



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Heli Ylänen

LÄÄKE- JA NESTEHOIDON ILMOITETUT
VAARATAPAHTUMAT MEDISIINISELLÄ
TULOSALUEELLA VUONNA 2009

Sosiaali- ja terveysala

2011

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Heli Ylänen
Opinnäytetyön nimi	Lääke- ja nestehoidon ilmoitetut vaaratapahtumat medisiinisellä tulosalueella vuonna 2009
Vuosi	2011
Kieli	suomi
Sivumäärä	36+3 liitettä
Ohjaaja	Terhi Pekkinen

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla lääke- ja nestehoidon ilmoitettuja vaaratapahtumia medisiinisellä tulosalueella vuonna 2009. Tavoitteena on, että medisiinisen tulosalueen henkilöstö hyötyisi tästä tutkimuksesta ja että henkilöstö saisi uutta, tiivistettyä ja kuvailevaa tietoa lääke- ja nestehoidon vaaratapahtumien riskitekijöistä ja näin ollen keinoja, joilla kehittää potilasturvallisuutta.

Tutkimuksessa käytettävä aineisto saatiin keskussairaalaista, jossa potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu on käytössä. Tutkimus toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena.

Tutkimusaineiston analysoimisessa käytettiin sisällönanalyysia. Aineisto käytiin läpi manuaalisesti, koodaamalla tutkimuskysymyksiin vastaavia sanoja, lauseita tai lausumia. Tämän jälkeen aineisto pelkistettiin, ryhmiteltiin ja abstrahoitettiin.

Analysoinnin perusteella ilmeni, että ilmoitettuja vaaratapahtumia olivat annosteluvirheet, jakovirheet, kirjaamisvirheet, väärä henkilöllisyys sekä neste- tai sytostaattihoidon joutuminen väärään osaan kehoa. Tutkimustulosten mukaan vaaratapahtumien riskitekijöiksi muodostuivat ulkopuolinen tekijä, ihmisestä riippuvainen tekijä ja kommunikaation ongelmat.

Kehitysehdotuksia vaaratapahtumien estämiseksi nousi esiin hyvin, näitä olivat toimintaohjeet, koulutus, opiskelijan ohjaus, selkeät toimintatavat, lääkkeenjaon häiriöttömyyden takaaminen sekä riittävä henkilökunta.

Asiasanat: potilasturvallisuus, vaaratapahtuma, nestehoito,
lääkehoito, haipro

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Author	Heli Ylänen
Title	Reported Dangerous Situations Related to Pharmacotherapy and Fluid Treatment in the Medical Unit in 2009
Year	2011
Language	Finnish
Pages	36+3 Appendices
Name of supervisor	Terhi Pekkinen

The purpose of this bachelor thesis was to describe the reported dangerous situations related to pharmacotherapy and fluid treatment in the medical unit in the year 2009. The purpose is that the personnel of the medical unit benefits from this study and that they would get new and descriptive information in a compact form about the risk factors related to the dangerous situations and ways to develop patient safety.

The material that was used in the study was received from the central hospital where a reporting tool is used for reporting and documenting dangerous situations. The research was qualitative.

The material of the research was analyzed with content analysis and processed manually.

The results show that the reported dangerous situations include dosage mistakes, mistakes in the administration and documentation, wrong identity and fluid or sytostatic treatments going in the wrong part of body. In the light of the research's conclusions the risk factors include external factor, human factors and problems in communication.

There are some development suggestions to prevent the dangerous situations like having instructions, training the staff, student supervision, not being disturbed during the administration of medicine and having enough staff.

Keywords	Patient safety, dangerous situation, pharmacotherapy, fluid treatment, Haipro-system
----------	---

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
1. JOHDANTO	5
2. POTILASTURVALLISUUS	7
2.1 Potilasturvallisuus lainsäädännössä	7
2.2 Potilasturvallisuuden edistäminen.....	8
2.3 Potilaan oikeudet.....	9
3. VAARATAPAHTUMIEN RAPORTOINTI.....	11
3.1 Vaaratapahtumat	11
3.2 HaiPro	12
4. LÄÄKE- JA NESTEHOITO	14
4.1 Lääkehoidon turvallisuus ja tavoitteet	15
4.2 Lääkehoidon osaamisvaatimukset.....	16
5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT..	19
6. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	20
6.1 Tutkimuksen kohderyhmä.....	20
6.2 Aineiston keruu	20
6.3 Aineiston analyysi.....	21
7. TUTKIMUSTULOKSET	23
7.1 Tutkimustulosten esittely	23
7.1.1 Lääke- ja nestehoidon ilmoitetut vaaratapahtumat	23
7.1.2 Lääke- ja nestehoidon vaaratapahtumien riskitekijät.....	25
7.1.3 Lääke- ja nestehoidon ilmoitettujen vaaratapahtumien jatkoimenpiteet ja kehitysehdotukset.....	27
8. POHDINTA JA YHTEENVETO	30
8.1 Tutkimuksen luotettavuus	33
8.2 Tutkimuksen eettisyys.....	34
LÄHDELUETTELO.....	35
LIITTEET	

1. JOHDANTO

Potilasturvallisuus on terveyden- ja sairaanhoidon perusta. Turvallinen hoito toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. Siinä hyödynnetään olemassa olevia voimavaroja parhaalla mahdollisella tavalla. Turvallisessa hoidossa käytetään vaikuttavia menetelmiä siten, ettei hoidosta koidu potilaalle tarpeetonta haittaa. (Potilasturvallisuusstrategia 2009–2013)

Terveyden- ja sairaanhoito on monisyistä ja vaativaa. Vaaratapahtumat ovat mahdollisia, vaikka henkilökunta on ammattitaitoista ja työhönsä sitoutunutta ja toiminta varsin säädeltyä. Potilasturvallisuus käsittää periaatteet ja toiminnot, joilla varmistetaan potilaiden hoidon turvallisuus. Se sisältää poikkeamien hallinnan ja niistä johtuvien haittojen ehkäisyn. (Potilasturvallisuusstrategia 2009–2013.)

Aihe on juuri nyt ajankohtainen, koska monissa sairaanhoitopiireissä on otettu käyttöön HaiPro-niminen potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu, josta myös tämän tutkimuksen aineisto saadaan. Aineiston avulla on tarkoitus kartoittaa ilmoitettuja riskitekijöitä, jotka vaikuttavat siihen, että turvallinen lääke- ja nestehoito ei ole toteutunut.

Opinnäyteyön aihe on Lääke- ja nestehoidon ilmoitettuja vaaratapahtumia medisiinisellä tulosalueella vuonna 2009. Tässä työssä on tarkoituksena kuvailla lääke- ja nestehoidon ilmoitettuja vaaratapahtumia medisiinisellä tulosalueella vuonna 2009, keskussairaalaasta saatavan aineiston pohjalta.

Työn keskeisimmät käsitteet ovat:

Potilasturvallisuus; Terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus, sekä suojata potilasta vahingoittumasta; potilaan näkökulmasta sitä, ettei hoidosta aiheuta haittaa; kattaa sekä hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden että laiteturvallisuuden; osa hoidon laatua (Rohto 2006).

Vaaratapahtuma; Potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa potilaalle haittaa (Rohto 2006).

Nestehoito; Hoitomuoto, jonka tarkoituksena on palauttaa kehon nesteiden volyymi ja rakenne normaaliksi (Alahuhta, Ala-Kokko, Kiviluoma, Perttilä, Ruokonen & Silfast 2006, 12).

Lääkehoito; Jos potilaan terveyden säilyttämiseen tai sairauden hoitoon käytetään lääkettä, puhutaan lääkehoidosta (Veräjäkörva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen 2006, 16).

2. POTILASTURVALLISUUS

Terveydenhuollon organisaatiot ovat turvallisuuskriittisiä organisaatioita; niiden toimintaan sisältyy vaaroja, jotka voivat huonosti hallittuina aiheuttaa vakavia vahinkoja. Terveydenhuollon lainsäädäntö edellyttää, että potilashoidon on oltava ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista, näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa, laadukasta ja turvallista. Vahva turvallisuuskulttuuri mahdollistaa turvallisuuden hyvän hallinnan. Turvallisuuskulttuuri on organisaatiossa vallitseva kyky ja tahto ymmärtää, millaista on turvallinen toiminta, millaisia vaaroja organisaation toimintaan liittyy ja miten niitä voidaan ehkäistä. Hoitoon liittyviä vaaroja tulee ennakoida ja potilasturvallisuutta ymmärtää kokonaisvaltaisesti organisaation jokaisella tasolla (Kinnunen, Ruuhilehto & Keistinen, 2008).

Terveydenhuoltojärjestelmän suorituskyky muodostuu palvelujen laadusta, kustannuksista, tehokkuudesta sekä terveyden, hoidon ja kustannusten oikeudenmukaisesta jakautumisesta. Potilasturvallisuus on laadun keskeinen osatekijä. Jopa puolet potilashoitoon liittyvistä hättätapahtumista voidaan ehkäistä analysoimalla riskejä, korjaamalla hoitoprosesseja ja toiminnan rakenteita tai ottamalla oppia virheistä (Kinnunen & Peltomaa, 2009, 33–34)

Potilasturvallisuus on kattokäsite, joka sisältää hoidon turvallisuuden ohella myös lääkitysturvallisuuden ja laiteturvallisuuden. Potilasturvallisuus on erottamaton osa hoidon laatua. Suomalaisessa sanastossa potilasturvallisuus on määritelty terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaatioiden periaatteiksi ja toiminnoiksi. Tarkoituksena on varmistaa paitsi hoidon turvallisuus, myös potilaan suojaaminen vahingoittumiselta. Potilasturvallisuus muodostuu hoidon turvallisuudesta. Tämä voidaan jakaa hoitomenetelmien turvallisuuteen ja toisaalta hoitamisen turvattuuteen (Kinnunen ym.2009, 37–38).

2.1 Potilasturvallisuus lainsäädännössä

Potilasturvallisuutta on tähän asti käsitelty lainsäädännössä lähinnä välillisesti. Perustuslain 19. pykälän 3. momentissa todetaan, että julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.

Perustuslain asiakaslähtöisyyttä vahvistavia säännöksiä ovat yhdenvertaisuus ja syrjinnänkielto, oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen, yksityiselämän suoja, uskonnon ja omatunnon vapaus sekä oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon.

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa kuvataan myös hyvän laadun keskeiset periaatteet. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee toiminnassaan ottaa huomioon potilaan hoidosta koituva hyöty ja toisaalta mahdolliset haitat. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden pitää myös toimia potilaan etujen mukaisesti ja hoitopäätökset on tehtävä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Myös kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annetun lain ensimmäisessä pykälässä ja kielilain 10., 18. ja 20. pykälässä viitataan välillisesti potilasturvallisuuskysymyksiin (Kinnunen ym. 2009, 39–40).

2.2 Potilasturvallisuuden edistäminen

Suomessa potilasturvallisuutta on aktiivisesti edistetty kuluneen vuosikymmenen loppupuolelta lähtien. Vuonna 2009 Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi ensimmäisen kansallisen potilasturvallisuus strategian, ja myös tulevan terveydenhuoltolain yhtenä tavoitteena on potilasturvallisuuden edistäminen. Tulevaisuudessa potilasturvallisuustyötä siis ohjaavat lainsäädäntö ja suositukset, joiden valmistelusta vastaavat sosiaali- ja terveysministeriö (Peltomaa 2010).

Huomion kohdistaminen potilasturvallisuuteen on tänä päivänä erityisen ajankohtaista terveydenhuollon palvelujärjestelmässä tapahtuvien ja sen toimintaympäristössä tapahtuvien moninaisten ja nopeiden muutosten vuoksi. Erheiden ja virheiden riski lisääntyy aina uudistusten ja työntekijöiden vaihtuvuuden yhteydessä. Siksi näissä tilanteissa tulee varautua ehkäisemään haittojen syntymistä arvioimalla uudistuksiin liittyvät riskit ja suunnittelemalla uudistukset huolellisesti (Peltomaa 2010).

Potilasturvallisuus taataan parhaiten siirtämällä huomio yksittäisistä työntekijöistä ja virheistä toimintaan ja toimintaympäristöön sekä siellä olevien riskien poistamiseen. Potilasturvallisuuden edistämiseksi painopiste on järjestelmän kehittämisessä turvallisemmaksi, ei koskaan yksittäisten syyllisten etsimisessä.

Organisaatiossa, jossa on myönteinen turvallisuuskulttuuri, vallitsee avoin ilmapiiri, jossa on turvallista ja itsestään selvää ottaa esiin tapahtuneet poikkeamat ja virheet, keskustella niistä sekä löytää ja korjata niihin johtaneet syyt (Peltomaa 2010).

Potilasturvallisuutta edistävälle toimintakulttuurille on tyypillistä, että organisaatio johto ottaa näkyvästi vastuun potilasturvallisuudesta. Tätä vastuuta johto ei voi delegoida. Johto korostaa potilasturvallisuutta kaikessa toiminnassa.; johto varmistaa, että toiminta ja työolosuhteet ovat sellaiset, että hoito voidaan toteuttaa turvallisesti. Johtolla on myös vastuu siitä, että taloudelliset ja ympäristön riskit on huomioitu osana potilasturvallisuuden edistämistä. Vähentämällä potilaille kohdistuvia haittoja voidaan saada myös merkittäviä säästöjä (Kinnunen & Peltomaa 2009, 182–183).

2.3 Potilaan oikeudet

Potilaan ja asiakkaan osallistuminen omaan hoitoonsa ja hoitoonsa liittyvien päätösten tekemiseen voidaan ajatella perustuvan ihmisten moraalisiin ja laillisiin oikeuksiin. Oikeus käsitetään vapautena, valtana, koskemattomuutena tai oikeutettuna vaatimuksena, jonka henkilö voi esittää muille ihmisille tai yhteiskunnalle. Ihmisoikeuksia pidetään perustavaa laatua olevina moraalisin oikeuksina, jotka ovat kaikkia muita oikeuksia tärkeämpiä ja jotka kuuluvat kaikille ihmisille samalla lailla. Ihmisoikeudet muodostavat pohjan myös potilaan oikeuksille. Tavoitteena on, että ihminen ei menetä yleisinhimillisiä oikeuksiaan terveystalouden käyttäjäksi, potilaaksi, tullessaan (Voutilainen & Laaksonen 1994, 17).

Potilaan oikeudet ovat hoitotyöntekijöiden velvollisuuksien perusta. Nämä velvollisuudet on esitetty sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa. Eettisissä ohjeissa korostetaan ammattikunnan itsenäistä vastuuta oman ammattitaidon piiriin kuuluvissa ratkaisuihin, ihmisoikeuksien julistusta hoitotyön etiikan lähtökohtana, sekä hoitotyön yhteiskunnallisia velvoitteita. Eettisten ohjeiden julistusta pidetään ammattikunnan omaksumien perusarvojen ilmauksena. Ne ovat lupauksia hoitotyön palveluja käyttäville potilaille ja asiakkaille siitä, minkälaisia palveluja

hoitotyöntekijät pyrkivät heille antamaan. Eettiset ohjeet on tarkoitettu ohjaamaan yksittäistä hoitotyöntekijää potilaan hoitoa koskevissa päätöksissä (Voutilainen ym.1994, 17).

Potilas antautuu terveydenhuollon ammattilaisen hoitoon luottaen, että saatu hoito on laadullisesti parasta mahdollista, sivuvaikutukset ovat mahdollisimman pieniä ja nettovaikutus on positiivinen (Kinnunen ym. 2009, 39). Potilaan saama hyöty tai vastine on tärkeä tavoite. Samoin tärkeänä pidetään sitä, että yksittäinen potilas hyötyy hoidosta niin, ettei hänen tilansa saa ainakaan huonontua hoidon takia. Potilaille ei saa myöskään aiheuttaa turhia kärsimyksiä hoidon laadunpuuteiden takia (Kinnunen ym. 2009, 39).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista täydentää muuta terveydenhuollon lainsäädäntöä ja sitä sovelletaan, jollei joissain muussa laissa toisin säädetä. Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Henkilön vakaumusta, yksityisyyttä ja oikeuksia tulee kunnioittaa. Potilaan äidinkieli, kulttuuri ja yksilölliset tarpeet on pyrittävä mahdollisuuksien mukaan ottamaan huomioon (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 58).

3. VAARATAPAHTUMIEN RAPORTOINTI

3.1 Vaaratapahtumat

Potilaiden hoitoon liittyvät läheltä piti -tilanteet ja haittatapahtumat ovat yleisiä, ja jopa puolet niistä on estettävissä. Viime vuosina vaaratapahtumiin on kiinnitetty entistä enemmän huomiota (Palonen, Nio & Mustajoki 2005). Haittatapahtumista aiheutuu seurauksia potilaille. Vaaratilanteista oppimista varten on rakennettu järjestelmiä muun muassa lentoliikenteeseen. Virheistä opittaessa tulisi pystyä muuttamaan organisaation rakennetta, ei ihmisiä. Työntekijöiden tulee saada työskennellä ympäristössä, jossa on helppo tehdä asiat oikein ja vaikea tehdä virheitä. Nykyisiin rekistereihin kuten hoitoilmoituksiin, potilasvahinkoihin ja kanteluihin, kirjautuvat pääasiassa vakavat haittatapahtumat. Haittatapahtumien analysointi on ollut suhteellisen vähäistä, mutta esimerkiksi potilasvahinkojen rekisteristä on tehty selvityksiä tavoitteena parantaa hoitokäytäntöjä (Keistinen, Kinnunen & Holm 2008).

Tutkittaessa ilmailussa ja muilla riskialttiilla aloilla ilmenneiden virheiden taustoja ja syitä on virheiden todettu johtuvan useimmiten toiminnan puutteellisuuksista eikä yksittäisen työntekijän heikkouksista. Yleensä virhetapahtuman taustalla on useampi kuin yksi toiminnan puutteellisuus (Palonen ym. 2005, 380)

Usein ajatellaan, että virheitä sattuu vain epäpäteville työntekijöille. Tämä ei kuitenkaan pidä paikkaansa, vaan myös pätevät ja työhön sitoutuneet ihmiset tekevät virheitä. Virheitä ei voidakaan tehokkaasti ehkäistä pelkästään työntekijöitä pätevoittämällä, vaan siihen tarvitaan toiminnan eli koko systeemin tarkastelua ja kehittämistä turvallisemmaksi (Palonen ym. 2005, 380–382).

Raportoinnin ja tietojen keruun hyöty saavutetaan vasta, kun analysoidaan, mitä tapahtui ja miksi sekä miten voidaan estää haittatapahtuman uusiutuminen. Analysoinnissa ei etsitä syyllisiä. Potilasturvallisuus taataan parhaiten siirtämällä huomio yksittäisistä työntekijöistä ja virheistä, toimintaan ja toimintaympäristöön

sekä siellä olevien riskien poistamiseen. Haittatapahtumien analysoimiseksi on kehitetty monia sekä kotimaisia, että kansainvälisiä menetelmiä. Nämä poikkeavat painotuksiltaan ja etenemistavoiltaan hikan toisistaan. Kaikki menettelytavat opastavat etsimään vastauksia kysymyksiin siitä, mitä tapahtumien taustalla voi olla ja miten niiden uusiutuminen voitaisiin estää. Analysoitaessa on tärkeää selvittää paitsi haittatapahtumaan johtaneet yksilölliset syyt myös tehtävään, sen suunnitteluun sekä ympäristöön ja organisaatioon liittyvät syyt. Haittatapahtumaan vaikuttaneita syitä voi myös löytyä organisaation ulkopuolelta (Kinnunen ym. 2009, 185).

3.2 HaiPro

HaiPro on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu. HaiPro- työkalu on käytössä yli 40 sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Käyttöyksiköiden koko vaihtelee terveyskeskuksesta sairaanhoitopiiriin. HaiPro-raportointijärjestelmä on tarkoitettu toiminnan kehittämiseen yksiköiden sisäisessä käytössä. HaiPro- lyhenne muodostuu haittatapahtumien raportointiprosessista. Myöhemmin siirryttiin käyttämään termiä vaaratapahtuma, johon sisältyvät myös läheltä piti - tilanteet. Käynnissä olleen projektin nimeä ei kuitenkaan muutettu (Potilasturvallisuus).

Järjestelmällisen ja helppokäyttöisen raportointimenettelyn avulla käyttäjät voivat hyödyntää vaaratapahtumista saatavat opit ja terveydenhuollon johto saa tietoa varautumisen riittävydestä ja toimenpiteiden vaikutuksista.

HaiPro- vaaratapahtumien raportointimalli kehitettiin Lääkelaitoksen ja Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen yhteisessä tutkimushankkeessa yhteistyössä Peijaksen sairaalan, Tampereen Lääkärikeskus Oy:n ja Tampereen yliopistollisen sairaalan sydänkeskuksen kanssa.

HaiPro- tutkimushanke käynnistyi marraskuussa 2005 ja sen ensimmäinen vaihe päättyi maaliskuussa 2007. Hankkeen ensimmäisen vaiheen rahoittivat Lääkelaitos ja VTT (Potilasturvallisuus).

Hankkeessa kehitettiin toimintamalli turvallisuutta vaarantavien poikkeamien, virheiden ja vaaratilanteiden (läheltä piti – tapausten) käsittelyyn terveydenhuollon yksiköissä. Toimintamalli perustuu vapaaehtoiseen nimettömään raportointiin, jonka ominaispiirre on myös rankaisemattomuus. Rankaisemattomuudella tarkoitetaan sitä, että raportoitujen tapahtumien perusteella ei etsitä syyllisiä eikä käynnistetä kurinpitotoimia. Tarkoituksena on oppia tapahtumista selvittämällä niiden syitä ja syntymekanismeja, jotta löydetään parhaiten tehoavat ennaltaehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet potilasturvallisuuden parantamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö).

4. LÄÄKE- JA NESTEHOITO

Lääkehoidon tarkoituksenmukaisuudesta ja turvallisuudesta on keskusteltu viime aikoina paljon. Koska lääkkeet ovat voimakkaasti vaikuttavia aineita, jokaisen niiden kanssa toimivan on tiedettävä, miten menetellä. Hoitotiimissä hoitaja työskentelee potilaan lähellä ja antaa lääkehoitoa. Siksi hoitajalla on oltava tietoa muun muassa lääkkeiden antotavoista. Hänen on pystyttävä havaitsemaan lääkehoidon ongelmia ja raportoimaan niistä hoitotiimin jäsenille tilanteen korjaamiseksi (Airaksinen, Marja 2005, 5).

Lääkehoito on terveydenhuollon yleisimmin käytetty hoitotapa. Yleisimmistä kansansairauksista muun muassa verenpainetaudissa, astmassa ja diabeteksessa lääkehoito on keskeinen hoitokeino (Airaksinen 2005, 17). Lääkehoito pystytään vain harvoin toteuttamaan siten, että potilaalla olisi käytössään vain yksi lääke. Jo saman sairauden hoidossa on tyypillistä yhdistää useampia eri tavoin vaikuttavia lääkeaineita parhaan mahdollisen hoitotuloksen saavuttamiseksi ja lääkkeen aiheuttamien haittojen minimoimiseksi. Monilla potilailla on enemmän kuin yksi sairaus, mikä lisää tarvittavan lääkehoidon määrää. Tämä tekee lääkehoidon suunnittelun, lääkkeiden valinnan ja lääkkeiden oton käytännössä haastavaksi (Airaksinen 2005, 19).

Lääkehoidon ensisijaisena tavoitteena on ihmisten terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäiseminen. Toiseksi sen tarkoitus on sairauksien tutkiminen, parantaminen ja etenemisen hidastaminen. Lisäksi lääkehoidon avulla halutaan ehkäistä sairauksien aiheuttamia komplikaatioita ja lievittää oireita. Lääkehoito perustuu aina potilaan tarpeeseen. Lääke valikoidaan jokaiselle potilaalle yksilöllisesti (Veräjänkorva ym. 2006, 17).

Hoitava lääkäri vastaa potilaalle annettavasta lääkehoidosta. Yleensä lääkitys perustuu lääkärin suullisesti antamaan lääkemääräykseen, jonka hoitaja kirjaa asianmukaisesti asiapapereihin. Lääkemääräykseen ja sen kirjaamiseen on syytä kiinnittää erityistä huomiota. Lääkehoitoa koskevien määräysten on oltava niin yksiselitteisiä, ettei lääkettä tai annostusohjetta tulkita väärin. Erityisen tärkeää on

vanhuuden, lääkemuodon, antotavan, sekä kerta-annoksen ja annostelutiheyden varmistaminen.

Lääkkeen jako potilasannoksiksi tapahtuu yleensä osastoilla kerran vuorokaudessa. Nykyisten määräysten mukaan voidaan sairaalakohtaisesti päättää, keille sairaanhoitotoimen harjoittajille lupa tähän tehtävään annetaan. Tavallisimmin potilasannosten jaon tekee joku tehtävään määrätty sairaanhoitaja. Lääkkeen anto potilaalle oli aikaisempien viranomaismääräysten mukaan hyvin tarkkaan säädelty etenkin parenteraalisen lääkityksen osalta (Tuomi 1993, 384–385). Suonensisäisen neste- ja lääkehoidon antamiseen sekä verensiirtojen tekemiseen vaaditaan lisäkoulutusta, näytön antamista ja yksikön lääketieteelliset toiminnasta vastaavan lääkärin myöntämälupa. Tämä koskee myös määräaikaista työntekijöitä ja sijaisia. Osaaminen varmistetaan yksikössä säännöllisin väliajoin. Kaikilla lääkehoitoon osallistuvilla tulee olla hallussaan kopio voimassaolevista luvista (Veräjänkova ym. 2006, 41).

Lääkkeiden suonensisäisellä annostelulla saadaan nopeasti korkeat lääkeainepitoisuudet vereen, siten vaikutukset, myös sivuvaikutukset, tulevat lähes välittömästi, ja ovat voimakkaampia kuin muilla annostelutavoilla (Tuomi 1993, 387).

4.1 Lääkehoidon turvallisuus ja tavoitteet

Potilasturvallisuuden kannalta hyvin keskeinen osa on lääkkeisiin ja lääkehoitoihin liittyvä turvallisuus (medication safety). Turvallinen lääkehoito koostuu kahdesta eri osa-alueesta. Ensimmäinen osa-alue liittyy lääkevalmisteen farmakologisiin ominaisuuksiin, niiden tuntemiseen sekä laadukkaasti valmistettuihin lääkkeisiin. Tätä turvallisuuden osaa kutsutaan lääketurvallisuudeksi. Myyntilupamenettely ja sekä myyntiluvan jälkeinen lääketurvatoiminta arvioi lääketurvallisuutta. Toinen lääkehoidon turvallisuuden alue liittyy lääkkeiden käyttöön ja lääkehoitojen toteuttamiseen, ja sitä voidaan kutsua lääkitysturvallisuudeksi. Haittavaikutusten selvittäminen jatkuu myös myyntiluvan myöntämisen jälkeen (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen 2006, 16).

Lääkehaitalla tarkoitetaan potilaalle aiheutunutta haittaa tai vammaa, joka voi liittyä lääkkeen epätarkoituksenmukaiseen käyttöön. Haitta voi johtua joko lääkkeen vaikutuksesta tai lääkityspoikkeamasta. Lääkityspoikkeamalla tarkoitetaan tapahtumaa, joka voi liittyä epätarkoituksenmukaiseen lääkkeen käyttöön tai jopa potilaan vahingoittumiseen. Lääkityspoikkeama voi johtua lääkärin, sairaala-apteekin, lääkekeskuksen, avohoidon apteekin, terveydenhuoltohenkilöstön tai potilaan toiminnasta. Poikkeamat voivat syntyä lääkehoidon kaikissa vaiheissa; lääkkeen määräämisessä, käsittelyssä, koostumuksessa, jakelussa, käyttökuntoon saattamisessa, neuvonnassa tai käytössä ja seurannassa. Lääkityspoikkeamat ovat tapahtumia, joihin lääkehoitoon osallistuvat voivat vaikuttaa, eli ne olisivat estettävissä (Veräjänkorva ym.2006, 16–17).

Lääkehoidon läheltä piti- tilanteessa lääkitysturvallisuus säilyy, jos lääkityspoikkeaman syntyminen voidaan estää. Läheltä piti- tilanteissa hoitohenkilökunnan ammattitaito tai joku muu seikka estää haitan. Läheltä piti- tilanne voi syntyä esimerkiksi niin, että potilas on saamassa väärää lääkettä, mutta lääkettä antava hoitaja tai potilas itse huomaa virheen ajoissa (Veräjänkorva ym. 2006, 17).

4.2 Lääkehoidon osaamisvaatimukset

Lääkehoidossa tarvitaan vahvaa teoreettista osaamista ja ammatillista kokemusta. Ammattitaitoa karttuu yhdistämällä teoreettista tietoa ja työstä saatuja kokemuksia. Hoitajalla tulee olla riittävät ja ajanmukaiset valmiudet lääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen, koska lääkehoidossa voi syntyä vaaratilanteita. Niitä voi piillä esimerkiksi lääkevalinnoissa tai lääkkeiden käsittelyssä, annostelussa ja antamisessa. Ongelmia voi aiheutua myös lääkkeen vaikutusten ja haittavaikutusten seurannassa.

Hoitajan lääkehoidon osaaminen voidaan jakaa kahtia; ajatteluun ja ulkoisesti havaittavaan toimintaan. Nämä kaksi toiminnan muotoa ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Lääkehoidossa hoitajan ajattelulla tarkoitetaan hoitotilanteeseen liittyvää arviointia – ongelmanratkaisua, päätöksentekoa ja

asioiden asettamista tärkeysjärjestykseen. Hoitajan konkreettinen toiminta taas ilmentää hänen ajatteluaan. Hoitajan on tehtävä ratkaisunsa niin, että sekä hoitajan, potilaan että ympäristön näkökulmat tulevat mukaan (Veräjänkorva ym. 2006, 33).

Koska suonensisäinen annostelu on vaativampaa ja enemmän riskejä sisältävää kuin muu lääkehoito, on lääkintöhallitus yleiskirjeissä antanut suhteellisen tarkkojakin määräyksiä iv-lääkityksestä sairaanhoitolaitoksissa. Sairaanhoitolaiteiden ja terveystieteiden lääkintökeskuksen lääkintöä koskevan yleiskirjeen nro 1929 mukaan suonensisäistä lääkitystä antavalla hoitohenkilökunnalla on oltava riittävä kokemus ja koulutus tehtävänsä. Sairaanhoitolaiteiden johtava lääkäri voi päättää ammattiryhmittäin tai yksittäisiä henkilöitä koskien oikeudet injisoitavien ja infusoitavien lääkkeiden annosteluun. Edelleen yleiskirjeen mukaan nesteensiirron aloituksessa ja määrättäessä injektioannosta ihon alle, epiduraalikanavaan tai suoneen, tulee lääkkeen määränneen lääkärin, ellei hän itse anna lääkettä, varmistua siitä, että lääkettä tulee antamaan tehtävään koulutettu ja riittävästi kokemusta omaava sairaanhoitotoimen harjoittaja (Tuomi 1993, 387–388).

Riittävän koulutuksen ja kokemuksen määrä ja sisältö jää sairaanhoitolaiteiden itsensä päätettäväksi. Koulutuksessa tulisi käsitellä laskimoon annostelun tekniikkaa, yksittäisten lääkeaineiden ominaisuuksia, kuten soveltuvuutta suonensisäiseen annosteluun, farmakokinetiikkaa, yhteensopivuuksia ja lääkevaikutusten eroavaisuuksia muihin antotapoihin verrattuna sekä potilaan tarkkailua iv-ruiskeen jälkeen että mahdollisten haittavaikutusten vaatimaa ensiapua. Koulutuksessa omaksuttu tieto tulisi myös kontrolloida ja koulutetuille tulisi antaa todistus saamastaan koulutuksesta. Koska lääkettä määränneen lääkärin on varmistuttava siitä infuusiota tai injektiota tulee antamaan tehtävän osaava henkilö, on käytännössä selkeintä, että ylilääkäri tai vastaava antaa kirjallisen luvan suonensisäiseen annosteluun, ja niistä henkilöistä, joilla lupa on, pidetään luetteloa. Henkilöllä, jolla on lupa antaa suonensisäistä lääkitystä, on oikeus aloittaa myös nesteensiirto. Yleiskirjeessä on määrätty, että nesteensiirrossa on aina ennen aloitusta tarkistettava sekä pakkauksen että nesteen

moitteettomuus silmämääräisellä, voimakkaassa valossa tapahtuvalla tarkastuksella (Tuomi 1993, 388).

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) ja asetuksen (564/1994) mukaan ammatin harjoittaminen edellyttää ammattikoulutuksen lisäksi viranomaisen antamaa laillistusta tai rekisteriin merkitsemistä. Uudet laillistamiset ja rekisteriin merkitsemiset tekee Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO). Ammatinharjoittamisoikeuden omaavien henkilöiden rekisteriä ylläpitää Stakes.

Laillistetut, luvan saaneet ja nimike suojatut terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa perusteella toimia toistensa tehtävissä, mikäli se on terveystalvelujen tuottamisen ja työjärjestelyjen kannalta perusteltua. Laillistetun ammattihenkilön tehtäviä voi suorittaa myös asianomaiseen ammattiin opiskeleva henkilö, jolloin noudatetaan terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettua lakia soveltuvin osin.

Terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevassa laissa veloitetaan terveydenhuollon ammattihenkilöä noudattamaan salassapitoon ja potilasasiakirjoihin liittyviä säännöksiä sekä huolehtimaan oman ammattiosaamisen ylläpidosta (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 54–55).

5.TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla lääke- ja nestehoidon ilmoitettuja vaaratapahtumia medisiinisellä tulosalueella vuonna 2009.

Tutkimuksen tavoitteena on parantaa potilasturvallisuutta ja mahdollisesti hyödyntää saatua tietoa henkilöstön koulutuksessa.

Tutkimusongelmat olivat

1. Mitä asioita lääke- ja nestehoidon vaaratapahtumista ilmoitetaan?
2. Mitkä asiat vaikuttavat siihen, että lääke- ja nestehoidon vaaratapahtumia syntyy?
3. Mitkä ovat ilmoitettujen vaaratapahtumien jatkotoimenpiteet ja kehitysehdotukset?

6. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä oli medisiinisen tulosalue ja siellä tehdyt vaaratapahtuma ilmoitukset. Kohderyhmän henkilöt ovat sairaanhoitoalan ammattilaisia, jotka ovat tehneet vaaratapahtumailmoituksen HaiProon.

6.2 Aineiston keruu

Tutkimuksessa käytettävä aineisto saatiin eräästä keskussairaalaista, jossa HaiPro, eli potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu on käytössä. Erillisiä haastatteluja tai kysymyslomakkeita ei siis tarvittu, vaan tutkimuksen aineisto oli jo valmiina. Tutkimus toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä valittiin, koska tutkimusasetelma oli kuvaileva ja tutkimuksen nimenomaisena tarkoituksena oli kuvailla lääke- ja nestehoidon ilmoitettuja vaaratapahtumia.

Keskussairaalan yhteyshenkilön kautta saatiin aineisto työhön. Aineiston keruuta varten järjestettiin kaksi yhteistä tapaamista, joissa keskussairaalan yhteyshenkilö opasti tutkijaa raportointijärjestelmän käytössä ja sieltä saatavan aineiston keruussa.

Aineisto kerättiin keväällä keskussairaalan ATK-tukihenkilön avustamana. Tutkimuksen asetelma on kuvaileva, joten tutkija keräsi tehdyistä vaaratapahtumailmoituksista avoimet osuudet, joihin ilmoituksen tekijä on kuvaillut vaaratapahtuman ja ne osuudet, joissa kerrottiin jatkotoimenpiteistä, joita oli tehty, koskien kyseistä vaaratapahtumaa.

6.3 Aineiston analyysi

Kaikki ilmoitukset kirjattiin sanatarkasti Word-tiedostoksi, josta tutkija lähti tiivistämään aineistoa. Aineisto käytiin läpi useaan kertaan. Aineistoa pelkistettiin monta kertaa, kunnes päädyttiin selkeisiin alaluokkiin, joista muodostuivat lopulliset pääluokat ja tutkimustulokset.

Tutkimusaineiston analysoimisessa käytettiin sisällönanalyysia, koska aineisto koostui avoimista kuvauksista, joita on luonnollista analysoida tällä menetelmällä. Sisällönanalyysissa on olennaista, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Empiirisyyden haaste liittyy käsitteiden perustelemiseen sekä käsitteellisesti että empiirisesti. Tekstin sanat, fraasit tai muut yksiköt luokitellaan samaan luokkaan merkityksen perusteella eli ne merkitsevät samaa asiaa. Käsitteiden samanlaisuus on riippuvainen tutkimuksen tarkoituksesta niin, että voidaan yhdistää synonyymeja tai samaa tarkoittavia sisältöjä (Janhonen ym. 2001, 23).

Sisällön analyysillä tarkoitetaan kerätyn tietoaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkein esille. Analysoitava informaatio voi olla laadullista, kuten kertomuksia, tai se voi olla kvantitatiivisesti mittaavia muuttujia. Laadullisella informaatiolla tarkoitetaan verbaalisessa tai kuvallisessa muodossa olevia aineistoja. Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla voidaan tehdä havaintoja dokumenteista ja analysoida niitä systemaattisesti. Dokumenttien sisältö kuvataan tai selitetään sellaisenaan. Dokumenteista voidaan myös kerätä tietoa ja tehdä päätelmiä muista ilmiöistä (Janhonen & Nikkonen 2001, 23).

Tutkimusasetelma oli kuvaileva. Kuvailevassa tutkimuksessa on keskeistä tiedon lisääminen ja pyrkimys vastata kysymyksiin mitä, millainen tai miten. Kuvailevassa tutkimuksessa kuvailun perustana olevien havaintojen laatu on tärkeää. Niiden luotettavuus ja tarkkuus sekä yleistettävyyys ovat kuvailevan tutkimuksen tärkeitä arviointi perusteita. Keskeistä on tutkittavan ilmiön mahdollisimman yksityiskohtainen jäsentäminen ja selkeiden käsitteiden

luominen ilmiön kuvailemiseksi. Yleensä ei pyritä tutkimuksen kohteen täydelliseen kuvaamiseen vaan sieltä eristetään ilmiö, johon keskitytään. Kuvailevan tutkimuksen metodivalinnat voivat olla monipuoliset ja niitä voidaan käyttää toistensa täydentämiseksi tutkimusongelmasta riippuen (Opinnäytetyöpakki).

Aineisto kerättiin aluksi sanatarkasti Word-tiedostoksi. Tekstiä kertyi yhteensä 43 sivua. Tutkija kävi aineiston läpi manuaalisesti, koodaamalla tutkimuskysymyksiin vastaavia sanoja, lauseita tai lausumia. Aineistolähtöisessä sisällönanalyyysissa ensimmäinen vaihe on pelkistäminen, jolla tarkoitetaan sitä, että aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. ”Aineiston vastaukset” eli pelkistetyt ilmaisut kirjataan aineiston termein (Janhonen ym. 2001, 26).

Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin. Aineiston ryhmittelyssä etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi ja annetaan sille sen sisältöä kuvaava nimi (Janhonen ym.2001, 28)

Kolmas vaihe aineistolähtöisessä sisällönanalyyysissa on aineiston abstrahointi. Aineiston abstrahointivaiheessa yhdistetään samansisältöisiä luokkia, jolloin saadaan yläluokkia (Janhonen ym. 2001, 29).

7. TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksen lähtökohtana oli kuvailla lääke- ja nestehoidosta tehtyjä vaaratapahtumia ilmoituksia vuonna 2009 medisiinisellä tulosalueella. Yhteensä lääke- ja nestehoidon ilmoitettuja vaaratapahtumia oli 110, jotka kaikki analysoitiin. Vaaratapahtumailmoitukset olivat luonteeltaan hyvin erilaisia. Osassa kuvailtiin tapahtumaan ja siihen johtaneita syitä hyvin laajasti, kun taas osa ilmoituksista oli hyvin suppeita, ja niissä ilmoitettiin vain mitä oli tapahtunut.

7.1 Tutkimustulosten esittely

7.1.1 Lääke- ja nestehoidon ilmoitetut vaaratapahtumat

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, mitä asioita lääke- ja nestehoidon vaaratapahtumista ilmoitetaan löytyi yhteensä 17 alaluokkaa, jotka yhdistettiin vielä viideksi eri pääluokaksi. Alaluokat muodostuivat aineiston yksinkertaistetuista sanoista ja lauselmista. Asioita joita lääke- ja nestehoidon vaaratapahtumista ilmoitetaan ovat annosteluvirheet, jakovirheet, kirjaamisvirheet, väärä henkilöllisyys sekä neste- tai sytostaattihoidon joutuminen väärään paikkaan.

Pääluokka annosteluvirhe muodostui kolmesta alaluokasta; Liian pieni annostus, liian suuri annostus, ja virheellinen annostelutapa (Liite1.)

”Potilas saanut vahvempaa parenteraalimestettä kuin oli määrätty”

” Potilas sai lääkeinjektion kahteen kertaan.”

” Potilas sai p.o lääkkeen i.v:sti”.

Toinen pääluokka jakovirhe muodostui viidestä alaluokasta; Lääkkeet jaettu virheellisesti, lääkkeitä puuttunut, lääkkeitä ollut virheellinen määrä, potilas saanut väärää lääkettä sekä potilas ei saanut lääkettä lainkaan. Näissä kuvauksissa vaaratapahtumaa ei välttämättä ollut ehtinyt tapahtua, vaan ilmoitukset tehtiin myös niissä tapauksissa joissa virhe oli huomattu jo ennen kuin lääke ehti potilaalle. . Ilmoitusten tekijät ilmoittivat kun esimerkiksi lääkkeitä potilaille

vietäessä oli kaksoistarkistuksen kautta huomattu, että jotain lääkettä oli virheellinen määrä.

”Puolet potilaan lääkkeitä jäänyt jakamatta”

”Lääkekupissa väärä lääke”

Seuraavat viisi alaluokkaa muodostivat kolmannen pääluokan, kirjaamisvirhe; Lääkelehdellä virheellinen annostus/lääke/antotapa, lääkekortissa virheellinen lääke/annostus/antotapa, lopetettu/tauotettu lääke jäänyt lääkelistalle, lopetettu/tauotettu lääke jäänyt lääkelehdelle, määräys kirjattu virheellisesti.

”Potilas tullut hoitoon. Kotilääkkeet piti jatkaa. Marevan ja primaspan mennyt kotilääkkeenä Hoitosuunnitelmassa annoskerta ja kellonaika tyhjä, eli ei tallennu lääkekortille. Potilas ollut kolme päivää ilman näitä lääkkeitä.”

” Potilas haettu osastolta toiselle toisen hoitajan kanssa. Potilaalla lääke, jonka annostusta oli tarkoitus vähentää seuraavana päivänä. Tehtävät jaettu toisen hoitajan kanssa, mutta lääkemuutos jäänyt tekemättä.”

Neljänneksi pääluokaksi muodostui Väärä henkilö, alaluokkia tällä pääryhmällä oli vain yksi; Potilas saanut toisen potilaan lääkkeitä/sytostaattit/ iv.nesteet. Pääluokka muodostui kuvauksista, joissa oli ilmoitettu toisen potilaan saaneen eri henkilölle tarkoitettut lääkeaineet

” Lääkkeen jakaja laittanut aamulla lääkkeen väärän potilaan pöydälle. Lääkkeen antanut hoitaja ei ollut tarkistanut lääkkeen pakkauksen päällä lukenutta potilaan nimeä eikä huoneen ja vuoteen numeroa. Ne olivat merkattuina pakkauksen päällä.”

Viimeinen, viides pääluokka Neste-,tai sytostaattihoidon meneminen väärään paikkaan, muodosti kahdesta pääluokasta, jotka olivat potilaan nestetippa s.c ja potilaan sytostaattihoito s.c. Näissä kuvauksissa ilmoitettiin potilaan

neeste/sytostaattihoidon yleisestä komplikaatiosta, eli siitä kun neste/sytostaatti, jostain syystä, pääsee vuotamaan ohi verisuonen ihonalaiskudokseen.

”Potilas tuli poliklinikalle saamaan taxotere infuusion. Kanyyli laitettu vasempaan kyynärvarteeseen lähelle kyynärtaivetta. Suoni veti hyvin. Kun puolen tunnin päästä vajaa puolet oli tippunut 250ml:sta, hoitaja huomasi, että kyynärtaive oli turvoksissa. Neste oli tippunut ohi suonen, enintään 100 ml. Potilas ei ollut tuntenut mitään.”

7.1.2 Lääke- ja nestehoidon vaaratapahtumien riskitekijät

Toiseksi tutkimuskysymykseksi valittiin mitkä asiat vaikuttavat siihen, että lääke-, ja nestehoidon vaaratapahtumia syntyy. Kysymykseen oli tarkoitus löytää kuvailuja siitä, millaiset asiat mahdollisesti vaikuttavat tapahtumien syntyyn. Näistä kuvauksista muodostui 17 alaluokkaa ja kyseisistä alaluokista yhdistettiin kolme pääluokkaa, jotka olivat; ulkopuolinen tekijä, Ihmisestä riippuvainen tekijä ja kommunikaation ongelmat.

Ensimmäinen pääluokka ulkopuolinen tekijä, muodostui yhteensä kahdeksasta eri alaluokasta, jotka olivat; selkeiden ohjeiden puute, puutteellinen perehdytys, poikkeavuudet toimintatavoissa, henkilökunnan vähyys, puuttuva työntekijä, vaativa osasto, lääkkeiden jako häiriintynyt ja keskittymisrauhan puute. Kaikki nämä alaluokat ovat hoitajasta itsestään riippumattomia syitä.

Kuvauksista käy ilmi, että varsinkin henkilökunnan vähyys ja osaston vaativuus ovat tekijöitä, jotka herkästi altistavat vaaratapahtumien synnylle.

” ..Samaan aikaan tuli uusi potilas sisälle, joka vei kaksi sairaanhoitajaa. Samaan aikaan huoneessa yksi tehohoitopotilas, joka vaatii täysin yhden sairaanhoitajan huomion. Eli hoitajia liian vähän potilasmäärään ja potilaiden vaativuuteen nähden”.

Myös keskittymisrauhan puute riskitekijänä tuli selkeästi esille;

” puhelin soinut koko illan”

”potilaan lääkkeiden jako ilmeisesti jostain syystä jäänyt kesken”.

Toinen pääluokka, ihmisestä riippuvainen tekijä, koottiin viidestä eri alaluokasta; Erehdys, epätarkkuus, huolimattomuus, kokemattomuus ja stressi.

Kuvauksista käy ilmi, että nämä tekijät vaikuttivat myös vaaratapahtumien syntyyn. Myös kiire mainittiin näiden tekijöiden yhteydessä monesti.

” Kiire ja stressi. Lisäksi ihan inhimillinen tekijä. Lääkkeet olivat sen verran samannimisiä, virhe päässyt tapahtumaan.”

Kiireen ja paineen alla tarkkaavaisuus saattaa herpaantua ja toisiaan muistuttavat lääkkeet sekoittua keskenään.

”Osastolla ollut stressaava, potilaita paljon ja hoitajia sairaslomalla.”

Henkilökunnan vajavainen miehitys oli usein mainittu samassa yhteydessä stressaavuuden kanssa.

Kokemattomuus oli yksi esiinnousseista tekijöistä.

” Uusi kokematon hoitaja, osastolla paljon uusia hoitajia kesäaikaan”.

Juuri valmistuneella sairaanhoitajalla ei välttämättä ole vielä muodostunut niin rutinoitunutta ammattitaitoa kuin vanhemmille, kokeneemmille kollegoilleen, ehkä sen vuoksi kokemattomuus koetaan yhtenä vaaratapahtumien sattumisen riskitekijä.

Huolimattomuus ja epätarkkuus olivat usein yhteydessä väsymykseen ja stressaantuneisuuteen.

”keskittyminen herpaantui”

”Pitkä työvuoro, väsynyt hoitaja jakoi lääkkeitä.”

Ihmisen vireystila on paljolti suoraan yhteydessä hänen tarkkaavaisuutensa ja huomiokykyyn, väsyneenä huolimattomuus virheitä tapahtuu helpommin.

Kolmas pääluokka, kommunikaatio-ongelmat muodostui kahdesta alaluokasta; informaation puutteellisuus sekä poikkeava raportointi. Kuvauksista nousi esiin, että kommunikaation-ongelmat olivat selkeästi yksi riskitekijöistä.

”Informaation kulku oli vajavaista ja teetti paljon ylimääräistä työtä, koska potilaan tilasta ei löytynyt helposti yhteenvetoa. Potilaan siirto vuoron vaihteessa ei ollut paras mahdollinen vajavaisen informaation takia.”

7.1.3 Lääke- ja nestehoidon ilmoitettujen vaaratapahtumien jatkotoimenpiteet ja kehitysehdotukset.

Viimeinen tutkimuskysymys oli alun alkaen jaettu kahteen osaan, mutta tutkimuksen edetessä ja analyysivaiheeseen päästessä, tutkija näki parhaaksi asettaa kuvaukset yhden tutkimuskysymyksen alle. Viimeinen tutkimuskysymys oli mitkä ovat ilmoitettujen vaaratapahtumien jatkotoimenpiteet ja kehitysehdotukset? Tämän tutkimuskysymyksen alle muodostui yhteensä kahdeksan eri pääluokkaa. Ensimmäiset pääluokat vastaavat kysymykseen mitkä ovat ilmoitettujen vaaratapahtumien jatkotoimenpiteet; Keskusteltu osastotunnilla, suunniteltu uusi toimintamalli. Nämä kaksi pääluokkaa muodostuivat hyvin selkeästi.

”Asiaa käsitellään osastotunnilla.”

”Suunnitellaan kehitystoimenpide koskien toimintatapaa ja menettelyitä.”

Loput pääluokat vastasivat kysymykseen mitkä ovat ilmoitettujen vaaratapahtumien kehitysehdotukset eli tarkoituksena oli löytää kehitysehdotuksia koskien sitä miten kyseisiä vaaratapahtumia voitaisiin tulevaisuudessa estää. Pääluokiksi muodostuivat Toimintaohjeet, Koulutus, Opiskelijan ohjaus, **selkeät**

toimintatavat, Lääkkeenjaon häiriöttömyyden takaaminen ja Riittävä henkilökunta.

Pääluokka toimintaohjeet muodostui kolmesta alaluokasta; Lääkelistojen säännöllinen päivitys, selkeät tilauslomakkeet, huomion kiinnittäminen dokumentointiin ja raportointiin.

” Tärkeää päivittää lääkelistat potilaan tullessa osastolle, vaikka olisikin tulossa takaisin toisesta sairaalasta ”

” Hoitajien olisi hyvä tarkistaa myöhemmin päivälläkin mahdollisesti lääkärin tekemät määräykset. Viimeistään iltahoitajan tarkistettava, että kaikki päivän aikana tehdyt määräykset toteutettu ”.

Toinen pääluokka koulutus muodostui yhdestä alaluokasta; lääketietouden päivittäminen. Kuvauksista nousi esiin, että lääketietous on asia, jota olisi tärkeää pitää ajan tasalla. Tämä koski niin hoitoalan opiskelijoita kuin valmiitakin hoitoalantyöntekijöitä.

” Opiskelijoille parempaa lääketietoutta lääkkeistä, miten eroavat p.o, i.m., i.v jne. lääkkeet toisistaan ”.

kolmas pääluokka, Opiskelijan ohjaus, muodostui neljästä alaluokasta; Opiskelijoille parempaa tietoutta lääkehoidosta, ohjaavan hoitajan vastuu opiskelijan ohjauksesta, opiskelijan vastuun korostaminen, harjoittelijoiden parempi valvominen. Nämä alaluokat olivat yhteydessä myös pääluokkiin Toimintaohjeet ja selkeät toimintatavat (Liite 3.)

” Harjoittelijoiden parempi valvominen ja ohjaaminen ”

”..Ohjaavan hoitajan vastuun korostaminen opiskelijan ohjauksessa ”.

Neljäs pääluokka Selkeät toimintatavat luotiin kuudesta alaluokasta; Valmiit sairaanhoitajat lääkkeenjakuvuoroon, kaksoistarkastuksen käyttäminen, yhteiset sovitut tavat, työn priorisointi, yhteistyö, selvä työnjako.

” Työn priorisoinnin tulisi olla tärkeää. Yhteistyön ja työnjaon avulla vältetään riskitilanteita”.

” Aina tulisi tehdä kaksoistarkistus työkaverin kanssa”.

Lääkkeen jaon häiriöttömyyden takaaminen, joka oli pääluokista viides, muodostui kolmesta alaluokasta; Lääkkeenjako hetki häiriöttömäksi, Lääkkeidenjako aika, rauhallisuus lääkkeenjaossa.

” Rauhallisuus ja keskeytymättömyys tärkeää lääkkeidenjako tilanteessa”

” Ehkä lääkkeiden jakoa myöhään yöllä tulisi välttää”.

Viimeinen, kuudes pääluokka, riittävä henkilökunta, muodostettiin kahdesta alaluokasta; henkilökunnan riittävyys ja sijaisten hankkiminen.

” Miehityksen riittävyyden takaamisen tärkeys”

8. POHDINTA JA YHTEENVETO

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla lääke- ja nestehoidon ilmoitettuja vaaratapahtumia. Tutkimuskysymykseen, mitä lääke- ja nestehoidon vaaratapahtumista ilmoitetaan, tutkija löysi viisi eri vastausta, jotka kaikki muodostuivat erilaisista kuvauksista. Selkeästi vaaratapahtumista ilmoitettiin viittä eri asiaa: jakovirheet, annosteluvirheet, kirjaamisvirheet, väärä henkilöllisyys sekä neste/sytostaattihoidon meneminen väärään paikkaan. Koska tutkimuksen oli tarkoitus olla laadullinen ja kuvaileva, ei tutkija määritellyt kuinka paljon kutakin tapausta määrällisesti oli.

Ilmoituksissa, joissa kuvattiin jakovirheiden ja annosteluvirheiden tapahtumista oli usein yhteisenä tekijänä se, että virhe oli huomattu, jo ennen kuin se ehti potilaalle asti, koska oli käytetty kaksoistarkastusta. Myös kehitysehdotuksissa kaksoistarkastuksen tärkeys ja painottaminen nousi esiin. Päätelmänä tästä voidaan tehdä se, että hoitohenkilökunta tuntee vastuunsa siitä, että potilasturvallisuuden edistämisen kannalta, tällaiset ”läheltä piti” - tapaukset on tärkeää kirjata vaaratapahtumien raportointi järjestelmään.

Raportoinnin ja tietojen keruun hyöty saavutetaan vasta, kun analysoidaan, mitä tapahtui ja miksi sekä miten voidaan estää haittatapahtuman uusiutuminen. Analysoinnissa ei etsitä syyllisiä. Potilasturvallisuus taataan parhaiten siirtämällä huomio yksittäisistä työntekijöistä ja virheistä, toimintaan ja toimintaympäristöön sekä siellä olevien riskien poistamiseen (Kinnunen 2009, 185).

Toiseen tutkimuskysymykseen, mitkä asiat vaikuttavat siihen, että vaaratapahtumia syntyy, tutkija löysi aineistosta kolme tekijää, jotka olivat: ulkopuolinen tekijä, ihmisestä riippuvainen tekijä ja kommunikaation-ongelmat.

Huomion kohdistaminen potilasturvallisuuteen on tänä päivänä erityisen ajankohtaista terveydenhuollon palvelujärjestelmässä tapahtuvien ja sen toimintaympäristössä tapahtuvien moninaisten ja nopeiden muutosten vuoksi. Erheiden ja virheiden riski lisääntyy aina uudistusten ja työntekijöiden

vaihtuvuuden yhteydessä. Siksi näissä tilanteissa tulee varautua ehkäisemään haittojen syntymistä arvioimalla uudistuksiin liittyvät riskit ja suunnittelemalla uudistukset huolellisesti (Peltomaa 2010). Ulkopuolinen tekijä sisälsi monta eri alaluokkaa, jotka kaikki olivat yhteydessä toisiinsa. Selkeiden ohjeiden puute nähtiin yhtenä tekijöistä. Kuvauksista kävi ilmi, että varsinkin silloin, kun uusia käytäntöjä suunnitellaan tai otetaan käyttöön, vaaratapahtumien tapahtuminen on riskialttiimpaa. Hoitohenkilökunta tarvitsee aikaa ja selkeitä, yhdessä sovittuja ohjeita, sisäistääkseen tuoreet muutokset. Usein vanhat käytännöt jäävät vielä muistiin ja virheitä sattuu tätä kautta helpommin.

Ulkopuolinen tekijä sisälsi myös alaluokat henkilökunnan vähyys, vaativa osasto ja puuttuva työntekijä. Kuvauksista nousi esiin, että jo jokainen näistä tekijöistä yksistään oli riskitekijöitä vaaratapahtumille, mutta useimmiten tekijät olivat myös mainittuina yhdessä. Vaativilla osastoilla yksikin puuttuva työntekijä lisää työn vaativuutta ja koettelee hoitohenkilökunnan työn organisointikykyä. Keskittymisrauhan puute ja lääkkeidenjaon häiriintyminen esiintyivät myös pareittain.

Ihmisestä riippuvainen tekijä sisälsi stressin, epätarkkuuden, huolimattomuuden, kokemattomuuden ja erehdyksen. Ihmisestä riippuvainen tekijä oli yleensä mainittu yhdessä jonkun ulkopuolisen tekijän kanssa, esimerkiksi vaativa osasto ja stressi tai huolimattomuus ja keskittymisrauhan puute. Useimmiten siis ulkopuolinen tekijä on yhteydessä ihmisestä riippuvaiseen tekijään. Kiire oli mainittuna myös yhdessä näiden tekijöiden kanssa.

Kommunikaatio-ongelmat sisälsi alaluokat informaation puutteellisuus sekä poikkeava raportointi. Kuvauksista kävi ilmi että kollegoiden välillä, esimerkiksi sairaanhoitaja ja lääkäri, oli tapahtunut kommunikaatiokatkos, jolloin informaatio ei ollut kulkeutunut asianmukaisesti kollegalta toiselle. Myös poikkeava raportointi oli yksi vaaratapahtumien riskitekijä. Osaltaan poikkeava raportointi on yhteydessä ulkopuoliseen tekijään, koska se kuuluu osaksi poikkeavuuksiin toimintavoissa.

Kolmannen tutkimuskysymyksen, mitkä olivat vaaratapahtumien jatkotoimenpiteet ja kehitysehdotukset, tarkoituksena oli löytää vaaratapahtumien ehkäisyyn ja sitä kautta potilasturvallisuuden kehittämiseen liittyviä asioita ja ehdotuksia. Analysointi vaiheessa kysymys jaettiin tavallaan kahtia ja tutkija etsi erikseen jatkotoimenpiteet ja kehitysehdotukset.

Vaaratapahtumailmoitusten jatkotoimenpiteinä olivat keskustelu osastotunnilla ja uusien toimintamallien suunnittelu. Vaaratapahtumailmoituksia oli käsitelty osastotunneilla ja osaan tapauksista oli kehitelty myös uusia toimivampia toimintamalleja.

Potilasturvallisuus taataan parhaiten siirtämällä huomio yksittäisistä työntekijöistä ja virheistä toimintaan ja toimintaympäristöön sekä siellä olevien riskien poistamiseen. Potilasturvallisuuden edistämässä painopiste on järjestelmän kehittämisessä turvallisemmaksi, ei koskaan yksittäisten syyllisten etsimisessä (Peltomaa 2010). Kehitysehdotuksia tuli aineiston kautta esille hyvin ja selkeästi. Toimintaohjeet olivat yksi ehdotuksista. Dokumentoinnin ja raportoinnin kehittämistä pidettiin tärkeänä, yhteiset toimintatavat koettiin tärkeäksi ja potilasturvallisuutta edistäväksi.

Opiskelijoiden ohjaus koettiin myös ensiarvoisen tärkeäksi. Koettiin, että opiskelijoita tulisi valvoa ja ohjata paremmin. Tämä oli yhteydessä myös selkeisiin ohjeisiin ja toimintatapoihin. Kun ohjauksesta on yhteiset linjat ja toimintamallit, hyötyvät siitä niin opiskelija kuin ohjaava yhteisökin.

Lääkkeenjaon häiriöttömyyden takaaminen on yksi tekijöistä, joka nousi monesti esiin. Virheitä tapahtuu lääkkeiden jaon yhteydessä helpommin, jos hoitotyöntekijällä ei ole mahdollisuutta keskittyä työhönsä kunnolla. Tämän vuoksi myös henkilökunnan riittävyyden takaaminen nousi yhdeksi tärkeimmäksi tekijäksi, koska tuolloin lääkkeenjakejalla on paremmat mahdollisuudet keskittyä työhönsä.

Tutkimustulokset olivat selkeitä ja ne nousivat aineistosta esiin selkeästi. Luonteeltaan tutkimustulokset olivat toisiaan täydentäviä. Tutkimustulosten avulla voidaan jatkossa kehittää ja edistää potilasturvallisuutta huomioimalla riskitekijät, jotka tutkimuksessa nousivat esiin.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Aineiston keruussa saatu tieto on riippuvaista siitä, miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. Aineiston laatu korostuu. Aineiston analysoinnissa korostuvat tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan tutkimuksen totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraaliutta.

Yleisten laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymysten lisäksi sisällönanalyysin haasteena on, miten tutkija pystyy pelkistämään aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tutkijan tulee osoittaa luotettavasti yhteys aineistonsa ja tulostensa välillä (Janhonen ym. 2001, 36). Laadullisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta on aina tutkijan persoonallinen näkemys, jossa ovat mukana hänen omat tunteensa ja intuiotensa (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 215).

Tutkimuksen luotettavuutta on pyritty vahvistamaan sillä, että aineisto käytiin läpi moneen kertaan ja sanatarkasti. Tutkimuksen luotettavuutta vahvistaa myös, se että kuvauksia oli suuri määrä, joten aineisto oli riittävä ja monipuolinen. Aineiston analyysivaihe pyrittiin kuvaamaan niin tarkasti, että lukijan on se helppo ymmärtää. Tutkija lisäsi liitteeksi kuvauksen sisällönanalyysistä.

Tutkimuksen rehabiliteettia saattaa heikentää se, että osa aineiston kuvauksista oli kirjoitettu ruotsin kielellä, ja useimmissa kuvauksissa oli käytetty murre sanoja tai sanontoja. Tutkijan äidinkieli on suomi, ja kuvauksissa oli muutamia kohtia, joiden avautumiseen oli tehtävä tuplasti enemmän työtä.

8.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimustyön eettiset kysymykset ovat tärkeitä niissä tieteissä, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa, kuten hoitotieteessä, lääketieteessä sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteissä (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 26).

Tutkimuksen tehtävänä on tuottaa tietoa ympäröivästä maailmasta. Kaikessa tutkimuksessa on peruskysymyksenä, mitä valitaan tutkittavaksi ja mitä ei. Näin tutkimuksen kohdentaminen rajautuu tutkimusongelmia asetettaessa (Paunonen ym. 1997, 28). Tässä tutkimuksessa tutkimusongelmat rajattiin niin, että ne kuvailisivat tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman objektiivisesti.

Tutkimuksen tulosten julkaisemisen yleisenä periaatteena on , että tutkija raportoi tuloksensa avoimesti ja rehellisesti. Toisaalta tutkittavien tietosuojan takaaminen on välttämätöntä. Rehellisyys ja avoimuus edellyttävät, että tutkija pyrkii mahdollisimman suureen objektiivisuuteen (Paunonen ym.1997, 31).

Tutkimusta julkaistaessa on tärkeää kiinnittää huomiota osallistujien anonymiteetin säilyttämiseen, sillä laadullisen tutkimuksen raporteissa on suoria lainauksia aineistosta ja yksityiskohtaisia analyysejä (Paunonen ym. 1997, 31).

8.3 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheina näkisin ensinnäkin tekemäni tutkimuksen vertailemisen samasta aiheesta tehdyn tutkimuksen kanssa, jossa vaaratapahtumailmoitukset on saatu eri vuodelta. Vertailtavana kohteena voisi olla esimerkiksi se, miten vaaratapahtumailmoitukset ovat muuttuneet luonteeltaan. Toisena jatkotutkimusaiheena näkisin myös hoitajien näkemyksen kartoittamisen. Miten he kokevat vaaratapahtumailmoitusten tekemisen ja hyödyttääkö vaaratapahtumien ilmoitusjärjestelmän käyttö heidän työtään käytännössä.

LÄHDELUETTELO

- Airaksinen, Marja (toim.). 2005. Hoitona Lääke. 5. Helsinki. Edita prima oy.
- Alahuhta, Seppo, Ala-Kokko, Tero, Kiviluoma, Kai, Perttilä, Juha, Ruokonen, Esko & Silfast, Tom (toim.). 2006. Nestehoito. Helsinki. Duodecim.
- Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. WSOY.
- Keistinen, Timo, Kinnunen, Marina & Holm, Tarja. 2008. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. Suomen lääkärilehti 44/2008.
- Kinnunen, Marina & Peltomaa, Karolina. 2009. Potilasturvallisuus ensin; Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Lehestö, Mika, Koivunen, Olli & Jaakkola, Heikki. 2004. Hoitajan turva. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Opinnäytetyöpakki, kuvaileva tutkimus. Viitattu 19.3.2010. Saatavilla www-muodossa: <http://193.167.122.14/Opari/ontTukiTutkKuvaileva.aspx>.
- Palonen, Reima, Nio, Asko & Mustajoki, Pertti. 2005. Potilas - ja lääkevahingot; Korvaaminen ja ennaltaehkäisy. Gummerus.
- Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY.
- Peltomaa, Karoliina. 2010. Kliin lab. 2010 vl 27 no. 2, s.25–26.
- Potilasturvallisuus. Viitattu 13.5.2010. Saatavilla www-muodossa: http://sty.stakes.fi/FI/potilasturvallisuus/hankkeet/haipro_.htm
- Potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Saatavilla www-muodossa: www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderid=3950&name=DLFE-7801.pdf

Rohto 2006. Viitattu 19.3.2010. Saatavilla www- muodossa: <http://rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö, Potilasturvallisuus. Viitattu 13.5.2010. Saatavilla www-muodossa:
[http://www.stm.fi\(c/document_library/get_file?folder=28707&name=DLFE-3725.pdf](http://www.stm.fi(c/document_library/get_file?folder=28707&name=DLFE-3725.pdf)

Taam-Ukkonen, Minna & Saano, Susanna. 2010. Turvallisen lääkehoidon perusteet. WSOY.

Tuomi, Eero.1993. Lääkehoidon opas. Juva. WSOY

Veräjänkorva, Oili, Huupponen, Risto, Huupponen, Ulla, Kaukkila, Hanna-Sisko & Torniainen, Kirsti. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. WSOY.

Voutilainen, Päivi & Laaksonen, Katriina. 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö. Helsinki. Gummerus.

LIITE 1.

1.Mitä lääke- ja nestehoidon vaaratapahtumista ilmoitetaan?

Pelkistetyt ilmaukset

”Potilas sai vähemmän lääkettä kuin piti”

”Potilas sai p.o lääkkeen i.v:sti

”puolet potilaan lääkkeitä jakamatta”

”lääkekupissa väärä lääke”

”Lääkkeen vahvuus kirjattu väärin”

”Väärä lääke kirjattu lääkelistalle”

” Tauotettu lääke lääkekortissa”

”Potilaan lääke puuttunut lääkelistalta”

”Väärät lääkkeet väärälle potilaalle”

Alaluokka

Liian pieni annostus

Liian suuri annostus

Virheellinen antotapa

Lääkkeet jaettu virheellisesti

Lääkkeitä puuttunut

Lääkkeitä ollut virheellinen määrä

Potilas saanut väärää lääkettä

Potilas ei saanut lääkettä lainkaan.

Lääkelehdellä virheellinen annostus

/lääke /antotapa

Lääkekortissa virheellinen lääke

/annostus/antotapa

Lopetettu/tauotettu lääke jäänyt

lääkelistalle

Määräys kirjattu virheellisesti

Päälukka

ANNOSTELUVIRHE

JAKOVIRHE

KIRJAAMISVIRHE

VÄÄRÄ HENKILÖ

”Infuusioneste tippunut subcutikseen”

Potilaan nestetippa s.c

Potilaan sytostaatit s.c

NESTE/SYTOSTAATTI-
HOIDON

MENEMINEN VÄÄRÄÄN
PAIKKAAN

LIITE 2.

2.Mitkä vaikuttavat siihen, että lääke-ja nestehoidon vaaratapahtumia syntyy?**Pelkistetyt ilmaukset***”Stressaava osasto”**”Liian vähän henkilökuntaa”**”Poikkeava raportointi”***Alaluokka**

Selkeiden ohjeiden puute

Puutteellinen perehdytys

Poikkeavuudet toimintatavoissa

Henkilökunnan vähyys

Puuttuva työntekijä

Vaativa osasto

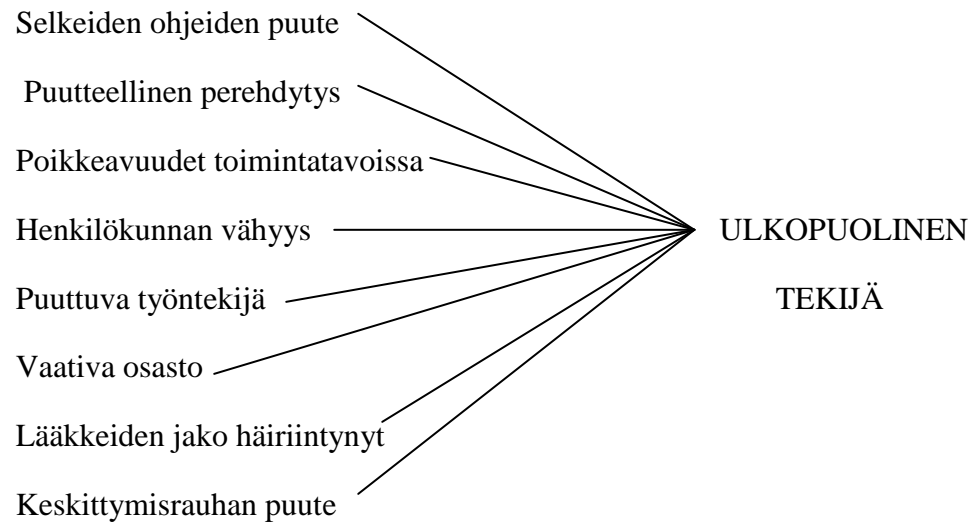
Lääkkeiden jako häiriintynyt

Keskittymisrauhan puute

Pääloukka

ULKOPUOLINEN

TEKIJÄ



LIITE 3.

Mitkä olivat ilmoitettujen vaaratapahtumien kehitysehdotukset?**Pelkistetyt ilmaukset***”Lääkelistojen päivitys tärkeää”**”Selkeä ohjeistus”**”Tarkkuutta kirjaamiseen”**”Lääkehoitotietouden ylläpitäminen”**” Harjoittelijoiden parempi ohjaus ja**Valvominen ”***Alaluokka**

Lääkelistojen säännöllinen päivitys

Selkeät tilauslomakkeet

Huomion kiinnittäminen dokumentointiin

ja raportointiin.

Lääketietouden päivittäminen

Opiskelijoille parempaa tietoutta lääkeshoidosta

Ohjaavan hoitajan vastuu opiskelijan ohjauksesta

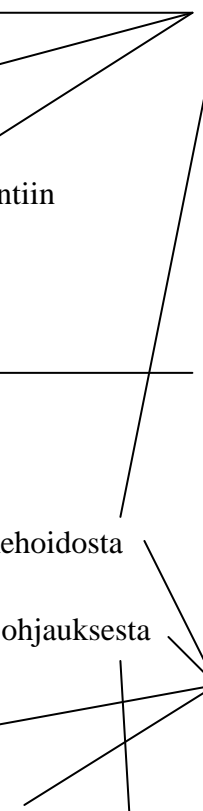
Opiskelijan vastuun korostaminen

Pääluokka

TOIMINTAOHJEET

KOULUTUS

OPISKELIJAN OHJAUS



”Opiskelijoille enemmän lääketietoutta”

” Työn priorisoinnin tulisi olla tärkeää”

”tehdä kaksoistarkistus työkaverin kanssa”

”Rauhallisuus ja keskeytymättömyys tärkeää

lääkkeenjaossa”

”Lääkkeidenjaon ajankohta

Harjoittelijoiden parempi valvominen.

Valmiit sairaanhoitajat lääkkeenjako vuoroon

Kaksoistarkastuksen käyttäminen

Yhteiset sovitut tavat

Työn priorisointi

Yhteistyö

Selvä työnjako

Lääkkeenjaon hetki häiriöttömäksi

Lääkkeidenjako aika

Rauhallisuus lääkkeenjaossa

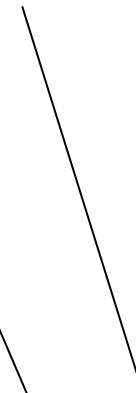
SELKEÄT

TOIMINTATAVAT

LÄÄKKEIDENJAON

HÄIRIÖTTÖMYYDEN

TAKAAMINEN



”Miehityksen riittävyys”

Henkilökunnan riittävyys

”Sijaisten hankkiminen”

RIITTÄVÄ
HENKILÖKUNTA

