

LÄÄKITYSTURVALLISUUDEN PARANTAMINEN LÄÄKEHOIDON TOIMINTATAPOJA KEHITTÄMÄLLÄ

Susanna Nygård

Opinnäytetyö
Kesäkuu 2014

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi AMK
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä Nygård, Susanna	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 09.06.2014
	Sivumäärä 59	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi LÄÄKITYSTURVALLISUUDEN PARANTAMINEN LÄÄKEHOIDON TOIMINTATAPOJA KEHITTÄMÄLLÄ		
Koulutusohjelma Kliininen asiantuntija, ylempi AMK		
Työn ohjaajat Heikkilä, Johanna Tyrväinen, Hannele		
Toimeksiantaja Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry Vuoroparin palvelutalo		
Tiivistelmä Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä, jonka tavoitteena oli kehittää Vuoroparin palvelutalossa toteutettua lääkehoitoa entistä turvallisemmaksi. Kehittämistyö alkoi palvelutalossa tehtyjen lääkityspoikkeamailmoitusten analysoinnilla, mistä saatiin pohja koko hoitohenkilöstön yhteiselle lääkehoidon kehittämistyölle. Kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää palvelutalon hoitohenkilökunnan yhteinen näkemys siitä, minkälaisia palvelutalossa tapahtuvat lääkityspoikkeamat ovat, miksi niitä tapahtuu ja miten lääkehoidon toimintatapoja voidaan kehittää, jotta lääkityspoikkeamia pystytään ennaltaehkäisemään. Tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä siitä, että lääkityspoikkeamat ovat ehkäistävissä virheistä oppimalla ja toimintatapoja kehittämällä. Kehittämistyön tavoitteena oli myös lisätä avointa keskustelua lääkitysturvallisuudesta, ja tämän vuoksi se toteutettiin Learning café -menetelmän avulla. Palvelutalon hoitohenkilökunta osallistui kahteen erilliseen Learning café -tilaisuuteen. Ensimmäisessä tilaisuudessa ryhmät pohtivat, minkälaisia lääkityspoikkeamia palvelutalossa tapahtuu ja mitkä ovat syyt niiden taustalla. Toisessa tilaisuudessa ryhmät kehittivät uusia toimintatapoja keskeisten lääkityspoikkeamien ennaltaehkäisemiseksi. Sekä lääkityspoikkeamailmoitukset että Learning café -tilaisuuksista kerätty aineisto analysoitiin teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla. Hoitohenkilökunnan yhteisen näkemyksen mukaan lääkityspoikkeamat liittyivät lääkkeiden jakoon, antoon ja kirjaamiseen. Lääkityspoikkeamia tapahtui tyypillisimmin lääkkeiden jakamisessa ja antamisessa. Lääkkeiden jakoon liittyvät yleisimmät poikkeamat olivat lääkkeen jakaminen väärin dosettiin tai sen puuttuminen dosesta. Lääkkeen antaminen väärään aikaan tai sen jääminen antamatta joko kokonaan tai osittain olivat yleisimmät lääkkeiden antoon liittyvät poikkeamat. Kirjaamispoikkeama tapahtui, kun lääkkeen, jota annetaan vain tarvittaessa, kirjaaminen oli jäänyt tekemättä. Hoitohenkilökunnan mielestä lääkityspoikkeamien syitä olivat tarkastuksen ja työrauhan puute, puutteellinen tiedonkulku, huolimattomuus sekä unohdus ja kiire. Hoitohenkilökunta laati uudet yhtenäiset toimintatavat seitsemään keskeiseen lääkityspoikkeamaan. Kehittämistyön voidaan todeta lisänneen avointa keskustelua lääkitysturvallisuudesta. Kehittämistyö osoitti, että lääkityspoikkeamien kirjaaminen ja niistä saadun tiedon hyödyntäminen on ehdottoman tärkeää lääkitysturvallisuutta kehitettäessä. Jatkossa voidaan tutkia, ovatko uudet yhtenäiset toimintatavat vaikuttaneet lääkityspoikkeamien laatuun ja määrään. Voidaan myös selvittää, kokiko hoitohenkilökunta tämän tyyppisen yhteistoiminnallisen oppimisen hyödylliseksi tavaksi kehittää lääkitysturvallisuutta.		
Avainsanat (asiasanat) Potilasturvallisuus, lääkitysturvallisuus, lääkityspoikkeama, kirjaaminen, oppiminen, Learning café, kehittäminen		
Muut tiedot		



Author Nygård, Susanna	Type of publication Master's Thesis	Date 09062014
	Pages 59	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title IMPROVING MEDICATION SAFETY BY DEVELOPING THE WORKING METHODS OF MEDICATION		
Degree Programme Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice		
Tutors Heikkilä, Johanna Tyrväinen, Hannele		
Assigned by Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry Vuoroparin palvelutalo		
Abstract <p>The Master's Thesis was carried out as a development project in the Vuoropari Senior Service House. The objective of this project was to develop the unit's medication to be even safer. The work began by analyzing the reports on adverse medication events, which was also the basis of the whole development project. The purpose was to examine the nursing staff's mutual opinion about the types of the adverse events, why they occur and also how the medication methods could be improved so that adverse events could be prevented. The purpose was also to increase the understanding that adverse events can be prevented by learning from mistakes and improving working methods.</p> <p>The aim was to increase discussion about medication safety, and thus, a Learning café was used as a method of development. The nursing staff participated in two Learning café events. In the first event they pondered on what kind of adverse events happened and why. In the second event they suggested methods for preventing these. The reports on adverse medication events and the material from the Learning café events were analyzed by using a theory based content analysis.</p> <p>According to the nursing staff, adverse events happened in the administration of drugs as well as in reporting, mostly, however, in administration. The most typical adverse events in administering the drugs were that the drugs were not placed correctly into the drug box or that the drug was missing from the drug box. The drugs being given at a wrong time or given only partially or not at all were the most typical adverse events in giving the drugs. A reporting event happened when the entry "to be given only when needed" was missing. The nursing staff identified the following reasons for the adverse events: lack of checking, hectic work pace, lack of information, carelessness, lapse of memory and lack of time. The personnel formulated new commonly agreed working methods for seven adverse events.</p> <p>The development project has increased discussion about medication safety. The project proved that reporting of adverse events and tapping into the information received from these are very important when developing medication safety. In the future it can be examined whether these new working methods have had any effect on the types and numbers of adverse events. It could also be examined if the nursing staff found this kind of co-operational learning useful in the development of medication safety.</p>		
Keywords Patient safety, medication safety, adverse event, reporting, learning, Learning café, development		
Miscellaneous		

Sisältö

1 Kehittämällä kohti turvallisempaa lääkehoitoa	3
2 Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikön lääkehoidon normit ja periaatteet	5
2.1 Lainsäädäntö ja valvonta.....	5
2.2 Asukkaan asema ja oikeudet	7
3 Lääkitysturvallisuus keskeinen osa potilasturvallisuutta.....	8
3.1 Lääkityspoikkeamat.....	8
3.2 Potilasturvallisuus	10
3.3 Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen	12
3.3.1 Lääkehoidon johtaminen.....	12
3.3.2 Lääkehoidon osaaminen ja sen varmistaminen	13
3.3.3 Lääkehoitosuunnitelma	14
4 Lääkityspoikkeamista oppimalla kohti parempaa lääkitysturvallisuutta.....	15
4.1 Lääkityspoikkeamien kirjaaminen raportointijärjestelmään.....	15
4.2 Lääkityspoikkeamien käsittely ja arviointi	16
4.3 Lääkityspoikkeamista oppiminen ja toimintatapojen kehittäminen	18
4.4 Lääkityspoikkeamien ennakointi.....	19
5 Kehittämistyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät	20
6 Yhteistoiminnallisella oppimisella kohti lääkehoidon toimintatapojen kehittämistä	21
6.1 Vuoroparin palvelutalon lääkehoito	21
6.2 Kehittämistyön menetelmä	22
6.3 Kehittämistyön suunnitelma	25
6.4 Kehittämistyön toteutus	26
7 Lääkehoidon uudet toimintatavat lääkityspoikkeamien ehkäisemiseksi	31
7.1 Hoitohenkilökunnan näkemys lääkityspoikkeamista.....	31
7.2 Hoitohenkilökunnan näkemys lääkityspoikkeamien syistä	33
7.3 Hoitohenkilökunnan luomat uudet yhtenäiset toimintatavat.....	35
8 Pohdinta	39

Lähteet	45
Liitteet	51
Liite 1. Lääkityspoikkeamalomake.....	51
Liite 2. Kuvausesimerkki lääkityspoikkeamatyyppien analysoinnista	52
Liite 3. Kuvausesimerkki lääkityspoikkeamien syiden analysoinnista.....	53
Liite 4. Kuvausesimerkki uusien toimintatapojen analysoinnista	54
Liite 5. Learning café -tilaisuuden ohjelma 20. ja 23.1.2014	55
Liite 6. Learning café -tilaisuuden ohjelma 17. ja 19.2.2014	56
Kuviot	11
Kuvio 1. Potilasturvallisuus.....	11
Kuvio 2. Vaaratapahtumien raportointimenettely.....	17
Kuvio 3. Kehittämistyön suunnitelma	25
Kuvio 4. Lääkityspoikkeamatyypit 12/2012 – 1/2014.....	27
Kuvio 5. Lääkityspoikkeamien syyt 12/2012 – 1/2014.....	28
Kuvio 6. Hoitohenkilökunnan nimeämät lääkityspoikkeamatyypit.....	31
Kuvio 7. Hoitohenkilökunnan nimeämät syyt lääkityspoikkeamiin	33
Kuvio 8. Lääkkeiden jakoon liittyvät uudet toimintatavat	36
Kuvio 9. Lääkkeiden antoon liittyvät uudet toimintatavat	37
Kuvio 10. Lääkkeiden kirjaamiseen liittyvät uudet toimintatavat.....	38

1 Kehittämällä kohti turvallisempaa lääkehoitoa

Terveydenhuollon ammattilaisten toiminnan tavoitteena on potilaan oireiden lievittäminen ja parantuminen (Peltomaa 2009, 17). Potilasturvallisuuden tavoitteena on varmistaa potilaalle turvallinen hoito ja suojata häntä vahingoittumasta (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 12).

Monet terveydenhuollon organisaatioon sekä sen toimintatapoihin ja yksilöihin liittyvät tekijät aiheuttavat kuitenkin haitta- ja vaaratapahtumia, jotka ovat merkittävä ongelma terveydenhuollossa. Poikkeamista noin kaksi kolmasosaa liittyy lääkehoitoon. (Härkänen, Saano, Turunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 50 - 51; Sulosaari & Leino-Kilpi 2013, 13.)

Potilasturvallisuus on terveydenhuoltojärjestelmän keskeinen osa, jota kohtaan tunnetaan yhä enenevää kiinnostusta kaikkialla maailmassa (Doupi 2009, 7). Euroopan komissio on asettanut potilasturvallisuuteen liittyvien tapahtumien kirjaamisen yhdeksi keskeisimmistä tavoitteistaan (Patient safety and quality of healthcare 2010, 2). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelman tavoitteena on puolittaa potilaille aiheutuvien haittojen ja vahinkojen määrä vuoteen 2020 mennessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013 ja terveydenhuoltolaki luovat pohjan käytännön kehittämistyölle. (Potilaille hoidossa aiheutuvien haittojen ja vahinkojen määrä halutaan puolittaa 2011.)

Haittatapahtumien ennaltaehkäiseminen on tärkeää monesta eri syystä. Ne aiheuttavat potilaalle inhimillistä kärsimystä ja voivat johtaa jopa kuolemaan. Niistä aiheutuu terveydenhuollolle lisäkustannuksia ja ylimääräistä työtä. (Härkänen ym. 2013, 50 - 51.) Ne aiheuttavat myös voimakasta syyllisyyttä ja mielipahaa terveydenhuollon ammattilaisille, joilla on tahtoa auttaa ihmisiä (Mustajoki 2009, 144). Terveydenhuoltojärjestelmälle, joka tavoittelee korkeaa laatua, haittatapahtumista johtuva inhimillinen kärsimys ja kustannukset ovat liian suuria ja vaativat selkeitä toimenpiteitä (Doupi 2009, 7).

Potilasturvallisuus käsittää poikkeamien hallinnan ja niistä johtuvien haittojen ehkäisyn. Terveysturvan toimintayksiköissä tulee olla selkeät menettelytavat poikkeamien raportointiin, seurantaan ja käsittelyyn, joiden pohjalta toimintatapoja kehitetään. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 11, 17; Ruuhilehto 2009, 148.) Onnistunut virheiden hallinta tarkoittaa, että virheistä opitaan. Tällöin ne voidaan havaita ajoissa ja niiden vaikutukset voidaan hallita. (Kinnunen, Keistinen, Ruuhilehto & Ojanen 2009, 10). Se, että hoitohenkilökunta ilmoittaa aktiivisesti vaaratapahtumista on turvallisen lääkehoidon kehittämisen kulmakivi (Sairaanhoitajat laadukkaan lääkehoidon turvaajina 2009). Terveysturvan henkilöstöllä on paljon tietoa lääkitysvirheiden vähentämisestä ja siksi heidän näkemyksiään tulee hyödyntää hoitotyön toimintatapojen kehittämisessä (Härkänen ym. 2013, 50).

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan yhteinen näkemys siitä, minkälaisia toimintayksikössä tapahtuvat lääkityspoikkeamat ovat, miksi niitä tapahtuu ja miten lääkehoidon toimintatapoja voidaan kehittää, jotta lääkityspoikkeamia pystytään ennaltaehkäisemään. Tarkoituksena on lisätä ymmärrystä siitä, että lääkityspoikkeamat ovat ehkäistävissä virheistä oppimalla ja toimintatapoja kehittämällä. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on toimintayksikön lääkitysturvallisuuden parantaminen. Tavoitteena on myös, että yksikössä keskustellaan avoimesti ja syällistämättä lääkehoidon turvallisuudesta ja kehitetään sitä aktiivisesti.

2 Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikön lääkeshoidon normit ja periaatteet

2.1 Lainsäädäntö ja valvonta

Lainsäädäntö sekä Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen Fimean määräykset ja ohjeet ohjaavat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikön turvallista lääkeshoittoa (Vallimies-Patomäki 2013, 39). Lääkeshoidon toteuttamisen tulee perustua sosiaali- ja terveysministeriön (STM) Turvallinen lääkeshoitto -oppaan mukaiseen yksikkökohtaiseen lääkeshoitto-suunnitelmaan (Turvallinen lääkeshoitto 2006, 11). Sosiaalihuollon toimintayksikössä toteutettava lääkeshoitto on terveydenhuollon toimintaa ja lääkeshoidon toteuttamisen kokonaisvastuun osalta noudatetaan samoja käytäntöjä kuin terveydenhuollon yksikössä (Lääkeshoidon toteuttaminen sosiaalihuollon ympärivuorokautisissa toimintayksiköissä 2013, 1 - 2).

Lääkeshoidosta on säädetty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista, jonka mukaan potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun (L 17.8.1992/785, 3 §). Sosiaalihuollon lääkeshoidon toteuttamisessa huomioitavia lakeja ovat laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, joka käsittää mm. oikeuden hyvään sosiaalihuoltoon ja kohteluun (L 22.9./2000/812, 4 §) sekä sosiaalihuoltolaki (L 17.9.1982/710) ja tähän liittyvä asetus (A 29.6.1983/607). Myös lain yksityisistä sosiaalipalveluista tarkoitus on varmistaa, että yksityisiä sosiaalipalveluja käyttävän asiakkaan oikeus laadultaan hyviin sosiaalipalveluihin toteutuu (L 22.7.2011/922, 1 §).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 28.6.1994/559) ja asetus (A 28.6.1994/564) sekä lääkelaki (L 10.4.1987/395) ja asetus (A 24.7.1987/693) ohjaavat lääkkeiden tarkoituksenmukaista ja turvallista käyttöä. Lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa. Tämä laki velvoittaa myös

työnantajaa tarjoamaan työntekijälle mahdollisuuden osallistua ammatilliseen täydennyskoulutukseen. (L 28.6.1994/559, 18 §.) Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista edellyttää, että sosiaalihuollon ammatillisella henkilöstöllä on tarvittava koulutus ja perehtyneisyys (L 29.4.2005/272, 1 §).

Asiakkaan lääkitystietojen ja lääkehoidon toteuttamista käsittelevien potilasasiakirjamerkintöjen pitää noudattaa säädöksiä, kansallisia ohjeistuksia ja suosituksia sekä suomalaista potilasturvallisuusstrategiaa. Myös ammatikuntien eettiset ohjeet ohjaavat dokumentointia. (Erkko & Johansson 2013, 149.) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön laatimaan ja säilyttämään potilasasiakirjat sekä pitämään salassa niihin liittyvät tiedot (L 28.6.1994/559, 16 §). Lain potilaan asemasta ja oikeudesta mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin kaikki keskeiset asiat, jotka liittyvät potilaan hoidon järjestämiseen, suunnitteluun, toteutukseen ja seurantaan (L 17.8.1992/785, 12 §). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista on keskeinen säädös, joka ohjaa potilasasiakirjamerkintöjä. Sen mukaan lääkevahingoista tehdään potilaskertomukseen yksityiskohtaiset merkinnät, joista käy ilmi kuvaus vahingosta, selvitys hoidossa mukana olleista terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä vahingon epäillystä syystä, mikäli on kyse laite- tai lääkevahingoista. (A 30.3.2009/298, 13 §.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä velvoittaa, että toimintayksikössä on oltava menetelmä lääkityspoikkeamien raportoinnista ja käsittelyä varten (A 2.12.2010/1088, 25 §). Huolellinen lääkehoidon dokumentointi on tärkeää sekä potilaan että hoitohenkilökunnan oikeusturvan kannalta (Erkko & Johansson 2013, 150).

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) toimii sosiaalihuollon valtakunnallisena ohjaus-, lupa- ja valvontaviranomaisena. Aluehallintovirastot (AVI) ohjaavat ja valvovat sekä kunnallista että yksityistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa omilla alueillaan. Valvira ohjaa aluehallintovirastoja niin, että sosiaalihuollon lupahallinto, ohjaus sekä valvonta

ovat yhdenmukaisia koko Suomessa. (Sosiaalihuolto 2013.) Myös kunnan velvollisuuksiin kuuluu valvoa yksityiseltä palveluntuottajalta ostamansa palvelun asianmukaisuutta lääkehoito mukaan lukien (Lääkehoidon toteuttaminen sosiaalihuollon ympärivuorokautisissa toimintayksiköissä 2013a, 6).

Yksityisten sosiaalipalvelujen tuottajien ensisijainen valvonnan muoto on omavalvonta. Palveluntuottajan on laadittava omavalvontasuunnitelma toimintansa asianmukaisuuden varmistamiseksi. Suunnitelman tulee käsitellä palvelujen tuottajan sosiaalipalvelut ja palvelukokonaisuudet. (Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet 2012, 12). Sosiaalihuollon toimintayksikön on huolehdittava lääkehoidon asianmukaisesta toteutumisesta omavalvonnan keinoin (Lääkehoidon toteuttaminen sosiaalihuollon ympärivuorokautisissa toimintayksiköissä 2013, 2). Palveluntuottajalla tulee olla myös järjestelmät, joilla toiminnan riskit tiedostetaan ja luodaan menettelytavat niiden torjumiseksi (Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet 2012, 12).

2.2 Asukkaan asema ja oikeudet

Laki potilaan asemasta ja oikeudesta (L 17.8.1992/785, 3 §) sekä laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 22.9.2000/812, 4 §) turvaavat asukkaan oikeuden hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään palveluun ja kohteluun. Molemmissa laeissa korostetaan, että asukkaan mielipide on otettava huomioon ja hänen itsemääräämisoikeuttaan on kunnioitettava. Potilasvahinkolaki koskee potilaalle terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä aiheutuneen henkilövahingon korvaamista potilasvakuutuksesta (L 25.7.1986/585, 1 §). Lääkevahinkovakuutus korvaa käyttäjille lääkkeistä aiheutuneet yllättävät haittavaikutukset (Turvallinen lääkehoito 2006, 20).

Gerlanderin, Kivisen, Isotaluksen ja Kettusen (2013, 15) mukaan hoitohenkilökunnan tulisi huomioida, että erityisesti iäkkäiden, yli 80-vuotiaiden potilaiden näkemyksiin ja kokemuksiin pitäisi paneutua tarkemmin. Heidän kanssaan tulisi keskustella lääkehoidon tarpeellisuudesta ja

siihen liittyvistä huolen- ja pelonaiheista (Mts. 20). Myös suomalaisen potilasturvallisuusstrategian mukaan asiakas ja hänen läheisensä on otettava mukaan edistämään hoidon turvallisuutta. Asiakkaan voimaantuminen edellyttää, että hän saa riittävästi tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta, erityisesti lääkehoidosta. Hänen kanssaan keskustellaan myös hoitoon liittyvistä riskeistä. Asiakkaalle kerrotaan avoimesti haittatapahtumasta ja hänen niin toivoessaan myös hänen läheiselleen. Haittatapahtuma ja sen aiheuttamat mahdolliset seuraukset käydään läpi asiakkaan kanssa. Anteeksipyyntö esittäminen tukee avoimuutta. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 15.)

3 Lääkitysturvallisuus keskeinen osa potilasturvallisuutta

3.1 Lääkityspoikkeamat

Lääkehoidon virheet ovat mahdollisia kaikissa lääkehoitoprosessin vaiheissa, sillä terveyden- ja sairaanhoito on vaativaa ja monisyistä. Terveydenhuollon palvelujärjestelmissä ja toimintaympäristöissä tapahtuu jatkuvasti monia muutoksia, jotka vaikuttavat potilasturvallisuuteen. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 11 - 12; Kinnunen & Peltomaa 2009b, 79.) Lääkehoidon mahdollisuudet laajenevat ja lääkkeiden käyttö lisääntyy, mikä puolestaan näkyy lääkkeiden määrän lisääntymisenä ja uusien valmisteiden nopeana tulona markkinoille. Väestö ikääntyy ja kotihoito yleisyy. Työntekijät vaihtuvat nopeasti ja työn tehokkuus korostuu entisestään. Terveydenhoitoalan eri ammattiryhmien niukkuus sekä tehtävänkuvien ja vastualueiden muutokset kasvattavat lääkityspoikkeamien riskiä. (Härkänen ym. 2013, 51.) Myös potilaiden kasvanut vapaus valita hoitopaikkansa sekä palvelujen tuotannon hajaantuminen useille eri tuottajille luovat haasteita lääkehoidon turvalliselle toteutukselle (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 12). Helovuori (2009, 99) korostaa, että myös

virheiden tekeminen on luonnollinen osa ihmisen toimintaa. Hänen mukaansa hoitohenkilöstön ammatillisuuden tulee perustua ymmärrykseen inhimillisistä tekijöistä ja siihen, että ne ovat hallittavissa toimintatapoja kehittämällä (Mts. 99).

Potilaiden hoitoon liittyvät poikkeamat ja niiden aiheuttamat haitat ovat vakava ongelma eurooppalaisessa terveydenhuollossa, sillä noin 8–12 % Euroopan Unionin (EU) alueella sairaalahoidossa olevista potilaista kärsii hoitoonsa liittyvästä haittatapahtumasta (Patient safety and quality of healthcare 2010, 2). Noin yksi sadasta potilaasta kärsii vakavasta haitasta ja noin yksi tuhannesta kohtaa pysyvän haitan tai kuoleman. Haittatapahtumista aiheutuu terveydenhuollon asiakkaille inhimillistä kärsimystä, joka ilmenee joko pienenä haittana, pitkittyneenä hoitona tai pahimmassa tapauksessa jopa menehtymisenä. (Härkänen ym. 2013, 50 - 51.)

Lääkitysvirheiden on laskettu aiheuttavan noin 2 400 dollarin lisäkustannuksen potilasta kohden Yhdysvalloissa. Suomessa tapahtuneiden hoitovirheiden kustannuksista ei ole juurikaan saatavissa tietoa. Mikäli lääkitysvirheiden kuitenkin oletetaan olevan Suomessa yhtä yleisiä kuin Yhdysvalloissa, niiden aiheuttama ylimääräinen vuosikustannus olisi noin 40 miljoonaa euroa lisääntyneiden hoitojen ja hoitopäivien vuoksi. Potilashoitoon liittyvistä virheistä jopa puolet olisi ehkäistävissä riskejä analysoimalla, hoitoprosesseja ja toiminnan rakenteita korjaamalla tai ottamalla oppia virheistä. (Snellman 2009, 32 - 33.)

Lääketurvallisuus

Lääketurvallisuus käsittää pääasiassa lääkkeeseen valmisteena liittyvän turvallisuuden, kuten lääkkeen farmakologisten ominaisuuksien ja vaikutusten tuntemisen ja arvioimisen, lääkkeen laadukkaan valmistusprosessin sekä valmisteen merkitsemisen ja valmisteeseen liittyvän informaation. Lääkkeen tehoa ja sen turvallisuutta arvioidaan myyntilupamenettelyn avulla. Lääkkeen haittavaikutusten selvittäminen jatkuu myyntiluvan myöntämisen jälkeen. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2007.)

Lääkitysturvallisuus

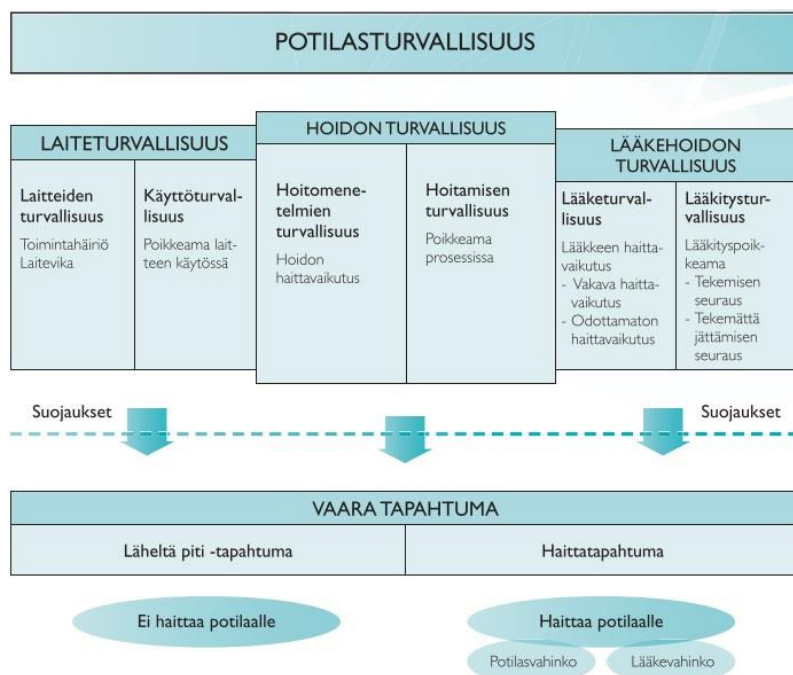
Lääkitysturvallisuus tarkoittaa lääkkeiden käyttöön liittyvää turvallisuutta, joka käsittää terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa lääkehoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumasta. Lääkitysturvallisuus käsittää myös lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemiseksi, välttämiseksi ja korjaamiseksi tarvittavia toimenpiteitä. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2007.)

Lääkityspoikkeama

Lääkityspoikkeama on lääkehoitoon liittyvä tapahtuma, joka saattaa johtaa vaaratapahtumaan. Se voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä. Sanaa virhe käytetään usein samassa merkityksessä, mutta se on kuitenkin sisällöltään suppeampi. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2007.) Lääkityspoikkeamakäsite sisältää myös ns. läheltä piti -tilanteet, joista ei aiheudu haittaa potilaalle (Härkänen ym. 2013, 51).

3.2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus muodostaa terveyden- ja sairaanhoidon laadun perustan. Terveydenhuollon näkökulmasta katsottuna potilasturvallisuus käsittää kaikki ne terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa potilaan turvallinen hoito ja suojata häntä vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta katsottuna potilasturvallisuus tarkoittaa, että hän saa tarvitsemansa, oikean hoidon, josta aiheutuu hänelle haittaa mahdollisimman vähän. Potilasturvallisuus kattaa hoidon turvallisuuden, lääkehoidon turvallisuuden ja laiteturvallisuuden (ks. kuvio 1). Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian tavoitteena on, että potilas osallistuu itse aktiivisesti potilasturvallisuuden parantamiseen. Tavoitteena on myös, että vaaratapahtumat raportoidaan ja niistä opitaan, jolloin potilasturvallisuutta voidaan hallita ennakoivasti. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 3, 11, 20).



Kuvio 1. Potilasturvallisuus (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 21)

Monikansalliset terveysalan organisaatiot koordinoivat kansainvälisen potilasturvallisuuden edistämiseksi tehtävää yhteistyötä. Tärkeimpiä potilasturvallisuuden toimijoita ovat Maailman terveysjärjestö (WHO) ja Euroopan Unioni. Potilasturvallisuutta edistetään aktiivisesti kansallisella tasolla Yhdysvalloissa, Kanadassa, Australiassa, Uudessa-Seelannissa ja Isossa-Britanniassa. (Potilasturvallisuus kansainvälisesti 2014.) Maailman terveysjärjestön perustaman World Alliance for Patient Safety -organisaation tavoitteena on luoda edellytykset maailmanlaajuiselle potilasturvallisuustyölle. Organisaation mukaan terveydenhuollossa tulisi tavoitella läpinäkyvää, syytösvapaata järjestelmää, jossa virheiden ja haittatapahtumien käsittely olisi tehokasta. (Peltomaa 2009, 22.)

Potilasturvallisuustyötä tehdään myös useiden eri yhteistyöhankkeiden muodossa. Euroopan Unionin potilasturvallisuushankkeiden tavoitteena on luoda yhteinen eurooppalainen potilasturvallisuuden viitekehys. Tästä on esimerkkinä Patient Safety and Quality of Care -hanke (PaSQ), joka käynnistettiin toukokuussa 2012 ja jonka tavoitteena on yhteistyön lisääminen

verkostoitumalla. Uuteen hankkeeseen osallistuvat kaikki Euroopan Unionin jäsenmaat, hakijamaat ja myös muita Euroopan maita sekä yhteistyökumppaneita, kuten eri ammattiryhmien eurooppalaisia järjestöjä. (Kansainvälisiä potilasturvallisuushankkeita 2014.)

Suomessa potilasturvallisuutta on lähdetty edistämään aktiivisesti 2000-luvun puolivälin jälkeen (Kinnunen & Peltomaa 2009a, 13). Suomalainen potilasturvallisuusstrategia sekä terveydenhuoltolaki ja sen nojalla annettu asetus ovat suomalaisen potilasturvallisuustyön perusta (Terveydenhuoltolaki ja potilasturvallisuus 2014). Potilasturvallisuuden kansallisina toimijoina toimivat sosiaali- ja terveysministeriö, joka ohjaa laatu- ja potilasturvallisuustyötä sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, joka puolestaan tukee laadun ja potilasturvallisuuden kehittämistä sosiaali- ja terveydenhuollossa (Potilasturvallisuuden keskeiset toimijat 2014).

3.3 Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen

3.3.1 Lääkehoidon johtaminen

Johtaminen velvoittaa näkyvään kokonaisvastuunottoon potilasturvallisuudesta ja sen edellytyksistä toimintayksikössä. Johto varmistaa, että turvallisen hoidon toteuttamiseksi työyksikössä on riittävästi osaavaa henkilökuntaa ja että työolosuhteet ovat hyvät. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 14.) Esimies vastaa henkilökunnan työnjaosta huolehtien, että jokaisen työntekijän koulutus, kokemus ja ammattitaito hyödynnetään tarkoituksenmukaisella tavalla. Hän vastaa myös työntekijöidensä osaamisen varmistamisesta ja tarvittavan lisäkoulutuksen järjestämisestä. (Vallimies-Patomäki 2013, 52.)

Johdon ja henkilöstön vastuut potilasturvallisuuteen liittyen on määriteltävä toimintayksikössä. Työntekijän tulee pyrkiä hyvään hoitoon tekemällä työtehtävät mahdollisimman tarkasti ja virheettömästi. Työntekijä on myös velvollinen ilmoittamaan työnantajalle, mikäli hän ei mielestään hallitse hänelle annettavia työtehtäviä. (Turvallinen lääkehoito 2006, 22.) Jokainen

työntekijä ja ammattiryhmä ovat vastuussa potilasturvallisuudesta ja sen edistämisestä. Tämä tarkoittaa oman työn, osaamisen ja toiminnan jatkuvaa kehittämistä. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 14.)

Toimintayksikön johdolla on vastuu sekä lääkehoitosuunnitelman laatimisen ja sen seurannan järjestämisestä että lääkehoidon toimintatapojen kehittamisestä. Toimintayksikön esimies ohjaa ja valvoo, että lääkehoito toteutuu yksikössä lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Johdolla ja esimiehillä on keskeinen rooli vaaratapahtumien ilmoittamiseen, seurantaan ja käsittelyyn liittyvien käytäntöjen luomisessa sekä poikkeamista saadun seurantatiedon käsittelyssä ja toimintatapojen muuttamisessa seurantatiedon pohjalta. (Vallimies-Patomäki 2013, 50, 52.)

3.3.2 Lääkehoidon osaaminen ja sen varmistaminen

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden lääkehoidon osaaminen on vaativa ja monimuotoinen kliinisen osaamisen alue. Osaamisvaatimukset kasvavat jatkuvasti. Lääkehoidon osaamisen perusta hankitaan peruskoulutuksessa. Osaaminen edellyttää teoreettisen tiedon ja käytännön työn hallintaa sekä kykyä tehdä päätöksiä vaihtelevissa hoitotyön ympäristöissä. Siihen liittyvät myös hoitajan ominaisuudet, arvot ja asenteet. Osaamista edellytetään kaikissa lääkehoidon vaiheissa asukkaan lääkehoidon tarpeen tunnistamisesta lääkkeen vaikuttavuuden seurantaan ja arviointiin. Lääkehoidon osaamiseen kuuluvat myös lääkehuollon tehtävät, kuten lääkkeiden tilaaminen, säilyttäminen ja hävittäminen. Osaaminen tarkoittaa myös lääkehoitoa ohjaavan lainsäädännön tuntemista sekä lääkehoidosta annettujen ohjeiden noudattamista. (Sulosaari & Leino-Kilpi 2013, 13 - 14.)

Lääkehoidon osaamisen ylläpitäminen vaatii jatkuvaa oman osaamisen päivittämistä ja kehittämistä, kuten täydennyskoulutukseen osallistumista. Mahdollisuus säännölliseen osaamisen päivittämiseen ja syventämiseen sekä luotettavat osaamisen arviointimenetelmät ovat keskeisiä keinoja lääkitysturvallisuuden kehittämiseksi. Osaamisen varmistamiseksi yhdistetään

erilaisia arviointimenetelmiä, kuten tieto- ja taitotestejä sekä näyttöjä. (Sulosaari & Leino-Kilpi 2013, 17.) Unver, Tastan ja Akbayrak (2012) toteavat, että vastavalmistuneille sairaanhoitajille pitäisi järjestää koulutusta lääkityspoikkeamia aiheuttavista seikoista ja niiden ehkäisemistä. Brady, Malone ja Fleming (2009) painottavat hoitajien matemaattisen pätevyyden hankinnan ja ylläpidon tärkeyttä. Myös suomalainen potilasturvallisuusstrategia linjaa, että potilasturvallisuus tulee sisällyttää ammatilliseen perus-, jatko- ja täydennyskoulutukseen sekä johtamiskoulutukseen (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 19).

3.3.3 Lääkehoitosuunnitelma

Turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi jokaisen lääkehoitoa toteuttavan sosiaalihuollon toimintayksikön on laadittava lääkehoitosuunnitelma, joka toimii lääkehoidon suunnittelun, seurannan ja hallinnan työvälineenä. Se on oleellinen osa myös toimintayksikön johtamisjärjestelmää ja laadunhallintaa. Toimintayksikön johto, lääketieteellisestä toiminnasta vastaava lääkäri ja lääkehuollosta vastaava työntekijä ovat vastuussa yksikön lääkehoidon suunnittelusta ja organisoinnista. Lääkehoitosuunnitelmassa on määriteltävä tarkasti lääkehoitoa toteuttavien henkilöiden työnjako ja osaamisvaatimukset. Siinä on määriteltävä myös kaikki lääkehoitoon liittyvät asiakokonaisuudet lääkehoidon dokumentointi ja tiedonkulku sekä seuranta- ja palautejärjestelmät mukaan lukien. (Läkehoidon toteuttaminen sosiaalihuollon ympärivuorokautisissa toimintayksiköissä 2013, 2.) Kaikkien yksikön työntekijöiden tulee tuntea lääkehoitosuunnitelma. Se toimii myös uusien työntekijöiden lääkehoidon perehdytysoppaana. (Kinnunen 2013, 102.)

Lääkehoitosuunnitelmassa tulee olla kuvattuna lääkehoidon prosessi ja sen riskikohdat. Turvallisen lääkehoitoprosessin ajatus on, että lääkehoidon turvallisuus pitää varmistaa vaiheesta toiseen siirryttäessä suojausten, kuten esimerkiksi työrauhan varmistuksen, kaksoistarkastuksen, lääkkeiden oikeellisuuden tarkastuksen ja potilaan identifioinnin avulla.

Lääkehoidon hallinta perustuu suunnitelmallisuuteen, säännölliseen riskien arviointiin, vaaratapahtumien raportointiin ja niistä oppimiseen, toiminnan kehittämiseen, vastuiden selkeään määrittelyyn sekä yhteisesti kirjattuihin toimintatapoihin. Turvallinen lääkehoito toteutuu, kun yksittäiset työntekijät ovat ammattitaitoisia, organisaatio toimii suunnitelmallisesti ja potilas sitoutuu lääkehoitoonsa. (Kinnunen 2013, 100, 103, 105.)

4 Lääkityspoikkeamista oppimalla kohti parempaa lääkitysturvallisuutta

4.1 Lääkityspoikkeamien kirjaaminen raportointijärjestelmään

Vaaratapahtumista ilmoittaminen alkaa vaaratilanteen tunnistamisella, jonka jälkeen seuraa ilmoituksen teko raportointijärjestelmään. Työyksikössä sovitaan yhdessä, mitkä asiat raportoidaan. On tärkeää kirjata sekä läheltä piti -tilanteet että haivatapahtumat ja kuvata tapahtuman syntyyn vaikuttaneita tekijöitä. Vaaratapahtumien raportointi ei tähtää yksittäisen työntekijän tekemän vahingon osoittamiseen, vaan järjestelmävirheiden löytymiseen. Arvokasta on ilmoittajan oma kehittämissuositus, kuinka vastaavanlaisen vaaratilanteen toistuminen voitaisiin estää tulevaisuudessa. Maailman terveysjärjestö on kuvannut tuloksellisen raportointijärjestelmän piirteitä, joita ovat syyllistämättömyys, luottamuksellisuus, rankaisemattomuus, ammattimainen analysointi, ajantasaisuus, helppous, nopeus, järjestelmäsuuntautuneisuus, inhimillisyys ja vastaanottavuus. (Kinnunen 2009, 117, 119 - 120, 124 - 125.)

Poikkeamailmoituksia voidaan tehdä eri tavoin, kuten esimerkiksi sähköisillä järjestelmillä ja lomakkeilla (Kinnunen 2009, 119). Suomessa hoitoon liittyvien haittavaikutusten määrää on ollut mahdollisuus seurata HILMO-hoitoilmoitusjärjestelmän avulla, jota on ylläpitänyt Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Tämän järjestelmän ongelmana on ollut se, että potilastietoja kirjattaessa kannanotto hoidon haittaan on ollut helppo jättää

merkitsemättä ja näin moni haitta on jäänyt kirjaamatta. (Ruuhilehto, Kaila, Keistinen, Kinnunen, Vuorenkoski & Wallenius 2011, 1033.) Valtion teknillinen tutkimuskeskus (VTT) on tehnyt yhteistyössä terveydenhuollon yksiköiden kanssa HaiPro-nimisen Internet-pohjaisen lääkepoikkeaminen raportointityökalun (Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä 2014). Yhä useammat sosiaali- ja terveystieteen toimijat ovat ottaneet tämän järjestelmän sisäiseen käyttöönsä (Ruuhilehto ym. 2011, 1034).

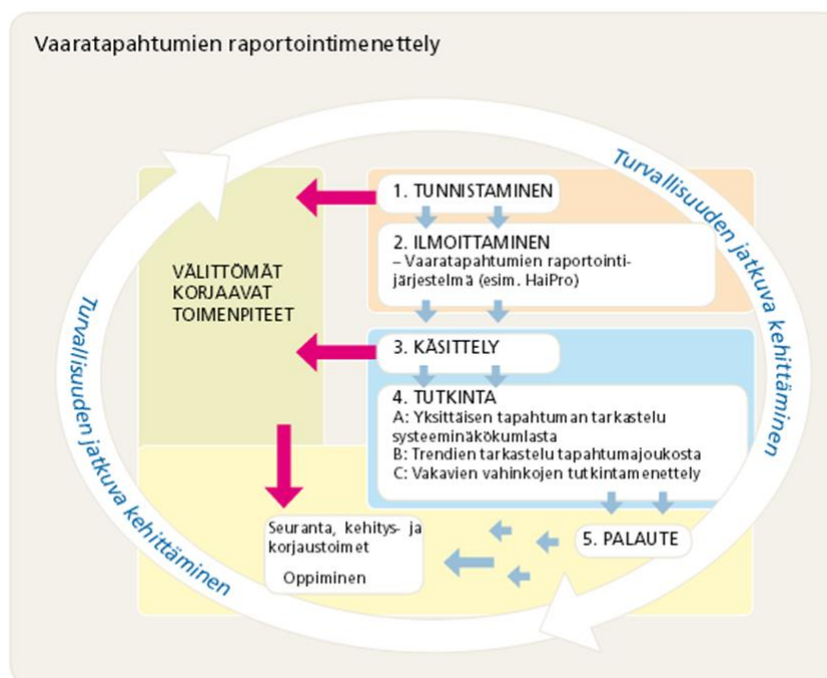
Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä on suunnitteilla tai käytössä kolmessatoista maassa Euroopassa: Belgiassa, Espanjassa, Hollannissa, Irlannissa, Isossa-Britanniassa, Itävallassa, Norjassa, Ranskassa, Ruotsissa, Skotlannissa, Sveitsissä, Tanskassa ja Tšekissä. Näissä maissa kansallisten raportointitapahtumien koordinointi kuuluu joko tarkoitusta varten perustetuille organisaatioille tai jo olemassa oleville terveysministeriöiden alaisille toimijoille. Kyseisissä maissa on käytössä kolme erityyppistä kansallista potilasturvallisuustapahtumien raportointijärjestelmää: ainoastaan vakavien haittatapahtumien raportointijärjestelmät, jotka ovat usein lakisääteisiä ja tiettyihin erikoisaloihin liittyvät raportointijärjestelmät sekä koko terveydenhuollon kattavat raportointijärjestelmät. Viimeksi mainitun kaltaisia järjestelmiä on käytössä Isossa-Britanniassa, Tanskassa sekä Irlannissa ja suunnitteilla Skotlannissa. Yhdysvalloissa ja Australiassa käytetään kehittyneempiä raportointijärjestelmiä, jotka käsittävät riski-, syysuhde- ja järjestelmäanalyysit. Tällaisia ei ole vielä käytössä eurooppalaisissa järjestelmissä. Haittatapahtumien raportointijärjestelmien tulosten levittäminen tapahtuu eri tavoin riippuen kyseisen raportointijärjestelmän tavoitteista ja toimivan tahon käytössä olevista voimavaroista. (Doupi 2009, 7 - 8.)

4.2 Lääkityspoikkeamien käsittely ja arviointi

Organisaatioissa tulee olla mahdollisimman selkeät, yhteisesti sovitut ja kaikkien osallisten tiedossa olevat menettelytavat poikkeamien käsittelylle (Pietikäinen, Ruuhilehto & Heikkilä 2010, 24). Lääkityspoikkeamailmoituksia käsittelevät tehtävään nimetyt, vastuutetut ja perehdytetyt henkilöt

(Kinnunen ym. 2009, 16). Poikkeamat tulee käsitellä koordinoitusti ja analysoiden (Kinnunen 2009, 119). Käsittely ja arviointi tarkoittavat tapahtumien jäsentämistä siten, että ymmärretään, millaiset tekijät poikkeaman syntyyn ovat vaikuttaneet. Tarkoituksena on saada mahdollisimman perusteellinen käsitys tapahtumien taustasta (ks. kuvio 2). (Pietikäinen ym. 2010, 1.)

Ensimmäinen askel tapahtuman analysoinnissa on, että tapahtuma tutkitaan yksityiskohtaisesti ja tämän jälkeen yksilöidään syyt eri tapahtumavaiheiden takana. Esittämällä kysymyksen ”miksi” jokaisen eritellyn syyn kohdalla saadaan syvälinen analyysi tapahtuman taustalla olleista tekijöistä. Vasta tällaisen analyysin pohjalta tavoitteelliset kehittämistoimenpiteet pystytään kuvaamaan. (Analysera avvikelser med händelseanalys 2014.) Lääkityspoikkeamien analysoinnin jälkeen seuraa tapahtumasta saadun tiedon hyödyntäminen, kuten ilmoituksen johdosta tehtävät muutokset käytäntöön (Kinnunen 2009, 127).



Kuvio 2. Vaaratapahtumien raportointimenettely (Kinnunen ym. 2009, 17)

Vaaratapahtumien kertymistä tulee seurata säännöllisesti ja kertyneen tapahtumajoukon analysointi tulee sisällyttää yksikön toiminnan suunnitteluun ja seurantaan tietyin määräajoin, esimerkiksi puolivuositain. Koko henkilöstö tulee osallistaa lääkityspoikkeamien sekä määrälliseen että laadulliseen tarkasteluun. (Kinnunen ym. 2009, 16.) Ilmoitusten tekijöiden on tärkeää nähdä, että ilmoitusten pohjalta tehdään muutoksia. Näin ilmoitusten tekeminen koetaan tärkeäksi. (Kinnunen 2009, 136). Bradyn ym. (2009) mukaan tietoisuuden lisääminen siitä, mitkä tekijät aiheuttavat lääkitysvirheitä edesauttaa lääkitysvirheiden raportoinnin tarkkuutta ja noudattamista. Vaaratapahtumatilastojen avulla myös organisaation ylemmät tasot voivat seurata raportoinnin aktiivisuutta, käsittelyaikoja, tehtyjä toimenpiteitä ja muutosten vaikutusta. On oleellisen tärkeää seurata, että toteutetuilla muutoksilla saadaan aikaiseksi toivottu tulos. (Kinnunen 2009, 127, 129.) Ollakseen hyödyllistä vaaratapahtumien käsittelyn tulisi tuottaa työyhteisöön uudenlaista ymmärrystä. Käsittelyn tulisi näkyä muutoksina tai aktiivisina muutospyrkimyksinä sekä työntekijöiden käsityksissä, osaamisessa ja käyttäytymisessä sekä organisaation rakenteissa ja prosesseissa. (Pietikäinen ym. 2010, 50.)

4.3 Lääkityspoikkeamista oppiminen ja toimintatapojen kehittäminen

Raportoinnin avulla tunnistetaan organisaation heikot kohdat ja voidaan oppia virheistä. Näin virheet voidaan kääntää toimintayksikön voimavaraksi. (Kinnunen 2009, 117 - 118.) Vaaratapahtumien raportoinnin on todettu lisäävän hoitohenkilöstön valmiutta tiedostaa riskit ja havaita vaarat. Raportoinnilla on koettu olevan myös huomattavan suuri merkitys keskustelun avaamisessa sekä avoimen ja oppivan ilmapiirin kehittämisessä. (Ruuhilehto 2009, 168.) Organisaation ja sen työntekijöiden oppiminen edellyttää oppimista tukevaa ilmapiiriä (Kinnunen 2009, 118).

Rakenteiden, prosessien ja tiedonkulun kehittäminen ovat tärkeitä keinoja vähentää turvallisuusriskejä (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 16.) Terveystoimintayksiköissä tulisi tutkia ja kehittää lääkehoidon osaprosesseja, joissa tapahtuu herkästi lääkityspoikkeamia (Keers, Williams, Cooke & Ashcroft 2013; Linden-Lahti, Airaksinen, Pennanen & Käyhkö 2009, 3429). Tiedonkulun katkeaminen ja väärinymmärrys ovat yleisiä haittatapahtuman syitä. Tiedonkulkuun liittyvät ongelmat myötävaikuttavat noin 65 %:iin haittatapahtumista. Muita toiminnan kehittämistä vaativia haittatapahtuman taustalla olevia yleisiä tekijöitä ovat liiallinen työpaine tai liian pitkä työvuoro, niukka henkilökuntamäärä, vaatimusten ja osaamisen ristiriita, huonosti suunniteltu muutos organisaatiossa ja tilojen puutteellinen suunnittelu. Varmistamalla, että yksikössä noudatetaan yhdessä sovittuja käytäntöjä, voidaan parantaa potilasturvallisuutta. (Kinnunen & Peltomaa 2009b, 86; Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia 2009, 187 - 188.)

4.4 Lääkityspoikkeamien ennakointi

Haittatapahtumien ehkäisyn tärkein keino on kehittää toimintayksikön käytäntöjä. Tavoitteena on, että toimintatavat, prosessit, organisaatio ja fyysinen ympäristö kehitetään sellaisiksi, että mahdolliset riskit ja inhimilliset erehdykset on minimoitu. Tämä edellyttää, että kaikki läheltä piti -tilanteet ja haittatapahtumat kirjataan raportointijärjestelmään ja analysoidaan. (Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia 2009, 187). Gustavsson-Niemelä (2011) toteaa, että lääkitysvirheiden raportoinnin koettiin vähentävän lääkityspoikkeamia, koska sen avulla saatiin tietoa lääkehoitoprosessin heikkouksista, opittiin tapahtumista ja kehitettiin lääkehoidon toimintatapoja. Myös Greenen, Williamsin, Piersonin, Hansenin ja Careyn (2010) mielestä hoitokodin lääkityspoikkeamien raportointijärjestelmistä kerätty tieto voi sisältää tärkeää tietoa vakavista virheistä, mitä voidaan käyttää hyödyksi potilasturvallisuuden kehittämistoimissa. Kun organisaatiossa noudatetaan tutkimukseen ja kokemukseen perustuvia turvallisia ja yhteisesti sovittuja toimintatapoja, haittatapahtumien mahdollisuus vähenee (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 16).

Turvallinen hoito mahdollistuu organisaatiossa, jossa on avoin ja syyllistämätön ilmapiiri ja jossa jokainen työntekijä ottaa vastuun ja kehittää toimintaa jatkuvasti turvallisemmaksi (Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkoh-tia 2009, 182). Glavin (2010) korostaa, että lääkevirheiden ehkäisemiseen voidaan vaikuttaa siten, että yksittäinen työntekijä näyttää mallia olemalla valppaana virheiden suhteen raportoimalla ne ja oppimalla niistä. Lääke-hoidon haattatapahtumien ehkäisy edellyttää moniammatillista yhteistyötä. Tähän yhteistyöhön tulee ottaa mukaan myös asiakkaat ja omaiset. (Kinnunen & Peltomaa 2009b, 85.)

5 Kehittämistyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan yhteinen näkemys siitä, minkälaisia toimintayksikössä tapahtuvat lääkityspoikkeamat ovat, miksi niitä tapahtuu ja miten lääkehoidon toimintatapoja voidaan kehittää, jotta lääkityspoikkeamia pystytään ennaltaehkäisemään. Tarkoi-tuksena on lisätä ymmärrystä siitä, että lääkityspoikkeamat ovat ehkäistä-vissä virheistä oppimalla ja toimintatapoja kehittämällä.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on toimintayksikön lääkitysturvallisuuden parantaminen. Tavoitteena on myös, että yksikössä keskustellaan avoi-mesti ja syyllistämättä lääkehoidon turvallisuudesta ja kehitetään sitä aktii-visesti.

Kehittämistehtävät:

1. Hoitohenkilökunta muodostaa yhteisen näkemyksen siitä, mitä yksi-kössä tapahtuvat lääkityspoikkeamat ovat sekä miten ja miksi niitä tapahtuu.
2. Hoitohenkilökunta luo yhteisiä toimintatapoja keskeisten lääkitys-poikkeamien ehkäisemiseksi.

6 Yhteistoiminnallisella oppimisella kohti lääkehoidon toimintatapojen kehittämistä

6.1 Vuoroparin palvelutalon lääkehoito

Kehittämistyö toteutetaan Vuoroparin palvelutalossa, jossa hoidetaan pääsääntöisesti ikääntyneitä, tehostettua palveluasumista tarvitsevia asukkaita. Asukaskuntaan kuuluu myös vaikeavammaisia sekä sosiaalihuoltolain ja aikuissosiaalityön alaisia asukkaita. Asukaspaikkoja on 47. (Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry 2013, 7.) Palvelutalon henkilökuntaan kuuluvat palvelutalon johtaja, kaksi sairaanhoitajaa, 21 perus- ja lähihoitajaa ja 4 palvelutaloapulaista sekä kaksi siistijää. Asukkaiden omalääkärinä toimii terveyskeskuslääkäri, joka käy pitämässä lääkärinkierron palvelutalossa kerran viikossa. (Vuoroparin palvelutalo 2014, 1, 4).

Palvelutalossa huolehditaan asukkaiden perusterveydenhuollosta huomioiden terveyden edistäminen ja kuntouttava työote. Palvelutalossa toteutetaan myös saattohoitoa. Lääkehoito muodostuu pääasiassa tablettilääkkeistä, mutta käytössä on myös nestemäisenä, pistoksena sekä laastareina, voiteina, liuoksina, tippoina, suihkeina, ruiskeina ja peräpuikkoina annettavia lääkkeitä. Palvelutalossa ei ole käytössä suonensisäistä nestettä ja lääkehoitoa, lisähappea, eikä imulaitetta. Omalääkäri vastaa asukkaiden lääkityksistä. Palvelutalon sairaanhoitajat sekä lähi- ja perushoitajat vastaavat lääkehoidon toteuttamisesta lääkärin määräysten ja ohjeiden mukaisesti. Sairaanhoitajat kirjaavat lääkemuutokset lääkekortille ja tiedottavat muutoksesta lähi- ja perushoitajia, jotka puolestaan huolehtivat asukkaiden päivittäisestä lääkehoidosta. Sairaanhoitajat sekä perus- ja lähihoitajat jakavat lääkkeet asukkaan dosettiin, josta ne annetaan asukkaalle lääkkeenantoajankohtana. Koko palvelutalon hoitohenkilökunta osallistui Jyväskylän aikuisopiston järjestämään Lääkehoidon koulutus ja osaamisen varmistaminen -koulutukseen vuosina 2011–2013. (Vuoroparin palvelutalo 2014, 1, 3, 5.)

Palvelutalossa on käytössä lääkityspoikkeamien raportointijärjestelmä. Hoitajat kirjaavat lääkityspoikkeaman lääkityspoikkeamalomakkeelle (ks. liite 1), joka säilytetään kansiossa hoitajien työtilassa. Lomakkeeseen kirjataan lääkkeiden määräämisessä, jaossa, annossa, kirjaamisessa ja säilytyksessä tapahtuneet poikkeamat. Siihen kirjataan myös kuvaus tapahtuneesta poikkeamasta ja siitä, kuinka tilanne hoidettiin. Lisäksi hoitaja kuvaa, miksi näin kävi ja antaa ehdotuksen, kuinka lääkityspoikkeama olisi voitu estää ennakolta. Palvelutalon jokaiseen kerrokseen on nimetty lääkitysvastaava. Lääketurvallisuustiimi, johon kuuluvat palvelutalon johtaja, sairaanhoitajat ja lääkitysvastaavat, kokoontuu säännöllisesti käsittelemään lääkityspoikkeamat. Ne käydään myös läpi kerrosten tiimipalaverissa. Lisäksi tärkeistä lääketurvallisuuteen liittyvistä asioista kerrotaan hoitohenkilöstölle säännöllisesti pidettävissä työpalaverissa. (Vuoroparin palvelutalo 2014, 10.)

6.2 Kehittämistyön menetelmä

Yhteistoiminnallinen oppiminen ja Learning café -menetelmä

Yhteistoiminnallinen oppiminen tarkoittaa ryhmäorientoitunutta ja oppilakeskeistä pedagogista lähestymistapaa (Sahlberg & Sharan 2002, 367). Sen keskeinen periaate on omien sosiaalisten taitojen kehittäminen, joka on aikuiskoulutuksen tavoite. Avoimuus, dynaamisuus, ryhmäkeskustelut ja yhteinen asioiden prosessointi ovat tärkeitä piirteitä. Vuorovaikutuksen muotoja ovat yhteenvetojen tekeminen, tiedon ja ymmärtämisen tarkentaminen sekä tehtävän kehittäminen yhdessä keskustellen ja pelisääntöjen luominen. (Leppilampi 2002, 289, 291 - 292.)

Learning café on yhteistoimintamenetelmä, joka on tarkoitettu keskusteluun, tiedon luomiseen ja siirtämiseen. Se on tapa ideoida ja oppia. (Learning café eli oppimiskahvila 2014). Sen avulla työyhteisö saadaan kehittämään uutta pienempiä ryhmiä aktivoimalla. Työyhteisö jaetaan noin viiden hengen pöytäkuuntiin. Jokaiseen pöytään valitaan puheenjohtaja,

joka ylläpitää keskustelua ja auttaa kirjaamisessa. Ryhmä keskustelee sovitusta aiheesta noin 20 minuuttia, jonka jälkeen ryhmäläiset vaihtavat pöytää puheenjohtajan jäädessä pöytään. Puheenjohtaja esittelee yhteenvedon edellisen ryhmän keskustelusta seuraavalle ryhmälle. Näin uusi ryhmä jatkaa siitä, mihin edellinen pääsi. Tilaisuuden lopuksi kaikkien pöytien puheenjohtajat esittävät yhteenvedon keskusteluista ja tuloksista voidaan käydä yhteistä keskustelua. Learning café -menetelmä tukee ratkaisujen löytymistä hankaliin kysymyksiin ja yhteisen ymmärryksen syntymistä. (Learning café ja World café 2014.) Terveysthuollon riskejä voidaan yksinkertaisesti arvioida keskustelemalla henkilökunnan kanssa lääkehoidon riskialueista ja siitä, miten niihin voidaan varautua ja miten niitä voidaan poistaa (Kinnunen 2013, 103).

Laadullinen tutkimusote ja teoriaohjaava sisällönanalyysi

Kehittämistyö toteutetaan laadullisella tutkimusotteella. Laadullisessa tutkimuksessa käytännöstä nouseville tyypillisille piirteille ja niiden pohjalta tapahtuvalle ilmiöiden tarkastelulle tulee antaa tilaa (Kiviniemi 2010, 74). Kehittämistyön aineistonkeruu tapahtuu Learning café -menetelmän avulla. Sekä hoitajien paperille kirjaamat näkemykset lääkityspoikkeamista, niiden syistä ja uusista toimintatavoista että palvelutalon lääkityspoikkeamailmoitukset muodostavat kehittämistyön analysoitavan aineiston. Tutkijan kiinnostus voi Kiviniemen mukaan kohdistua tiettyihin tärkeisiin teorian pohjalta muodostuneisiin olettamuksiin ja samanaikaisesti käytännön kentältä nousee näkökulmia. Näin sekä käytännöstä että tutkimuksesta nousevia näkökulmia voidaan pitää vuorovaikutteisina. (Mts. 74.)

Kehittämistyön aineiston analyysiin käytetään teoriaohjaavaa sisällönanalyysia, jossa aikaisempi tieto ohjaa ja auttaa analyysia. Sen merkitys ei kuitenkaan ole teoriaa testaava, vaan pikemminkin uusia ajatusmalleja aukaiseva. Aineiston analyysi etenee aluksi aineistolähtöisesti.

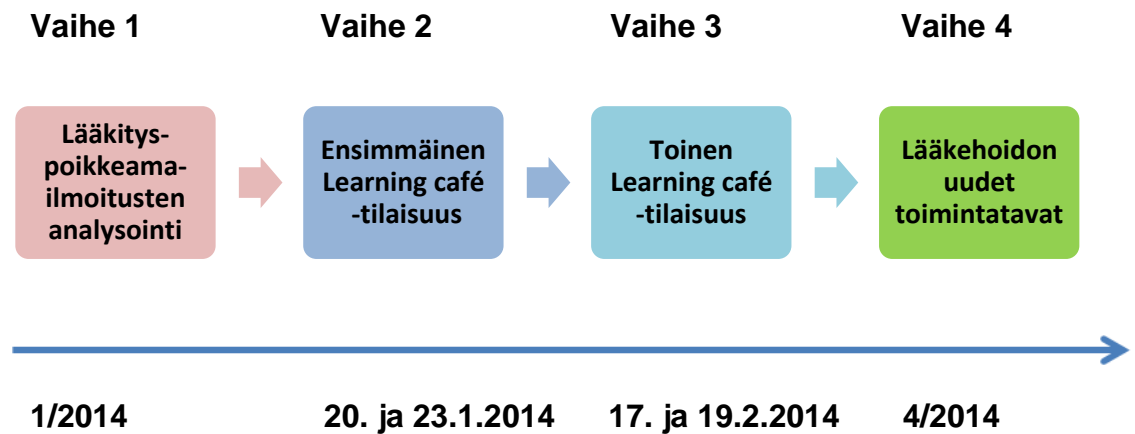
Aineistolähtöisyys ja valmiit mallit vaihtelevat tutkijan ajatteluprosessissa. Teoriaohjaavan sisällönanalyysin loppuvaiheessa teoriasta muodostuu ohjaava ajatus, sillä teoreettiset käsitteet tuodaan valmiina, eikä niitä luoda aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 96 - 97, 117.)

Tässä kehittämistyössä sekä palvelutalon lääkityspoikkeamailmoitusten (12/2012–1/2014) että Learning café -tilaisuuksien aineiston teoriaohjaava sisällönanalyysi alkaa alkuperäiseen aineistoon perehtymisellä ja sen auki kirjoittamisella yhdeksi dokumentiksi. Tämän jälkeen aineisto pelkistetään eli redusoidaan siten, että kehittämistyön kannalta epäolennainen aineisto poistetaan. Näin saadaan lista pelkistetyistä ilmauksista. Seuraavaksi suoritetaan aineiston ryhmittely eli klusterointi, mikä tarkoittaa samaa asiaa tarkoitavien käsitteiden ryhmittelyä ja yhdistämistä alaluokaksi, joka nimitetään. Yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin ja näin aineisto tiivistyy. Analyysin yläluokat tuodaan valmiina teoriasta. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 109 - 110, 117.) Tämän kehittämistyön analyysin yläluokat ja yhdistävät käsitteet on kuvattu liitteissä 2, 3 ja 4.

Laadullisessa analyysissä eri ihmisten väliset erot ovat tärkeitä, sillä ne antavat johtolankoja siitä, mistä jokin asia johtuu tai mikä tekee asian ymmärrettäväksi (Alasuutari 2011, 43). Laadullisen aineiston analysoinnin tarkoituksena on luoda hajanaisesta aineistosta selkeää ja yhtenäistä informaatiota, jonka pohjalta voidaan tehdä luotettavia johtopäätöksiä tutkitavasta ilmiöstä. Analyysissä pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus tutkimusaineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 95, 108.)

6.3 Kehittämistyön suunnitelma

Käytännön kehittämistyö toteutetaan tammi- ja huhtikuun 2014 aikana. Kehittämistyön eteneminen ja aikataulu on kuvattu kuviossa 3.



Kuvio 3. Kehittämistyön suunnitelma

Vaiheessa 1 opinnäytetyöntekijä käsittelee ja analysoi palvelutalon lääkityspoikkeamailmoitukset joulukuun 2012 ja tammikuun 2014 väliseltä ajalta. Näin saadaan kokonais käsitys, minkälaisia palvelutalossa tapahtuneet lääkityspoikkeamat ovat olleet ja mitkä ovat olleet niiden syyt. Vaiheessa 2 järjestetään ensimmäiset samansisältöiset Learning café -tilaisuudet 20. ja 23.1.2014. Ensimmäisessä tilaisuudessa hoitohenkilökunnan on tarkoitus pohtia, minkälaisia palvelutalossa tapahtuvat lääkityspoikkeamat ovat sekä miten ja miksi niitä tapahtuu. Vaiheessa 3 järjestetään toiset samansisältöiset Learning café -tilaisuudet 17. ja 19.2.2014. Toisessa tilaisuudessa hoitohenkilökunta luo yhteisiä lääkehoidon toimintatapoja keskeisten lääkityspoikkeamien ehkäisemiseksi. Learning café -tilaisuudet järjestetään koko henkilökunnalle Vuoroparin palvelutalossa. Vaiheessa 4 kehittämistyön tuloksena on tarkoitus syntyä hoitohenkilökunnan itse luomat lääkehoidon uudet toimintatavat.

6.4 Kehittämistyön toteutus

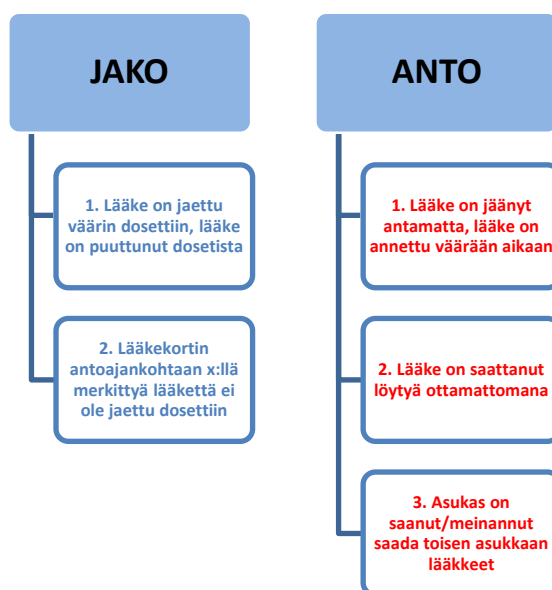
Seuraavassa kuvataan kehittämistyön toteutuminen kuvion 3 mukaisesti:

1. Lääkityspoikkeamailmoitusten analysointi

Opinnäytetyöntekijä aloitti kehittämistyön käsittelemällä ja arvioimalla palvelutalon lääkityspoikkeamailmoitukset joulukuun 2012 ja tammikuun 2014 väliseltä ajalta. Analysointi alkoi lääkityspoikkeamien luokittelulla tyypeittäin, jonka jälkeen laskettiin lääkityspoikkeamatyyppien kokonaislukumäärät. Seuraavaksi laskettiin sekä läheltä piti- että haittatapausten lukumäärät.

Teoriaohjaava sisällönanalyysi alkoi perehtymisellä sekä lääkityspoikkeamien kuvauksiin että niiden syihin. Tämän jälkeen lääkityspoikkeamien kuvausten ja syiden alkuperäiset ilmaukset kirjoitettiin omiksi dokumenteiksi. Seuraavaksi aineisto pelkistettiin ja ryhmiteltiin lääkityspoikkeamaa kuvaavaksi alaluokaksi. Yläluokat muodostuivat lääkityspoikkeamatyypeistä. Näin muodostui kokonaiskuva palvelutalossa tapahtuneista lääkityspoikkeamista ja niiden syistä. Lopuksi opinnäytetyöntekijä perehtyi hoitajien kuvauksiin siitä, miten tilanteet oli hoidettu ja mitä hoitajien mielestä olisi pitänyt tehdä toisin, jotta lääkityspoikkeama olisi vältetty.

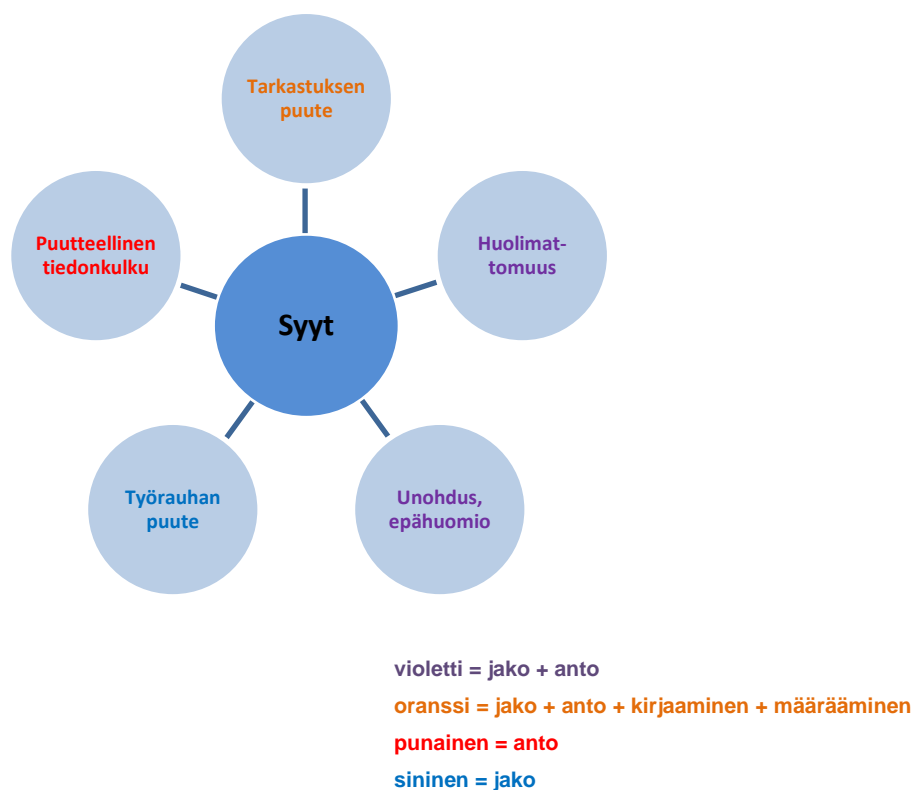
Lääkityspoikkeamailmoitusten mukaan lääkityspoikkeamat liittyivät pääsääntöisesti lääkkeiden jakoon ja antoon (ks. kuvio 4). Jakoon liittyvät poikkeamat muodostivat 69 % ja antoon liittyvät poikkeamat 29 % lääkityspoikkeamailmoitusten kokonaismäärästä. Kirjaamiseen ja lääkkeiden määräämiseen liittyviä poikkeamia oli tapahtunut vain yksi kumpaakin lääkityspoikkeamatyyppiä kohden. Lääkityspoikkeamat olivat lähes kokonaan läheltä piti -tilanteita.



Kuvio 4. Lääkityspoikkeamatyypit 12/2012–1/2014

Lääkkeen jakaminen väärin dosettiin tai sen puuttuminen dosetista oli tyypillisin lääkkeen jakoon liittyvä poikkeama. Lääkelistaan x:llä merkitty lääke, jonka annostus on päiväkohtainen ja saattaa vaihdella (esim. Marevan ja Thyroxin), oli saattanut jäädä jakamatta dosettiin. Lääkkeen antopoikkeama oli tyypillisimmin lääkkeen jääminen antamatta joko kokonaan tai osittain tai lääke oli saatettu antaa väärään aikaan. Asukkaalle annettu lääke oli saattanut löytyä ottamattomana pöydältä tai lattialle pudonneena. Antopoikkeama oli tapahtunut myös, jos asukas oli saanut tai meinannut saada toisen asukkaan lääkkeet.

Hoitajien lääkityspoikkeamailmoituksissa kuvaamat syyt ovat nähtävissä seuraavassa kuviossa 5. Syyt on merkitty erivärisellä fontilla sen mukaan, mihin lääkityspoikkeamatyyppiin hoitohenkilökunta oli kuvannut syyn liittyvän.



Kuvio 5. Lääkityspoiikkeamien syyt 12/2012–1/2014

Hoitohenkilökunta kuvasi lääkityspoikkeamailmoituksissa lääkityspoikkeamien pääasiallisiksi syiksi tarkastuksen puutteen ja huolimattomuuden. Tarkastuksen puute liittyi lääkkeen jakoon, antoon, kirjaamiseen ja määräämiseen. Huolimattomuus liittyi lääkkeen jakoon ja antoon. Muita syitä olivat lääkkeiden jakoon ja antoon liittyen unohdus ja epähuomio, jakoon liittyen työrauhan puute sekä antoon liittyen puutteellinen tiedonkulku.

Hoitajat kuvasivat tehneensä tarvittavat korjaukset dosettiin huomattessaan jakopoikkeaman. Lääkkeen antoon liittyvässä poikkeamassa oli ollut tavanomaisimmin kyse siitä, että lääke oli annettu jonkin verran myöhässä asukkaalle tai asukas ei ollut ottanut sitä. Jos poikkeama oli mennyt asukkaalle asti, olivat hoitajat olleet yhteydessä virka-aikana sairaanhoitajaan ja muuna aikana päivystävään lääkäriin. Hoitajien kehittämisehdotukset olivat pääasiassa tarkastamisen ja huolellisuuden lisääminen. Hoitajat esittivät myös lääkevastaavan nimeämistä työvuoroon, lääkkeen ottamisen tarkempaa valvontaa ja puhelinhälytysten käyttöä muistuttamassa

poikkeavista lääkkeenantoajoista. Lääkityspoikkeamien analysoinnilla saatiin perusteellinen käsitys palvelutalossa tapahtuneista lääkityspoikkeamista ja niiden syistä. Näin saatiin myös tärkeää taustatietoa tulevalle Learning café -tilaisuudelle.

2. Ensimmäinen Learning café -tilaisuus

Learning café -tilaisuuteen osallistui koko hoitohenkilökunta ja se pidettiin Vuoroparin palvelutalossa. Hoitohenkilökunta muodostui perus- ja lähihoitajista sekä yhdestä sairaanhoitajasta. Tilaisuus alkoi opinnäytetyöntekijän puheenvuorolla, jossa hän kertoi, mikä oli tilaisuuden tarkoitus ja tavoite sekä ohjelma. Seuraavaksi palvelutalon johtaja kertoi lyhyesti sosiaalihuollon toimintayksikön lääkehoitoa ohjaavista säädöksistä ja lääkiturvallisuudesta johtamisen näkökulmasta. Tämän jälkeen opinnäytetyöntekijä kertoi osallistujille ryhmätöiden toteuttamisesta Learning café -menetelmällä.

Learning café -tilaisuuden alussa osallistujat jakaantuivat 2–3 ryhmään (4–5 henkilöä/ryhmä). Ryhmät istuivat erillisissä pöydissä palvelutalon yhteisessä päiväsalissa. Ryhmät valitsivat keskuudestaan puheenjohtajan. Pöytiin oli laitettu valmiiksi tyhjiä paperiarkkeja ja kyniä muistiinpanoja varten. Learning café -tilaisuuden aiheena oli pohtia, millaisia lääkitypoikkeamia palvelutalossa tapahtuu ja mitkä ovat syyt näiden poikkeamien taustalla.

Keskustelua käytiin kuuntelemalla, kertomalla omia mielipiteitä ja kommentoimalla. Opinnäytetyöntekijä ohjeisti osanottajia kirjaamaan keskustelun aikana mielipiteitä ja ajatuksia paperiarkkeille sekä puheenjohtajaa kirjaamaan keskustelun sisällön tarkemmin muistiin. Ensimmäinen ryhmäkeskuskelu kesti 20 minuuttia ja tämän jälkeen ryhmät vaihtoivat pöytää puheenjohtajan jäädessä pöytään. Puheenjohtaja kertoi seuraavalle ryhmälle edellisen ryhmän keskustelun aiheet ja uusi ryhmä jatkoi näin aiheiden ideointia. Seuraavat ryhmäkeskustelut kestivät kymmenen minuuttia.

Pöydänvaihtoja tehtiin yhteensä 2–3 kertaa. Lopuksi puheenjohtajat esittelivät ryhmäkeskustelujen tulokset kukin omalla vuorollaan kaikille osanottajille. Tämän jälkeen oli vapaata keskustelua lääkitysturvallisuuteen liittyen. Seuraavaksi opinnäytetyöntekijä kertoi kirjallisuuden ja tutkimusten kuvaamia lääkityspoikkeamatyyppejä ja niiden syitä sekä esitteli kalanruotokaavion lääkehoitoprosessin riskikohdista. Tilaisuuden lopuksi hän esitteli palvelutalossa viimeisen vuoden aikana tapahtuneet lääkityspoikkeamatyypit, niiden syyt ja lukumäärät.

3. Toinen Learning café -tilaisuus

Toiseen Learning café -tilaisuuteen osallistui myös koko hoitohenkilökunta ja se pidettiin Vuoroparin palvelutalossa. Tilaisuuden alussa opinnäytetyöntekijä esitti yhteenvedon henkilökunnan ensimmäisessä Learning café -tilaisuudessa nimeämistä lääkityspoikkeamista ja niiden syistä. Tämän Learning café -tilaisuuden aiheena oli luoda uusia toimintatapoja keskeisten lääkityspoikkeamien ehkäisemiseksi. Ryhmät nimesivät n. 5–10 tapaa, joiden avulla pystytään ennaltaehkäisemään lääkityspoikkeama. Ryhmätyöskentely noudatti ensimmäisen Learning café -tilaisuuden työskentelyä. Tilaisuuden lopuksi opinnäytetyöntekijä kertoi lääkehoidon toimintatapojen kehittämisestä kirjallisuuteen ja tutkimukseen perustuen.

Learning café -tilaisuudet toteutuivat kehittämissuunnitelman mukaisesti. Tilaisuuksien kutsut olivat etukäteen nähtävissä palvelutalon toimiston ilmoitustaululla (ks. liitteet 5 ja 6). Hoitohenkilökunta osallistui sovitusti tilaisuuksiin. Molemmissa tilaisuuksissa hoitohenkilökunta työskenteli keskittyneesti ja innostuneesti tunnelman ollessa rento ja rauhallinen. Aikataulujärjestelyt onnistuivat hyvin. Opinnäytetyöntekijän rooli oli alustaa tilaisuus, tarkkailla ryhmien keskustelua ja auttaa tarvittaessa sekä vetää yhteen tilaisuuksien anti.

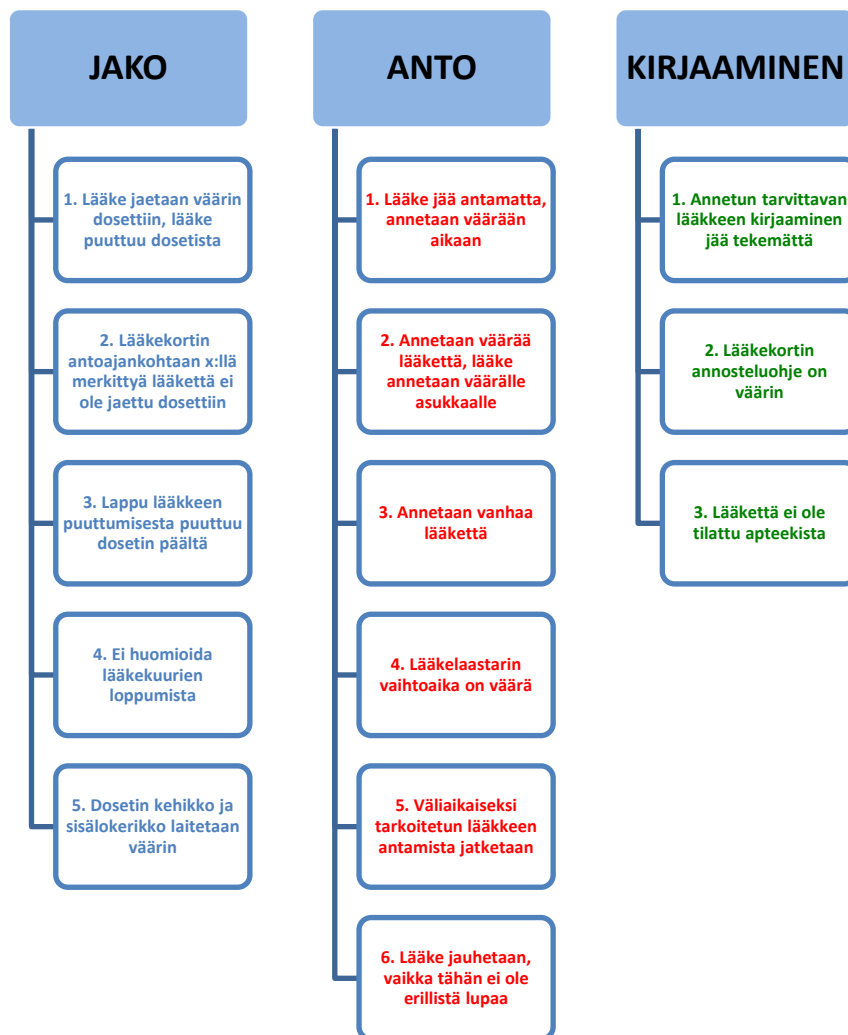
4. Lääkehoidon uudet toimintatavat

Kehittämistyön tuloksena syntyivät henkilökunnan itse tekemät uudet yhteinäiset toimintatavat keskeisten lääkityspoikkeamien ennaltaehkäisemiseksi. Nämä on kuvattu opinnäytetyön kappaleessa 7.2.

7 Lääkehoidon uudet toimintatavat lääkityspoikkeamien ehkäisemiseksi

7.1 Hoitohenkilökunnan näkemys lääkityspoikkeamista

Hoitohenkilökunnan yhteisen näkemyksen mukaan tyypillisimmät lääkityspoikkeamat liittyivät lääkkeiden jakoon, antoon ja kirjaamiseen (ks. kuvio 6).



Kuvio 6. Hoitohenkilökunnan nimeämät lääkityspoikkeamatyytit

Lääkkeiden jakoon liittyvät poikkeamat

Lääkkeiden jakoon liittyvistä poikkeamista pääosa muodostuu siten, että lääke jaetaan väärin dosettiin tai lääke puuttuu dosetista. Jakovirheitä tapahtuu myös, kun lääkekortin antoajankohtaan x:llä merkittyä lääkettä ei jaeta dosettiin. Tyypillisiä tällaisia lääkkeitä ovat esimerkiksi Marevan ja Thyroxin -lääkkeet, joiden määrä saattaa vaihdella eri antopäivinä. Hoitajan on tarkastettava esimerkiksi Marevan-lääkkeen annostus antikoagulanttilehdeltä, jota säilytetään erillisessä kansiossa. Lääkkeen jakovirhe voi tapahtua myös, kun lappua, jossa ilmoitetaan jonkin tietyn lääkkeen puuttumisesta dosetista, ei ole kiinnitetty dosetin päälle. Tällainen tilanne saattaa syntyä, mikäli lääkettä ei ole lainkaan tai se loppuu lääkettä dosettiin jaettaessa ja se pitäisi lisätä dosettiin myöhemmin, kun lääke on saapunut apteekista. Lääkkeen jakovirhe voi johtua myös siitä, ettei hoitaja ole huomionnut lääkekortin merkintää lääkekuurien tai toistaiseksi annettavan lääkkeen loppumisajankohdasta. Yksittäinen läheltä piti -tapaus on tapahtunut, kun dosetin sisälokerikko on laitettu väärinpäin dosetin kehikkoon.

Lääkkeiden antoon liittyvät poikkeamat

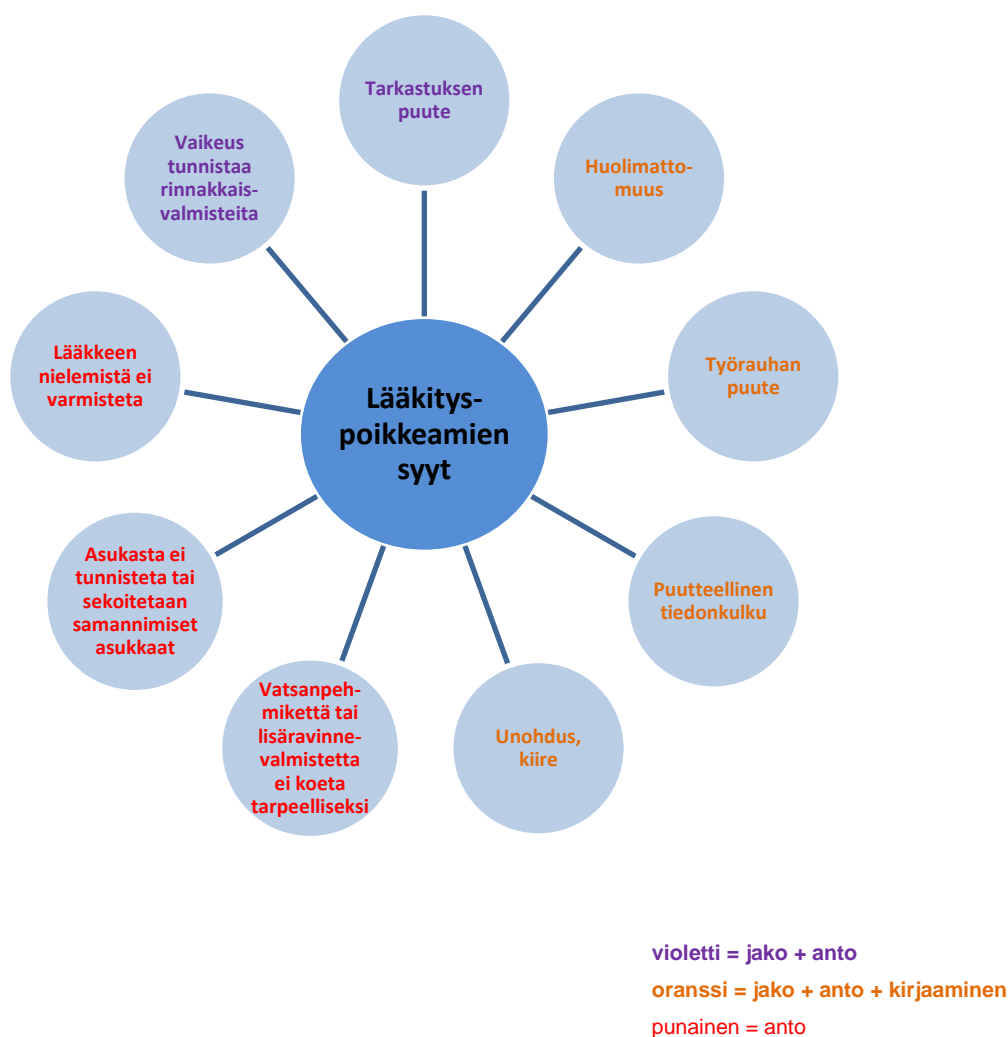
Lääkkeiden antoon liittyvistä poikkeamista selkeästi suurin osa muodostuu joko osittain tai kokonaan antamatta jääneestä lääkkeestä tai siten, että lääke annetaan väärään aikaan. Antovirhe saattaa aiheutua myös, mikäli asukkaalle annetaan väärää lääkettä tai lääke annetaan väärälle asukkaalle. Näin voi käydä, jos asukkaat ovat esimerkiksi samannimisiä. Antovirhe voi olla myös vanhentuneen lääkkeen antaminen asukkaalle. Lääkelaastariin liittyvä lääkityspoikkeama voi tapahtua usealla eri tavalla: sitä ei muisteta vaihtaa oikeana päivänä, nitrolaastarin ollessa kyseessä, sitä ei muisteta poistaa yöksi tai laastaria vaihdettaessa löydetään vanha laastari. Lääkkeen antovirhe on mahdollinen, mikäli väliaikaiseksi tarkoitetun lääkkeen antamista jatketaan. Hoitajat kokivat ongelmalliseksi myös lääkkeiden jauhamisen. Lääkityspoikkeama tapahtuu, mikäli lääke jauhetaan, vaikka tähän ei ole lääkärin lupaa.

Lääkkeiden kirjaamiseen liittyvät poikkeamat

Kirjaamiseen liittyvä poikkeama tapahtuu, kun tarvittaessa annettavan lääkkeen kirjaaminen jää tekemättä. Kyseessä on kirjaamiseen liittyvä poikkeama, kun lääkekortin annosteluohje on väärä. Lisäksi lääke saate- taan jättää kirjaamatta lääketilauslomakkeelle.

7.2 Hoitohenkilökunnan näkemys lääkityspoikkeamien syistä

Hoitohenkilökunnan yhteisen näkemyksen mukaiset lääkityspoikkeamien syyt on kuvattu alla olevassa kuviossa 7. Syyt on merkitty erivärisellä fontilla sen mukaan, mihin lääkityspoikkeamatyyppiin hoitohenkilökunta kuvasi syyn liittyvän.



Kuvio 7. Hoitohenkilökunnan nimeämät syyt lääkityspoikkeamiin

Hoitohenkilökunta kuvasi lääkkeiden jakoon ja antoon liittyvien lääkityspoikkeamien pääasialliseksi syyksi **tarkastuksen puutteen**. Tarkastuksen puute voi ilmetä monessa eri lääkehoidon vaiheessa. Se voi esimerkiksi tarkoittaa, ettei tehdä kaksoistarkastusta lääkkeitä asukkaalle annettaessa. Se voi tarkoittaa myös, ettei tarkasteta, onko dosetin lokero täysin tyhjä lääkkeen annon jälkeen. Hoitajat totesivat, että pieni tai puolitetty lääke saattaa jäädä epähuomiossa dosetin kehikon reunan alle lokerikkoa kallistettaessa. Tarkastuksen puute voi ilmetä myös siten, ettei ole tarkastettu lääkkeen vanhenemispäivämäärää tai sitä, saako lääkkeen jauhaa. Myös **vaikeus tunnistaa uusia lääkkeiden rinnakkaisvalmisteita** saattaa aiheuttaa hoitajien mukaan lääkkeiden jakoon ja antoon liittyviä poikkeamia.

”unohdettu tuplatarkastus”

”rinnakkaisvalmisteet hankala tunnistaa ja siksi vaikeaa tarkastaa ja jakaminen vaikeampaa”

Hoitajat nimesivät lääkkeiden jakoon, antoon ja kirjaamiseen liittyvien lääkityspoikkeamien pääasiallisiksi syiksi **työrauhan puutteen, puutteellisen tiedonkulun, huolimattomuuden** sekä **unohduksen ja kiireen**. Näistä työrauhan puute ja puutteellinen tiedonkulku olivat selkeästi yleisimmät poikkeamien syyt. Työrauhan puute tarkoittaa levotonta tilannetta lääkkeitä asukkaalle annettaessa tai rauhatonta lääkkeenjakoilaa. Puutteellinen tiedonkulku voi ilmetä usealla eri tavalla, kuten hoitajien välisen kommunikoinnin puutteena, opiskelijan ohjauksen tai uuden työntekijän perehdytyksen puutteena. Huolimattomuus voi ilmetä lääkkeitä dosettiin jaettaessa tai ettei lääkettä muisteta tilata apteekista. Unohduksen ja kiireen aiheuttamien poikkeamien lisäksi syiksi kuvattiin usein myös inhimillinen virhe ja ajatusvirhe.

”ei ole oltu tarpeeksi huolellisia jakotilanteessa”

”hoitajien välinen kommunikointi, lääkkeiden antovastuu useammalla kuin yhdellä...”

”inhimilliset erehdykset”

Antoon liittyvä lääkityspoikkeama tapahtuu, jos **hoitaja ei koe vatsanpehmikettä tai lisäravinnevalmistetta tarpeelliseksi**, vaikka se on merkitty lääkekortille säännöllisesti annettavaksi. Antopoikkeama on myös mahdollinen, jos **asukasta ei tunnisteta tai samannimiset asukkaat sekoitetaan keskenään**. Uuden työntekijän saattaa olla vaikea tunnistaa asukasta palvelutalossa, koska asukas ei kykene kertomaan itse nimeään esimerkiksi muistisairautensa vuoksi. Palvelutalossa asukkailla ei ole ranneketunnistetta.

”samannimiset asukkaat, kiire ja hälinä, hoitajan ajatukset harhailee”

Antopoikkeama voi myös tapahtua, jos **lääkkeen nielemistä ei varmisteta**. Ikääntyneiden on usein hankala niellä suurikokoisia tabletteja ja heillä saattaa olla myös lääkekielteisyyttä esimerkiksi muistisairauden vuoksi.

”ei ole varmistettu, että lääke menee mahaan asti”

7.3 Hoitohenkilökunnan luomat uudet yhtenäiset toimintatavat

Kehittämistyön tuloksena syntyivät palvelutalon hoitohenkilökunnan itse laatimat uudet yhtenäiset toimintatavat keskeisten lääkityspoikkeamien ennaltaehkäisemiseksi. Ryhmät valitsivat yhteensä seitsemän lääkityspoikkeamaa lääkkeiden jakoon, antoon ja kirjaamiseen liittyen, joihin he halusivat luoda yhteneväiset toimintatavat. Näistä toimintatavoista on tehty taulut sekä lääkkeenjakoilaan että kerroksiin hoitajien työtiloihin.

Lääkkeiden jako

Hoitohenkilökunta kehitti uudet yhtenäiset toimintatavat seuraaviin lääkkeen jakoon liittyviin lääkityspoikkeamiin: 1. lääke jaetaan väärin dosettiin, lääke puuttuu dosetista, 2. lappu lääkkeen puuttumisesta puuttuu dosetin päältä ja 3. dosetin kehikko ja sisälokerikko laitetaan väärin (ks. kuvio 8).



KUVIO 8. Lääkkeiden jakoon liittyvät uudet toimintatavat

Lääkkeen jakoon liittyen hoitohenkilökunta kuvasi työympäristöön ja työrauhaan sekä lääkkeenjakoajan ja lääkkeen jakamiseen liittyvät asiat valitsemiaan lääkityspoikkeamia ehkäiseviksi tekijöiksi. Työrauha ja hyvä lääkkeenjako-tila koettiin kaikkein tärkeimmiksi kehittämiskohteiksi. Hoitajat totesivat, että lääkkeenjakoajan tulee tunnistaa oma vireystilansa ja valita sopiva lääkkeenjako-aika, esimerkiksi vuoronvaihteessa. Tämän lisäksi toivottiin työyhteisön kunnioitusta lääkkeenjakoajaa kohtaan, jotta lääkkeenjako voidaan suorittaa rauhallisessa ympäristössä kiireettömästi. Hoitajat nimesivät monta keskeistä käytännön asiaa lääkkeen jakamiseen liittyen. Sekä hoitajan tekemä oman työn tarkastus että kaksoistarkastus koettiin ehdottoman tärkeiksi keinoiksi ehkäistä poikkeamia lääkkeitä jaettaessa.

Lääkkeiden anto

Hoitohenkilökunta kehitti uudet yhtenäiset toimintatavat seuraaviin lääkkeen antoon liittyviin lääkityspoikkeamiin: 1. lääke jää antamatta, annetaan väärään aikaan ja 2. annetaan vanhaa lääkettä (ks. kuvio 9).



Kuvio 9. Lääkkeiden antoon liittyvät uudet toimintatavat

Lääkkeen antoon liittyen hoitohenkilökunta kuvasi vastuukysymyksiin, tarkastukseen, tiedonkulkuun sekä työn ja työvälineiden organisointiin liittyvät asiat valitsemiaan lääkityspoikkeamia ehkäiseviksi tekijöiksi. Tiedonkulku koettiin tärkeäksi kehittämiskohteeksi. Hoitajat tiedostivat oman vastuunsa tiedon hakemisesta. Toisaalta tiedonkulun tehostaminen myös raportoinnin yhteydessä koettiin tärkeäksi. Hoitajat esittivät, että raportilla voitaisiin ottaa tavaksi käsitellä erikseen lääkitysasiat. Hoitajat pohtivat myös vaihtoehtoa, jossa yksi, nimetty hoitaja olisi antovastuussa lääkkeistä työvuoron aikana. Tämän todettiin olevan käytännössä hankala toteuttaa ja siksi korostettiin, että hoitajan tulee huolehtia aloittamansa asukkaan lääkehoito loppuun asti. Hoitajat listasivat useita käytännöllisiä ohjeita työn ja työvälineiden organisointiin liittyen.

Lääkkeiden kirjaaminen

Hoitohenkilökunta kehitti uudet yhtenäiset toimintatavat seuraaviin kirjaamiseen liittyviin lääkityspoikkeamiin: 1. lääkettä ei ole tilattu apteekista (tilaus on unohdettu kirjata lääketilauslomakkeelle) ja 2. lääkekortin annosteluohje on väärin (ks. kuvio 10).



Kuvio 10. Lääkkeiden kirjaamiseen liittyvät uudet toimintatavat

Lääkkeen kirjaamiseen liittyen hoitohenkilökunta kuvasi työrauhaan, tiedonkulkuun, tarkastukseen sekä huolellisuuteen liittyvät asiat valitsemiaan lääkityspoikkeamia ehkäiseviksi tekijöiksi. Kirjaamista pidettiin tärkeänä tekijänä tiedonkulun parantamisessa. Asukkaasta kirjaamisen lisäksi tässä yhdessä käsiteltiin myös muuta hoitotyöhön liittyvää kirjaamista, kuten lääkitystietojen kirjaamista lääkekortille sekä hoitajien välistä kirjallista viestintää. Efficatietojärjestelmän lääkekorttien oikeellisuus edellyttää jatkuvaa seuranta ja tarkastamista, sillä useat tahot, kuten esimerkiksi palvelutalon omalääkäri ja sairaanhoitaja sekä lääkäri ja sairaanhoitaja sairaalajakson aikana, kirjaavat lääkitystietoja lääkekortille. Kirjaamisen todettiin olevan tärkeää asukkaan turvallisen hoidon takaamiseksi. Sen todettiin myös tekevän hoitajan työn näkyväksi.

8 Pohdinta

Kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää Vuoroparin palvelutalon hoitohenkilökunnan yhteinen näkemys siitä, minkälaisia toimintayksikössä tapahtuvat lääkityspoikkeamat ovat, miksi niitä tapahtuu ja miten lääkeshoidon toimintatapoja voidaan kehittää, jotta lääkityspoikkeamia pystytään ennaltaehkäisemään. Tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä siitä, että lääkityspoikkeamat ovat ehkäistävissä virheistä oppimalla ja toimintatapoja kehittämällä. Tavoitteena oli toimintayksikön lääkitysturvallisuuden parantaminen. Tavoitteena oli myös, että yksikössä keskustellaan avoimesti ja syyllistämättä lääkeshoidon turvallisuudesta ja kehitetään sitä aktiivisesti.

Kehittämistyön tulokset

Palvelutalossa analysoitujen lääkityspoikkeamailmoitusten mukaan lääkityspoikkeamat liittyivät pääasiassa lääkkeen jakoon ja antoon. Palvelutalon hoitohenkilöstön Learning café -tilaisuudessa muodostaman näkemyksen mukaan lääkityspoikkeamat liittyivät tyypillisimmin lääkkeen jakoon, antoon ja kirjaamiseen. Lääkityspoikkeamat olivat täysin samansuuntaisia sekä analysoitujen lääkityspoikkeamailmoitusten että hoitajien muodostaman näkemyksen mukaan.

Analysoitujen lääkityspoikkeamailmoitusten ja hoitajien muodostaman näkemyksen mukaan lääkkeen jakoon liittyvät yleisimmät lääkityspoikkeamat olivat lääkkeen jakaminen väärin dosettiin tai sen puuttuminen dosetista. Lääkkeen antaminen väärään aikaan tai sen jääminen antamatta joko kokonaan tai osittain olivat yleisimmät lääkkeen antoon liittyvät lääkityspoikkeamat. Hoitajien muodostaman näkemyksen mukaan kirjaamispoikkeama tapahtui, kun lääkkeen, jota annetaan vain tarvittaessa, kirjaaminen jäi tekemättä. Nämä tulokset ovat täysin samansuuntaisia Ruuhilehdon ym. (2011, 1033, 1037 – 1038) tutkimuksen kanssa, jossa käytettiin HaiPro-raportointijärjestelmän ilmoituksia tutkimusaineistona. Tutkimusten mukaan

yleisimmät lääkityspoikkeamat olivat väärä toimintatapa, väärä annos, väärä lääke, anto väärään aikaan sekä saamatta jäänyt lääke (Härkänen ym. 2013, 49; Keers ym. 2013; Linden-Lahti ym. 2009, 3429). Palvelutalon tulokset ovat samansuuntaisia myös näiden tutkimusten kanssa.

Palvelutalossa analysoitujen lääkityspoikkeamien syyt, tarkastuksen puute, huolimattomuus, työrauhan puute, puutteellinen tiedonkulku sekä unohdus ja epähuomio, olivat yhteneväiset hoitajien muodostaman näkemyksen kanssa. Pääasiallisiksi syiksi muodostuivat tarkastuksen puute, huolimattomuus sekä työrauhan ja tiedonkulun puute. Linden-Lahden ym. (2009, 3429) tutkimuksen mukaan lääkityspoikkeamien taustalla oli monissa tapauksissa useampia työntekijöitä tai poikkeustilanteita.

Palvelutalon hoitohenkilökunta loi uudet yhtenäiset toimintatavat seitsemään eri lääkityspoikkeamaan, jotka liittyivät lääkkeiden jakoon, antoon ja kirjaamiseen. Yhteisiä hoitolinjoja, ohjeita ja toimintamalleja kehittämällä voidaan estää lääkityspoikkeamia ja edistää lääkehoidon turvallisuutta (Cousins, Gerrett & Warner 2012; Härkänen ym. 2013, 49). Myös Ruuhilehdon ym. (2011, 1033, 1037 - 1038) tutkimuksen mukaan suurin osa nimetyistä kehittämistoimista liittyi toimintatapoihin ja menettelyihin, mutta valtaosaa näistä ei ollut yksilöity. Tässä kehittämistyössä Vuoroparin palvelutalon hoitohenkilöstö yksilöi uusien toimintatapojen osa-alueet ja näihin liittyvät käytännön toimenpiteet, joita kehittämällä pystytään ehkäisemään keskeisiä lääkityspoikkeamia. Uusien toimintatapojen osa-alueiksi muodostuivat työrauha, työympäristö, tiedonkulku, tarkastus, huolellisuus, vastuukysymykset, työn ja työvälineiden organisointi sekä lääkkeen jakajaan ja jakamiseen liittyvät asiat.

Palvelutalon hoitohenkilökunnan pohtiessa uusia toimintatapoja nousivat työrauha, tarkastaminen ja tiedonkulku keskeisiksi kehittämisen kohteiksi. Bironin, Loiselien ja Lavoie-Tremblayn (2009) mukaan hoitajien työskentelyn keskeyttämisen ehkäisemiseksi pitäisi tehdä parannustoimenpiteitä,

koska useiden tutkimusten mukaan työn keskeytyminen lisää lääkitysvirheiden riskiä, kun taas Rabanin ja Westbrookin (2014) mielestä näyttö työrauhan parantamiseksi tarkoitettujen interventioiden vaikutuksesta lääkityspoikkeamien vähenemiseen on hyvin heikko. Härkäsen ym. (2013, 49) tutkimuksen kohteena olleen erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstön mielestä lääkityspoikkeamien syntymistä voidaan estää huolellisuuden ja tarkkaavaisuuden lisäämisellä. Lääkehoitoon liittyvä viestintä ja vuorovaikutus ovat tärkeitä laatu- ja turvallisuuskysymyksiä, koska potilaiden ja hoitavan henkilöstön huono viestintä aiheuttaa paljon vaaratapahtumia (Gerlander ym. 2013, 14; Ruuhilehto ym. 2011, 1036). Uusia toimintatapoja pohtiesaan palvelutalon hoitajat keskustelivat myös asenteesta ja vastuusta, jotka hoitajan tulisi tiedostaa lääkehoitoa toteuttaessaan.

Tulosten luotettavuus

Learning café -menetelmän avulla koko hoitohenkilöstö sai osallistua kehittämistyöhön ja tuli kuulluksi, mikä lisää kehittämistyön luotettavuutta. Hoitohenkilökunnalle kerrottiin Learning café -tilaisuuden alussa, että työ liittyy opinnäytetyöhön, ja samalla korostettiin, että kehittämistyö on koko henkilöstön yhteinen. Härkäsen ja muiden (2013, 51 - 52) mukaan hoitajien näkemyksiä poikkeamien ehkäisemisestä ei ole tutkittu, vaikka heidän näkemyksiensä huomioiminen olisi ensiarvoisen tärkeää, sillä he muodostavat keskeisen ammattiryhmän lääkityspoikkeamien havaitsemisessa ja raportoinnissa. Learning café -menetelmä osoittautui onnistuneeksi tavaksi opiskella ja kehittää lääkitysturvallisuutta. Palvelutalon hoitajat osallistuivat tilaisuuksiin innostuneesti ja asiaan paneutuen. He kokivat tärkeäksi, että uudet toimintatavat ovat heidän itsensä luomat ja he ovat näin päässeet vaikuttamaan kehittämiseen. Kettusen ja Kivisen (2012, 41 - 42) mukaan toimintatapoja kehitettäessä on tärkeää, että hoitoalan ammattilaiset tulevat kuulluksi. Näin he pystyvät ottamaan vastaan uusia ajatuksia ja näkemään mahdollisuuksia hoitotyön toimintatavoissa. Innostuneisuus ja myönteisyys työtä kohtaan kasvavat, kun saa itse osallistua ja vaikuttaa asioihin. (Mts. 41 - 42.)

Tuomi & Sarajärvi (2012, 113) korostavat, että tutkija pyrkii kaikissa tutkimusaineiston analysoinnin vaiheissa ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan. Kehittämistyön validiteetin näkökulmaa pohdittaessa voidaan miettiä, onko opinnäytetyöntekijä onnistunut olemaan puolueeton: onko hän onnistunut ymmärtämään ja kuulemaan hoitajia itsensä vai ovatko hoitajien ajatukset suodattuneet opinnäytetyöntekijän oman kehityksen läpi. (Tuomi & Sarajärvi, 2012, 135 - 136.)

Se, että palvelutalon hoitohenkilöstön yhteinen näkemys lääkityspoikkeamista ja niiden syistä oli yhteneväinen palvelutalossa analysoitujen lääkityspoikkeamailmoitusten sekä lääkityspoikkeamista ja niiden syistä sekä kotimaisen että ulkomaisen uuden tutkimustiedon kanssa lisää kehittämistyön tulosten luotettavuutta. Voidaan ajatella, että kehittämistyön tulokset ovat reliaabeleita eli toistettavissa olevia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231). Analysointia tehdessä tosin huomattiin, että nyt palvelutalossa käytössä olevan lääkityspoikkeamalomakkeen jako- ja antokäsitteet kaipaavat tarkennusta: hoitohenkilöstön tulee sopia yhteisesti, mitkä poikkeamat ovat jakopoikkeamia ja mitkä antopoikkeamia. Koska kehittämistyön kaikissa vaiheissa pääasiallisiksi kehittämiskohteiksi nousivat tiedonkulku, työrauha ja tarkastaminen, voidaan sanoa luotettavasti juuri näiden olevan todelliset kehittämiskohteet.

Johtopäätökset

1. Tämän kehittämistyön voidaan todeta lisänneen tavoitteena ollutta avointa ja syyllistämätöntä keskustelua lääkitysturvallisuudesta. Keskustelun voidaan olettaa lisäävän herkkyyttä tunnistaa lääkityspoikkeamia, mikä saattaa puolestaan lisätä niiden kirjaamista.
2. Kehittämistyö vahvisti käsitystä, että lääkityspoikkeamien kirjaaminen ja niistä saadun tiedon hyödyntäminen on oleellisen tärkeää lääkitysturvallisuutta kehitettäessä. Koska palvelutalon hoitohenkilöstön muodostama yhteinen näkemys lääkityspoikkeamista ja niiden syistä on

täysin yhdensuuntainen palvelutalossa analysoitujen lääkityspoikkeamailmoitusten kanssa, voidaan todeta, että lääkityspoikkeamailmoitus on olennaisen tärkeä tiedonlähde lääkitysturvallisuutta kehitettäessä.

3. Kehittämistyön avulla saatiin tietoa lääkehoitoprosessin riskitekijöistä ja keskeisimmistä kehittämiskohteista, joiksi nousivat tämän työn perusteella tiedonkulku, työrauha ja tarkastaminen.
4. Kehittämistyön voidaan olettaa vahvistaneen kehittämisen ilmapiiriä. On tärkeää, että koko hoitohenkilöstö otetaan mukaan toimintayksikön lääkitysturvallisuuden kehittämiseen. Näin saadaan arvokasta tietoa käytännön kentältä ja hoitajilla on mahdollisuus osallistua, oppia ja sitoutua kehittämistyöhön.
5. Uusista yhtenäisistä toimintatavoista muodostunee toimintayksikön uusia hyviä käytäntöjä, joiden voidaan ajatella auttavan lääkityspoikkeamien ennaltaehkäisemisessä.

Hyödyntämismahdollisuudet ja kehittämisajatukset

Kehittämistyön myötä palvelutaloon on perustettu lääketurvallisuustiimi ja nimetty kerrosten lääkitysvastaavat, jotka vastaavat lääkehoidon kehittämisestä yhdessä muun palvelutalon henkilöstön kanssa. Kehittämistyön tuloksia on myös hyödynnetty toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmassa lisäämällä siihen hoitohenkilöstön kuvaamat lääkehoidon riskitekijät ja kehittämiskohteet. Tämän kehittämistyön myötä palvelutalossa analysoidaan lääkityspoikkeamat säännöllisesti. Kehittämistyö osoitti, että Learning café -menetelmää voidaan käyttää myös muissa Jyväskylän Hoivapalveluyhdistyksen palvelutaloissa kehittämisen menetelmänä.

Opinnäytetyö antaa toimintayksikön johdolle tärkeää tietoa, mitä voidaan hyödyntää lääkehoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa sekä erityisesti henkilöstön täydennyskoulutuksessa. Kagan ja Barnoy (2013) toteavat, että terveydenhuollon toimintayksikön johto voi vaikuttaa huomattavasti turvallisuuskulttuurin kehittymiseen luomalla strategian ja tavoitteen sekä kannustamalla työntekijöitä toteuttamaan kehittämissuunnitelmia. Tämän kehittämistyön voidaan todeta luoneen pohjaa tulevalle kehittämistyölle. On kuitenkin tärkeää huomioida, että keskustelun ylläpitäminen ja lääkehoidon edelleen kehittäminen edellyttävät koko toimintayksikön aktiivisuutta ja pitkäjänteistä työpanostusta.

Jatkossa olisi hyödyllistä tutkia, ovatko nämä uudet yhtenäiset toimintatavat vaikuttaneet lääkityspoikkeamien laatuun ja määrään. On tärkeää arvioida, onko tehdyillä kehittämistoimilla päästy tavoitteisiin. Olisi myös tärkeää selvittää, kokiko hoitohenkilöstö tämän tyyppisen yhteistoiminnallisen oppimisen hyödylliseksi ja mielekkääksi tavaksi kehittää lääkitysturvallisuutta. Kehittämistyön aikana opittujen asioiden ja toimintatapojen vertailu muiden sosiaali- ja terveydenalan yksiköiden kanssa olisi mielenkiintoista ja se mahdollistaisi yksiköiden välisen kokemuksen, tiedon ja hyvien toimintatapojen vaihtamisen.

Lähteet

- A 29.6.1983/607. Sosiaalihuoltoasetus. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 20.11.2013. [Http://www.finlex.fi/ajantasainen](http://www.finlex.fi/ajantasainen) lainsäädäntö.
- A 24.7.1987/693. Lääkeasetus. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 29.11.2013. [Http://www.finlex.fi/ajantasainen](http://www.finlex.fi/ajantasainen) lainsäädäntö.
- A 28.6.1994/564. Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 29.11.2013. [Http://www.finlex.fi/ajantasainen](http://www.finlex.fi/ajantasainen) lainsäädäntö.
- A 30.3.2009/298. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 13.2.2014. [Http://www.finlex.fi/ajantasainen](http://www.finlex.fi/ajantasainen) lainsäädäntö.
- A 2.12.2010/1088. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 13.2.2014. [Http://www.finlex.fi/ajantasainen](http://www.finlex.fi/ajantasainen) lainsäädäntö.
- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. uud. p. Tampere: Vastapaino.
- Analysera avvikelser med händelseanalys. 2014. Stockholm: Socialstyrelsen. Viitattu 22.3.2014. [Http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/analyseraochagera/analyseraavvikelser](http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/analyseraochagera/analyseraavvikelser).
- Biron, A. D., Loiselle, C. G., & Lavoie-Tremblay, M. 2009. Work interruptions and their contribution to medication administration errors: an evidence review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 6, 2, 70 - 86. Viitattu 7.10.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, PubMed.
- Brady, A. M., Malone, A. M. & Fleming, S. A. 2009. Literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. *Journal of Nursing Management* 17, 6, 679 - 697. Viitattu 7.10.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, PubMed.
- Cousins, D. H., Gerrett, D. & Warner, B. 2012. A review of medication incidents reported to the National Reporting and Learning System in England and Wales over 6 years (2005 – 2010). *British Journal of Clinical Pharmacology* 74, 4, 597 - 604. Viitattu 28.10.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Pubmed.
- Doupi, P. 2009. National Reporting Systems for Patient Safety Incidents. A review of the situation in Europe. National Institute for Health and Welfare. Report 13/2009. Viitattu 2.4.2014. [Http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/254c52fb-95d0-4dde-a8ab-bd0df41e0c57](http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/254c52fb-95d0-4dde-a8ab-bd0df41e0c57).

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2009:5. Viitattu 29.4.2013, 5.11.2013 ja 10.12.2013.

[Http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf).

Erkko, P. & Johansson, P. 2013. Lääkehoidon kirjaaminen. Julkaisussa Sairaanhoitaja & lääkehoito. Hoitotyön vuosikirja 2013. Toim. I. Ranta. Helsinki: Sairaanhoitajaliitto, 144 - 160.

Gerlander, M., Kivinen, T. Isotalus, P. & Kettunen, T. 2013. Potilaan osallistuminen lääkehoidosta keskustelemiseen. Tutkiva Hoitotyö 11, 2, 14 - 21.

Glavin R. J. 2010. Drug errors: consequences, mechanisms, and avoidance. British Journal of Anaesthesia 105, 1, 76 - 82.

Viitattu 7.10.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), PubMed.

Greene, S. B., Williams, C. E., Pierson, S., Hansen, R. A. & Carey, T. S. 2010. Medication error reporting in nursing homes: identifying targets for patient safety improvement. Quality & Safety in Health Care 19, 3, 218 - 222. Viitattu 10.7.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, PubMed.

Gustavsson-Niemelä, E. 2011. Lääkityspoikkeamaraportit osana turvallisuuskulttuuria hoitotyön lähiesimiesten kuvaamina. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö. Viitattu 11.8.2013.

[Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Medic.

Helovuori, A. 2009. Inhimilliset tekijät, tiimityö ja turvallisuus – mitä voimme oppia ilmailusta? Julkaisussa Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Toim. M. Kinnunen ja K. Peltomaa. Helsinki: Sairaanhoitajaliitto, 99 - 116.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.

Härkänen, M., Saano, S., Turunen, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilöstön näkemykset lääkityspoikkeamien estämisestä erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede 25, 1, 49 - 61.

Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry: toimintavuosi 2013. Vuoroparin palvelutalo.

Kagan, I. & Barnoy, S. 2013. Organizational Safety Culture and Medical Error Reporting by Israeli Nurses. Journal of Nursing Scholarship. 45, 3, 273 - 280. Viitattu 23.9.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, EBSCO.

Kansainvälisiä potilasturvallisuushankkeita. 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Potilasturvallisuutta taidolla -verkkopalvelusivusto. Viitattu 2.4.2014.

[Http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/kansainvaliset-hankkeet](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/kansainvaliset-hankkeet).

Keers, R. N., Williams, S. D., Cooke, J. & Ashcroft, D. M. 2013. Prevalence and nature of medication administration errors in health care settings: a systematic review of direct observational evidence. *Annals of Pharmacotherapy* 47, 2, 237 - 256. Viitattu 7.10.2013.

[Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, PubMed.

Kettunen, T. & Kivinen, T. 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. *Tutkiva Hoitotyö* 10, 4, 40 – 42.

Kinnunen, M. 2009. Vaaratapahtumien raportoinnista elävään turvallisuuskulttuuriin. Julkaisussa *Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009*. Toim. M. Kinnunen ja K. Peltomaa. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 117 - 138.

Kinnunen, M. 2013. Turvallinen lääkehoito. Julkaisussa *Sairaanhoidaja & lääkehoito. Hoitotyön vuosikirja 2013*. Toim. I. Ranta. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 99 - 110.

Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K. & Ojanen, J. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. *Opas Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen sivuilla*. Viitattu 10.2.2014.

[Http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/979943df-4088-46df-8e5a-cd8949ed965a](http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/979943df-4088-46df-8e5a-cd8949ed965a).

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009a. Lukijalle. Julkaisussa *Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009*. Toim. M. Kinnunen ja K. Peltomaa. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 13 - 15.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009b. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Julkaisussa *Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009*. Toim. M. Kinnunen ja K. Peltomaa. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 77 - 97.

Kiviniemi, K. 2010. Laadullinen tutkimus prosessina. Julkaisussa *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: PS-kustannus, 70 - 85.

L 17.9.1982/710. Sosiaalihuoltolaki.

Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 20.11.2013.

[Http://www.finlex.fi/ajantasainen](http://www.finlex.fi/ajantasainen) lainsäädäntö.

L 25.7.1986/585. Potilasvahinkolaki.

Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 29.11.2013.

[Http://www.finlex.fi/ajantasainen](http://www.finlex.fi/ajantasainen) lainsäädäntö.

L 10.4.1987/395. Lääkelaki.

Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 29.11.2013.

[Http://www.finlex.fi/ajantasainen](http://www.finlex.fi/ajantasainen) lainsäädäntö.

- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 29.11.2013.
[Http://www.finlex.fi/ajantasainen](http://www.finlex.fi/ajantasainen) lainsäädäntö.
- L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 29.11.2013.
[Http://www.finlex.fi/ajantasainen](http://www.finlex.fi/ajantasainen) lainsäädäntö.
- L 22.9.2000/812. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 29.11.2013.
[Http://www.finlex.fi/ajantasainen](http://www.finlex.fi/ajantasainen) lainsäädäntö.
- L 29.4.2005/272. Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 20.11.2013.
[Http://www.finlex.fi/ajantasainen](http://www.finlex.fi/ajantasainen) lainsäädäntö.
- L 22.7.2011/922. Laki yksityisistä sosiaalipalveluista. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 29.11.2013.
[Http://www.finlex.fi/ajantasainen](http://www.finlex.fi/ajantasainen) lainsäädäntö.
- Learning café eli oppimiskahvila. 2014. Innokylä. Viitattu 3.3.2014.
[Https://www.innokyla.fi/web/malli109421](https://www.innokyla.fi/web/malli109421).
- Learning café ja World café. 2014. Verkostojohtamisen opas. Yhdessä tekemisen ja osallistamisen menetelmiä. Viitattu 3.3.2014.
[Http://verkostojohtaminen.fi/?page_id=139](http://verkostojohtaminen.fi/?page_id=139).
- Leppilampi, A. 2002. Yhteistoiminnallinen oppiminen aikuiskoulutuksessa. Julkaisussa Yhteistoiminnallisen oppimisen käsikirja. Helsinki: WSOY, 286 - 307.
- Linden-Lahti, C., Airaksinen, M., Pennanen, P. & Käyhkö, K. 2009. Vakavat lääkityspoikkeamat potilasturvallisuuden haasteena. Suomen Lääkärilehti 64, 41, 3429 - 3433. Viitattu 11.8.2013.
[Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Medic.
- Lääkehoidon toteuttaminen sosiaalihuollon ympärivuorokautisissa toimintayksiköissä. 2013. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Valviran ohje 7/2013. Viitattu 21.3.2014.
[Http://www.valvira.fi/files/ohjeet/Laakehoidon_toteuttaminen_sosiaalihuollossa.pdf](http://www.valvira.fi/files/ohjeet/Laakehoidon_toteuttaminen_sosiaalihuollossa.pdf).
- Mustajoki, P. 2009. Kun jotain kuitenkin tapahtuu. Julkaisussa Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Toim. M. Kinnunen ja K. Peltomaa. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 139 - 145.
- Patient safety and quality of healthcare. 2010. European Commission. Summary report. Special Eurobarometer 327. Viitattu 9.3.2014.
[Http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_sum_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_sum_en.pdf).

Peltomaa, K. 2009. Joka kymmenes potilas - potilasturvallisuuden lähtökohdat. Julkaisussa Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Toim. M. Kinnunen ja K. Peltomaa. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 17 - 27.

Pietikäinen, E., Ruuhilehto, K. & Heikkilä, J. 2010. Vaaratapahtumista oppiminen – opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Tutkimusraportti VTT-R-00414-10. Viitattu 30.1.2014.
[Http://www.vtt.fi/files/projects/typorh/opas_terveydenhuolto-organisaatioiden_vaaratapahtumista_oppimiseksi.pdf](http://www.vtt.fi/files/projects/typorh/opas_terveydenhuolto-organisaatioiden_vaaratapahtumista_oppimiseksi.pdf).

Potilaille hoidossa aiheutuvien haittojen ja vahinkojen määrä halutaan puolittaa. 2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 145/2011. Viitattu 31.3.2014. [Http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1566194](http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1566194).

Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia. 2009. Potilasturvallisuuden työkalut -työvaliokunta. Sosiaali- ja terveysministeriön potilasturvallisuus-hanke. Julkaisussa Potilasturvallisuus ensin. Toim. M. Kinnunen ja K. Peltomaa. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 181 - 190.

Potilasturvallisuuden keskeiset toimijat. 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Potilasturvallisuutta taidolla -verkkopalvelusivusto. Viitattu 2.4.2014. [Http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/keskeiset-toimijat](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/keskeiset-toimijat).

Potilasturvallisuus kansainvälisesti. 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Potilasturvallisuutta taidolla -verkkopalvelusivusto. Viitattu 2.4.2014. [Http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilasturvallisuus-kansainvalisesti](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilasturvallisuus-kansainvalisesti).

Raban, M. Z. & Westbrook, J. I. 2014. Are interventions to reduce interruptions and error during medication administration effective?: a systematic review. *BMJ Quality & Safety* 2014, 23, 414 - 421. Viitattu 25.4.2014. [Http://qualitysafety.bmj.com/content/23/5/414.abstract](http://qualitysafety.bmj.com/content/23/5/414.abstract).

Ruuhilehto, K. 2009. Virheistä ja vaaratilanteista oppiminen terveydenhuollon organisaatioissa. Julkaisussa Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Toim. M. Kinnunen ja K. Peltomaa. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 147 - 171.

Ruuhilehto, K., Kaila, M., Keistinen, T., Kinnunen, M., Vuorenkoski, L. & Wallenius, J. 2011. HaiPro – millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007–2009? *Duodecim* 127, 1033 - 1040.

Sahlberg, P. & Sharan, S. 2002. Yhteistoiminnallisen oppimisen menetelmien oppiminen. Julkaisussa Yhteistoiminnallisen oppimisen käsikirja. Helsinki: WSOY, 367 - 384.

Sairaanhoidajat laadukkaan lääkehoidon turvaajina. 2009. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto. Viitattu 14.9.2013.
[Http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/@Bin/8432773/Esite_Sairaanhoidajat+laadukkaan+l%C3%A4% C3%A4kehoidon+turvaajina.pdf](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/@Bin/8432773/Esite_Sairaanhoidajat+laadukkaan+l%C3%A4% C3%A4kehoidon+turvaajina.pdf).

Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Julkaisussa Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Toim. M. Kinnunen ja K. Peltomaa. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 29 - 41.

Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet. 2012. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014. Yleinen osa. Valvontaohjelmia 2:2012. Viitattu 27.12.2013 ja 17.3.2014.

[Http://www.valvira.fi/files/tiedostot/s/o/Sosiaalihuollon_valvonnan_periaatteet.pdf](http://www.valvira.fi/files/tiedostot/s/o/Sosiaalihuollon_valvonnan_periaatteet.pdf).

Sosiaalihuolto. 2013. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Viitattu 15.12.2013.

[Http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/sosiaalihuolto](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/sosiaalihuolto).

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. 2007. Potilasturvallisuussanasto. Lääkehoidon turvallisuussanasto. Viitattu 14.12.2013.

[Http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4ce407ff-c338-485c-8ed8-8fe28cd7cb6c](http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4ce407ff-c338-485c-8ed8-8fe28cd7cb6c).

Sulosaari, V. & Leino-Kilpi, H. 2013. Mitä on lääkehoidon osaaminen? Julkaisussa Sairaanhoidaja ja lääkehoito. Hoitotyön vuosikirja 2013. Toim. I. Ranta. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 13 - 17.

Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. 2014. HaiPro. Viitattu 31.1.2014. [Http://www.haiopro.fi/fin/default.aspx](http://www.haiopro.fi/fin/default.aspx).

Terveydenhuoltolaki ja potilasturvallisuus. 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Potilasturvallisuutta taidolla -verkkopalvelusivusto. Viitattu 2.4.2014. [Http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/lainsaadanto](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/lainsaadanto).

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. uud. p. Helsinki: Tammi.

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

Unver, V., Tastan, S. & Akbayrak, N. 2012. Medication errors: Perspectives of newly graduated and experienced nurses. International Journal of Nursing Practice 18, 4, 317 - 324. Viitattu 22.7.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, EBSCO.

Vallimies-Patomäki, M. 2013. Lääkehoitoa ohjaavat normit ja periaatteet. Julkaisussa Sairaanhoidaja ja lääkehoito. Hoitotyön vuosikirja 2013. Toim. I. Ranta. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 39 - 53.

Vuoroparin palvelutalo: lääkehoitosuunnitelma 2014. Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry.

Liite 1. Lääkityspoikkeamalomake

Jyväskylän Hoivapalveluyhdistys ry
Vuoroparin palvelutalo

LÄÄKITYSPOIKKEAMA

Määrääminen Jako Anto Kirjaaminen Säilytys

Tapahtuma-aika Viikontäpäivä _____ pvm _____ klo _____

Menikö poikkeama potilaalle asti? Ei Kyllä Asukkaan nimi _____

Lääkityspoikkeaman kuvaus
Kuinka tilanne hoidettiin?
Miksi näin kävi? Mitä olisi pitänyt tehdä toisin? Anna ideoita turvallisempaan lääkehoitoon.

Poikkeaman kirjasi:

Liite 2. Kuvausesimerkki lääkityspoikkeamatyyppien analysoinnista

TEORIAOHJAAVA SISÄLLÖNANALYYSI:

Minkälaisia lääkityspoikkeamia tapahtuu, 1. Learning café 20. ja 23.1.2014

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä
Jakovirhe	Lääke jaetaan väärin	Lääke jaetaan väärin dosettiin, lääke puuttuu dosetista	Jakoon liittyvä lääkityspoikkeama	Lääkityspoikkeama
Dosetin jaossa virheitä	Lääke jaetaan väärin			
Jakovirheet	Lääke jaetaan väärin			
Lääke jaettu väärälle kelloajalle dosettiin	Lääke jaetaan väärin			
Lääke jäänyt jakamatta dosettiin: Dosetin jakohetkellä lääkettä ei ole ollut ja lääke on unohdettu jakaa/täydentää dosettiin	Lääke puuttuu			
Lääke puuttuu dosetista	Lääke puuttuu			
Antovirhe (lääke jäänyt antamatta/valvomatta)	Lääke jää antamatta	Lääke jää antamatta, annetaan väärään aikaan	Antoon liittyvä lääkityspoikkeama	
Lääke löytyy esim. sängystä/lattialta	Lääke jää antamatta			
Lääke löytyy joskus lattialta tai sängystä	Lääke jää antamatta			
Lääkkeet jäävät antamatta tai annetaan myöhässä (nestemäiset yms.)	Lääke jää antamatta Lääke annetaan väärään aikaan			
Lääkkeet jää antamatta	Lääke jää antamatta			
Lääke jää dosettiin kiinni/antamatta (esim. Risperdal)	Lääke jää antamatta			
Lääke jää dosettiin	Lääke jää antamatta			
Väärä kellonaika lääkkeelle	Lääke annetaan väärään aikaan			
Tarvittavat lääkkeet jäävät kirjaamatta → tupla-annostus	Tarvittavan lääkkeen kirjaaminen jää tekemättä	Annetun tarvittavan lääkkeen kirjaaminen jää tekemättä	Kirjaamiseen liittyvä lääkityspoikkeama	
Tarvittavien lääkkeiden kirjaaminen	Tarvittavan lääkkeen kirjaaminen jää tekemättä			

Liite 3. Kuvausesimerkki lääkityspoikkeamien syiden analysoinnista

TEORIAOHJAAVA SISÄLLÖNANALYYSI:

Mitkä ovat lääkityspoikkeamien syyt, 1. Learning café 20. ja 23.1.2014

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä
Unohdettu tuplatarkastus	Ei ole tehty kaksois-tarkastusta	Tarkastuksen puute	Jakoon ja antoon liittyvät lääkityspoikkeamien syyt	Lääkityspoikkeamien syyt
Unohdettu tuplatarkastus	Ei ole tehty kaksois-tarkastusta			
Tarkastamatta	Ei ole tarkastettu			
Tarkistus!	Ei ole tarkastettu			
Ei ole tarkastettu päivämäärää	Ei ole tarkastettu			
Ei ole tarkastettu, onko lääkettä jäljellä	Ei ole tarkastettu			
Ei ole varmistettu, että lokero on tyhjä	Ei ole varmistettu			
Jäänyt tarkastamatta voiko lääkkeen jauhaa	Ei ole tarkastettu			
Ei ole varmistettu, että asukas nielee lääkkeen	Ei ole varmistettu			
Levoton tilanne yms.	Levottomuus	Työrauhan puute	Jakoon, antoon ja kirjaamiseen liittyvät lääkityspoikkeamien syyt	Lääkityspoikkeamien syyt
Työrauhan puute	Työrauhan puute			
Levoton ympäristö	Levottomuus			
Ilmapiiiri → kiire, hälinä, tekijät, jotka vaikuttavat keskittymiskykyyn	Vaikea keskittyä			
”Vieraan” asukkaan lääkkeet, rauhaton lääkkeiden jakopaikka	Rauhaton lääkkeiden jakotila			
Hälinä	Levottomuus			
Tunnistaako asukkaan?	Ei tunnisteta asukasta	Asukasta ei tunnisteta tai sekoitetaan samannimiset asukkaat	Antoon liittyvät lääkityspoikkeamien syyt	Lääkityspoikkeamien syyt
Kiire, ei tunneta asukasta	Ei tunnisteta asukasta			
Samannimiset asukkaat, kiire ja hälinä, hoitajan ajatukset harhailee	Sekoitetaan samannimiset asukkaat			

Liite 4. Kuvausesimerkki uusien toimintatapojen analysoinnista

TEORIAOHJAAVA SISÄLLÖNANALYYSI:

Uusien toimintatapojen luominen, 2. Learning café 17. ja 19.2.2014

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä
Vuorossa yksi lääke- vastaava	Jaetaan lääkevastuu	Vastuun jakaminen	Vastuu- kysymykset	}	}
Yksi huolehtii yhden asukkaan lääkkeet loppuun saakka	Jaetaan lääkevastuu				
Lääkevastaavan sopiminen	Jaetaan lääkevastuu				
Lääkevastuu sovitaan	Jaetaan lääkevastuu				
Kaksoistarkastus	Kaksoistarkastus	Oman työn tarkastaminen, kaksoistarkastus	Tarkastus	}	}
Valvottava, että lääkkeet otetaan	Valvotaan lääkkeen ottaminen				
Ei jätetä lääkkeitä valvomatta pöydälle	Valvotaan lääkkeen ottaminen				
Huomioidaan ravintolisät	Annetaan ravintolisät				
Raportissa keskitytään erikseen lääkemuutoksiin	Raportointi lääkitys- asioista	Raportointi lääkitysasioista	Tiedon- kulku	}	}
Vapaiden jälkeen viesti- vihkon luku + lääkäriasiat	Haetaan tietoa aktiivisesti	Aktiivinen tiedonhaku			
Vastuu tiedon hakemisesta	Haetaan tietoa aktiivisesti	Kommunikointi			
Työkaverin kanssa kommunikointi	Keskustellaan työ- kaverin kanssa	Kirjaaminen			
Lääkkeiden antamisen merkintä	Kirjataan lääkkeen anto	Lääkekortin luku			
Lääkekortin luku	Luetaan lääkekortti				
Puhelinmuistutus (torkku)	Puhelinmuistutus	Puhelinmuistutus	Työn ja työ- välineiden organisointi	}	}
Puhelimessa hälytykset muistettavista lääkkeiden annoista	Puhelinmuistutus				
Puhelinmuistutus poikkeavaan aikaan annettaville lääkkeille	Puhelinmuistutus				
Silmätippalista	Silmätippalista käyttöön	Silmätippalistan käyttö			
Lääkekipot antoajan mukaan (värit)	Lääkekipojen värit käyttöön	Ota lääkekipojen värit käyttöön			
Jos useampi dosetti käytössä, niin selkeytys sille	Selkeä käytäntö, kun asukkaalla käytössä 2 kpl dosetteja	Ohjeistus, jos käytössä 2 dosettia			
					Lääkkeen antoon liittyvät lääkitys- poikkeamat
					1. Lääke jää antamatta, annetaan väärään aikaan
					2. Annetaan vanhaa lääkettä
					Uusi toiminta- tapa

Liite 5. Learning café -tilaisuuden ohjelma 20. ja 23.1.2014**LEARNING CAFÉ -TILAISUUS
20. ja 23.1.2014**

klo	ohjelma
13.00	Kahvit
13.10	Tervetuloa Tilaisuuden tarkoitus ja tavoite, Susanna
13.20	Lääkehoitoa ohjaavat normit ja periaatteet sekä lääkitysturvallisuus johtamisen näkökulmasta, Marjo
13.25	Learning café -ryhmätöiden ohjeistus, Susanna
13.35	Ryhmäkeskustelut alkavat
14.00	Ryhmän vaihto
14.10	Ryhmätyöt päättyvät
14.15	Ryhmätöiden purku
14.30	Lääkityspoikkeamatyypit ja niiden syyt, Susanna
15.00	Tilaisuus päättyy

Liite 6. Learning café -tilaisuuden ohjelma 17. ja 19.2.2014**LEARNING CAFÉ -TILAISUUS
17. ja 19.2.2014**

klo	ohjelma
13.00	Kahvit
13.10	Vuoroparin palvelutalon lääkityspoikkeamat – minkälaisia, miksi ja miten ne tapahtuvat?, Susanna
13.30	Learning café -ryhmätöiden ohjeistus, Susanna
13.35	Ryhmäkeskustelut alkavat
14.00	Ryhmän vaihto
14.10	Ryhmätyöt päättyvät
14.15	Ryhmätöiden purku
14.40	Lääkehoidon toimintatapojen kehittäminen, Susanna
15.00	Tilaisuus päättyy