa miettiä lääkevirheitä ja sitä miksi niitä tapahtuu. Yhdellä osastolla kehittämiskohteeksi nostettiin se, että kaikki työntekijät työskentelisivät samalla toimintaohjeilla, esimerkiksi kyselykaavakkeet voisivat olla samanlaiset kaikilla. Yhdellä osastolla uusilta hoitajilta ja sijaisilta toivottiin enemmän pelisilmää. Yhdellä osastolla kehittämistä olisi asioiden kertaamisessa, opiskelussa ja siinä että oltaisiin enemmän tietoisia lääkehoitoon liittyvissä asioissa.

4.2 Lääkehoidon seuranta- ja palautejärjestelmät

Jaettujen ja käyttökuntoon saatettujen lääkkeiden tarkastuskäytäntö

Lääkkeiden tarkastuskäytäntö toteutettiin yhdellä osastolla kaksoistarkastusta käyttäen ja lääkitys käytiin asiakkaan kanssa yhdessä läpi. Yhdellä osastolla Jorvista tuli pussitetut lääkkeet, jotka yöhoitajat tarkistivat ja kertoivat aamuvuorolaisille, jos jotain ongelmia ilmeni. Muut annettavat lääkkeet, kuten antibioottilääkkeet tarkistettiin monta kertaa, jotta lääkkeen anto tapahtui oikein. Yhdellä osastolla oli lääkelistat tarjottimella ja kansiossa, mikä oli aina näkyvillä, näin lääkelistojen yhteneväisyys pystyttiin tarvittaessa tarkastamaan. Osastolle tuli myös lääkkeet Jorvin lääkejakelesta pusseina ja ne lääkkeet jotka eivät sieltä tulleet jaettiin käsivälitteisesti kippoihin. Yhdellä osastolla tabletti lääkkeet jaettiin iltapäivällä tarjottimelle, josta iltavuoron sairaanhoitaja jakoi ne potilaiden pöydille. Tarjottimelta pöydälle jaettaessa lääkkeet tarkastettiin ja lisäksi vielä silloin kun lääkkeet annettiin potilaalle. Antibioottien kohdalla se, joka sekoitti antibiootin, myös antoi sen potilaalle.

Tarkastuskäytännöstä vastasi yhden osaston mukaa yövuorolaiset, jotka tarkastivat pussitetut lääkkeet sekä se, joka antoi lääkkeen potilaalle myös tarkasti sen ennen antamista. Yhdellä osastolla tarkastaminen oli kaikkien tehtävä, jokainen tarkisti että lääkkeet tulivat oikein ja tarkistus tehtiin moneen kertaan, myös se joka antoi lääkkeen tarkasti sen. Yhden osaston mukaan tarkastaminen oli yhden sairaanhoitajan tehtävänä, hän oli vastuussa aina viikon ajan lääkehoidosta. Yhdellä osastolla tarkastaminen kuului aina vuorossa olevalle hoitajalle joka oli ns. lääkevuorossa.

Tarkastuskäytännön toteutuminen oli yhden osaston mukaan jokaisen vastuulla. Yhden osaston mukaan jokainen oli omalla vuorollaan henkilökohtaisesti vastuussa tarkastuskäytännön toteutuksesta. Yhden osaston mukaan osastonhoitaja ja vuorossa oleva vastuuhoidtaja ovat vastuussa tarkastuskäytännön toteutumisesta. Yhdellä osastolla kaikki olivat vastuussa omasta tekemisestään, epävarmoissa tilanteissa oli mahdollisuus kysyä kollegalta apua.

Uusi työntekijä tai sijainen perehdytetään tarkastuskäytäntöön yhden osaston mukaan perehdytysohjelmalla. Yhden osaston mukaan tarkastuskäytännöstä kerrottiin ja yleensä opiskelijoiden kanssa tarkastuskäytäntöä toteutettiin yhdessä. Yhden osaston mukaan perehdytys tapahtui yhdessä lääkkeitä jaettaessa, jolloin uusi työntekijä tai sijainen voi kysyä jos jotain kysyttävää tulee. Yhden osaston mukaan ei ole olemassa mitään kirjallisia ohjeita, mutta perehdytys tapahtui yleensä suullisesti työn ohessa.

Tarkastuskäytännössä havaittiin ongelmia työntekijöiden vaihtuvuudessa, koettiin myös, että toiminta voisi olla systemaattisempaa ja osastoilla voisi olla yhteiset kirjalliset ohjeet. Ongelmana oli uusien työntekijöiden työtausta, psykiatrisilla hoitajilla ei somatiikan puolelle siirtyessä ollut välttämättä samaa osaamista ja jotkut lääkkeet voivat olla tuntemattomia.

Yksikön käyttämä lääkepoikkeamaseurantamenettely

Lääkepoikkeamaseurantamenettely toteutettiin kaikkien osastojen kohdalla Lohjan kaupungin Intra internet- sivuilta löytyvän poikkeamailmoituskaavakkeen avulla, joka täytettiin poikkeaman tapahtuessa.

Poikkeamailmoituskaavakkeesta vastasi yhden osaston kohdalla osastonhoitaja, jolta tieto kulki eteenpäin ylilääkärille. Yhden osaston mukaan siitä oli vastuussa koko työyksikkö, kehtään ei oltu varsinaisesti määrätty siitä vastaamaan. Yksi osasto ilmoitti siitä olevan vastuussa osaston vastaavat sekä jokaisen vastuulla oli, että lomake tulee täytettyä. Yhden osaston mukaan kaavake täytettiin ja lähetettiin ylilääkärille.

Poikkeamakaavakkeen ongelmina todettiin yhdellä osastolla poikkeamien vähättely, jolloin oli epävarmaa tulivatko kaikki poikkeamat kirjatuksi sekä sijaiset, jotka eivät välttämättä tiedä mikä kaavake täytetään. Toinen osasto ilmaisi myös epävarmuutensa kaikkien poikkeamien ilmoittamisesta. Kaksi osastoa ei kokenut ongelmia ilmenneen.

Poikkeamien havaitseminen

Poikkeamia havaittiin yhden osaston mukaan silloin kun potilaiden nimet olivat samanlaisia, eikä niitä tarkistettu kunnolla, tällöin lääkepussit saattoivat mennä sekaisin. Poikkeamia ilmaantui myös silloin, kun oltiin oltu vuosia samassa työpaikassa ja ei oltu tarkkana, tai silloin kun työyhteisössä oli paljon uusia työntekijöitä ja syntyi "sählinkiä". Yhden osaston mukaan poikkeamia ilmaantui lähinnä silloin kun potilailta häviää lääkkeitä oma-aloitteisesti apteekki reissun aikana tai silloin kun dosetista oli syöty lääkkeitä ennen aikojaan. Yhden osaston kertomana poikkeamia havaittiin yleensä lääkkeenjakamisen jälkeen kun joku henkilökunnasta vei lääkkeen potilaalle tai silloin kun lääke puuttui potilaalle vietävistä lääkkeistä. Yhden osaston mukaan poikkeamia saattoi havaita useissa tilanteissa, joko potilaalle lääkettä viessä tai lääkkeen tarjottimelta ottaessa ennen kun potilas oli sen ehtinyt saamaan. Poikkeamia havaittiin eniten kesällä, jolloin oli paljon sijaisia töissä eikä heillä ollut tarkkaa tietoa potilaista.

Poikkeamien havaitsemisessa ongelmia ilmeni silloin kun omalle työlle tuli sokeaksi, tai jos joku keskeytti lääkkeenjaon jonka jälkeen unohti jakaa jonkin lääkkeen.

Havaitusta poikkeamasta ilmoittaminen ja kirjaaminen

Havaitun poikkeaman ilmoittaminen kuului kolmen osaston mukaan sille, joka poikkeaman havaitsi. Yhden osaston mukaan poikkeamasta ilmoittaminen kuului sairaanhoitajalle, joka ilmoitti siitä tarvittaessa lääkärille.

Havaittu poikkeama kirjattiin kaikilla osastoilla potilaantietoihin. Kaikki osastot ilmoittivat myös tekevänsä havaitusta poikkeamasta poikkeamailmoitus kaavakkeen. Kaksi osastoa kertoi myös ilmoittavansa suullisesti työryhmälle havaituista poikkeamista.

Havaitusta poikkeamasta ilmoittamisen ongelmaksi koettiin yhdellä osastolla se, että oli epäselvää tarvitseeko poikkeamailmoitus tehdä, jos kyseessä oli potilaasta johtuva poikkeama, esimerkiksi lääkkeet olivat hävinneet apteekki-reissun aikana. Toisella osastolla ongelmaksi koettiin se, että kaikkia poikkeamia ei aina välttämättä ilmoiteta, jos ne koetaan pieniksi.

Poikkeamasta potilaalle ja omaiselle ilmoittaminen

Poikkeamasta ilmoitettiin omaisille kaikkien osastojen mukaan yleensä silloin, jos kyseessä oli vakava poikkeama, joka vaikutti oleellisesti potilaan tilaan.

Potilaalle poikkeamasta ilmoitti yhden osaston mukaan vuorossa oleva sairaanhoitaja tai se joka poikkeaman oli havainnut. Yhden osaston mukaan potilaalle ilmoitti sairaanhoitaja tai tarvittaessa lääkäri. Yhden osaston kertomana potilaalle poikkeamasta ilmoitti se, joka kyseisessä poikkeama tapauksessa oli ollut mukana, jolloin hän tiesi asiasta paremmin tai vaihtoehtoisesti vastaava hoitaja. Yhden osaston mukaan potilaalle poikkeamasta kertoi hoitaja.

Ongelmana koettiin kynnys omaisille ilmoittamisessa poikkeama tapauksissa. Epävarmaa oli ilmoitetaanko kaikki pienetkin poikkeamat, koska hoitajan oli vaikea tietää haluavatko omaiset tiedon kaikista poikkeamista, vai huolestuvatko he turhaan jos kaikki ilmoitetaan heille.

Lääkepoikkeamien raportointijärjestelmä

Lääkepoikkeamat raportointijärjestelmään ilmoittaa yhden osaston mukaan hoitaja, joka huomasi poikkeaman. Yhden osaston mukaan ilmoituksen teki se, joka poikkeaman oli myös tehnyt. Kahden osaston mukaan ilmoituksen teki se, joka poikkeaman oli tehnyt tai se, joka näki poikkeaman.

Raportointijärjestelmän toimivuudesta vastasi yhden osaston mukaan vakituinen henkilökunta, jokaisen täytyi tietää lääkepoikkeamien raportointijärjestelmästä. Yhden osaston mukaan poikkeama raportoinnista vastasi se, kuka poikkeama ilmoituksen laati, hän otti siitä kopiot ja toimitti sen eteenpäin. Yhden osaston mukaan raportointijärjestelmän toimivuudesta vastasi osastonhoitaja ja lääkäri. Yksi osasto ei osannut vastata kuka vastasi raportointijärjestelmän toimivuudesta.

Ongelmaksi lääkepoikkeamien raportointijärjestelmässä koettiin se, että ilmoituksista pitäisi saada enemmän hyötyä irti. Ilmoituksia tulisi käsitellä enemmän yhdessä, etteivät ilmoitukset menisi vain lääkärin tietoon. Poikkeamien raportointi pitäisi olla järjestelmällisempää, sähköisellä järjestelmällä asiat helpottuisi, kun papereita ei tarvitse enää pyöritellä.

Poikkeamien seuranta ja käsittely

Poikkeamien seurannan koettiin kuuluvan yhden osaston mukaan esimiehille ja osastonhoitajalle, poikkeamia käytiin läpi osastotunnilla. Yhden osaston mukaan poikkeamien seuranta kuului työryhmälle ja sairaanhoitajalle, poikkeamia käytiin yhdessä työryhmän kanssa läpi. Yhdellä osastolla järjestettiin viikoittain palaveri, jossa hoitajien kesken käsiteltiin mahdolliset poikkeamat. Yhden osaston kohdalla oli epävarmaa kuka poikkeamia seurasi.

Poikkeamien käsittely kuului yhden osaston mukaan esimiehille ja lääkäreille, poikkeamia pitäisi kyseisellä osastolla käsitellä vuoden välein, mutta siinä oli epäselvyyksiä. Yhden osaston mukaan poikkeamia käsiteltiin työryhmän kesken lähes päivittäin jos tarvetta oli. Yhden osaston kohdalla poikkeamien käsittelystä vastasi osastonhoitaja, poikkeamia käytiin läpi viikko palavereissa. Yhden osaston mukaan poikkeamia käsiteltiin työtovereiden kanssa, jos poikkeamia oli tapahtunut.

Poikkeamien seurannassa ja käsittelyssä ilmeni ongelmia siinä, ettei niitä käsitelty tarpeeksi eikä niistä saanut palautetta. Ongelmat liittyivät myös henkilökunnan vaihtuvuuteen, jolloin poikkeamat jäivät käsittelemättä.

Palautteenanto lääkepoikkeamista käytännössä

Palautetta lääkepoikkeamista antoi yhden osaston mukaan lääkäri sekä esimiehet, jotka kävivät lomakkeet läpi ja huomauttivat jos samoja tilanteita esiintyi usein. Yhden osaston mukaan palautetta antoi työryhmä. Yhden osaston mukaan palautetta annettiin viikko palavereissa, joissa pohdittiin poikkeamien syitä ja miten niistä voisi oppia. Yksi osasto ei tiennyt annettiinko palautetta.

Palautteenanto käytännössä toteutui yhden osaston kohdalla niin, että käytiin poikkeamailmoitukset läpi ja katsottiin esiintykö toistuvuutta. Yhden osaston kohdalla palautteenanto tapahtui keskustelemalla työryhmän kanssa poikkeamista. Yhden osaston kohdalla palautteenanto toteutui viikkopalavereissa käymällä läpi poikkeamailmoituksia. Yhden osaston kohdalla ei kysymykseen saatu vastausta.

Koettiin, että palautteenanto voisi olla järjestelmällisempää, palautetta ei saatu riittävästi.

Palautteen hyödyntäminen lääkehoidon kehittämisessä

Palautetta hyödynnettiin yhden osaston mukaan niin, että jos samalla viikolla tuli kaksi samaa virhettä, kehoitettiin tarkkavaisuuteen, lisäksi tarkistettiin sijaisten lääkkeenjakoja. Yksi osasto ilmoitti, ettei kirjallisia ohjeita ole ja odottelevat mahdollista ohjeistusta kaikista toimintatavoista. Kahden osaston mukaan, jos poikkeamia ilmaantui usein, yritettiin olla huolellisempia ja tarkempia asioissa, jossa poikkeamia ilmaantuu.

Osastoilla ei koettu että annettava palaute vaikuttaisi lääkehoidon koulutukseen. Yhden osaston mukaan kattavaa palautetta ei ole koskaan tullut, joten siksi sillä ei ole vaikutusta lääkehoidon koulutukseen. Yhden osaston mukaan, jos poikkeamia olisi enemmän, voisi sillä olla vaikutusta lääkehoidon koulutukseen.

Läkelaitoksen (Fimea) valtakunnallinen haittavaikutuslomake

Haastateltavista osastoista ei kenelläkään ollut käytössä valtakunnallista haittavaikutuslomaketta.

Kehittämissuhteita liittyen lääkehoidon seuranta- ja palautejärjestelmään

Kehittämissuhteena yksi osasto esitti, että lääkärin kanssa käytäisiin enemmän poikkeamia läpi ja niistä saataisiin runsaampaa palautetta. Yksi osastoista totesi, että odotellaan ja katsotaan kun lääkehoito suunnitelma valmistuu, jos silloin saataisiin kirjalliset ohjeet kaikesta lääkehoitoon liittyvistä asioista. Yhden osaston mukaan hoitajilla pitäisi olla rohkeutta ilmoittaa kaikista virheistä mitä tulee, ilmoituksen tekemisessä koettiin kuitenkin olevan kynnys. Yksi osasto toivoi saavansa enemmän tietoa poikkeamailmoituksen jälkeisestä käsittelystä.

5 Johtopäätökset

5.1 Lääkehoidon toteutumisen arviointi

Lääkehoidon tarkoituksenmukaisuuden seuranta ja arviointi

Lääkehoitosuunnitelmassa tulee ilmetä, miten lääkehoidon tarkoituksenmukaisuutta sekä lääkehoidon vaikuttavuutta arvioidaan toimintayksikössä. Lääkkeen antajan tulee olla tietoinen lääkkeen vaikutuksista ja seurata vaikutuksia potilaassa lääkettä annettaessa sekä sen jälkeen. Lääkärin tehtävänä on varmistaa lääkettä määrättäessä, että lääkkeen antajalla on tarvittavat tiedot lääkkeen vaikutuksista. Vaikutusten raportointiin ja kirjaamiseen on myös kiinnitettävä huomiota. (STM 2006,60). Lääkehoidon tarkoituksenmukaisuuden seuranta ja arviointi kerrottiin toteutuvan uuden lääkkeen aloituksen yhteydessä, potilaan tilaa seuraamalla. Sitä toteutettiin myös asiakastapaamisten yhteydessä sekä seuraamalla kuluuko asiakkaiden lääkkeet sitä mukaa, kun niitä on määrätty. Lääkärin antaessa lääkemääräyksen, hoitajat toteuttivat sen ja sitä kautta hoitivat tarkoituksenmukaisuuden seurantaa ja arviointia. Tarkoituksenmukaisuutta seurasi ja arvioi omalta osaltaan lääkäri lääkettä määrätessä sekä lääkejakelulaitos tai apteekki, jonka kautta osalle haastatelluista osastoista tuli valmiiksi pussitetut lääkkeet.

Lääkehoidon toivottujen hyötyjen ja myönteisten vaikutusten seuranta ja arviointi

Lääkehoitoon kuuluu osana hyöty- ja haittavaikutusten arviointi. Lääkehoidon hyötyvaikutukset suhteutetaan myös mahdollisiin haitallisiin vaikutuksiin. Hoitolaitoksien sekä sairaaloiden henkilökunta, joka toteuttaa lääkehoitoa, myös seuraa potilaan vointia ja havainnoi mahdollisia lääkehoidon sivu- ja haittavaikutuksia. Lääkehoitoa toteuttava henkilöstö seuraa ja arvioi lääkehoidon vaikuttavuutta yhdessä lääkärin ja potilaan kanssa. Lääkehoidon toteuttaminen ja sen vaikuttavuus on syytä kirjata asianmukaisesti. (Nurminen 2006, 66-67; STM 2006, 37.) Lääkehoidon hyötyjen sekä myönteisten vaikutusten seurantaa ja arviointia toteutettiin osastoilla potilaan tilaa seuraamalla, laboratoriokokeilla, kirjaamalla sekä keskustelemalla lääkärin kanssa potilaan voinnista ja mahdollisista voinnin muutoksista. Seurantaa ja arviointia toteutettiin myös erilaisilla kysely- ja testikaavakkeilla, asiakasta haastatteleamalla sekä toimintakykyä arvioimalla.

Lääkehoidon sivu- ja haittavaikutusten seuranta ja arviointi

Turvallisen lääkehoito- oppaan mukaan lääkkeen antajan tulee olla tietoinen lääkkeen vaikutuksista ja seurata vaikutuksia potilaassa lääkettä antaessa sekä lääkkeen annon jälkeen (STM 2006,61). Lääkehoidon sivu- ja haittavaikutusten seuranta ja arviointi toteutui osastojen mukaan seuraamalla potilaan vointia, kirjaamalla muutokset sekä raportoimalla ne muille hoitajille sekä lääkärille. Seuranta ja arviointia toteutettiin haastattelemalla asiakkaita sekä kyselykaavakkeita käyttämällä. STM (2006,61) mukaan lääkehoitosuunnitelmassa tulee määritellä lääkehoidon tilanteet, joissa hoitavaa lääkärinä täytyy informoida ja konsultoida. Osastoilla haittavaikutusten ilmaantuessa otettiin puhelinyhteys lääkäriin ja konsultoitiin häntä. Lääke lopetettiin, vähennettiin tai vaihdettiin, jos haittavaikutuksia esiintyi.

Lääkkeiden yhteisvaikutusten ja päällekkäisyyksien seuranta ja arviointi

Laineen mukaan (2005, 119) nykyaikainen tietokanta voidaan asentaa moduuliksi elektronisiin potilastietojärjestelmiin, jotka tunnistavat potilaan nykylääkityksen. Lääkärin valitessa uutta lääkettä, järjestelmä automaattisesti varoittaa mahdollisista yhteisvaikutuksista reaaliaikaisesti. Järjestelmä myös ehdottaa lääkevalintoja, joilla yhteisvaikutukset voidaan välttää. Työyksiköissä joissa on vähän lääkkeenjako koulutusta saanutta henkilöstöä, voidaan hyödyntää annosjakelua (STM 2006,58). Yhteisvaikutusten seuranta ja arviointia toteutettiin joko Pegasos- potilastietokannan avulla, joka ilmoitti mahdollisista yhteisvaikutuksista tai apteekki ilmoitti pussijakelun yhteydessä, jos yhteisvaikutuksia ilmaantui.

Lääkkeiden käytön päällekkäisyyksiä seurattiin ja arvioitiin silloin, kun potilas tuli hoidettavaksi sekä lääkemuutosten yhteydessä. Kaikilla seuranta ja arviointi ei ollut systemaattista, mutta tarkoituksena oli, että seuranta toteutetaan välillä.

Osastojen yleinen mielipide oli, että lääkkeiden päällekkäisyyksiä tapahtuu tänä päivänä harvoin. Osastojen mukaan se johtuu Pegasos- potilastietokannan antamasta ilmoituksesta sekä valmiiksi pusseihin jaetuista lääkkeistä, joita valvovat ulkopuoliset tuottajat.

Toiminta väärän lääkityksen ja lääkeannostelun jälkeen

Lääkehoidon haitat voivat ilmestyä yllättäen ja aiheuttaa vaaratilanteen potilaalle. Hoitajalla onkin oltava taitoa tunnistaa tilanne nopeasti, jotta ensiapu voidaan aloittaa ja lääkäri hälyttää paikalle. (Veräjänkorva ym. 2006,35.) Väärän lääkityksen jälkeen otettiin yhteys lääkäriin sekä tehtiin kirjallinen ilmoitus tapahtuneesta. Tapahtuneen jälkeen pyrittiin ensisijaisesti korjaamaan tilanne ja konsultoimaan lääkäriä jatkotoimenpiteistä, potilas myös hoidettiin tarvittaessa eteenpäin.

STM (2006,61) mukaan potilaan saadessa väärää lääkettä on raportointiin ja kirjaamiseen kiinnitettävä huomiota. Osastot kertoivat potilaan tietoihin kirjaamisen lisäksi täyttävänsä lääkepoikkeama lomakkeen, jos poikkeamia tapahtuu. Kaikki vastanneista oli tietoisia siitä, mistä ilmoitus löytyy ja miten se täytetään.

Haittatapahtuman sattuessa potilaalle kerrotaan avoimesti mitä on tapahtunut, jonka jälkeen tapahtumaa ja mahdollisia seurauksia käydään yhdessä läpi. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3) Väärän lääkitys tapahtuman jälkeen siitä kerrottiin lääkärille, vuorossa vastaavalle sairaanhoitajalle, omaisille, jos kyseessä oli vakavampi tapahtuma sekä potilaalle, jos potilas pystyi ottamaan tietoa vastaan. Myös työyhteisöä informoitiin tapahtuneesta.

Säännöllinen lääkityksen kokonaisarviointi (potilaan/asiakkaan lääkehoitoprosessi)

Lääkityksen arviointia on toteutettava erityisesti silloin, kun potilaalla on paljon lääkkeitä, niiden indikaatio on epäselvä tai kun ollaan suunnittelemassa uuden lääkkeen aloitusta. Lääkärin aloittaessa potilaalle uuden lääkkeen on hänen otettava vastuu potilaan lääkityksen kokonaisuudesta. (Klaukka, Helin- Salmivaara, Huupponen, Idänpään- Heikkilä 2007.) Lääkityksen kokonaisarviointia toteutti vastuksien mukaan yleensä lääkäri yhdessä hoitajien kanssa. Osastoilla lääkityksenkokonaisarviointia toteutettiin eri käytäntöjen mukaan. Vastauksissa oli vaihtelua, miten usein kokonaisarviointia toteutettiin. Mainittiin, että sitä toteutettiin uuden lääkkeen aloituksen yhteydessä, kerran viikossa lääkärin kierron yhteydessä tai silloin kun lääkelista oli tarpeellista tarkistaa. Sitä saatettiin toteuttaa myös kerran vuodessa. Klaukan ym. (2007) mukaan vanhusten lääkehoidon kokonaisarviointia on suositeltava tehdä vähintään vuosittain.

Jaettujen ja käyttökuuntoon saatettujen lääkkeiden tarkastuskäytäntö

Sosiaali- ja terveysministeriön turvallisen lääkehoitosuunnitelma- oppaan (STM 2006, 58) mukaan lääkkeitä jaettaessa potilaskohtaisiin annoksiin tarjottimelle, suositellaan kaksoistarkistusta. Kaksoistarkistus vähentää mahdollisten lääkkeiden jaossa tapahtuvien virheiden määrää. Vastanneista osastoista vain yhdellä kerrottiin käytössä olevan kaksoistarkistus. Vastauksista kävi ilmi, että muutamalla osastolla oli käytössä annosjakelu. Annosjakelu on kustannustehokasta, ja se vapauttaa hoitajia potilaiden hoitoon. Annosjakelun eduiksi luetaan lääkekustannuksissa säästäminen, sillä lääkehävikki ja henkilökunnan työ määrä vähenee. Positiivisia vaikutuksia on myös se, että annosjakelu karsii tarpeettomat lääkkeet, lisäksi se poistaa mahdolliset päällekkäisyydet ja haitalliset yhteisvaikutukset. (STM 2006, 32.) Lääkkeet saatettiin jakaa myös käsivälitteisesti, ja silloin lääkkeet tarkistettiin monessa vaiheessa. Ensin lääkkeet tarkistettiin, kun ne jaettiin tarjottimelle lääkelaseihin, seuraavaksi lääkkeet tarkistettiin, kun ne jaettiin tarjottimelta potilaiden pöydille, lisäksi tarkastus tapahtui vielä ennen lääkkeiden antoa potilaalle. Käsivälitteisesti jaettujen lääkkeiden annostelua voidaan varmentaa STM (2006, 58) mukaan esimerkiksi merkitsemällä potilaan nimi ja lääkkeenantoajan kirjaaminen lääkelaseihin.

Osastoilla lääkkeet tarkisti se, joka lääkkeet myös antoi. Ensisijaisesti tarkastuskäytännöstä huolehti hoitaja, joka oli sinä päivänä lääkehoidon vastaava. STM (2006, 49) mukaan laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt kantavat lääkehoidon toteuttamisen kokonaisvastuun ja jokainen lääkehoitoa toteuttava kantaa vastuun omasta toiminnastaan. Osastojen yleinen mielipide oli että, jokainen on vastuussa omista tekemisistään.

Tarkastuskäytännön perehdyttämiseen ei osastoilla ollut kirjallisia ohjeita, vaan perehdytys tapahtui suullisesti työn ohessa. Lukuun ottamatta yhtä osastoa, jolla oli käytössä perehdytysuunnitelma. STM (2006, 47) mukaan hoitoyksiköllä tulisi olla käytössä perehdytysuunnitelma, johon on kirjattu lääkehoitoon liittyvät tavoitteet, jotka sijaisen tai opiskelijan tulee osata. Esimiehen tai perehdytyksestä vastaavan henkilön tehtävänä on varmistaa työntekijän valmiudet lääkehoidon toteuttamiseen.

Yksikön käyttämä lääkepoikkeamaseurantamenettely

STM (2006, 61) mukaan toimintayksiköiden tulee ottaa käyttöön lomake, johon poikkeama ilmoitus tehdään. Kaikilla vastanneilla osastoilla oli käytössä tällainen poikkeama ilmoitusta varten oleva lomake, joka löytyy Lohjan kaupungin Intra internet- sivuilta. (LIITE 2) Vastauk-

sissa oli vaihtelua siitä, kuka on vastuussa poikkeamalomakkeesta, joillain osastoilla vastuussa oli osastonhoitaja, toisella koko henkilökunta ja yhdellä osastolla kerrottiin, että joku täyttää poikkeamailmoitus lomakkeen ja se viedään ylilääkärille.

STM (2006, 29) mukaan lääkepoikkeamiin on kiinnitetty viimevuosina enemmän huomiota ja ilmoituskynnys on laskenut, kun työyksiköissä korostetaan poikkeamista oppimista ja syyllistämistä vältetään. Lääkepoikkeamaseurantamenettelyssä haasteelliseksi koettiin poikkeamien vähättely ja sijaisien epätietoisuus lomakkeen täytöstä, lisäksi esiintyi epävarmuutta siitä, tuleeko kaikki poikkeamat kirjatuksi. Ilmoituskynnys lääkepoikkeamasta on siis vastausten perusteella haasteellinen.

Poikkeamien havaitseminen

Lääkehoidon poikkeamia tapahtuu silloin, kun poiketaan normaalista lääkehoidosta tai kun lääkehoidon suorituksessa tapahtuu epätarkkuutta. Poikkeama aiheuttaa pahimmassa tapauksessa vaaratilanteen, josta koituu potilaalle haittaa. Poikkeama voi aiheutua jonkun tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojauksen heikkenemisestä. (Veräjänkorva ym. 2006,99.)

Osastoilla poikkeamia havaittiin, kun potilaiden nimet olivat samanlaisia, silloin kun sijaisia tai uusia työntekijöitä oli paljon ja syntyy melua, häiriötekijöitä ja keskeytyksiä lääkkeenjaossa. Vastausten mukaan poikkeamia havaittiin lääkkeen jaon jälkeen, kun lääkkeet otettiin tarjottimelta tai kun lääkettä oltiin viemässä potilaalle. Lääkkeen merkitsemisessä saattoi olla puutetta, esimerkiksi lääkelasiin oli merkitty vain potilas paikan numero. STM (2006, 58) mukaan lääkehoitosuunnitelmassa tulee huomioida sellaiset tavat, joilla pystytään varmentamaan lääkkeiden annostelua, esimerkiksi potilaan nimen ja lääkkeen antoajan merkitseminen lääkelasiin. Poikkeaman havaitsemista tapahtui erilaisissa tilanteissa ja vastauksissa tuli esiin, että lääkkeiden jako vaatii tarkkaavaisuutta kaikilta, niin lääkkeiden jakamistilanteessa kuin potilaalle antaessakin. HaiPro raportointijärjestelmän mukaan yleisin ilmoitettu lääkepoikkeama on jakovirhe, joihin luokitellaan läheltäpiti- tilanne sekä antovirhe, myös kirjaamiseen liittyvä virhe oli yleinen. Kiinnittämällä huomiota ja vähentämällä jakovirheitä voidaan tehokkaasti vähentää lääkitysvirheitä. (STM 2008, 30.)

Poikkeamasta potilaalle tai omaiselle ilmoittaminen ja kirjaaminen

STM (2006, 45) mukaan havaitusta poikkeamasta ilmoittaminen kuuluu lääkehoidon koulutuksen saaneelle sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilölle. Osastojen mukaan poikkeamasta ilmoittaa se, joka poikkeaman havaitsee. Mainittiin myös, että ilmoittaminen kuuluu sairaanhoitajan tehtäviin ja tämä ilmoittaa tarvittaessa lääkärille. Kaikilla vastanneilla osastoilla poikkeamasta täytetään poikkeamailmoituslomake ja kirjataan tieto potilaan tietoihin, lisäksi osalla osastoista tieto annetaan myös suullisesti työryhmälle.

Potilasta tulee informoida lääkehoidossa tapahtuneesta poikkeamasta, kun se aiheuttaa tai voi aiheuttaa jotakin seurauksia potilaalle (STM 2006, 61-62). Vastausten mukaan ilmoituksen potilaalle tekee vuorossa oleva sairaanhoitaja tai se, joka poikkeaman on huomannut. Vastauksissa mainittiin myös, että vastaava hoitaja tai lääkäri voi joissain tapauksissa ilmoittaa potilaalle. Omaiselle ilmoittamisessa mietitään ensin, onko kyse vakavasta poikkeamasta ja vaikuttaako se oleellisesti potilaan tilaan. Haasteelliseksi koettiin kynnys omaisille ilmoittamiseen ja tilanteen arviointi, etteivät omaiset huolestu turhaan.

Lääkepoikkeamien raportointijärjestelmä

Vastausten mukaan hoitaja tai se joka on huomannut poikkeaman, ilmoittaa sen raportointijärjestelmään (poikkeamalomake). Raportointijärjestelmän toimivuuden kannalta on erittäin tärkeää, että työyksikön ilmapiiri on avoin ja rakentava, eikä etsi syyllistä vaan ratkaisuja ja kehitysehdotuksia (STM 2006, 61). Raportointijärjestelmän toimivuudesta vastaa vastausten perusteella vakituinen henkilökunta, se joka tekee poikkeama ilmoituksen, osastonhoitaja tai lääkäri. Vastausten perusteella raportointijärjestelmää ei käytetä tarpeeksi hyödyksi, ilmoituksia tulisi käydä yhdessä läpi ja mahdollisesti oppia niistä. Kehittämistä olisi myös raportoinnin järjestelmällisyydessä ja raportointijärjestelmän sähköisessä kirjaamisessa.

Poikkeamien seuranta ja käsittely

Poikkeamista oppiminen ja palautteesta hyötyminen on huomioitu lääkehoitosuunnitelmassa erityisen tarkasti. Organisaation rakentava ja avoin ilmapiiri on edellytyksenä raportointijärjestelmän toimivuudelle. Raportointijärjestelmän tarkoituksena on korostaa poikkeamista oppimista ja syiden seuranta, jotka ovat johtaneet poikkeamaan yksittäisten tekijöiden si-

jaan. (STM 2006, 45-62.) Osastojen vastausten mukaan poikkeamien seuranta kuuluu esimiehelle, osastonhoitajalle, työryhmälle tai sairaanhoitajalle.

Palautteen hyödyntäminen kuuluu STM (2006, 45) mukaan työyksikölle ja toimintayksikölle. Osastojen vastausten perusteella poikkeamien käsittely kuului esimiehelle, lääkärille tai osastonhoitajalle. Vastauksista kävi ilmi, että työryhmällä oli mahdollisuus keskustella poikkeamista tarvittaessa. Osastoilla poikkeamia käytiin läpi osastotunneilla tai viikoittaisissa palaverissa. Mainittiin myös ettei poikkeamia kuitenkaan käsitelty tarpeeksi, eikä niistä saanut rakentavaa palautetta. Saattoi käydä myös niin, että poikkeamat jäivät käsittelemättä, koska henkilökunta vaihtui usein.

Palautteen hyödyntäminen lääkehoidon kehittämisessä

STM (2006, 47) mukaan työyksiköiden lääkehoidon osaamista tulisi kartoittaa ja sen mukaan arvioida koulutustarpeita, näin osaamista ylläpidetään, kehitetään ja seurataan. Työntekijöiden yksilöllisten koulutustarpeiden pohjalta on työnantaja velvollinen järjestämään lääkehoidon täydennyskoulutusta. Työntekijöillä on myös vastuu ja velvollisuus ylläpitää ammattitaitoaan ja kehittää itseään sekä osallistua työnantajan järjestämiin täydennys- ja lisäkoulutuksiin.

Vastausten mukaan pyrittiin olemaan tarkkaavaisempia ja huolellisempia, jos poikkeamia ilmeni. Lisäksi odotettiin kirjallisia ohjeita ja ohjausta toimintatavoista. Osastojen mielestä poikkeamista saadun palautteen ja lääkehoidon koulutuksen välillä ei ollut mitään yhteyttä. Vastausten mukaan palautetta ei tullut tarpeeksi eikä poikkeamia (ilmoituksia) esiintynyt niin paljon, että niillä olisi vaikutusta koulutuksen tarpeeseen.

Läkelaitoksen (Fimea) valtakunnallinen haittavaikutuslomake

Palvan (2009) mukaan haittavaikutusten ilmoittaminen on vähäistä ja Kalliokosken (2011a) mukaan Fimean haittavaikutusrekisteriin ilmoitettiin vuonna 2008 1248 lääkkeenhaittavaikutus epäilyä ja vastaavasti vuonna 2009 ilmoituksia tehtiin 1143 kappaletta eli noin sata vähemmän. Vähäinen ilmoittaminen kävi ilmi myös vastauksissa, sillä vastanneista osastoista kenelläkään ei ollut tietoa valtakunnallisen haittavaikutuslomakkeen käytöstä.

5.2 Kehittämiskohteita

Haastattelun pohjalta löytyi useita konkreettisia kehittämiskohteita. Tärkeimpinä niistä koettiin; yhteisten toimintatapojen puute, palautteen käsittelemisen puutteellisuus, palautteella ei koettu olevan yhteyttä lääkehoidon koulutukseen. Lisäksi pohdittiin palautelomakkeen kehittämistä sähköiseen muotoon.

Tarkoituksenmukaisuuden seurannan ja arvioinnin haasteita saattoi esiintyä vähäisissä lääkerinkierroissa, jolloin hoitajan oli tarvittaessa välitettävä puhelinkontaktilla lääkärille potilaan kokonaiskuva, se koettiin hankalaksi. Haastavaa oli myös se, etteivät potilaat osanneet kertoa tilastaan. Haasteita esiintyi myös silloin, kun lääkäri antoi lääkemääräykset vuoron vaihdon aikana, jolloin määräys saattoi jäädä hoitajilta huomaamatta. Haasteena koettiin myös lääkemäärän riittävyyden arviointi ja lääkejaot silloin, kun asiakkaat toivat itse omat lääkkeensä jaettavaksi. Näissä tapauksissa lääkkeitä oli voinut hävitä osa asiakkaan toimesta jo ennen lääkkeiden jakoa.

Läkehoidon toivottujen hyötyjen ja myönteisten vaikutusten seurannan ja arvioinnin haasteina koettiin moniongelmaiset potilaat, jotka eivät pysty itse kertomaan tilastaan. Näin arviointi jää hoitajan havaintojen varaan. Haasteena koettiin myös hoitajien eroavat näkemykset potilaan tilasta.

Läkehoidon sivu- ja haittavaikutusten seurannan ja arvioinnin haasteena nähtiin potilaat, jotka eivät itse osaa kertoa mahdollisista sivu- ja haittavaikutuksista. Haasteena koettiin myös se, ettei yhtenäisiä kirjallisia ohjeita läkehoidon sivu- ja haittavaikutusten ilmaantues- sa ole saatavilla.

Lääkkeiden yhteisvaikutusten seurannassa ja arvioinnissa nostettiin esille Pegasos- ohjelman antaman yhteisvaikutus ilmoituksen, jota hoitajat miettivät välillä liikaa. Tämä johtui ilmeisesti siitä, että lääkärin kiertoja oli vähän, jolloin hoitajien oli toimittava itsenäisemmin ja huomioitava lääkitys asioita tarkemmin. Asian yhteydessä korostettiin kuitenkin, että lääkärin tehtävänä on arvioida lääkityksen hyödyt ja haitat.

Lääkkeiden käytön päällekkäisyyksien seurannassa ja arvioinnissa haasteena nähtiin pussilääkkeet. Pussilääkkeissä olevat säännöllisesti menevät sekä tarvittaessa otettavat lääkkeet saattoivat mennä päällekkäin, jolloin yliannostuksia tapahtui. Haasteena koettiin myös se, että päällekkäisyyksien seurantaan ja arviointiin ei ollut henkilökunnalla riittävästi aikaa.

Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointiin ja seurantaan liittyviä riskitekijöitä nähtiin usein vaihtuvassa henkilökunnassa, se vaikutti omalta osaltaan jatkuvuuden heikentymiseen. Kehittämiskohteina nähtiin lääkehoitoon liittyvien asioiden kertaaminen ja opiskelu, jotta lääkehoidosta oltaisiin enemmän tietoisia. Toivomuksina esitettiin, ettei organisaatio vaihtuisi niin usein ja että henkilökunta olisi pysyvämpää, toivottiin myös säännöllisempiä lääkärintkiertoja. Esille nousi myös se, ettei lääkevirheitä käyty tarpeeksi läpi. Toivottiin, että hoitajilla olisi aikaa miettiä lääkevirheitä ja sitä, miksi niitä tapahtuu. Osastoilla kaivattiin yhtenäistä ohjasta sekä yhtenäisiä seuranta ja arviointi menetelmiä, toivomuksena oli, että työntekijät työskentelevät samoilla toimintaohjeilla.

Seuranta- ja palautejärjestelmään liittyen kehittämiskohteita vastauksista löytyi melko runsaasti. Tarkastuskäytännössä kehittämiskohteiksi nousi työntekijöiden vaihtuvuus ja yhteisten kirjallisten ohjeiden puute. Lääkepoikkeamaseurantamenettelyn kehittämiskohteita oli poikkeamien vähättely ja epävarmuus siitä millaiset poikkeamat tulee ilmoittaa. Poikkeamasta ilmoittamisessa kehittämiskohteiksi nousi se, että kaikkia poikkeamia ei välttämättä ilmoiteta ja kysymys siitä, tehdäänkö poikkeamailmoitus silloin kun poikkeama johtuu potilaasta. Poikkeamasta potilaalle ja omaiselle ilmoittamisessa ei ollut pääasiassa kehittämiskohteita, mutta yhden osaston mukaan kynnys omaiselle ilmoittamiselle koettiin vaikeaksi, jos omaiset huolestuvat turhaan.

Lääkepoikkeamien raportointijärjestelmän kehittämiskohteiksi nousi se, että ilmoituksista pitäisi saada enemmän hyötyä ja niitä pitäisi käsitellä enemmän yhdessä, raportoinnin tulisi olla myös järjestelmällisempää ja sähköinen järjestelmä helpottaisi poikkeama ilmoitusten kirjaamista. Poikkeamien seurannassa ja käsittelyssä nousi kehittämiskohteeksi sama, kuin raportointijärjestelmässä eli palautteita ei käsitelty tarpeeksi, eikä niistä saatu palautetta, myös henkilökunnan vaihtuvuus koettiin haasteeksi. Vastauksista tuli lisäksi ilmi, että poikkeamia olisi hyvä käydä läpi lääkärin kanssa ja niistä pitäisi saada enemmän palautetta. Toivottiin myös enemmän tietoa miten poikkeamia käsitellään ja kirjallisia ohjeita lääkehoitoon liittyvissä asioissa odotellaan.

Jatkotutkimusaiheena voitaisiin samat haastattelut toteuttaa yksiköissä uudestaan, kun lääkehoitosuunnitelma on otettu käyttöön. Näin nähtäisiin miten käytänteet ovat muuttaneet yksiköiden toimintaa.

5.3 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen, tässä tapauksessa opinnäytetyön eettisen hyväksyttävyyden ja luotettavuuden edellytyksenä on, että se on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimuksen tekijöiden on noudatettava rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta, niin aineiston keräämisessä, tallentamisessa kuin tulosten arvioinnissa. Tekijöiden tulee osata soveltaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta ja tutkimusmenetelmiä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimuksen tekijät sopivat yhdessä jäsenten oikeuksista, asemasta, vastuusta ja velvollisuuksista. Tutkimusta tehdessä tulee ehdottomasti välttää piittaamattomuutta ja vilppiä, joka käsittää vääristelyn, sepittämisen, luvattoman lainaamisen ja anastamisen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.)

Luotettavuudella tarkoitetaan tutkimustulosten ja tutkittavan todellisuuden mahdollisimman hyvää vastaavuutta. Luotettavuuden kriteereinä voidaan tällaisessa kvalitatiivisessa tutkimuksessa käyttää uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta ja vahvistettavuutta. Uskottavuus edellyttää tutkimuksen tekijöiltä mahdollisimman selkeää tulosten kuvausta, analyysin teosta ja tutkimuksen vahvuuksista ja rajoituksista. Tärkeänä luotettavuuskysymyksenä on aineiston ja tulosten välisen suhteen kuvaaminen, apuna on hyvä käyttää taulukoita ja liitteitä, joilla voidaan havainnollistaa analyysin etenemistä. Siirrettävyydskriteeri edellyttää kattavan kuvauksen tutkimuksen etenemisestä, tutkimuksen taustoista, toteutuksesta, aineiston keruusta ja analyysin vaiheista. Tämän tarkoituksena mahdollistaa tutkimuksen prosessin seuraamisen. Tutkijan on itse osattava arvioida mitkä luotettavuuden arvioinnin kriteerit voidaan soveltaa aineistoon. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuden arvioinnin voi kohdistaa muun muassa tarkoitukseen, analyysiin, asetelmaan, tulkintaan ja eettisiin näkökulmiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159-166.)

Tutkimuksen eettisiä kriteereitä ovat älyllisen kiinnostuksen vaatimus, rehellisyyden vaatimus, tunnollisuuden vaatimus, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen ja kollegiaalinen arvostus. Tämä tarkoittaa, että tutkijan tulisi olla kiinnostunut hankkimaan uutta tietoa mahdollisimman luotettavasti ja toimia rehellisesti eli välttää vilpin tekoa. Tutkimusta tehdessä tulee aina muistaa, ettei se saa loukata ihmisarvoa, salassapitoasiat tulee hoitaa asian mukaisesti ja tutkijoiden tulee suhtautua toisiinsa kunnioittavasti ja arvostavasti. (Kankkunen ym. 2009, 172-184.) Tutkittavilla on oikeus anonymiteettiin, jota tulee kunnioittaa samalla tavalla kuin salassapitoa ja luottamuksellisuutta. Anonymiteetin säilyttäminen voi olla tutkimuksen kannalta etu, sillä se lisää objektiivisuutta. Tutkittavalle tulee selvittää tarkasti tutkimuksen kulku ja kaikki tarvittava informaatio, lisäksi tutkijan on annettava lupaus luottamuksellisuudesta. Luotta-

muksellisuuteen on suhtauduttava vakavasti, tutkijalla on moraalinen ja myös lain puolesta velvollisuus taata tutkittavalle luottamuksellisuus. (Mäkinen 2006, 114-116.)

Tässä opinnäytetyössä on noudatettu Laurea-ammattikorkeakoulun ohjeita; työ on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyön teossa on pyritty huolellisuuteen ja rehellisyyteen tietojen etsinnässä, arvioinnissa, tallentamisessa, sekä esittämisessä. Opinnäytetyössä on otettu huomioon salassapito, luottamuksellisuus ja anonymiteetti. Haastatteluissa käytetyt nauhat tuhottiin litteroinnin jälkeen, eikä haastateltavien nimiä käytetty opinnäytetyön missään vaiheessa. Haastateltavat olivat tietoisia, että heidän antamansa haastattelut pysyvät anonyymeinä. Lupa-asioista on huolehdittu tekemällä kirjallinen sopimus hankevastaavan kanssa. Lisäksi työelämän edustajia on informoitu opinnäytetyön tavoitteista ja tarkoituksesta, ja siitä että haastatteluilla kerätty aineisto käytetään opinnäytetyöhön, joka raportoidaan kirjallisesti. Haastatteluihin osallistuvat sairaanhoitajat tiesivät etukäteen haastattelu aiheet, lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi sekä seuranta- ja palautejärjestelmät, mutta kysymykset tuotiin esille vasta haastattelun teko vaiheessa. (Lohjan Laurean opinnäytetyön käytänteet 2009.)

5.4 Opinnäytetyö prosessin arviointi

Opinnäytetyön tekeminen alkoi opinnäytetyö hankehakemuksella, joka tehtiin ja palautettiin helmikuussa 2010. Tämän opinnäytetyön työstäminen aloitettiin maaliskuussa 2010. Alussa kaikille opinnäytetyön aloittajille oli yhteinen aloitus- ja informaatio tilaisuus, jossa saatiin opinnäytetyöpassi. Opinnäytetyöpassin tarkoituksena on toimia koko opinnäytetyöprosessin ajan dokumentoinnin arvioinnin välineenä suoritusmerkintöjä keräämällä. (Lohjan Laurean opinnäytetyön käytänteet 2009.)

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin tutustumalla teoriaan, etenkin sosiaali- ja terveysministeriön tekemään Turvallinen lääkehoito- oppaaseen. Yleistä teoriaa opinnäytetyön tekemiseen kerättiin erilaisissa työpajoissa, kuten tiedonkeruupaja, menetelmäosaamisenpaja ja sisältöpaja. Opinnäytetyössä on käytetty myös hyväksi henkilökohtaisen ohjauksen pajoja, näin saatiin tarkempaa ohjausta siitä, miten opinnäytetyötä tulee jatkaa eteenpäin. Alussa oli haastavaa löytää luotettavia lähteitä. Opinnäytetyön teorian etsimiseen on käytetty Medici-tietokantaa, pro gradu- tutkimuksia ja Lohjan Laurean kirjastoa, lisäksi on käytetty paljon alan lehtiä ja aiheeseen liittyviä tutkimuksia. Opinnäytetyössä on käytetty hyväksi myös lääkehoitoon liittyviä opinnäytetöitä ja näiden avulla kerätty lähde aineistoa.

Kesällä 2010 opinnäytetyöstä tehtiin alustava suunnitelma, joka esitettiin elokuussa ohjaavalle opettajalle ja hankkeen vastaavalle työelämän edustajalle. Alustavan suunnitelman tarkoituksena oli esitellä opinnäytetyön aihe ja tavoitteet, toteutusympäristö, sekä suunnitelma toteutuksesta, kuten aikataulut, työnjako ja vastuut. Samalla tapaamisella allekirjoitettiin opinnäytetyötä koskeva oppisopimus, jossa opinnäytetyöntekijät sitoutuivat työskentelemään työelämän edustajan kanssa yhdessä sovitulla tavalla. Opinnäytetyön alustava valmistumisaika asetettiin helmikuulle 2011. (Lohjan Laurean opinnäytetyön käytänteet 2009.) Syksyn aikana 2010 teoriaa vahvistettiin ja teemahaastattelun kysymykset hiottiin valmiiksi haastatteluja varten. Joulukuussa 2010 toteutettiin haastattelut neljällä yhteistyöosastolla/yksikössä.

Tammi- ja helmikuussa 2011 jatkettiin teorian syventämistä ja luotettavien lähteiden etsimistä. Maalis- ja huhtikuussa 2011 avattiin litteroidut haastattelut ja aloitettiin analysointi vaihe. Seuraavana vuorossa olivat tulosten analysointi ja pohdinta osuudet. Kevään- ja kesän 2011 aikana teoriaa vahvistettiin edelleen ja tuloksia analysoitiin. Syyskuussa 2011 opinnäytetyö alkoi olla siinä vaiheessa, että julkaisuseminaareihin ilmoittautuminen tuli ajankohtaiseksi. Opinnäytetyö ilmoitettiin marraskuun seminaariin.

Opinnäytetyö oli aiheena haasteellinen ja hyvän teorian löytäminen tuntui ajoittain hankalalta. Opinnäytetyöntekijöiden kesken yhteistyö sujui pääasiassa hyvin ja työ eteni sovitun tahtiin. Opinnäytetyöntekijöillä oli samantyyppiset tavoitteet opinnäytetyön suhteen jo alusta asti ja tämä helpotti yhteistyötä. Yhteisen ajan löytäminen oli ajoittain haastavaa, mutta työ eteni hyvin sähköpostia ja tekstiviestejä tiedonvälityksenä käyttäen. Opinnäytetyön tekemisessä on käytetty opinnäytetyön ohjaajan apua aina tarvittaessa, kun ongelmia ja kysymyksiä on ilmaantunut.

Lähteet

- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.
- Grandell-Niemi, H. 2005. The medication calculation skills of nursing students and nurses- Developing a medication calculation skills test. Väitöskirja. Hoitotieteenlaitos. Turun yliopisto.
- Heinonen, N. 2003. Terveysalan koulutuksen työssäoppiminen ja ohjattu harjoittelu. Suositus sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:22.
- Hicks, R. Serembus, F. Wolf, Z. 2006. Characteristics of medication errors made by nursing students during the administration phase: A descriptive study. *Journal of Professional Nursing* 22/2006. 39.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna. Kariston Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.
- Holm, T. Keistinen, T. Kinnunen, M. 2008. Vaaratapahtumien raportointi-järjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. *Suomen Lääkärilehti* 44/2008.
- Jahren Kristoffersen, N, Nortvedt, F & Skaug, E-A. 2006. Hoitotyön perusteet. Tanska. Narayana Press.
- Kalkas, H. & Sarvimäki S. 2002. Hoitotyön etiikan perusteet. Vantaa. Tummavuoren Kirjapaino Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Keistinen, T. 2006. Hoidon, tarinoiden ja teknokratian kohtaaminen eettisissä arvoissa. Teoksessa: Eettisyyttä terveydenhuoltoon II, Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2002-2006. Helsinki. Yliopistopaino.
- Kinnunen, M. & Sulosaari, V. 2010. Lääkehoito sairaanhoitajan tehtävänä. *Sairaanhoitaja* 1/2010.
- Kivelä, S-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Tammi.
- Korpimäki, A-L. 2005. Laatu lääkehoitoon- apuna osastofarmaseutti. *Sairaanhoitaja* 1/2005.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Laine, K. 2005. Lääkkeiden yhteisvaikutukset. Tampere. Kustannus Oy Tammi.
- Latvala, E. & Vanhanen- Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. WS Bookwell Oy.
- Launis, V. 1995. Lääkintä- ja hoitoetiikka. Helsinki. Painatuskeskus Oy.

- Leino- Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Hoitotyön etiikka. Helsinki. WSOY.
- Lääkkeet & Terveys. 2008. Helsinki. Lääketietokeskus Oy.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikka. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Nurminen, M.-L. 2006. Lääkehoito. Porvoo. WSOY.
- Nurminen, M.-L. 2010. Lääkehoidon ABC. Porvoo. WSOYpro Oy.
- Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim 122(20):2459.
- Ritmala-Castren, M. 2005. Viisas oppii lääkehoidon virheistä. Sairaanhoitaja 2/2005.
- Ruusuvuori, J & Tiittula, L. 2005. Haastattelu tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Tammi.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä, Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013.
- Sulosaari, V. 2010. Laskimonsisäisten lääke- ja nestehoidon turvallisuuden kehittäminen 2. Sairaanhoitaja 5/2010.
- Veräjänkorva, O., Huupponen, R & U., Kaukkila, H.-S., Torniainen, K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Porvoo. WSOY.

Internet-lähteet

- Airaksinen, M., Otero, M.J., Schmitt, E., Cousins, D., Gustafsen, I., Hartmann, M., Lyftingsmo, S., Muff, P., Thors, C.-E. & Vlcek, J. 2006. Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices. Viitattu 10.01.2011.
http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Medication%20safety%20culture%20report%20E.pdf
- Beers, M.H., Cooper, J.W., Fick, D.M., Maclean, J.R., Wade, W.E. & Waller, J.L. 2003. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Archives of internal medicine vol.163 no.22. Viitattu 30.03.2011.
<http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/163/22/2716#ACK>
- Charmes, J.P., Laroche, M.L. & Merle, L. 2007. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. Viitattu 30.03.2011.
http://psa.auvergne.free.fr/news1_33/telechargement/potentially_inappropriate_medications_in_the_elderly.pdf
- HaiPro. Terveys- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Viitattu 25.04.2011.
<http://www.haiopro.fi/fin/default.aspx>

Helin-Salmivaara, A., Huupponen, R., Idänpään-Heikkilä, J.E., Klaukka, T. Vanhuksen lääkitysten tarve on arvioitava kerran vuodessa. Suomen Lääkärilehti 51-52/2007. Viitattu 30.03.2011.

<http://www.rohto.fi/doc/SLL51-52-2007-4762-7.pdf>

Kalliokoski, A. 2011a. Haittavaikutusrekisterin kertomaa: vuodet 2008 ja 2009. Fimea. Viitattu 25.04.2011.

http://sic.fimea.fi/haittavaikutusrekisterin_kertomaa.aspx

Kalliokoski, A. 2011b. Lääkkeiden haittavaikutukset arvioidaan perusteellisesti. Fimea. Viitattu 25.04.2011.

http://sic.fimea.fi/laakkeiden_haittavaikutukset.aspx

Kohn, L., Corrigan, J. & Donaldson, M. 2006. To err is human. Building a safer health system. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington D.C., Yhdysvallat. Viitattu 10.08.2010

http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=9728#toc

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 04.08.2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 312/2011. Viitattu 8.9.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110312>

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999. Viitattu 8.9.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>

Lohjan kaupunki. 2011a. Terveys. Viitattu 12.10.2011.

http://www.lohja.fi/default.asp?kieli=246&id_sivu=47&alasivu=47

Lohjan kaupunki. 2011b. Terveyskeskukset. Viitattu 12.10.2011.

http://www.lohja.fi/default.asp?kieli=246&id_sivu=83&alasivu=83

Lohjan kaupunki. 2011c. Vuodeosastot. Viitattu 12.10.2011.

http://www.lohja.fi/default.asp?kieli=246&id_sivu=2193&alasivu=2193

Lohjan kaupunki. 2011d. Perusturvatoimen johtosäntö. Viitattu 12.10.2011.

http://www.lohja.fi/default.asp?id_sivu=1957&alasivu=1957

Lohjan kaupunki. 2011e. Perusturvakeskus. Viitattu 12.10.2011.

http://www.lohja.fi/default.asp?kieli=246&id_sivu=128&alasivu=128

Lohjan Laurean opinnäytetyön käytänteet. 2009. Viitattu 20.10.2010.

<http://optima.discendum.com/learning/id74/bin/user?rand=50005>

Läkelaki 10.4.1987/395. Viitattu 30.03.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 18.10.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Palva, E. 2009. Lääkkeiden haittavaikutukset. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 26.09.2010

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00142

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2010. Potilasvahinko. Viitattu 26.10.2010

<http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=9987&contentlan=1>

Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585. Viitattu 04.08.2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>

Rajattu lääkkeenmääräminen. 21.05.2010/433 23b §. Viitattu 30.03.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100433>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 27.03.2011.

<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1512997>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 25.04.2011.

<http://pre20090115.stm.fi/pr1206703097277/passthru.pdf>

Suomen Potilasasiamiehet ry. 2005. Lakiptilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 26.10.2010.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1;32;660;546;570;4384;5406;5407;5408&voucher=0FE4B068-3B23-4976-8417-34D3A8491D65>

Super. 2006. Turvallinen lääkehoito sosiaali- ja terveydenhuollossa. Viitattu 10.09.2011.

http://www.superliitto.fi/datafiles/userfiles/File/edunvalvonta/ammattilinen/SuPer_LAAKEH OITOSUUNNITELMAMALLI.pdf

Tartuntatautilaki 25.7.1986/583. Viitattu 18.10.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860583>

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 30.12.2010/1326. Viitattu 20.03.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveys-EU. Euroopan unionin kansanterveysportaali. Potilasturvallisuus. 2009. Viitattu 25.09.2010.

http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_safety/index_fi.htm

Valvira. 2011. Ammattioikeudet. Viitattu 30.03.2011.

<http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet>

Liitteet

Liite 1: Haastattelukysymykset

Liite 2: Lohjan lääkepoikkeamalomake

Liite 1: Haastattelukysymykset

Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi:

Lääkehoidon tarkoituksenmukaisuuden seuranta ja arviointi

Kuka seuraa ja arvioi lääkehoidon tarkoituksenmukaisuuden?

Miten seuranta ja arviointia toteutetaan?

Mitä tulee ottaa huomioon?

Mitä ongelmia?

Lääkehoidon toivottujen hyötyjen ja myönteisten vaikutusten seuranta ja arviointi

Kuka seuraa ja arvioi lääkehoidon toivottuja hyötyjä ja myönteisiä vaikutuksia?

Miten seurataan ja arvioidaan toivottuja hyötyjä ja myönteisiä vaikutuksia?

Mitä ongelmia?

Lääkehoidon sivu- ja haittavaikutusten seuranta ja arviointi

Kuka seuraa ja arvioi lääkehoidon sivu- ja haittavaikutuksia?

Miten seurataan ja arvioidaan lääkehoidon sivu- ja haittavaikutuksia?

Miten toimitaan kun lääkehoidon sivu- ja haittavaikutuksia ilmenee?

Millaiset toimintaohjeet teillä on?

Millaisia ongelmia?

Lääkkeiden yhteisvaikutusten seuranta ja arviointi

Kuka seuraa ja arvioi lääkkeiden yhteisvaikutuksia?

Miten seurataan ja arvioidaan lääkkeiden yhteisvaikutuksia?

Mitä ongelmia?

Lääkkeiden käytön päällekkäisyyksien seuranta ja arviointi

Kuka seuraa ja arvioi lääkehoidon päällekkäisyyksiä?

Miten seuranta ja arviointi toteutetaan?

Kuinka usein tapahtuu lääkkeiden käytön päällekkäisyyttä?

Mitä ongelmia?

Toimita väärän lääkityksen ja lääkeannostelun jälkeen

Miten toimitaan väärän lääkityksen ja lääkeannostelun jälkeen?

Millaiset toimintaohjeet on olemassa?

Kuka vastaa toimintaohjeista?

Kenelle väärästä lääkityksestä ilmoitetaan?

Mitä ongelmia?

Säännöllinen lääkityksen kokonaisarviointi (potilaan/asiakkaan lääkehoitoprosessi)

Kuka arvioi potilaan/asiakkaan säännöllisen lääkityksen kokonaisuutta ja sen tarkoituksenmukaisuutta?

Miten se toteutetaan?

Lääkehoidon vaikuttavuuden seurantaan ja arviointiin liittyviä riskitekijöitä, ongelmakohtia ja kehittämisehdotuksia

Minkälaisia riskitekijöitä tai ongelmakohtia liittyy vaikuttavuuden arviointiin?

Millaisia kehittämisehdotuksia teillä on esittää?

Lääkehoidon seuranta- ja palautejärjestelmät:

Jaettujen/käyttökuntoon saatettujen lääkkeiden tarkastuskäytäntö

Millainen lääkkeiden tarkastuskäytäntö teillä on olemassa?

Miten se tapahtuu käytännössä?

Kenen tehtävä tarkastaminen on?

Kuka vastaa, että tarkastuskäytäntö toteutuu?

Miten uusi työntekijä tai sijainen perehdytetään tarkastuskäytäntöön?

Millaisia ongelmia?

Yksikön käyttämä lääkepoikkeamaseurantamenettely

Minkälainen poikkeamaseurantamenettely teillä on yksikössänne käytössä?

Kuka siitä vastaa?

Millaisia ongelmia?

Poikkeamien havaitseminen

Miten poikkeamat havaitaan?

Millaisissa tilanteissa poikkeamia yleensä havaitaan?

Mitä ongelmia?

Havaitusta poikkeamista ilmoittaminen ja kirjaaminen

Kuka ilmoittaa havaitun poikkeaman?

Miten havaittu poikkeama ilmoitetaan?

Mitä ongelmia?

Poikkeamasta potilaalle/omaiselle ilmoittaminen

Miten ilmoittaminen tapahtuu?

Kuka ilmoittaa poikkeamasta potilaalle?

Kuka ilmoittaa tarvittaessa omaiselle?

Mitä ongelmia?

Lääkepoikkeamien raportointijärjestelmä

Kuka ilmoittaa poikkeaman järjestelmään?

Kuka vastaa järjestelmän toimivuudesta?

Mitä ongelmia?

Poikkeamien seuranta ja käsittely

Kenen tehtävä on seurata poikkeamia?

Miten poikkeamia seurataan?

Kenen tehtävä on poikkeamien käsittely?

Miten poikkeamia käsitellään?

Kuinka usein poikkeamia käsitellään?

Mitä ongelmia?

Palautteenanto lääkepoikkeamista käytännössä

Kuka palautteen antaa?

Miten palautteenanto poikkeamista tapahtuu käytännössä?

Mitä ongelmia?

Palautteen hyödyntäminen lääkehoidon kehittämisessä

Miten poikkeamaraportointia hyödynnetään lääkehoidon kehittämisessä?

Miten palaute vaikuttaa lääkehoidon koulutukseen yksikössänne?

Mitä ongelmia?

Läkelaitoksen valtakunnallinen haittavaikutuslomake

Onko työyksikössäsi käytössä läkelaitoksen valtakunnallinen haittavaikutuslomake?

Kehittämisehdotuksia liittyen lääkehoidon seuranta- ja palautejärjestelmään

Millaisia kehittämisehdotuksia teillä on esittää?

Liite 2: Lohjan lääkepoikkeamalomake

LOHJAN KAUPUNKI
Perusturvakeskus

Yksikkö _____
LÄÄKEPOIKKEAMA

Määräminen **Jakelu** **Annostelu** **Kirjaaminen** **Säilytys**

Tapahtuma-aika? Työvuoro Aamu Ilta Yö

Viikonpäivä _____ Pvm. _____ Klo _____

Menikö poikkeama potilaalle asti? Ei Kyllä (Potilaan tiedot -tarra tähän)

Lääkepoikkeaman kuvaus:

Kuinka tilanne hoidettiin?

Miksi näin kävi? Mitä olisi pitänyt tehdä toisin? Anna hyviä ideoita parempaan lääkehoitoon!

Poikkeaman kirjasi:

____ / ____ 20____ _____

