

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
2014

Anna-Maria Uski

LÄÄKITYSPOIKKEAMIEN RAPORTOINTI

– osa turvallista lääkehoitoa



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sairaanhoitaja AMK/hoitotyön koulutusohjelma

2014 | 43 sivua ja 6 liitettä

Ohjaaja: Arja Nylund

Anna-Maria Uski

LÄÄKITYSPOIKKEAMIEN RAPORTOINTI – OSA TURVALLISTA LÄÄKEHOITOA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka paljon lääkityspoikkeamia oli Kaarinassa sijaitsevassa Hovirinnan palvelukeskuksessa. Lisäksi tarkasteltiin, millaisia lääkityspoikkeamat olivat ja, miten poikkeamat oli raportoitu. Tutkimuksen aineisto koostui palvelukeskuksen vuoden 2013 lääkityspoikkeamia koskevista asukasturvallisuusilmoituksista. Lisäksi aineistossa oli raporttilehdiltä poimitut kirjaukset lääkityspoikkeamista, joista ei ollut tehty asukasturvallisuusilmoitusta. Aineiston kokonaismäärä oli 101 (N). Lopullisesti analysoitiin 94 lääkityspoikkeamaa. Analyysimenetelmänä käytettiin deduktiivista eli teorialähtöistä sisällönanalyysiä.

Lääkityspoikkeamia oli eniten lääkkeen annostelussa (64 %) ja jakelussa (18 %). Yleisin syy annostelupoikkeamaan oli, että lääke oli jäänyt hoitajalta antamatta. Asukasturvallisuusilmoitus oli tehty 80 % tapauksessa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda palvelukeskukseen selkeät käytännöt lääkityspoikkeamien kirjaamiseen, raportointiin, seurantaan ja ehkäisyyn. Edellytyksenä tälle on, että työpaikan ilmapiiri on avoin ja keskusteleva, jolloin uskalletaan kertoa virheistä ja oppia niistä.

Opinnäytetyöprosessin aikana palvelukeskuksessa luovuttiin asukasturvallisuusilmoituksen käytöstä lääkityspoikkeamien kohdalla ja käyttöön otettiin oma lääkityspoikkeamalomake.

Sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito- oppaan keskeisenä ohjeena on lääkehoitosuunnitelman laatiminen. Lääkehoitosuunnitelman päivittäminen ja käyttöönotto ovat palvelukeskuksessa tärkeitä kehittämisen kohteita jatkossa. Päivitetty ja ajan tasalla oleva lääkehoitosuunnitelma on käytännön työväline lääkehoidon perehdytyksessä. Lääkehoitosuunnitelmaan kootaan muun muassa kaikki työyksikön lääkehoitoon liittyvät ohjeet. Siksi siihen perehtyminen on tärkeää ja osa turvallisen lääkehoidon toteutusta.

ASIASANAT: turvallinen lääkehoito, lääkityspoikkeama, raportointi, lääkehoitosuunnitelma

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme | Nurse (UAS)

2014 | 43 pages and 6 attachments

Instructor: Arja Nylund

Anna-Maria Uski

REPORTING ON MEDICATION ERRORS – AN INTEGRAL PART OF SAFE MEDICATION.

The purpose of this thesis was to examine the amount and the characteristics of medication errors in Hovirinta health care service center which is located in the city of Kaarina. What is more, the way of reporting on medical errors was also examined. The material of this thesis consisted of service center's resident safety announcements of medication errors in 2013. In addition, the material included the reports considering the documentations of medication errors from which had not been made resident safety announcements. The total number of the material was 101. (N.) All in all 94 medication errors were analysed. Deductive, in other words, theory-based content analysis was used as an analysing method.

The biggest amount of medication errors was found at medicine's administering (64%) and dispensing (18%). The most common reason for administering error was the fact that medicine had not been given to the patient by nurse. The resident safety announcement was made in 80 % of the case.

The aim of the thesis was to create clear practices of documenting, reporting, observing and preventing medication errors. This calls for open and interactive atmosphere in the workplace which encourages to both telling and learning from mistakes.

During the process of thesis the usage of medication error related resident safety announcements was stopped and a special medication error form was taken into use.

The central piece of advice in safe pharmacotherapy guide of the ministry of Social Affairs and Health is to draw up a pharmacotherapy plan. The introduction and updating of the pharmacotherapy plan are important development areas of the service center in the future. Updated and relevant pharmacotherapy plan is a practical working tool in the orientation of safe medication. Among other things all medication instructions that are related to the medical care of the nursing unit are collected to the pharmacotherapy plan. Therefore being familiar with it is important as a part of the safe medication outcome.

KEYWORDS:

Safe medication, medication error, reporting, pharmacotherapy plan

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TURVALLINEN LÄÄKEHOITO	8
2.1 Lääkehoitoa toteuttava ammattihenkilöstö	8
2.2 Lainsäädäntö	9
2.3 Lääkityspoikkeamat	10
3 IKÄIHMISTEN LÄÄKEHOITO	14
4 LÄÄKEHOIDON TOTEUTUS HOVIRINNAN PALVELUKESKUKSESSA	16
4.1 Tehostetun palveluasumisen asukkaan lääkehoito	16
4.2 Lääkehoitosuunnitelma	17
4.3 Asukasturvallisuusilmoitus	18
4.4 Lääkehoidon prosessi	18
5 LÄÄKITYSPOIKKEAMIEN KÄSITTELY JA RAPORTOINTI	20
5.1 Lääkityspoikkeamien käsittely Hovirinnan palvelukeskuksessa	22
5.2 Haipro – raportointimalli	22
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	24
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	25
7.1 Tiedonhaku ja tutkimusaineisto	25
7.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston analyysi	26
8 TULOKSET	29
8.1 Lääkityspoikkeamat	29
8.2 Lääkityspoikkeamien raportointi	34
9 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	35
10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	37
LÄHTEET	40

LIITTEET

- Liite 1. Lääkehoitoa toteuttava henkilöstö (STM)
- Liite 2. Lääkehoitoon liittyviä säädöksiä (STM)
- Liite 3. Asukasturvallisuusilmoitus
- Liite 4. Lääkepoikkeamalomake
- Liite 5. Hovirinnan palvelukeskuksen lääkehoitoprosessi
- Liite 6. Hakutulokset

KUVAT

- Kuva 1. Lääkehoidon turvallisuuteen liittyviä käsitteitä (Stakes ja Rohto 2006). 10

KUVIOT

- Kuvio 1. Lääkehoidon riskikohdat henkilöstön näkökulmasta (STM 2006). 12
- Kuvio 2. Lääkityspoikkeamat kuukausittain. 33
- Kuvio 3. Lääkityspoikkeamailmoitukset kuukausittain. 34

TAULUKOT

- Taulukko 1. Virheistä oppimisen edistäminen organisaatiossa (Kinnunen 2010). 21
- Taulukko 2. Malli analyysirungosta. 27
- Taulukko 3. Lääkehoidon prosessin vaihe, jossa poikkeama on tapahtunut. 29
- Taulukko 4. Annostelupoikkeamat. 30
- Taulukko 5. Annostelupoikkeaman ajankohta. 31
- Taulukko 6. Jakelupoikkeamat. 31
- Taulukko 7. Jakelu- ja annostelupoikkeamat. 32

1 JOHDANTO

Turvallinen ja oikein toteutettu lääkehoito on keskeinen osa potilasturvallisuutta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 11). Potilasturvallisuudella tarkoitetaan niitä periaatteita ja toimintoja, joilla pyritään varmistamaan hoidon turvallisuus sekä suojaamaan potilas vahingoittumiselta. Potilasturvallisuus kattaa hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden ja laiteturvallisuuden. (STM 2009, 3,12.)

Potilasturvallisuuteen kuuluu riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. Suomalaisessa potilasturvallisuusstrategiassa 2009 – 2013 tavoitteena on, että organisaatioilla on selkeät käytännöt poikkeamien ja vaaratapahtumien sisäistä raportointia, seuranta ja käsittelemistä varten. (STM 2009, 14, 17.)

Tutkimusten mukaan noin joka kymmenes potilas kokee jonkinlaisen haittatapahtuman hoitonsa aikana. Noin prosentilla potilaista haitta voi johtaa pysyvään vammautumiseen tai kuolemaan. Yksi yleisimmistä haittojen aiheuttajista ovat lääkehoidossa tapahtuvat vahingot. (Helovuo ym. 2011, 18 – 19.)

Erehtyminen on inhimillistä eikä kukaan välty virheiltiltä. Virheistä oppiminen on mahdotonta, elleivät ne tule esiin. Tämän vuoksi virheiden ja poikkeaminen raportointi on tärkeää. Raportoinnin tulee olla sellaista, jossa ei etsitä syyllisiä eikä syyllistetä. Raportoinnilla pyritään avoimeen keskusteluun ja virheistä oppimiseen. Näin myös luodaan virheitä ehkäisevä ilmapiiri. (Pelkonen 2003, 282 – 283; Mustajoki 2005a, 2625; 2005b, 382 -383, 390; Pasternack 2006, 2459; Poukka 2012, 51.)

Kehitettäessä turvallista lääkehoitoa tulee henkilökuntaa kannustaa jakamaan kokemuksensa virheistä ja kiinnittää huomiota enemmän virheistä oppimiseen kuin yksittäisiin virheisiin (Silen - Lipponen 2008, 140).

Tämä opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja lähti tekijän kiinnostuksesta kehittää turvallista lääkehoitoa palvelukeskuksessa. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, kuinka paljon lääkityspoikkeamia on Hovirinnan palvelukeskuksessa ja

tarkastella, millaisia poikkeamat ovat ja, miten ne ovat raportoitu. Lääkityspoikkeamien ilmoittaminen on tapahtunut asukasturvallisuusilmoitusta käyttäen palvelukeskuksessa. Lomaketta ei aina kuitenkaan ole käytetty, vaan osa poikkeamista on kirjattu ainoastaan raporttilehdelle. Opinnäytetyön tavoitteena on luoda palvelukeskukseen selkeät käytännöt lääkityspoikkeamien kirjaamiseen, raportointiin, seurantaan ja ehkäisyyn.

Opinnäytetyön tavoitteena on myös omalta osaltaan luoda avointa ja keskusteluvaa ilmapiiriä. Työntekijöiden tulee rohkeasti raportoida havaitsemansa poikkeamat. Poikkeamista tulee keskustella sekä miettiä yhdessä keinoja niiden vähentämiseksi ja ehkäisemiseksi. Turvallinen työilmapiiri ja turvallisuutta arvosta organisaatiokulttuuri antaa hyvän perustan turvalliselle lääkehoidolle (Suikkanen ym. 2009, 24).

Työyksikön lääkehoitosuunnitelmassa tulee selvittää, miten poikkeama- ja vaara-tapahtumista raportoidaan ja miten niitä seurataan. Palvelukeskuksen lääkehoitosuunnitelman päivittäminen on kesken, mutta asia tullaan mahdollisimman pian korjaamaan. Lääkehoitosuunnitelma on myös perusta turvallisen lääkehoidon toteutukselle.

2 TURVALLINEN LÄÄKEHOITO

Lääkehoidon tavoitteena on ehkäistä ja parantaa sairauksia ja hidastaa niiden etenemistä, ehkäistä niiden aiheuttamia komplikaatioita sekä lievittää sairauden aiheuttamia oireita (STM 2006, 11).

2.1 Lääkehoitoa toteuttava ammattihenkilöstö

Lääkehoito on terveydenhuollon toimintaa, jota pääosin toteutetaan lääkehoidon koulutuksen saaneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimesta ja vastuulla (liite 1). Laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt kantavat kokonaisvastuun lääkehoidon toteuttamisesta. Jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen osallistuva kantaa vastuun omasta toiminnastaan. Esimiehet ohjaavat ja valvovat lääkehoidon toteutusta sekä päättävät eri henkilöstöryhmien työnjaosta. (STM 2006, 3.)

Sosiaalihuollon toimintayksiköissä kuten tehostetun palveluasumisen yksikössä lääkehoidon kokonaisuudesta vastaa lääkäri yhdessä toimintayksikön johdon kanssa. Lääkäri vahvistaa allekirjoituksellaan lääkehoitosuunnitelman sekä vastaa henkilökunnalle annettavista lääkeluvista. (Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto. Valvira 2013, 2.)

Vastuu lääkehoidon toteutuksesta on laillistetulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä esim. sairaanhoitajalla. Vastuulla tarkoitetaan asukkaan hoitoon liittyvästä tehtävänjaosta, siihen liittyvästä ohjauksesta, neuvonnasta ja valvonnasta sekä toimintayksikön lääkehuollon toimivuuden huolehtimisesta. (Valvira 2013, 4.)

Nimikesuojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt, kuten lähihoitajat voivat jakaa lääkkeitä asukaskohtaisiksi annoksiksi ja antaa lääkkeitä, joiden käsittelyyn ei liity erityisiä toimia. Lisäksi he voivat antaa lääkkeen injektioina ihon alle tai lihakseen, kun osaaminen on varmistettu ja hänelle on myönnetty kirjallinen lupa. (Veräjänkorva ym. 2010, 42; Valvira 2013, 4.)

Lääkehoitoon kouluttamaton henkilö voi tapauskohtaisen harkinnan mukaan antaa valmiiksi jaettuina luonnollista tietä annettavia lääkkeitä tai ihon alle pistettäviä lääkkeitä. Hänelle on annettava lisäkoulutusta ja osaaminen on varmistettava näytöllä. Lisäksi hänellä tulee olla lääkehoidosta vastaavan lääkärin kirjallinen lupa. (Valvira 2013, 5.)

2.2 Lainsäädäntö

Turvalliseen lääkehoitoon liittyy lakeja ja säädöksiä (liite 2). Lääkelain (395/1987) tarkoitus on mm. ylläpitää ja edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta. Potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua edistää laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Tämä laki sisältää terveydenhuollon ammattihenkilön määritelmän ja määrittelee oikeudet ammatinharjoittamiseen.

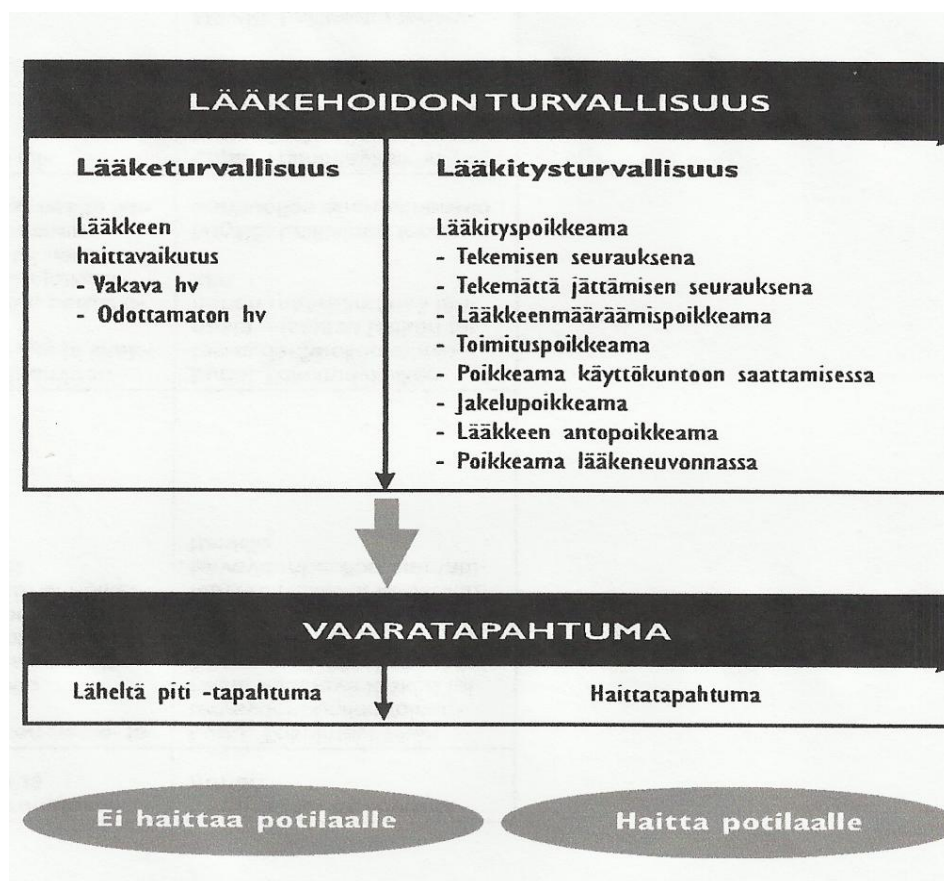
Potilaan/asiakkaan näkökulmasta keskeisin lääkehoitoa koskeva laki on potilaan asemaa ja oikeuksia koskeva laki (758/1992). Lain mukaan potilaalle on annettava tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Myös potilaan itsemääräämisoikeus on laissa keskeisessä asemassa. Potilasasiakirjojen laatimiseen sekä hoito- ja palvelusuunnitelmaan liittyvät säännökset ovat erityisen merkittäviä lääkehoidon kannalta. Potilaslaissa säädetään, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee kirjata potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Dokumentointi on tärkeää, jonka perusteella tiedonkulku varmistetaan. Tiedonkulku on yksi tärkeimmistä peruselementeistä laadukkaaseen ja turvalliseen hoidon antamisessa. Riittävät potilasasiakirjamerkinnät ovat tärkeitä myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden oman oikeusturvan kannalta. (STM 2006, 20, 25; Helovuori ym. 2011, 72.)

Laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990) ja laki yksityisistä sosiaalipalveluista (922/2011) edellyttää omavalvontasuunnitelmaa. Omavalvonta tarkoittaa lääkehoidon osalta toimintayksikön lääkehoitosuunnitelman toteutumisen seurannan ja valvonnan. Keskeinen osa hyvää ja laadukasta lääkehoitoa sekä

omavalvontaa on hoidossa tapahtuvista poikkeamista ilmoittaminen ja käsittely sekä niistä oppinen. (Helovuo ym. 2011, 41.)

2.3 Lääkityspoikkeamat

Lääkehoidon turvallisuuteen kuuluu lääketurvallisuus ja lääkitysturvallisuus. Lääketurvallisuuteen liittyy mm. lääkkeen farmakologisten ominaisuuksien ja vaikutusten tunteminen ja arvioiminen, sekä valmisteeseen liittyvä informaatio. Lääkitysturvallisuuden alle kuuluvat lääkityspoikkeamat. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakes. Lääkehoidon kehittämiskeskus. Rohto 2006, 7.) Kuvassa 1 kuvataan lääkehoidon turvallisuuteen liittyviä käsitteitä.



Kuva 1. Lääkehoidon turvallisuuteen liittyviä käsitteitä (Stakes ja Rohto 2006).

Lääkityspoikkeama (medication error) on lääkehoitoon liittyvä tapahtuma, joka voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä. Lääkityspoikkeama voi johtaa vaaratapahtumaan. Jos poikkeama tai vaaratilanne havaitaan ja seuraukset pystytään estämään ajoissa, niin puhutaan läheltä piti-tapahtumasta. Mikäli potilaalle aiheutuu tilapäinen tai pysyvä ei-toivottu vaikutus, niin tätä kutsutaan haittatapahtumaksi. Tämä voi olla potilaan itsensä kokemaa ja/tai ammattihenkilön toteama. (Stakes ja Rohto 2006, 6 – 9.)

Suurin osa lääkityspoikkeamista tapahtuu vahingossa. Tämä johtuu siitä, että lääkehoito toteutuu usein rutiininomaisesti: samat potilaat ja samat lääkkeet. Poikkeama tapahtuu, kun työntekijä ei ole riittävän valpas ja huolellinen eikä kyseenalaista totuttuja lääkehoitokäytäntöjä. Osalla työntekijöistä voi olla puutteelliset tiedot ja taidot. Toisaalta kokenut työntekijä voi luottaa liikaa kokemukseensa. (Veräjänkorva ym. 2010, 99.)

Lääkehoidon prosessissa voidaan erottaa useita riskikohtia. *Lääkemääräyksen vastaanottoon* liittyvä poikkeama voi liittyä lääkemääräyksen sisällön ymmärtämiseen tai kirjaamiseen potilasasiakirjoihin. (STM 2006, 38.)

Poikkeama lääkkeen jakamisessa lääkedosettiin tai tarjottimelle voi liittyä väärään potilaaseen tai väärään lääkkeeseen, lääkemuotoon tai sen vahvuuteen (STM 2006, 38).

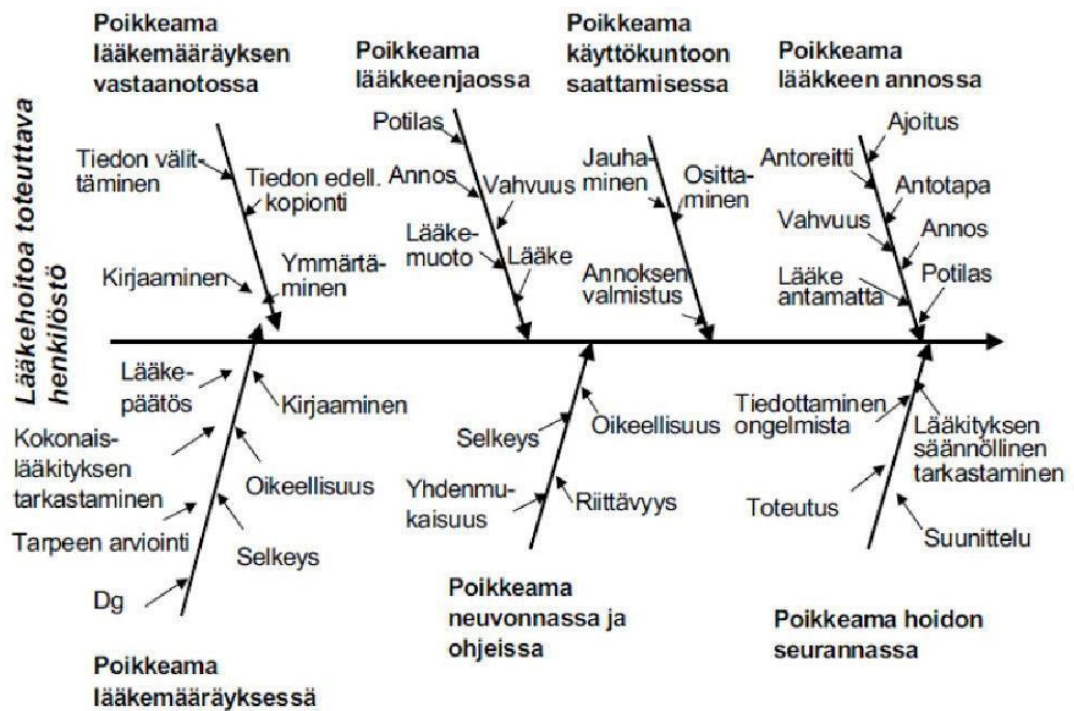
Lääkityspoikkeama voi liittyä myös *lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa* esimerkiksi lääkkeen virheelliseen laimentamiseen, sekoittamiseen, murskaamiseen tai jauhamiseen (Stakes ja Rohto 2006, 9).

Poikkeama lääkkeen annossa käsittää virheellisesti annetun lääkkeen esimerkiksi potilaalle annetun ylimääräisen tai määräämättömän lääkeannoksen, lääkkeen annon väärälle potilaalle tai väärän lääkkeen annon. Määritelmä käsittää lisäksi potilaalle antamatta jääneet lääkkeet tai potilaan ottamatta jääneet hänelle määrättyt lääkkeet sekä väärän antoreitin. (Stakes ja Rohto 2006, 9.)

Poikkeama kirjaamisessa voi tapahtua, kun lääke on jäänyt kirjaamatta tai on kirjattu virheellisesti potilaspapereihin (Sipola - Kauppi 2009, 33).

Lääkkeiden säilytykseen liittyviä poikkeamia ovat säilytys väärässä lämpötilassa tai lääke on vanhentunut (Suikkanen 2008, 43).

Kuviossa 1 esitetään lääkehoidon riskikohtia lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön näkökulmasta.



Kuvio 1. Lääkehoidon riskikohdat henkilöstön näkökulmasta (STM 2006).

Lääkevahingot ovat tavallisia ja niistä on julkaistu erilaisia tutkimuksia. Tam ym. 2005 toteavat, että lääkevahinkoja syntyy pääasiassa virheellisten määräysten ja väärän lääkkeen annon pohjalta. Ne ovat tavallisia teho-osastolla, joissa on kiire, mutta myös avohoidossa. Lisäksi sairaalaan tulevilla potilailla on kahdella kolmasosalla puutteita esitiedoissa lääkityksen osalta.

Suikkasen (2008, 22, 53 – 54) tutkimuksessa selvitettiin keskussairaalan lääkityspoikkeamia. Poikkeamia oli ollut kaikissa lääkehoidon prosessin vaiheissa. Eniten virheitä oli sattunut lääkkeiden annostelussa potilaalle sekä dokumentoinnissa. Työuran alkuvaihe nähtiin yhtenä riskinä lääkityspoikkeamien kannalta. Työrauhan puute sekä työntekijöiden ylikuormittuminen lisäsivät sitä, että

työntekijät eivät pystyneet keskittymään ja huolehtimaan lääkehoidosta riittävän hyvin.

Lääkityspoikkeamien mahdollisuutta lisäävät myös huono tiedonkulku sekä tietojärjestelmiin että lääkkeisiin liittyvät epäselvyydet ja sekaannukset (Suikkanen ym. 2009, 24 – 25).

Lääkityspoikkeamien ennaltaehkäisyssä huolellisuus ja tarkkaavaisuus lääkehoitoon liittyvien työtehtävien suorittamisessa ovat tärkeitä tekijöitä. Lisäksi työntekijöiden tulee päivittää lääkehoidon osaamistaan jatkuvasti. (Suikkanen ym. 2009, 24 – 25.)

3 IKÄIHMISTEN LÄÄKEHOITO

Kivelä (2005, 13 – 15) määrittelee 65 – 75-vuotiaat ikääntyviksi. Iäkkäiksi hän kutsuu 75 – 85-vuotiaita. Vanhoja ovat 85 vuotta täyttäneet ja vanhuksia yli 90 vuotta täyttäneet. Hovirinnan palvelukeskuksen kaikki asukkaat ovat yhtä asukasta lukuun ottamatta yli 80-vuotiaita. Asukkaiden tyypillisimmät sairaudet ovat sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, astma ja reuma. Kaikilla heistä on lääkitystä ja osalla hyvin runsaasti.

Lääkehoidon osalta ikäihmisiä ei voida tarkastella yhtenä ryhmänä. Farmakokinetiikassa eli lääkkeiden imeytymisessä, kulkeutumisessa, aineenvaihdunnassa ja poistumisessa tapahtuu muutoksia ikääntymisen myötä. Käytännössä yksilöllisillä tekijöillä on kuitenkin suurempi ja tärkeämpi merkitys lääkeshoidossa. (Pitkälä ym. 2010, 360.)

län myötä lääkeaineiden kulku ja vaikutukset muuttuvat elimistössä. Syljeneritys vähenee ja suun limakalvon verisuonten seinämät jäykistyvät, minkä vuoksi suusta imeytyvät lääkkeet imeytyvät hitaasti. Ruokatorven lihassupistelut heikenevät ja saattaa johtaa ruoan ja lääkkeiden kulun hidastumiseen. Samoin suoliston seinämissä tapahtuvat ikääntymiseen liittyvät muutokset aiheuttavat, että ruoka ja lääkkeet kulkeutuvat hitaasti eteenpäin maha-suolikanavassa. Mahalaukun hitaan tyhjenemisen vuoksi osa lääkkeistä imeytyy ajallisesti myöhemmin kuin työikäisillä. Toisaalta pitkä imeytymisaika voi johtaa siihen, että joidenkin lääkkeiden imeytyminen on tehokkaampaa iäkkäällä. (Kivelä 2004, 19 – 22; Kivelä 2005, 34 – 35.)

län myötä myös kudosten vesipitoisuus vähenee ja rasvan suhteellisen määrä lisääntyy (Veräjänkorva ym. 2010, 78). Vesiliukoisten lääkkeiden liukenemista eli jakaantumista varten iäkkäällä on kehossa vähemmän vettä. Näin lääkeaineen pitoisuus nousee kehossa. Rasvaliukoisten lääkkeiden kohdalla tilanne on toisenlainen. Rasvan painon osuus kokonaispainosta kasvaa ja tämä johtaa lääkeaineiden puoliintumis- eli vaikutusaikojen pitenemiseen. (Kivelä 2004, 23 – 24; Kivelä 2005, 36; Pitkälä ym. 2010, 361.)

Albumiinin eli lääkeaineita sitovan veren valkuaisaineen pitoisuus alenee vanhetessa. Tämän vuoksi useita lääkkeitä käyttävien ikääntyneiden veressä vapaina eli albumiiniin sitoutumattomina kulkeutuvien lääkeaineiden määrä voi olla iso. (Kivelä 2004, 24; Kivelä 2005,37.)

Lääkkeen rakenteen muuttumisesta eli lääkemetaболиasta huolehtii pääasiassa maksan ja suolen seinämän entsyymijärjestelmät (Veräjänkorva ym. 2010, 65 - 66). Iäkkäiden maksan toiminnan heikkeneminen johtaa lääkeaineiden hajoamisen hidastumiseen (Kivelä 2005, 37).

Lääkkeet poistuvat elimistöstä yleensä virtsan mukana. Munuaisten erityiskyky heikkenee vanhetessa. Tämän vuoksi iäkkäiden lääkeannosten tulee olla pieniä sekä yksilöllisyys tulee ottaa huomioon. (Kivelä 2005, 37 – 38.)

Monilääkitys (polyfarmasia) on yleistä ikäihmisillä. WHO on määritellyt monilääkityksen siten, että iäkkäille potilaille ei tule määrätä enempää kuin neljää eri lääkevalmistetta. Laitoshoidossa rajana pidetään kahdeksaa lääkettä. (Pitkälä 2009, 159; Pitkälä ym. 2010, 362.) Monilääkitys johtaa helposti lääkkeiden haitallisiin yhteisvaikutuksiin eli lääkeinteraktioihin (Kivelä 2013, 347).

Laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi suositellaan henkilökohtaista lääkehoitosuunnitelmaa, johon kirjattaisiin asiakkaan käyttämät itsehoito- ja reseptilääkkeet. Henkilökohtainen lääkehoitosuunnitelma laadittaisiin monia lääkkeitä käyttäville osana palvelusuunnitelmaa. Suunnitelma tulee tarkistaa säännöllisesti, vähintään kerran vuodessa. (STM 2013, 35.)

Laitoksissa asuvat ikäihmiset ovat yleensä monisairaita, ja heidän toimintakykynsä on alentunut. He tarvitsevat erityisesti hoidon hyötyjen ja haittojen arviointia säännöllisesti. Hoidon tavoitteena on mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Lääkityksen arviointi ja mahdollisesti lääkehoidon lopettaminen ei ole hoidon laiminlyöntiä, vaan keskeinen osa iäkkään laadukasta hoitoa. (Klaukka ym. 2007, 4766 -4767.)

4 LÄÄKEHOIDON TOTEUTUS HOVIRINNAN PALVELUKESKUKSESSA

Hovirinnan palvelukeskus on toinen Kaarinan Palvelutalot Oy:n asumispalveluyksiköistä. Palvelukeskuksessa on 17 tehostetun ja kuusi tavallisen palveluasumisen asukaspaikkaa. Palvelukeskuksessa työskentelee asukashoitajia, joilla on pääsääntöisesti lähihoitajan tutkinto. Toimintayksikön sairaanhoitaja on lääkehoidosta vastaava henkilö. Lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvat kaikki lääkehoidon koulutusta perustutkinnossa tai täydennyskoulutuksessa saaneet työntekijät. Tässä opinnäytetyössä näitä työntekijöitä kutsutaan yhteisesti sanalla hoitaja.

4.1 Tehostetun palveluasumisen asukkaan lääkehoito

Tehostetun palveluasumisen asukas asuu yksin omassa asunnossaan ja hän voi itse päättää tarvitsemistaan palveluista. Asukkaalla on oikeus säilyttää lääkkeitään omassa asunnossaan ja huolehtia lääkkeiden annostelusta itse. Tällöin asukas kantaa lääkehoidon kokonaisvastuun itse. (Valvira 2013, 3.)

Palvelukeskuksessa kaikkien asukkaiden lääkehoito on pääosin henkilökunnan vastuulla. Uuden asukkaan tullessa tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma. Siinä yhteydessä keskustellaan asukkaan ja hänen läheisensä kanssa turvallisesta lääkehoidosta ja perustellaan, miksi lääkehoidon toteutus ja vastuu kannattaa antaa henkilökunnalle. Käytännössä on havaittu, että epäselvyydet ja riskit lääkehoidossa kasvavat, kun lääkehoitoa toteuttaa useampi taho. Esimerkiksi hoitajien ja omaisten välinen tiedonkulku voi olla puutteellinen ja syntyä mahdollisesti vaaratilanteita.

4.2 Lääkehoitosuunnitelma

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut vuonna 2006 Turvallinen lääkehoito-oppaan. Se on tarkoitettu kaikille lääkehoitoa toteuttaville toimintayksiköille. Oppaan keskeisenä ohjeena on lääkehoitosuunnitelman laatiminen jokaiseen toiminta- ja / tai työyksikköön. Lääkehoitosuunnitelmassa määritellään lääkehoitoprosessin osa-alueet ja kuvataan turvallisen lääkehoidon toteuttaminen yksikössä. Oma lääkehoitosuunnitelma on käytännön työväline ja se on keskeinen osa laadunhallintaa. Se on oltava avoimesti henkilöstön käytettävissä. Lisäksi sitä tulee päivittää säännöllisesti. (Valvira 2013, 2.)

Lääkehoitosuunnitelmaan kuuluu poikkeamien ilmoittaminen ja niiden seuranta järjestelmällisesti. Raportoinnin toimivuutta edistää avoin ja rakentava ilmapiiri, jolloin poikkeamien syiden selvittelyyn päästään yksilöiden syylistämisen sijaan. (Veräjänkorva ym. 2010, 30.)

Hitosen (2013, 91) tutkimuksessa todetaan, että lääkehoitosuunnitelmien hyödyt ovat lääkehoidon toimintaohjeiden selkeytyminen, toimintatapojen yhtenäistyminen, perehdytyksen kehittyminen, poikkeamaraportoinnin käyttöönotto ja tehostuminen sekä työntekijöiden vastuiden ja työnjaon selkeytyminen.

Palvelukeskuksen lääkehoitosuunnitelman on laatinut lähiesimies ja sairaanhoitaja. Sen päivittäminen on kuulunut myös heille. Opinnäytetyöprosessin aikana muutettiin käytäntöä siten, että sairaanhoitaja tekee jatkossa päivityksen.

Tällä hetkellä palvelukeskuksessa lääkehoitosuunnitelmaa ei riittävästi pystytä hyödyntämään, koska suunnitelman päivittäminen on ajan puutteen vuoksi jäänyt kesken. Päivitettyä ja ajan tasalla olevaa suunnitelmaa ei ole. Myös Hitosen (2013, 56,61) mukaan muualla lääkehoitosuunnitelman laatimisen ja käyttöönoton ongelmat ovat liittyneet resurssien, lähinnä ajan käyttöön liittyviin haasteisiin

Palvelukeskuksen lääkehoitosuunnitelman käyttökuntoon saattaminen on ensisijaisen tärkeää lääketurvallisuuden parantamiseksi. Jatkossa suunnitelma tulee saada aktiivisempaan käyttöön sekä vanhojen työntekijöiden, että varsinkin uu-

sien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytykseen. Oman työyksikön lääkehoitoon liittyvien käytäntöjen tietäminen ja osaaminen on tärkeä osa turvallisen lääkehoidon toteutusta.

4.3 Asukasturvallisuusilmoitus

Kaarinan Palvelutalot Oy käyttää asukasturvallisuusilmoitusta (liite 3) erilaisten haitta- ja vaaratapahtumien ilmoittamiseen. Samaa ilmoitusta käytettiin viime vuonna lääkityspoikkeamien raportoinneissa.

Tämän vuoden alusta käyttöön otettiin uusi lääkityspoikkeamalomake (liite 4). Lomake ei ole tehty palvelukeskukselle. Mahdollisesti käyttäjäkokemusten perusteella lomaketta tullaan vielä muuttamaan palvelukeskukselle sopivammaksi.

Lääkityspoikkeamailmoitusten lisäksi asukkaiden potilastietoihin tulee kirjata lääkityspoikkeamasta. Palvelukeskuksessa ei ole käytössä erityistä potilastietojärjestelmää. Palvelukeskuksessa kirjaaminen tapahtuu word -pohjaiselle raporttilehdelle.

4.4 Lääkehoidon prosessi

Lääkehoidon prosessi on laaja kokonaisuus, joka käsittää lääkärin tekemästä taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä lääkemääräyksestä aina lääkehoidon vaikutusten seurantaan. Prosessi vaihtelee sen mukaan, onko potilas avo- vai laitoshoidossa. (Taam – Ukkonen & Saano 2010, 44.) Lääkehoito on toimintayksiköiden ja organisaatioiden rajat ylittävää yhteistyötä. Se perustuu potilaan, lääkärin ja lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön väliseen yhteistyöhön. (STM 2006, 36.)

Palvelukeskuksen lääkehoidon tasoa voidaan pitää vaativana, koska asukkaat ovat iäkkäitä ja heillä on paljon sairauksia. Palvelukeskuksen asukkaat käyttävät valintansa mukaan terveyskeskus- ja/tai yksityislääkärin palveluita. Lääkehoitoa toteutetaan lääkärin antamien ohjeiden ja määräysten mukaisesti (liite 5).

Asukkailla on omat lääkkeet ja lääketilaukset hoidetaan keskitetysti lähiapteekista. Pääsääntöisesti sairaanhoitaja päivittää lääkelistat, mutta hänen ollessa estynyt, sen tekee joku muu vakituisista asukashoitajista. Sairanhoitaja jakaa lääkkeet työparinaan vakituinen asukashoitaja. Käytössä on kaksoistarkastus eli jakajat tarkastavat toistensa jakamat lääkkeet. Asukkaiden viikkokohtaiset lääkedosetit säilytetään heidän kotonaan. Lääkkeiden annostelusta huolehtivat hoitajat. Muutama asukas ottaa lääkkeet itsenäisesti valmiiksi jaetusta dosetista. Lääkkeiden vaikutusten ja mahdollisten haittavaikutusten seuranta ja raportointi kuuluu kaikille hoitajille. (Kulta & Uski 2013.)

Kuten edellä mainittiin, niin palvelukeskuksessa on käytössä kaksoistarkastus. Kaksoistarkastus on hyvä keino estää lääkkeiden jakovirheitä. Edellyttäen, että lääkelistat ovat päivitettyjä ja lääkkeen jakajat saavat keskittyä rauhassa työhön (Veräjänkorva ym. 2010, 105). Työympäristön tulee olla rauhallinen ja valoisa. Perusajatuksena kaksoistarkastuksessa on, että kollega tarkastaa, onko lääkkeet jaettu oikein. (Helovuo ym. 2011, 212 – 213.) Epätodennäköistä on, että molemmat lääkkeen jaossa olevat henkilöt tekevät saman virheen (Helovuo & Kinnunen 2009, 18). Kaksoistarkastusten merkityksestä on oltu myös toista mieltä. Armitage (2009, 30) on todennut, että tuplatarkastaminen on rutiinia päivittäistä toimintaa, joka saattaa edistää lääkityspoikkeamia jossain tilanteissa. Joanna Briggs Instituutin (2009, 11) artikkelissa kerrottiin, että yhden hoitajan jakamien lääkkeiden virheiden määrä on suunnilleen samaa tasoa kuin kaksoistarkastettujen lääkkeiden, kun tätä oli tutkittu. Kaksoistarkastusta tulee siis kriittisesti arvioida. Sen toteuttamista on syytä harjoitella ja käyttöä seurata. (Helovuo ym. 2011, 212.)

5 LÄÄKITYSPOIKKEAMIEN KÄSITTELY JA RAPORTOINTI

Lääkityspoikkeamien raportointi on prosessi, joka alkaa poikkeamien tunnistamisesta ja ilmoittamisesta. Ilmoitukset tulee käsitellä ja luokitella siten, että tiedot hyödynnetään tavoitellen jatkuvan oppimisen kautta tapahtuvaa toimintatapojen kehittymistä. Poikkeamien ilmoittaminen perustuu työntekijän aloitteellisuuteen. Esimiehillä on vastuu, että ilmoitukset käsitellään ja tietoa käytetään yksikön kehittämisessä. (Kinnunen ym. 2009a, 9, 11; Kinnunen ym. 2009b, 13 – 17.)

Hoitotyön lähiesimiesten kokemuksia lääkityspoikkeamaraportointikäytännöistä on selvitetty. Tuloksista kävi ilmi, että raportointikäytännöt voivat vaihdella samankin organisaation sisällä. Niissä yksiköissä, joissa lääkityspoikkeamaraportointi oli jo vakiintunut, oli lähdetty eteenpäin kehittämään raportointia. Tutkimuksessa todettiin, että esimiehen antama motivaatio kuten kannustus, kiitos ja rohkaisu lisäsivät raportointia. Lisäksi työskentelyilmapiirillä on vaikutusta raportointiin. Mikäli raportointi ei saavuta esimiestä, niin se ei myöskään johda toimenpiteisiin. (Gustavsson - Niemelä 2011, 41, 43 - 44.)

Toiminnaltaan samankaltaisia toimintayksiköitä verrattaessa vähemmän poikkeamailmoituksia tekevän yksikön toiminta on turvattomampaa kuin enemmän ilmoituksia tekevän yksikön. Ajatusmaailmaa pitää muuttaa siten, että ymmärrämme, että pienempi poikkeamailmoitusten määrä merkitsee, että virheiden ehkäisyyn ei kiinnitetä riittävästi huomiota. (Mustajoki 2005b, 391.)

Kinnusen (2010,143 - 145) tutkimuksessa selvitettiin organisaation virheistä oppimisen esteitä ja mahdollistajia. Tutkimuksessa todettiin, että virheistä oppii, jos virheet tuodaan esille, virheitä selvitetään syylistämättä ja toimintaa kehitetään syiden pohjalta. Virheistä oppimisen esteitä ovat mm. syylistäminen, virheiden syiden ohittaminen selvittämättä, kiire sekä se, että keskustelulle ei anneta mahdollisuuksia ja kukaan ei ota vastuuta oppimisesta. Alla olevaan tau-

lukkoon Kinnunen (2010, 152) on koonnut, miten virheistä oppimista voi edistää organisaatiossa.

Taulukko 1. Virheistä oppimisen edistäminen organisaatiossa (Kinnunen 2010).

Taso	”Nyrkkisääntö”
Yksilötaso	<ul style="list-style-type: none"> - Havaitessasi virheen tuo se avoimesti esiin. - Mieti aina syitä virheen tapahtumiseen, älä etsi syyllisiä. - Tunne vastuusi toiminnan kehittämistä myös virheen ilmoittamisen jälkeen.
Työyhteisö	<ul style="list-style-type: none"> - Keskustelkaa tapahtuneista virheistä säännöllisesti yhdessä. - Palkitkaa virheen esiin tuomisesta.
Esimies ja vastuuhenkilöt	<ul style="list-style-type: none"> - Kannusta virheiden esiin tuomiseen. - Käsittele virheitä etsimällä niiden syitä ei syyllisiä virheeseen. - Tuo virheet yhteiseen keskusteluun ja anna palautetta. - Ohjaa omalla esimerkilläsi avoimen ilmapiirin muodostumista.
Organisaatiotaso	<ul style="list-style-type: none"> - Antakaa esimiehille ja vastuuhenkilöille tilaisuus virheistä keskusteluun. - Antakaa kaikille tiedoksi säännöllisesti palautetta virheistä oppimisen tuloksista.
Ylin johto	<ul style="list-style-type: none"> - Varmista, että organisaatiossa on selkeä ja vastuutettu prosessi, jonka tuella ylin johto saa tietoa virheistä ja jonka tuella myös päätökset menevät takaisin yksilötasolle. - Kannusta määrätietoisesti avoimuuteen.

5.1 Lääkityspoikkeamien käsittely Hovirinnan palvelukeskuksessa

Palvelukeskuksen kaikilla työntekijöillä on vastuu tehdä lääkityspoikkeamailmoitus, kun havaitsee poikkeaman tapahtuneen. Ilmoitus on toimitettu lähiesimiehelle. Poikkeamia on käsitelty tiimikokouksissa lukemalla asukasturvallisuusilmoituksista, minkälaisia poikkeamia on tapahtunut. Tämän jälkeen on keskusteltu, mistä mahdollisesti poikkeamat ovat johtuneet ja millä keinoin jatkossa estetään poikkeamat. Paikalla ovat olleet työvuorossa olleet työntekijät.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kehittää lääkityspoikkeamien ilmoittamista, seuranta ja raportointia palvelukeskuksessa. Asiaa on jo lähdetty kehittämään opinnäyteprosessin aikana. Jatkossa sairaanhoitaja kerää lääkityspoikkeamat ja tekee niistä kirjallisen raportin neljännesvuosittain. Tiimikokous on edelleen toimiva paikka, jossa raportti käydään läpi. Jatkossa kokousmuistioiden liitteeksi voidaan laittaa lääkityspoikkeamaraportti, jotta myös ne työntekijät, jotka eivät ole paikan päällä kokouksessa, saavat asiasta tietoa.

5.2 HaiPro – raportointimalli

HaiPro on terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä, joka on Suomessa käytössä yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä (HaiPro 2014). HaiPro ilmoitus tehdään sähköisellä lomakkeella, joka tehdään yksikön omaan toimintaan soveltuvaksi versioksi. Raportointijärjestelmän keskeinen lähtökohta on määrittää selkeästi vastuut. Lisäksi nimetään vaaratapahtumailmoitusten käsittelijät, joiden tehtävä on ilmoitusten käsittely, analysointi ja toimenpide-ehdotusten laatiminen. (Knuutila ym. 2007, 42, 48, 50.)

Useissa vaaratapahtumia käsittelevissä tutkimuksissa on käytetty HaiPro-raportteja. Kuisman (2010, 23) tutkimuksessa 53% vaaratapahtumailmoituksista liittyi lääkehoitoon. Yleisimmät olivat lääkkeen anto- ja jakovirheet. Ruuhilehdon ym. (2011, 1033) tutkimuksessa oli tutkittu HaiPro ilmoituksia 36:sta käyttäjäorganisaatiosta. Kaikista raportoidusta ilmoituksista 51 % liittyi lääkkeisiin ja lääkitysprosessiin. Yleisimmät virheet olivat kirjaamis-, jako- ja antovirheitä.

Vaasan keskussairaalan vaaratapahtumailmoituksista selviteltiin lääkehoidon prosessia. Dataa oli kerätty vuosien 2008 – 2011 väliltä. Lääkityspoikkeamista lääkkeiden jakovirhe oli yleisin. Seuraavaksi yleisempiä olivat kirjaamis- ja lääkkeenanto virheet. Tässä selvityksessä kävi lisäksi ilmi, että poikkeamista tehtyjen ilmoitusten määrä oli kasvanut vuosittain. Tämä kertonee turvallisuuskulttuurin muutoksesta eikä siitä, että haittatapahtumia sattuu enemmän. (Siermala 2012, 58.)

Härkäsen ym. (2013, 49 - 61) tutkimuksessa käytettiin Kuopion Yliopistollisen sairaalan HaiPro – ilmoituksia. Vuonna 2010 sairaalassa oli tehty 1617 ilmoitusta, joista suurin osa liittyi myös lääkehoitoon. Tutkimuksessa selvitettiin henkilökunnan näkemyksiä lääkityspoikkeamien ehkäisemiseksi. Esille tuli, että oman, kollegan tai toisen ammattiryhmän toiminnan tarkastaminen estää mahdollisten virheiden ja vahinkojen tapahtumista. Lisäksi kaikkien lääkehoitoon osallistuvien yhteistyö ja tiedonkulku on tärkeää. Esille tuli myös ”viisi oikeaa”- tarkistuslistan käyttö eli huomioidaan, että potilas on oikea, lääke on oikea, annos on oikea, ajoitus on oikea ja antoreitti on oikea.

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka paljon lääkityspoikkeamia oli vuonna 2013 Hovirinnan palvelukeskuksessa. Lisäksi tarkasteltiin, millaisia lääkityspoikkeamat olivat ja, miten ne olivat raportoitu.

Tavoitteena on kehittää lääkityspoikkeamien kirjaamista, raportointia, seuranta ja ehkäisyä.

Tutkimuskysymykset:

1. Kuinka paljon lääkityspoikkeamia oli vuonna 2013?
2. Millaisia lääkityspoikkeamat olivat?
3. Kuinka paljon poikkeamia oli raportoitu raporttilehdille?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

7.1 Tiedonhaku ja tutkimusaineisto

Opinnäytetyöhön haettiin tietoa Medic-, Pubmed-, Ovid/Medline- ja JBI-tietokannoista (liite 6). Hakuja rajattiin vuosiin 2007 – 2013. Lisäksi käytettiin Terveysportti- ja Aura-tietokantaa ilman haun rajausta. Ulkomaalaisia hakusanoja olivat ”medication error”, ”reporting”, ”double-check*” ja ”nurse”. Näitä sanoja yhdistettiin eri tavoilla. Kotimaisia hakusanoja olivat ”potilasturva*”, ”lääkityspoik*”, ”vaaratapa*”, ”raportointi”, ”lääkitysvir*”, ”haitta” ja ”hoitaja”. Koska opinnäytetyö tehtiin ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen yksikköön, niin tietoa haettiin myös ikääntyneistä ja ikääntyneiden lääkehoidosta. Hakusanoina käytettiin: ”vanhusten lääkehoito” ja ”gerontologia”. Eri tietokannoista löydettiin hyvin tutkimuksia ja artikkeleita aiheesta. Aura-tietokannasta pyrittiin käyttämään mahdollisimman uusia teoksia.

Opinnäytetyön aineistona käytettiin Hovirinnan palvelukeskuksessa vuonna 2013 tehtyjä asukasturvallisuusilmoituksia, jotka koskivat lääkityspoikkeamia. Lisäksi aineistoon poimittiin raporttilehdiltä löydetyt kirjaukset lääkityspoikkeamista, joista ei ollut tehty asukasturvallisuusilmoitusta. Raporttilehdet luettiin kahteen kertaan. Sieltä löydetyt kirjaukset lääkityspoikkeamista siirrettiin tarkasti asukasturvallisuusilmoituslomakkeille. Nämä ilmoitukset värikoodattiin, jotta ne pystyttiin erottamaan niistä lääkityspoikkeamista, jotka jo alun perin oli tehty asukasturvallisuusilmoituslomakkeelle. Koko aineisto kerättiin tällä tavoin yhteen. Analysointivaiheessa huomattiin, että kuusi lääkityspoikkeamaa oli kirjattu palvelukeskuksessa joskus aiemmin käytössä olleeseen lääkepoikkeamailmoitukseen. Nämä kuusi lääkityspoikkeamaa laskettiin asukasturvallisuusilmoitukseen tehtyihin lääkityspoikkeamiin.

Tutkimustulosten kuvaamisessa käytetään alkuperäisiä tekstejä asukasturvallisuusilmoituksista. Mahdolliset henkilöiden tunnistetiedot poistettiin XXX-merkinnällä.

7.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston analyysi

Tässä opinnäytetyössä lääkityspoikkeamien selvittämisessä käytettiin menetelmänä deduktiivista sisällön analyysiä ja sisällön erittelyä. Sisällön analyysi on perusanalyysimenetelmä ja sillä on tärkeä jalansija hoitotieteessä. Sen vahvuutena on sisällön sensitiivisyys ja tutkimusasetelman joustavuus. Sisällönanalyysi voi olla induktiivista eli aineistolähtöistä tai deduktiivista eli teorialähtöistä analyysiä. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013,165 -167.)

Sisällön analyysin avulla voidaan analysoida dokumentteja. Dokumentti voi olla kirja, artikkeli, keskustelu, raportti tai mikä tahansa kirjallisessa muodossa oleva dokumentti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 84.) Molempiin sisällön analyysien valmisteluvaiheeseen kuuluu analyysiyksikön valinta. Tämä voi olla yksittäinen sana, lause tai teema. (Latvala & Vanhanen – Nuutinen 2003, 25; Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2013, 168.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi eli induktiivinen alkaa pelkistämällä eli aineistossa olleet ilmaisut kirjataan aineiston termein. Tämän jälkeen aineisto ryhmitellään omiin alaluokkiin. Lopuksi samansisältöiset luokat yhdistetään abstrahointivaiheessa yläluokkiin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26 – 29.)

Teorialähtöinen eli deduktiivinen sisällönanalyysi perustuu teoriaan tai teoreettisiin käsitteisiin, joiden ilmenemistä tarkastellaan käytännössä (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2013, 167). Deduktiivinen sisällön analyysi alkaa analyysirungon muodostumisella. Analyysirunko voi olla väljä tai strukturoitu. Väljä analyysirunko muistuttaa osittain aineistolähtöistä sisällönanalyysiä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 30 - 31). Aluksi analyysiyksikkö pelkistetään, minkä jälkeen aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Samaa merkittävät asiat yhdistetään omaan kategoriaan. Näin muodostetaan erilaisia luokituksia tai kategorioita. Alakategoriat yhdistetään ja muodostetaan yläkategorioita. Lopputuloksena muodostuvat pääkategoriat. Luokittelun ja kategorisoinnin jälkeen aineisto voidaan kvantifioida, jolloin lasketaan, kuinka monta kertaa ka-

tegorian sisältämä asia esiintyy aineistossa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113, 120; Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2013, 169.)

Sisällönanalyysin ohella puhutaan myös sisällön erittelystä. Sillä tarkoitetaan määrällistä analyysiä, jossa kuvataan lukumääräisesti jotakin tekstin tai dokumentin sisältöä. Tutkimusongelmasta riippuen voidaan esimerkiksi laskea tiettyjen sanojen esiintymistiheyttä tietyissä dokumenteissa. Näin aineistosta voidaan laskea, kuinka monta kertaa sama asia esiintyy. (Saaranen – Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Sisällön analyysillä voidaan siis tarkoittaa laadullista sisällönanalyysiä ja sisällön määrällistä erittelyä. Näitä molempia voidaan hyödyntää samaa aineistoa analysoidessa. (Saaranen - Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tässä opinnäytetyössä dokumentteina olivat lääkityspoikkeamia koskevat asukasturvallisuusilmoitukset ja deduktiivinen analyysirunko muodostui lääkityspoikkeamakäsitteistä. Analyysiyksiköksi valittiin lauseet asukasturvallisuusilmoituksista. Analyysin alussa kaikki asukasturvallisuusilmoituksiin kirjoitetut alkupe-
räiset ilmaisut kirjoitettiin ylös. Tässä vaiheessa käytettiin värikoodausta, jolla eroteltiin, oliko teksti asukasturvallisuusilmoituksesta vai alun perin raporttileh-
deltä kopioitu. Tämän jälkeen lausumat pelkistettiin ja pelkistetyt ilmaisut luoki-
teltiin kategorioihin. Taulukossa 4 on esimerkki, miten analyysirunkoa käytettiin.

Taulukko 2. Malli analyysirungosta.

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
"XXX:lle" jäänyt päivän Furesis antamatta	Päivä Furesis antamatta	Hoitaja on unohtanut antaa lääkkeen.	Poikkeama annostelussa.
Lounaslääkkeistä puuttui yksi lääke.	Yksi lääke puuttunut.	Jakovirhe/lääke puuttunut.	Poikkeama jake- lussa.

Sisällön erittelyä käytettiin, kun tarkasteltiin lukumääräisesti, kuinka monta lääkityspoikkeamaa oli kirjattu asukasturvallisuusilmoitukseen ja kuinka monta raporttilehdelle. Samoin annostelupoikkeamien selvittelyssä laskettiin, kuinka monta kertaa hoitajalta oli jäänyt lääkkeen annostelu toteuttamatta tai kuinka usein näin oli tapahtunut asukkaalta itseltään. Lääkityspoikkeaman ajankohtaa pystyttiin laskemaan annostelupoikkeamien kohdalla.

Opinnäytetyön tutkimustulokset kuvataan frekvensseinä eli lukumäärinä ja prosentteina. Lisäksi tuloksia havainnollistetaan taulukoilla ja kuvioilla.

8 TULOKSET

Tarkasteltujen dokumenttien kokonaismäärä oli 101. Aukasturvallisuusilmoituksia lääkityspoikkeamista oli 82. Tässä joukossa oli kuusi lääkityspoikkeamaa, jotka oli kirjattu palvelukeskuksen vanhaan, käytöstä poistettuun lääkepoikkeamailmoitukseen. Raporttilehdiltä poimittiin 19 kirjausta lääkityspoikkeamasta. Seitsemän aukasturvallisuusilmoitusta hylättiin puutteellisten tietojen vuoksi. Yhteensä analysoitiin 94 lääkityspoikkeamaa.

8.1 Lääkityspoikkeamat

Tutkimuskysymyksillä 1 ja 2 selvitettiin lääkityspoikkeamien määrää ja, minkälaisia poikkeamat olivat. Lisäksi annostelupoikkeamien ajankohtaa selvitettiin.

Lääkityspoikkeamia oli 94. Eniten poikkeamia oli annostelussa (64 %) ja jakelussa (18 %). Yksittäisiä poikkeamia oli säilytyksessä, kirjaamisessa, lääkemääräyksen vastaanotossa sekä lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa. Muutamassa poikkeamassa oli tulkintavaikeutta ja ne luokiteltiin ”muut”. Lääkityspoikkeamat kuvataan taulukossa 3.

Taulukko 3. Lääkehoidon prosessin vaihe, jossa poikkeama on tapahtunut.

Prosessin vaihe	Lukumäärä (n)	Prosentti %
Annostelu	60	64 %
Jakelu	17	18 %
Jakelu ja annostelu	8	9 %
Säilytys	1	1 %
Lääkemääräys	1	1 %
Kirjaaminen	1	1 %
Käyttökunto	2	2 %
Muu	4	4 %
Yhteensä	94	100 %

Poikkeama annostelussa

Lääkkeiden annostelussa oli 60 poikkeamaa. Näistä 50 (83 %) poikkeamaa oli sellaisia, joissa hoitajalta lääke/läkkeet olivat jääneet kokonaan tai osittain antamatta. Osittain antamatta jättäminen liittyi esimerkiksi siihen, että yksittäinen lääke oli jäänyt dosettiin lääkkeen annon yhteydessä. Asukas oli saanut väärää lääkettä kolme kertaa (5 %). Lääke oli annosteltu kaksi kertaa kahdessa tapauksessa (3 %). Virheellinen lääkkeen antoaika oli yhdessä (2 %) tapauksessa. Neljä (7 %) kertaa asukkaalta itseltään oli jäänyt lääke/läkkeet ottamatta. Annostelupoikkeamia kuvataan taulukossa 4.

Taulukko 4. Annostelupoikkeamat.

Poikkeama	Lukumäärä (n)	Prosentti %
Hoitajalta jäänyt lääke/läkkeet antamatta	50	83 %
Väärä lääke	3	5 %
Lääkkeen annosteluvirhe	2	3 %
Väärä lääkkeen antoaika	1	2 %
Asukkaalta jäänyt lääke/läkkeet ottamatta	4	7 %
Yhteensä	60	100 %

Lääkkeiden antamatta jättämistä kuvattiin seuraavasti.

Illalla huomattu, että päiväläkkeet jääneet antamatta.

Viime viikolla asukkaan aamulääkkeistä jäänyt puolikas tbl dosettiin.

Aamulla jäänyt XXX:n Exelon-laastari vaihtamatta.

XXX:lta jäänyt ottamatta aamuläkkeet.

Kuvauksia muista annosteluun liittyvistä lääkityspoikkeamista.

Saanut aamulla Novorapid flexpen 24 ky → Novomin flexpen sijaan.

Asukkaalla 2 muistilaastaria yhtä aikaa iholla.

Eilen jäänyt iltaläkkeet pöydälle ja sai ne aamulla vahingossa.

Annostelupoikkeaman ajankohta kävi ilmi 44:ssä (73 %) ilmoituksessa ja 16:sta (27 %) ilmoituksessa poikkeaman ajankohtaa ei ollut kirjattu. Vähiten annoste-

luun liittyviä poikkeamia oli lounaslääkkeissä (8 %) ja eniten päivälääkkeissä (32 %). Annostelupoikkeamien ajankohtaa kuvataan taulukossa 5.

Taulukko 5. Annostelupoikkeaman ajankohta.

Ajankohta	Lukumäärä (n)	Prosentti %
Aamulääkkeet	9	15 %
Lounaslääkkeet	5	8 %
Päivälääkkeet	19	32 %
Iltalääkkeet	11	18 %
Ajankohta ei tiedossa	16	27 %
Yhteensä	60	100 %

Poikkeama jakelussa

Lääkkeiden jakelussa oli 17 poikkeamaa. Näistä kahdeksassa (47 %) lääke oli puuttunut dosetista. Seitsemässä (41 %) tapauksessa lääkettä oli jaettu liikaa. Yhden (6 %) kerran oli jaettu väärää lääkettä. Lääke oli jaettu myös yhden (6 %) kerran väärän antoaikaan. Nämä poikkeamat lääkkeen annostellut hoitaja tai asukas itse oli huomannut ajoissa, jolloin virhe oli korjattu ja asukas oli saanut oikean annostuksen. Jakeluun liittyviä lääkityspoikkeamia kuvataan taulukossa 6.

Taulukko 6. Jakelupoikkeamat.

Jakelupoikkeama	Lukumäärä (n)	Prosentti %
Lääke puuttuu	8	47 %
Läkettä liikaa	7	41 %
Väärä lääke	1	6 %
Väärä antoaika	1	6 %
Yhteensä	17	100 %

Lääkkeiden jakeluun liittyviä poikkeamia kuvattiin seuraavasti.

Furesis 20 mg puuttunut koko viikon dosetista päivälääkkeen kohdalta.

Asukas oli itse huomannut, että sunnuntain aamun lääkkeissä oli yksi pilleri liikaa.

Asukkaan dosetissa 2 kpl väärää lääkettä. Ei ollut edes omia.

Lääke oli jaettu dosetissa väärään lokeroon.

Poikkeama jakelussa ja annostelussa

Kahdeksan lääkityspoikkeamaa oli sellaisia, joissa oli tapahtunut virhe sekä lääkkeen jakelussa että annostelussa. Näistä viidessä tapauksessa lääke oli jäänyt jakamatta kokonaan tai sitä oli jaettu liian vähän. Kahdessa tapauksessa lääkettä oli jaettu liikaa. Nämä oli huomattu vasta jälkikäteen, joten asukas oli saanut lääkkeitä väärin annosteltuna. Yksi poikkeama koski lääkkeen jakamista väärään ajankohtaan, jolloin lääke oli annosteltu asukkaalle väärään aikaan. Jakeluun ja annosteluun liittyviä lääkityspoikkeamia kuvataan taulukossa 7.

Taulukko 7. Jakelu- ja annostelupoikkeamat.

Jakelu- ja annostelupoikkeama	Lukumäärä (n)	Prosentti %
Lääke puuttui kokonaan tai sitä jaettu liian vähän	5	63 %
Lääkettä oli jaettu liikaa	2	25 %
Lääke oli jaettu väärään ajankohtaan	1	12 %
Yhteensä	8	100 %

Lääkkeiden jakeluun ja annosteluun liittyviä poikkeamia kuvattiin seuraavasti.

Iltalääkkeiden annon yhteydessä huomasi, että en ole jakanut iltalääkkeisiin Neurontin 600 mg:n tablettia.

Asukas kotiutettu ilman Marevan ohjeistusta. Viikonlopun Marevan jaettu vanhan ohjeen mukaan. 1. arkipäivänä kävi ilmi, että asukas on saanut liikaa.

Marevan tabletit jaettu väärään lokeroon (yöhön, kun olisi pitänyt olla illassa). Annostus oikea. Furesis 20 mg 1 x 1 puuttui lounaslääkkeistä, mutta oli jaettu yölääkkeisiin.

Poikkeama lääkkeen säilytyksessä

Lääkkeen säilytyksessä oli yksi poikkeama.

Eilen käyttöön otettu silmävoide jätetty huoneenlämpöön.

Poikkeama lääkemääräyksen vastaanotossa

Yksi poikkeama koski lääkemääräyksen vastaanottoa.

Marevanit puuttuivat dosetista kolmelta päivältä, koska Marevan-ohjeistus oli jäänyt päivittämättä. Virhe huomattu ajoissa.

Poikkeama kirjaamisessa

Kirjaamiseen liittyvä poikkeama liittyi lääkelistan puutteelliseen päivittämiseen.

Poikkeama lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa

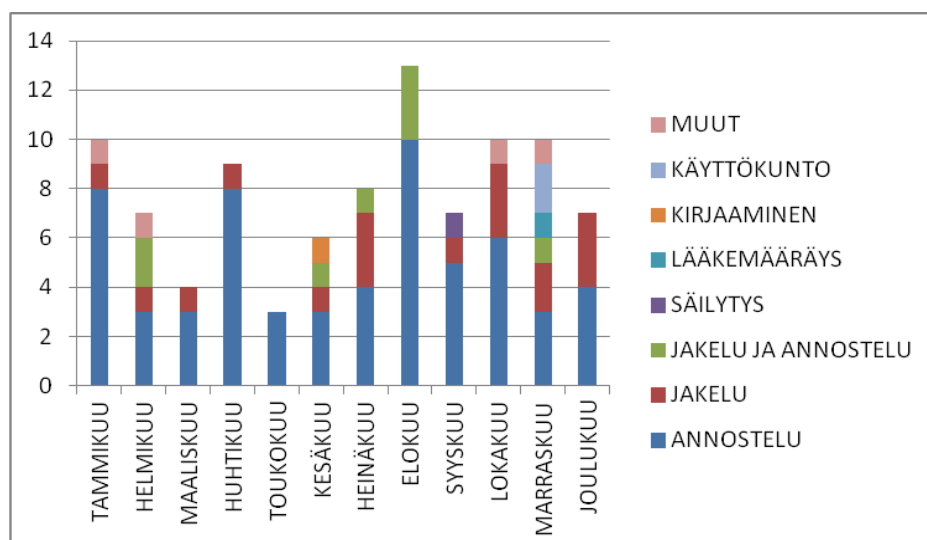
Lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa oli kaksi poikkeamaa, jotka molemmat liittyivät lääkkeen jauhamiseen.

Muut poikkeamat

Neljässä lääkityspoikkeamassa oli tulkintavaikeutta.

Lääkityspoikkeamat kuukausittain

Asukasturvallisuusilmoituksista laskettiin, kuinka paljon lääkityspoikkeamia oli kuukausittain. Kuviossa 2 nähdään, että lääkityspoikkeamia oli eniten elokuussa (11) ja vähiten toukokuussa (3). Lisäksi taulukossa kuvataan poikkeamatyypit.



Kuvio 2. Lääkityspoikkeamat kuukausittain.

8.2 Lääkityspoikkeamien raportointi

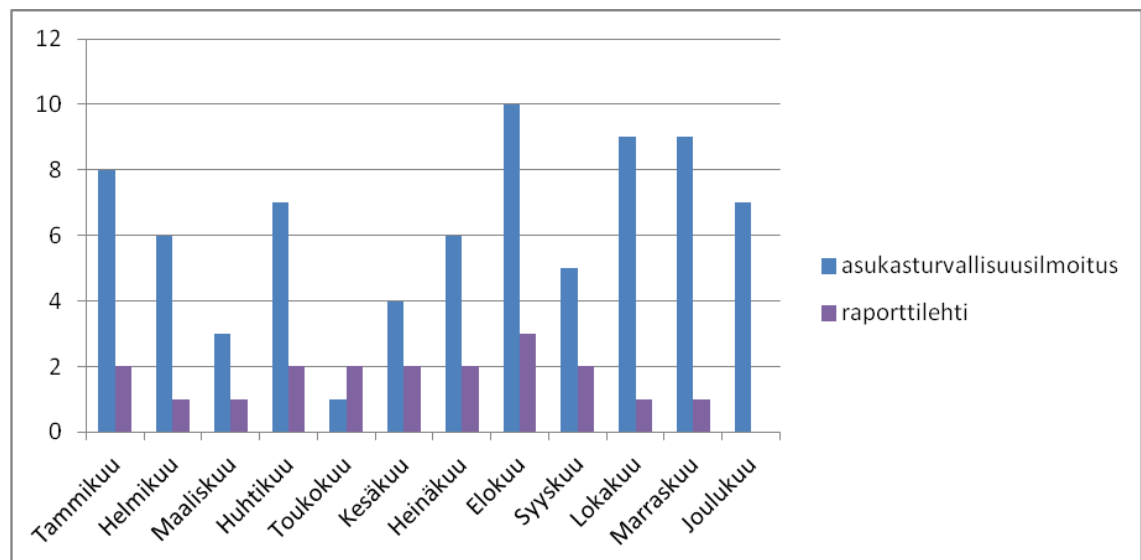
Tutkimuskysymyksellä kolme selvitettiin, kuinka paljon lääkityspoikkeamia oli kirjattu ainoastaan raporttilehdille.

Lääkityspoikkeama oli kirjattu ainoastaan raporttilehdelle 19:ssä (20 %) tapauksessa. Aukasturvallisuusilmoitus oli tehty 75:stä (80 %) lääkityspoikkeamasta. Lääkityspoikkeamien ilmoitustapaa kuvataan taulukossa 7.

Taulukko 7. Lääkityspoikkeamien ilmoitustapa.

Ilmoitustapa	Lukumäärä (n)	Prosentti %
raporttilehti	19	20 %
asukasturvallisuusilmoitus	75	80 %
Yhteensä	94	100 %

Kuviossa 3 nähdään, että joulukuussa kaikki lääkityspoikkeamat oli tehty asukasturvallisuusilmoitukseen.



Kuvio 3. Lääkityspoikkeamailmoitukset kuukausittain.

9 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Suomen Akatemian tutkimuseettisissä ohjeissa (2012, 5 – 6) todetaan, että tutkijan tulee olla rehellinen, huolellinen ja tarkka tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Lisäksi hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti. Tutkimusraportissa lähdeviitteet merkitään asiallisesti ja tarkasti (Hirsjärvi ym. 2012, 26).

Tutkimusetiikan perusvaatimuksena on, ettei tutkimusaineistoa luoda tyhjästä tai väärennetä. Tutkijan tulee pyrkiä tarpeettomien haittojen ja epämukavuuksien minimointiin. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013, 212, 218.)

Anonymiteetti on keskeistä tutkimustyössä. Siihen kuuluu, että tutkimustietoja ei luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuolelle ja aineistoa säilytetään suojattuna. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013, 221.)

Tutkimuslupaa haettaessa kohdeorganisaatiolta on varmistettava, saako organisaation nimi esiintyä tutkimusraportissa (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013, 22).

Tämän opinnäytetyön toimeksiantosopimus tehtiin Kaarinan Palvelutalot Oy:n toimitusjohtajan kanssa joulukuussa 2013. Siinä yhteydessä sovittiin, että Hovirinnan palvelukeskuksen nimi saa esiintyä opinnäytetyössä. Tutkimusluvan myöntäminen osoittaa, että palvelukeskuksessa ollaan halukkaita kehittämään ja parantamaan asukkaiden turvallista lääkehoitoa.

Asukasturvallisuusilmoitukseen ei tarvitse kirjoittaa lääkityspoikkeaman kohteeksi tulleen asukkaan nimeä tai ilmoituksen tehneen nimeä. Osaan ilmoituksiin oli kirjattu asukkaiden ja ilmoituksen tehneiden nimet. Opinnäytetyössä anonymiteetti huomioitiin siten, että nimet tarvittaessa korvattiin XXX-merkinnällä. Asukasturvallisuusilmoitukset olivat ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytösä. Tutkimuksen jälkeen aineisto palautettiin palvelukeskukseen.

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteereitä on useita. Analyttinen täsmällisyys tarkoittaa analyysiprosessin selkeyttä ja luokitelujen loogisuutta. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013, 199 -201, 204.) Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin deduktiivinen sisällön analyysi. Raportissa pyrittiin mahdollisimman tarkasti kuvaamaan analyysiä ja sen käyttöä tässä opinnäytetyössä. Raportissa on esimerkki analyysirungosta ja alkuperäistekstejä, joilla pyrittiin lisäämään tutkimuksen uskottavuutta ja luotettavuutta.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida siirrettävyydellä eli sillä, voidaanko tutkimustuloksia siirtää muuhun tutkimusympäristöön (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013, 198). Tämän tutkimuksen tulokset ovat mahdollisesti siirrettävissä muuhun sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikköön, jossa toteutetaan lääkehoitoa. Lääkityspoikkeamatilanteet ovat yleensä samankaltaisia.

Opinnäytetyön aineistona oli palvelukeskuksen lääkityspoikkeamia koskevat asukasturvallisuusilmoitukset. Lisäksi aineistoon poimittiin raporttilehdiltä löydettyt kirjaukset lääkityspoikkeamista, joista ei ollut tehty asukasturvallisuusilmoitusta. Analyysivaiheessa havaittiin, että muutama lääkityspoikkeama oli kirjattu palvelukeskuksen vanhalle lääkityspoikkeamalomakkeelle. Tämä ei vaikuttanut tutkimustulokseen.

Tutkimuksen lopputulos ei anna lopullista vastausta siitä, kuinka paljon määrällisesti lääkityspoikkeamia oli palvelukeskuksessa. Aineistossa oli vain raportoidut ilmoitukset lääkityspoikkeamista. Lääkityspoikkeamien todellista lukumäärää ei tiedetä.

Asukasturvallisuusilmoituksiin oli kuvattu selkeästi lääkehoidon prosessin vaihe, jossa lääkityspoikkeama oli tapahtunut. Tämä helpotti analyysivaiheen tekstin pelkistämistä ja luokittelua.

Opinnäytetyön tekijä työskentelee kyseisessä palvelukeskuksessa ja siinä oli riski tutkimuksen objektiivisuudelle. Tekijä pyrki kuitenkin toimimaan siten, että tekijän ennako-odotukset eivät ohjanneet tutkimusta.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka paljon lääkityspoikkeamia oli Hovirinnan palvelukeskuksessa. Lisäksi tarkasteltiin, millaisia lääkityspoikkeamat olivat sekä, miten poikkeamat oli raportoitu.

Tutkimusten (Suikkanen 2008, 22; Kuisma 2010, 23; Ruuhilehto 2011 ym., 1033; Siermala 2012, 58) mukaan yleisimmät lääkityspoikkeamat liittyvät lääkkeen annostelu- ja jakovirheisiin. Tässä tutkimuksessa tulokset viittasivat samaan. Palvelukeskuksen lääkityspoikkeamista yli puolet (64 %) koskivat lääkkeen annostelua. Seuraavaksi eniten poikkeamia oli lääkkeen jakelussa (18 %).

Palvelukeskuksessa lähes kaikkien asukkaiden lääkkeiden annostelu tapahtuu hoitajan toimesta. Muutama asukas ottaa lääkkeet itsenäisesti dosetista. Tämän vuoksi lääkkeiden antamatta jättäminen johtui 83 %:ssa hoitajasta. Annosteluun liittyviä poikkeamia oli eniten tammi-, huhti- ja elokuussa. Tämä saattaa johtua vakituisten työntekijöiden lomista ja sijaisten käytöstä. Asianmukaisesti toteutettu lääkehoito on kuitenkin keskeinen osa hoitotyötä ja tähän liittyy vastuu siitä, että asukas saa lääkkeensä ajallaan. Lääkityspoikkeamien ennaltaehkäisyssä on tärkeää noudattaa huolellisuutta ja tarkkuutta lääkehoitoon liittyvien työtehtävien suorittamisessa (Suikkanen ym. 2009, 24 – 25). Jatkossa kaikkien hoitajien on syytä kiinnittää huomiota tähän seikkaan.

Tutkimuksessa kartoitettiin, milloin lääkkeiden antamatta jättäminen yleensä tapahtui. Vähiten lääkkeitä jäi antamatta lounaan yhteydessä. Aamu- ja iltalääkkeitä antamatta jättämisessä ei ollut suurta eroa. Eniten lääkkeet unohtui antaa päivisin. Tämän selittänee se, että työntekijöiden työajanlyhennykset ovat iltapäivisin juuri samaan aikaan, kun asukkaille annetaan mahdolliset päivälääkkeet. Lääkkeiden antaminen tulisi muistaa delegoida vuoroon jääville työntekijöille.

Lääkityspoikkeamat lääkkeiden jakelussa liittyivät tavallisesti siihen, että lääketä oli jaettu liian vähän tai liikaa. Yksittäinen poikkeama liittyi väärään lääkke-

seen ja väärään ajankohtaan. Palvelukeskuksessa tehdään lääkkeiden jaon yhteydessä kaksoistarkistus. Tämän tarkoituksena on ennaltaehkäistä virheet lääkkeiden jakamisessa (Helovuori & Kinnunen 2009, 18; Veräjänkorva ym. 2010, 105; Helovuori ym. 2011, 212 – 213). Tämä ei ole aina riittävä varatoimi lääkevirheiden ehkäisemiseksi ja eräät tutkimukset tukevat tätä ajatusta (Armitage 2009, 30; Joanna Briggs 2009, 11).

Kahdeksan lääkityspoikkeamaa oli jakelussa ja annostelussa, jolloin virhe oli mennyt asukkaalle asti. Tämän kaltaisten virheiden ehkäisemiseksi on tärkeää, että lääkkeen antaja tarkistaa lääkkeet ennen kuin antaa ne asukkaalle. Jokaisen asukkaan kotona on lääkelista, josta voi tarkistaa lääkkeet vielä annostelun yhteydessä. Kotona olevien lääkelistojen pitäminen ajan tasalla on siksi tärkeää.

Muutama lääkityspoikkeama koski lääkkeen säilyttämistä ja käyttökuntoon saattamista. Siksi lääkkeen säilytystä koskevat merkinnät tulee aina varmistaa sekä noudattaa lääkkeen valmistajan antamia ohjeita lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa (STM 2006, 56).

Tutkimuksissa (Suikkanen 2008, 22; Ruuhilehto ym. 2011, 1033; Siemala 2012, 58), joissa aineisto on kerätty sairaaloista, todetaan kirjaamiseen liittyvät lääkityspoikkeamat yleisiksi. Palvelukeskuksen lääkityspoikkeamista ainoastaan yksi liittyi puutteelliseen kirjaamiseen.

Suurimmasta osasta lääkityspoikkeamista oli tehty asukasturvallisuusilmoitus. Noin vajaa neljännes lääkityspoikkeamista oli kirjattu pelkästään raporttilehdelle. Mielenkiintoista oli havaita, että joulukuussa kaikki poikkeamat oli kirjattu asukasturvallisuusilmoitukseen. Mahdollisesti syksyn aikana kerratut ohjeet lääkityspoikkeaman ilmoittamisesta edesauttoivat tähän tulokseen pääsemistä.

Lääkehoitosuunnitelma on keskeinen osa toimintayksikön laadunhallintaa (Valvira 2013, 2). Opinnäyteprosessi on vahvistanut tätä ajatusta. Palvelukeskuksen lääkehoitosuunnitelma on hyvä ja kattava. Ongelma on ollut sen päivittämisessä ja käyttöönotossa. Opinnäytetyön rinnalla

palvelukeskuksen lääkehoitosuunnitelman päivitys on edennyt. Tavoitteena on raportoida opinnäytetyön tulokset ja esittää päivitetty lääkehoitosuunnitelma palvelukeskuksen työntekijöille samaan aikaan.

Opinnäytetyön edetessä palvelukeskuksessa on jo aloitettu kehittämään lääkityspoikkeamien ilmoittamista, seuranta ja raportointia. Lääkityspoikkeamat tehdään uudelle lääkityspoikkeamalomakkeelle ja sairaanhoitaja tekee poikkeamista yhteenvedot neljännesvuosittain.

Uusi lääkityspoikkeamalomake ei ole tehty palvelukeskukselle. Jatkossa poikkeamailmoitusta tullaan mahdollisesti muokkaamaan yksinkertaisemmaksi. Palvelukeskuksen kannatta myös harkita sähköistä HaiPro-raportointijärjestelmän käyttöönottoa. Se on jo käytössä muissa Kaarinan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä.

Opinnäytetyöprosessi on ollut tekijälle oppimis- ja kehittymisprosessi. Opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon perehtyminen on tuonut uusia oppimiskokemuksia ja oivalluksia siitä, että säännöllinen perehtyminen ja opiskelu ovat välttämätöntä turvallisen lääkehoidon onnistumiselle. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) velvoittaa myös ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa.

Olisi mielenkiintoista tehdä uusintatutkimus palvelukeskuksen lääkityspoikkeamista esimerkiksi muutaman vuoden kuluttua. Silloin voisi arvioida, onko tämän opinnäytetyön tavoite toteutunut. Onko lääkityspoikkeamien raportointi ja seuranta kehittyneet? Lisäksi voisi tarkastella, missä lääkehoidonprosessin vaiheessa poikkeamia on ja, onko suurin ongelma edelleen, että hoitajat unohtavat antaa asukkaiden lääkkeitä.

Härkänen ym. (2013, 50) toteavat tutkimuksessaan, että henkilöstöllä on tärkeää tietoa lääkitysvirheiden vähentämisestä. Niinpä jatkotutkimuksena voisi myös selvittää työntekijöiden näkemyksiä siitä, mitkä tekijät ovat johtaneet lääkityspoikkeamaan, ja miten niitä mahdollisesti voisi ennaltaehkäistä. Lisäksi lääkehoidon perehdytyksen toteutusta voisi arvioida uusilta työntekijöiltä.

LÄHTEET

Armitage G. 2009. The risks of double checking. *Nursing Management*. May 2009. Volume 16. Number 2. Viitattu 5.12.2013. <http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.turkuamk.fi/>.

Gustavsson – Niemelä E. 2011. Lääkityspoikkeamaraportit osana turvallisuuskulttuuria hoitotyön lähiesimiesten kuvaamina. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Viitattu 20.2.2014. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82745/gradu05234.pdf?...1>

Joanna Briggs Institute. 2009. Strategies to reduce medication errors with reference to older adults. *Best practice: Evidence based information sheets for health professionals* 2009; 13 (2): 1 – 4. Viitattu 5.12.2013. <http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.turkuamk.fi>

HaiPro 2014. Terveysthuollon vaaratapahtuminen raportointijärjestelmä. Viitattu 24.3.2014. www.haiopro.fi.

Helovuo A. & Kinnunen M. 2009. Vältä, hallitse ja havaitse virheitä. *Sairaanhoitaja-lehti*. 5/2009. Viitattu 19.3.2014. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/5_2009/teema_potilasturvallisuus/_valta_havaitse_ja_hallitse_virh/

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

Hirsjärvi S.; Remes P. & Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. 2012. 15. 17.painos. Helsinki: Tammi.

Hitonen H. 2013. Lääkehoitosuunnitelmat lääkitysturvallisuustyökaluna. Pro gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto. Farmasian tiedekunta. Sosiaalifarmasian osasto. Viitattu 30.1.2014. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/.../Hitonen%20Heidi.pdf?>

Härkänen M.; Turunen H.; Saano S. & Vehviläinen – Julkunen K. 2013. Terveysthuollon henkilöstön näkemykset lääkityspoikkeamien estämisestä erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 2013 vol. 25, no 1. Vammalan Kirjapaino Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen – Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kinnunen M.; Keistinen T.; Ruuhilehti K. & Ojanen J. 2009a Vaaratapahtumien raportointimenettely. Terveysthuollon ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 17.12.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/979943df-4088-46df-8e5a-cd8949ed965a>

Kinnunen M.; Ruuhilehti K. & Keistinen T. 2009b. Turvallisuus paranee raportoidulla. *Sairaanhoitaja-lehti* 6-7/2009.

Kinnunen M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. *Vaasan yliopisto. Acta Wasaensia*, 230. *Liiketaloustiede* 94. Johtaminen ja organisaatiot. Tampereen Yliopistopaino Oy.

Kivelä S-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Jyväskylä: Gummerus.

Kivelä S-L. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Helsinki: WSOY.

Kivelä S-L. 2013. Teoksessa *Gerontologia*. 3 uudistettu. painos. Toim. Heikkinen E.; Jyrkämä J. & Rantanen T. *Duodecim*. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

Klaukka T.; Helin – Salmivaara A.; Huupponen R. & Idänpää – Heikkilä J. E. (toim.) 2007. Vanhusten lääkityksen tarve on arvioitava kerran vuodessa. Suomen Lääkärilehti 2007. 51-52, vsk 62. Viitattu 19.3.2014. <http://www.rohto.fi/doc/SLL51-52-2007-4762-7.pdf>

Knuuttila J.; Ruuhilehto K. & Wallenius J. 2007. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laadunhallinta. Helsinki: Yliopistopaino.

Kuisma P. 2010. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Viitattu 20.2.2014. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81979/gradu04601.pdf>

Kulta S. & Uski A-M. 2013. Hovirinnan palvelukeskuksen lääkehoitosuunnitelma.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.7.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559.

Laki yksityisistä sosiaalipalveluista. 22.7. 2011./922.

Laki yksityisestä terveydenhuollosta. 9.2.1990/152.

Latvala E. & Vanhanen-Nuutinen L. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Teoksessa Janhonen S. & Nikkonen M. (toim.). 2. uudistettu painos. Juva: WS Bookwell Oy.

Lääkelaki 10.4.1987/395.

Mustajoki P. 2005a. Hoitoon liittyvät virheet ja niiden ehkäisy Peijaksen sairaalan projekti. Suomen Lääkärilehti 23/2005. Viitattu 29.11.2013. <http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2005/SLL232005-2623.pdf>

Mustajoki P. 2005b. Teoksessa Potilas- ja lääkevahingot. Toim. Palonen R., Nio A. & Mustajoki P. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Pasternack A. 2006. Hoitovirheet ja niiden aiheuttamat haitat. Duodecim 2006;122. Viitattu 27.1.2014. http://www.duodecimlehti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku

Pelkonen R. 2003. Viisas oppii virheistä. Duodecim 2003;119: Viitattu 19.3.2014. http://www.duodecimlehti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_W

Pitkälä K. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa Voutilainen P. & Tiikkainen P. (toim.) Helsinki: WSOY.

Pitkälä K.; Strandberg T. & Tilvis R. 2010. Teoksessa Geriatria. Toim. Tilvis R.; Pitkälä K.; Strandberg T.; Sulkava R. & Viitanen M. 2. uudistettu painos. Helsinki. Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Poukka, J. 2012. Lääkityspoikkeamatilanteisiin yhteydessä olevat tekijät terveystieteiden vuodeosastolla hoitajien kuvaamana. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Viitattu 30.11.2013. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-23149>

Ruuhilehto K.; Kaila M.; Keistinen T.; Kinnunen M.; Vuorenkoski L. & Wallenius J. 2011. HaiPro – Millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007 – 2009? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2011;127 (10):1033-40. Viitattu 20.3.2014. http://www.duodecimlehti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku

Saaranen – Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006 KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto (verkkojulkaisu) Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu. 4.12.2013. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>.

Siermala V. 2012. Turvallinen lääkehoito: prosessin kuvaaminen ja analyysi. Diplomityö. Oulun yliopisto. Tuotantotalouden osasto. Teollisuustalouden yksikkö. Viitattu 17.12.2013. www.vaasankeskussairaala.fi/Link.aspx?id=1230531

Silen-Lipponen M. 2008. Virheet leikkaustiimityössä – suomalaisten, amerikkalaisten ja englantilaisten hoitajien kokemuksia. Hoitotiede 2008 Vol. 20, no 3. Vammalan Kirjapaino Oy.

Sipola - Kauppi I. 2009. Apua minäkö tein virheen? Sairaanhoidtajien kokemuksia lääkityspoikkeamista. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Viitattu 1.12.2013. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80897/gradu03778.pdf>
<http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-19947>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Viitattu 5.11.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 30.11.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf3

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Tampere: Suomen Yliopistopaino. Viitattu 16.1.2014. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Valvira. Lääkehoidon toteuttaminen sosiaalihuollon ympärivuorokautisissa toimintayksiköissä. Dnro 4559/06.00.00.01/2013. Viitattu 30.11.2013. www.valvira.fi/files/.../Laakehoidon_toteuttaminen_sosiaalihuollossa.pdf

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakes. Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. Turvallisuussanasto. 2006. Helsinki. Viitattu 30.11.2013. www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pd

Suikkanen A. 2008: Keskussairaalan lääkityspoikkeamat ja niihin yhteydessä olevat tekijät. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajankoulutus. Viitattu 5.2.2014. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20090072/urn_nbn_fi_uef-20090072.pdf

Suikkanen A., Kankkunen P. & Suominen T. 2009. Estä virheet ennakolta. Sairaanhoidaja-lehti 5/2009.

Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet. Viitattu 20.3.2014. <http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf>

Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, EtcHELLS EE. Frequency type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. CMAJ 2005; 173 510-5.

Taam – Ukkonen M. & Saano S. 2010. Turvallisen lääkehoidon perusteet Helsinki: WSOYpro Oy.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uud. laitos. Latvia: Kustannusosake-yhtiö Tammi.

Veräjänkorva O.; Huupponen R.; Huupponen U.; Kaukkila H-S. & Torniainen K. 2010. Lääkehoito hoitotyössä. 3. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Lääkehoitoa toteuttava henkilöstö (STM)

Lääkehoitoa toteuttava henkilöstö	Perustutkintoon johtavan koulutuksen antamat valmiudet	Osaamisen varmistaminen, lisäkoulutus	Vastuu / luvan myöntäminen
Lääkehoitoon koulutettu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö	<ul style="list-style-type: none"> - lääkkeiden tilaaminen, käyttökuntoon saattaminen ja jakaminen potilaskohtaisiksi annoksiksi - luonnollista tietä annettava lääkehoito - injektiot ihonsisäisesti, ihon alle ja lihakseen - rokotteet - suonensisäinen neste- ja lääkehoito - verensiirtohoito - epiduraalitiilään annettavaan lääkehoitoon osallistuminen 	<ul style="list-style-type: none"> - suonensisäinen neste- ja lääkehoito - verensiirtohoito - epiduraalitiilään annettavaan lääkehoitoon osallistuminen, muun muassa kipupumppuun annostelutavat lääkkeet - rokotteet 	<p>Lupa: Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen määräämänsä lääkäri</p> <p>Näyttö: Kokenut laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö</p>
Lääkehoitoon koulutettu nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö	<ul style="list-style-type: none"> - lääkkeiden jakaminen potilaskohtaisiksi annoksiksi - luonnollista tietä annettava lääkehoito - injektiot ihon alle ja lihakseen 	<ul style="list-style-type: none"> - lääkkeiden tilaaminen - injektiot ihon alle ja lihakseen - lääkkeettömän, perusliuosta sisältävän jatkoinfuusiopullon tai nestepussin vaihtaminen - ks. ensihoidon osalta liite 8 	<p>Lupa: Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen määräämänsä lääkäri</p> <p>Näyttö: Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö</p>
Lääkehoitoon koulutusta saanut sosiaalihuollon ammatillinen henkilöstö	<ul style="list-style-type: none"> - valmiiksi jaettujen lääkkeiden antaminen luonnollista tietä - jako dosettiin potilaan kotona 	<ul style="list-style-type: none"> - injektiot ihon alle 	<p>Lupa: Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen määräämänsä lääkäri</p> <p>Näyttö: Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö</p>
Lääkehoitoon kouluttamaton henkilöstö		<ul style="list-style-type: none"> - valmiiksi jaettujen lääkkeiden antaminen luonnollista tietä - injektiot ihon alle - jako dosettiin potilaan kotona 	<p>Sopimukseen perustuvaa - potilas-, lääke- ja tilannekohtainen</p> <p>Lupa: Toimintayksikön terveydenhuollon toiminnasta vastaava lääkäri</p> <p>Näyttö: Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö</p>
Opiskelijat	<ul style="list-style-type: none"> - opiskelija velvollinen esittämään todistuksen suorittamisesta lääkehoidon opinnoista ja niistä suoriutumisestaan 	<ul style="list-style-type: none"> - koulutuksenjärjestäjän ja harjoitteluyksikön sopimus ohjatun harjoittelun ja työssäoppimisen lääkehoidon sisällöstä 	<ul style="list-style-type: none"> - työnähtäjän edustaja (esim. lääkähoidosta vastaava tai osastonhoitaja) arvioi opiskelijan lääkehoidon osaamisen ja siihen osallistumisen

Lääkehoitoon liittyviä säädöksiä (STM)

Lain nimi ja numero Asetuksen nimi ja numero Määräykset	Laakehoidon toteuttamista koskeva sisältö
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (99/2001)	<ul style="list-style-type: none"> - oikeus hyvään terveyden ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun (3 §) - tiedonsaantioikeudet (5 §, 9 §) - potilaan itsemääräämisoikeus (6 §) - alaikäisen potilaan asema (7 §) - kiireellinen hoito (8 §) - potilasasiamies, muistutus (10, 11 §) - potilasasiakirjat (12 § ja asetus 99/2001); merkinnät hoidon toteutuksesta, lääkeaineallergioista, epäillyt potilas- ja lääkevahingot
Potilasvahinkolaki (585/1986)	<ul style="list-style-type: none"> - terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä potilaalle aiheutuneen henkilövahingon korvaaminen (1 §)
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ja asetus (564/1994) Asetus lääkkeen määräämisestä (726/2003), STM:n asetus sähköisen lääkemääräyksen kokeilusta (771/2003)	<ul style="list-style-type: none"> - potilasturvallisuus ja terveydenhuollon palvelujen laatu (1 §) - terveydenhuollon ammattihenkilön määritelmä (2 §) - ammattieettiset velvollisuudet (15 §) - oikeudet ja velvollisuudet - oikeus määrätä lääkkeitä (22 §); lääkärit, hammaslääkärit - lääkemääräys
Kansanterveyslaki (66/1972)	<ul style="list-style-type: none"> - kunnan asukkaiden sairaanhoito, mielenterveyspalvelut, hammashuolto (14 §) - täydennyskoulutus
Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) Asetus (1194/2003) terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta	<ul style="list-style-type: none"> - lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaiset sairauksien hoitoon kuuluvat terveydenhuollon palvelut (1 §) - täydennyskoulutuksen järjestäminen ja täydennyskoulutukseen osallistuminen
Lääkelaki (395/1987) ja asetus (693/1987) Lääkelaitoksen määräys 5/2002: Sairaalaapteekin ja lääkekeskuksen toiminta	<ul style="list-style-type: none"> - ylläpitää ja edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta, tarkoituksenmukaista lääkkeiden käyttöä ja varmistaa lääkkeiden asianmukainen valmistus ja saatavuus (1 §) - koskee lääkkeitä, niiden valmistusta, maahantuontia, jakelua ja myyntiä sekä muuta kulutukseen luovutusta ja edellä mainittua toimintaa harjoittavia lääketehtaita, lääketukkuja ja apteekkeja sekä sairaaloiden ja terveyskeskusten lääkkeiden valmistusta ja jakelua (2 §)
Lääkelaitoksen määräys 5/2001: Apteekki- en lääkevalmistus Lääkelaitoksen ohjelunnon 1/2005: Lääkkeiden haittavaikutusten ilmoittaminen	<ul style="list-style-type: none"> - lääkkeitä saadaan valmistaa lääkelain 14 § mukaan sairaala- apteekissa ja lääkekeskuksessa - lääkelain 62 § nojalla annettu LL määräys 5/2002: tarkempia säädöksiä lääkkeiden käsittelystä, säilyttämisestä, tilaamisesta, palauttamisesta ja hävittämisestä
Huumausainelaki (1289/1993) ja sen nojalla annetut säädökset	<ul style="list-style-type: none"> - huumausaineiden kulutuksen seuranta, tilaukset ja hävittäminen : kulutuskortit
Mielenterveyslaki (1116/1990) Asetus sairaankuljetuksesta (565/94)	<ul style="list-style-type: none"> - mielenterveyspalvelut - ensihoito ja sairaankuljetus (2 §) - terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin tehtävät ja vastuu (3, 4 §) - toimintaedellytykset (5 §)
Laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990)	<ul style="list-style-type: none"> - oikeudesta antaa väestölle yksityisiä terveydenhuollon palveluja ja luvista (1, 4 §) - toimintaedellytyksistä (lääketieteellisesti asianmukaista, potilasturvallisuus) (3 §) - terveydenhuollosta vastaavan johtajan pätevyys ja tehtävät (5, 6 §)
Laki yksityisyyden suojasta (477 / 2001)	<ul style="list-style-type: none"> - työnantajan oikeus vaatia ennen työsuhteen alkamista ja työsuhteen kestäessä huumetodistus henkilöltä, joka käsittelee työssään lääkkeitä
Veripalvelulaki (197/2005)	<ul style="list-style-type: none"> - koskee veripalvelua ja verikeskuksia sairaalassa - verensiirrot ja veriturvatoiminta
Valtioneuvoston asetus yliopistojen tutkinnoista (794/2004)	<ul style="list-style-type: none"> - alemmat ja ylemmät korkeakoulututkinnot - lääketieteellinen koulutus
Lääketieteellisistä tutkinnoista annettu asetus (762/75)	

Asukasturvallisuusilmoitus

Kaarinan Palvelutalot Oy

ASUKASTURVALLISUUSILMOITUS

HPK "Kuovi" Vaarintupa Värttinä

Tapahtuma-aika?	Viikonpäivä: _____	Pvm: _____	Klo: _____
	Työvuoro: <input type="checkbox"/> Aamu	<input type="checkbox"/> Iltä	<input type="checkbox"/> Yö

Tapahtuman luonne: Lähetä piti

Tapahtui asukkaalle

- on kirjattu asukasraporttiin
- asukkaalle tai läheiselle ilmoitettu

Ilmoittaja: _____

Tapahtuman tyyppi: Hoitoon tai seurantaan liittyvä Lääkepoikkeama

Tapaturma / onnettomuus Väkivalta

Muu _____

Tapahtuman kuvaus (mitä ja miten tapahtui, seuraukset asukkaalle/hoitavalle yksikölle, miten tilanne hallittiin, välittömät toimenpiteet):

Tapahtumahuoneen olosuhteet ja muita tapahtuman syntyyn omasta mielestäsi vaikuttaneita tekijöitä:

Oma näkemyksesi, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää:

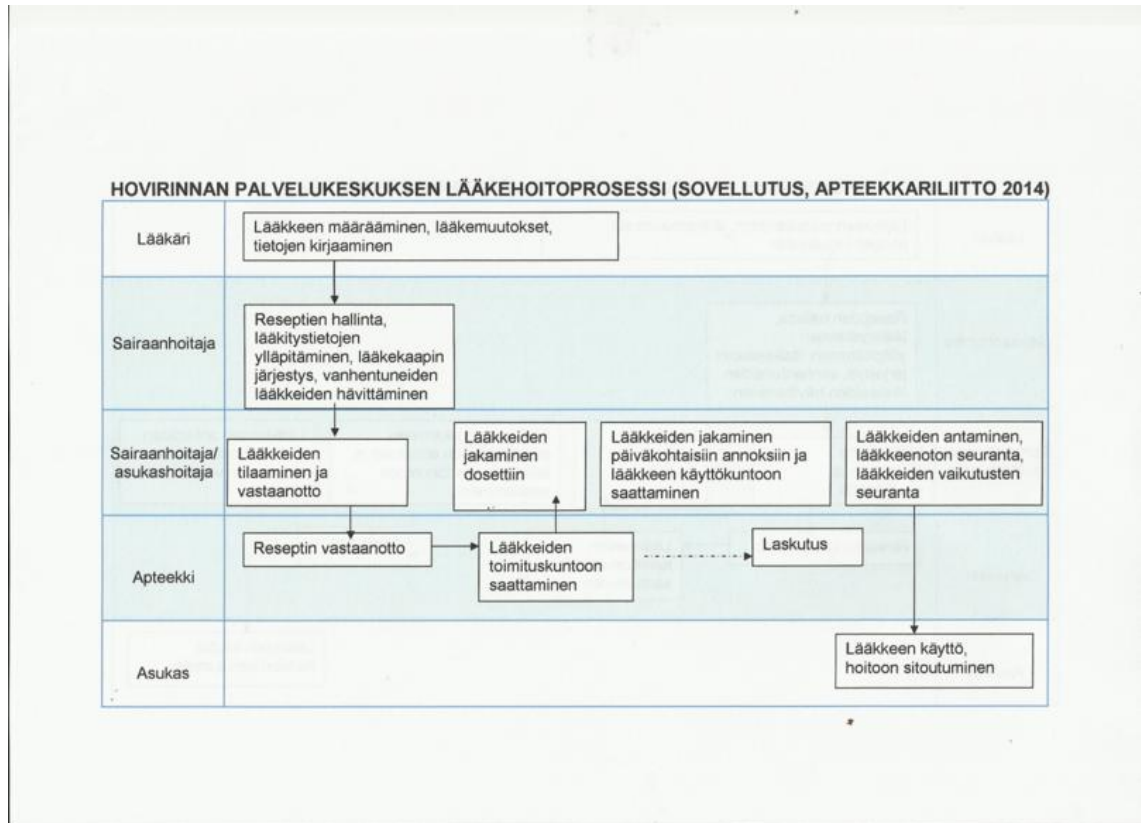
Ilmoitus lääkehoitopoikkeamasta

HOVIRINNAN PALVELUKESKUS

ILMOITUS LÄÄKEHOITOPOIKKEAMASTA

Asukkaan sukunimi ja etunimi	Hoitoyksikkö
Tapahtuman havaitsemispäivämäärä ja kellonaika	
Lääkkeen nimi, vahvuus, lääkemuoto ja antotapa	
Poikkeaman laatu <input type="checkbox"/> väärä lääke * <input type="checkbox"/> väärä vahvuus * <input type="checkbox"/> väärä annos * <input type="checkbox"/> väärä antoaika <input type="checkbox"/> väärä asukas <input type="checkbox"/> ylimääräinen annos <input type="checkbox"/> poikkeama jakelussa <input type="checkbox"/> määräämispoikkeama <input type="checkbox"/> kirjaamispoikkeama <input type="checkbox"/> antamatta jättäminen <input type="checkbox"/> muu	
* Lääkemääräyksen mukainen lääke, vahvuus, lääkemuoto ja annostus:	
Poikkeaman syy <input type="checkbox"/> inhimillinen erehdys <input type="checkbox"/> kirjaamisongelmat <input type="checkbox"/> huolimattomuus <input type="checkbox"/> puutteelliset tiedot asukkaasta <input type="checkbox"/> kiire <input type="checkbox"/> väsymys <input type="checkbox"/> ympäristön aiheuttamat häiriöt <input type="checkbox"/> muu	
Tapahtuman kuvaus ja tapahtumasta aiheutuneet toimenpiteet ja seuraamukset (esim. mihin otettu yhteyttä):	
Ilmoituksen tekijä <input type="checkbox"/> lääkäri <input type="checkbox"/> vastaavahoitaja <input type="checkbox"/> sairaan- terveydenhoitaja <input type="checkbox"/> hoitaja <input type="checkbox"/> omainen	
Päivämäärä: ___ / ___ 20__ Allekirjoitus:	
Poikkeama käsitelty Päivämäärä: ___ / ___ 20__ Allekirjoitus:	

Hovirinnan palvelukeskuksen lääkehoidon prosessi



Hakutulokset

Tietokanta/tietolähde	Hakusana	Rajaukset	Osumien määrä	Käytettyjen osumien määrä
Medic	potilasturva* lääkityspoik*	2007 - 2013	3	2
Pubmed	medication error reporting	2012 - 2013	152	-
Ovid/Medline	double-chec* medication err* nurse*	2009 - 2013	215	2
Ovid/Joanna Briggs Institute EBP Data- base	medication error and double checking	2009 - 2013	4	1
Aura kokoelmatietokanta	potilasturvallisuus	-	136	4
Medic	“vaaratapa” “potilasturva”	2007- 2013	7	1
Medic	“vaaratapa” “raportointi”	2007- 2013	7	1

Medic	“lääkitysvir” “haitta”	2007- 2013	3	1
Medic	“lääkitysvir” “hoitaja”	2007- 2013	10	3
Aura kokoelmatietokanta	vanhusten lääkehoito	-	28	2
Aura kokoelmatietokanta	gerontologia	-	53	2
Aura kokoelmatietokanta	lääkehoito hoitotyössä	-	20	1
Medic	lääkityspoik*	2007- 2013	10	5
Terveysportti/Duode- cim-lehti	hoitovirhe	-	20	2