

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitaja

2020

Eveliina Ohlsson, Anne-Mari Oksa

TURVALLINEN LÄÄKEHOITO LASTENSUOJELUSSA



Eveliina Ohlsson, Anne-Mari Oksa

TURVALLINEN LÄÄKEHOITO LASTENSUOJELUSSA

Vuonna 2018 Suomessa oli 671 lastensuojeluyksikköä, joista Varsinais-Suomessa 50. Aluehallintoviraston tekemän selvityksen mukaan kunnallisen puolen yksiköissä työskentelee enemmän sosiaali- kuin terveyshuollon edustajia. Yksiköiden työntekijöiden ammattiosaaminen koostuu erilaisista tutkinnoista (sairaanhoitaja, sosionomi, lähihoitaja, mielenterveyshoitaja, lastentarhanopettaja yms.) ja näin ollen lääkehoidon vaihtelee osaaminen koulutuksesta riippuen. Turvallisen lääkehoidon osaaminen koostuu pääasiassa ammatillisesta koulutuksesta, lisäkoulutuksista ja pitkästä kokemuksesta alalta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten turvallinen lääkehoito toteutuu Varsinais-Suomen lastensuojelun yksiköissä, kun lääkehoitoa toteuttaa eri koulutuksista koostuva henkilökunta. Tavoitteenamme on antaa tietoa turvallisen lääkehoidon osaamisesta ja mahdollisista kehittämiskohteista. Lähetekirje lähetettiin 32:lle yksityiselle ja kunnalliselle lastensuojelun yksikölle. Osallistujiksi valikoitui kiinnostuneiden yksiköiden (16 kpl) joukosta arvonnalla kolme yksityistä lastensuojelun yksikköä, joiden henkilökunta sai sähköpostiinsa strukturoidun kyselylomakkeen. Kyselylomake rakentui teorian pohjalle. Vastauksia saimme 13 kappaletta 32:stä kappaleesta. Kysymykset painottuivat lääkehoidon osaamiseen ja lisäkoulutuksiin, lääkehoidon haittatapahtumailmoituksiin ja lääkehoitosuunnitelmiin.

Yli puolella vastaajista oli yli 5 vuoden työkokemus alalta ja melkein puolet vastaajista koki osaavansa lähes kaiken lääkehoidosta. Kaikilla vastaajilla oli jokin lääkehoidon näyttö voidakseen suorittaa lääkehoitoa jollakin tasolla. Kuitenkin vain alle kolmasosa vastaajista oli käynyt lääkehoidon lisäkoulutuksessa. Kolmasosa vastaajista ei saanut jakaa lääkkeitä asiakaskohtaisiksi annoksiksi ja yli puolessa tapauksista tuplatarkastus ei toteutunut. Kirjaaminen sujui pääasiassa hyvin mutta puutteita havaittiin muun muassa lääkehoidon vaikutusten seurannassa. Jokaisessa yksikössä tehtiin lääkehoidon virheilmoituksia ja suurin osa ilmoituksista käsiteltiin yksiköissä. Vastaajat kokivat saavansa hyötyä virheilmoitusten käsittelystä.

Tämä tutkimus osoitti, että harvalla vastaajista oli lääkehoidon lisäkoulutus. Henkilökunnan lääkehoidon lisäkoulutuksilla saataisiin uusin ja päivitetty tieto. Näin ollen turvallinen lääkehoito toteutuisi varmemmin muuttuvissa tilanteissa. Lääkehoidon virheilmoitukset tulisi käydä aina läpi henkilökunnan kanssa, jotta henkilökunta oppisi tehdyistä virheistä ja lääkehoitoa voitaisiin kehittää entistä turvallisemmaksi. Koska tutkimuksen vastausten määrä jäi kovin alhaiseksi, tarkkoja johtopäätöksiä ei tulosten perusteella voi tehdä.

ASIASANAT: Lääkitysturvallisuus, potilasturvallisuus, lääkityspoikkeamat, HaiPro, lääkehoidon koulutukset

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme

2020 | 38 pages, 8 pages in appendices

Eveliina Ohlsson, Anne-Mari Oksa

SAFE PHARMACOTHERAPY IN CHILD PROTECTION UNITS

In 2018, there were 671 child protection units in Finland, 50 of which were located in Southwest Finland. According to a survey conducted by the Regional State Administrative Agency in Southwest Finland, there are more social welfare professionals than healthcare professionals working in public-sector units. The professionals' expertise in the units is comprised of various types of degrees in for example, nursing, social services, mental health care, early education teaching, and for this reason expertise in pharmacotherapy varies according to the type of education the professionals have. Vocational education, additional training and long-standing experience in the field are the primary factors contributing to safe pharmacotherapy.

The purpose of this study was to ascertain how safe pharmacotherapy is achieved in child protection units in Southwest Finland when it is administered by staff possessing various professional degrees. A cover letter was sent to 32 private and public-sector child protection units. Three private units of the 16 interested units were chosen randomly by a drawing, and a structured questionnaire was sent to the employees by email. The questionnaire was based on the relevant theory. We received 13 out of 32 responses. The questions centred around know-how and additional training in pharmacotherapy, adverse drug event reporting and pharmacotherapy planning.

More than half of the respondents had over 5 years of experience in the field and nearly half felt they knew almost everything there is to know about pharmacotherapy. All the respondents had some demonstration of ability in pharmacotherapy and were able to perform pharmacotherapy at some level. However, less than one third of the respondents had acquired additional training in pharmacotherapy. One third were not permitted to dose medicines to patients, and in half of the cases no double-checking was done. The employees tended to document well for the most part, but inadequacies in follow-up of the effects of pharmacotherapy were evident. Medication error reports were made in all the units, and for the most part, they were discussed with the staff in each unit. The respondents felt they benefitted from the medication error report discussions.

The study indicated that few of the respondents had acquired additional training in pharmacotherapy. Additional training in the field would ensure the staff has the latest, up-to-date information. This, in turn, would lead to safer pharmacotherapy practices in changing situations. Medication error reports should always be discussed with the staff to help them learn from their mistakes and strive to make pharmacotherapy even safer. Due to the small number of respondents, precise conclusions cannot be made based on the results. [Click here to enter text.](#)

KEYWORDS: Medication safety, patient safety, medication errors, adverse drug event reporting, HaiPro, medication training

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TURVALLINEN LÄÄKEHOITO	7
2.1 Lääkitysturvallisuus	7
2.2 Lääkehoitosuunnitelma	8
2.3 Laki terveyden- ja sosiaalihuollon ammattihenkilöistä	8
2.4 Ammattipätevyyden ylläpito työyksikössä	8
2.5 Potilas- ja asiakasturvallisuus	9
2.6 Haipro-vaaratapahtumat	10
3 LASTENSUOJELU SUOMESSA	12
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	13
5 OPINNÄYTETYÖN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS	14
5.1 Tutkimusmenetelmät	14
5.2 Tutkimusaineiston keruu ja analysointi	14
5.3 Eettisyys	15
5.4 Luotettavuus ja pätevyys	16
6 TUTKIMUSTULOKSET	17
7 POHDINTA	25
7.1 Tulosten tarkastelu	25
7.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	27
LÄHTEET	28
 LIITTEET	
Liite 1. Lähetekirje	2
Liite 2. Kyselylomakkeen kysymykset	3
Liite 3. Saatekirje vastaajille.	1

KUVAT

Kuva 1. Toimintayksikön lääkehoitosuunnitelman minimivaatimukset.	1
Kuva 2. Ammattiryhmien tehtävät lääkeshoidossa.	6
Kuva 3. Vaaratapahtumien raportointimenettely.	7

TAULUKOT

Taulukko 1. Aluehallintaviraston tekemä tutkimus.	31
Taulukko 2. Koulutus.	17
Taulukko 3. Työkokemus vuosina.	18
Taulukko 4. Lääkehoidon osaamisen näytöt.	19
Taulukko 5. Lääkehoidon lisäkoulutukset.	19
Taulukko 6. Oman lääkehoidon osaamisen arviointi.	20
Taulukko 7. Lääkkeiden jako asiakaskohtaisiksi annoksiksi.	20
Taulukko 8. Lääkkeen jaon tuplatarkastukset.	20
Taulukko 9. Lääkehoidon kirjaaminen.	21
Taulukko 10. Lääkehoidon virheiden ilmoitukset.	22
Taulukko 11. Ilmoitusten teko lääkitysvirheistä.	23
Taulukko 12. Ilmoitusten käsittely.	23
Taulukko 13. Kokemukset hyödyistä liittyen ilmoitusten käsittelyyn.	24

1 JOHDANTO

Yhdistyneiden kansakuntien yleiskokouksessa hyväksyttiin vuonna 1989 yleissopimus lapsen oikeuksista, jonka on allekirjoittanut 196 maata, mukaan lukien Suomi. Lapsen oikeudet sanovat, että lapsi, joka on tilapäisesti tai kokonaan vailla oman perheen turvaa tai ei ole lapsen edun mukaista olla perhepiirissä, on oikeutettu saamaan valtion erityistä suojelua ja tukea. (Unicef 2019.) Viimeisenä vaihtoehtona, kun muut palvelut todetaan riittämättömiksi, on lastensuojelulaitos. Suomessa oli vuonna 2018 kodin ulkopuolelle sijoitettuja lapsia yhteensä 18 544, heistä 38,7 % oli sijoitettu laitospaikkaan (Kuoppala ym. 2019).

Lastensuojelussa työskennellään moniammatillisissa tiimeissä. Lastensuojelulain mukaan henkilöstön rakenteeseen vaikuttaa toimintayksikön erityistarpeet ja toiminnan luonne. Lapsen turvallisuudesta tulee huolehtia niin, että henkilöstön määrä ja osaaminen on riittävää sekä henkilöstö on perehdytetty työtehtäviin. (Lastensuojelulaki 2007/417 § 60.) Aluehallintaviraston tekemän kyselyn perusteella ainakin kunnallisella puolella sosiaalihuollon ammattihenkilöiden määrä on huomattavasti suurempi kuin terveydenhuollon ammattihenkilöiden (Taulukko 1). Sosiaalihuollon ammattihenkilöillä ei ole koulutuksen puolesta lääkehoidon osaamista, joka taas terveydenhuollon ammattihenkilöillä on. Usein kuitenkin lääkehoitoa toteuttavat kaikki yksikön työntekijät.

Riippumatta siitä millaisessa ympäristössä lääkehoitoa toteutetaan, on se aina terveydenhuollon toimintaa. Jotta lääkehoitoa voi tehdä turvallisesti ja lain vaatimin asetuksin, tulee tehtävää toteuttaa ammatillisen koulutuksen saanut terveydenhuollon ammattilainen. Työnantajalla ja myös työntekijällä itsellään on vastuu siitä, että lääkehoidon osaaminen on tarvittavalla tasolla ja, että lääkehoito on potilaalle riittävän turvallisista. (Valvira 2019; Inkinen ym. 2015, 13, 25.)

Iso osa turvallisen lääkehoidon haittatapahtumista liittyy potilaan lääkitykseen. Suomalaisessa yliopistosairaalassa tehdyn tutkimuksen mukaan jopa 48 %:lle potilaista aiheutui haittaa lääkitysvirheistä, jotka koskivat pääasiassa lääkkeen antoa ja kirjaamista. Kaksoistarkastuksen, koulutuksen ja tiimityön merkitys turvallisessa lääkehoidossa on merkittävässä asemassa. (Härkänen 2014, 5.)

Potilas- ja lääkitysturvallisuuteen kiinnitetään enemmän huomiota kuin aikaisemmin ja julkaisujen määrä on lisääntynyt paljon. PubMed-tietokannassa hakusanalla ”patient safety” löytyi julkaisuja melkein 46 000 kappaletta vuosilta 2000-2019. Hakusanalla ”medication safety” vastaavat lukemat eivät olleet yhtä korkeita mutta julkaisujen määrät olivat silti kasvussa ja julkaisuja oli yhteensä melkein 2500 kappaletta samalla ajanjaksolla. (PubMed 2020.) Tämä kertoo, että potilas- ja lääkitysturvallisuuden merkitys on kasvanut ja tämä on oikea suunta kohti turvallisempaa lääkehoitoa, jota myös opinnäytetyömme koskee.

2 TURVALLINEN LÄÄKEHOITO

2.1 Lääkitysturvallisuus

Turvalliseen lääkehoitoon kuuluvat potilaan lääke- ja lääkitysturvallisuus ja tämä tutkimus keskittyy lääkitysturvallisuuteen. Lääketurvallisuus on sitä, että lääkkeitä on turvalista käyttää, lääkkeitä on saatavissa helposti sekä niiden käyttö on järkevää. Tätä prosessia kehittää ja valvoo Fimea. (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea 2019.) Potilaan saama lääkitysturvallisuus - eli lääkehoidon turvallisuus - on merkittävässä asemassa potilaan hoidossa. Avi:en ja Valviran tehtävänä on huolehtia, että lääkkeet on määrätty potilaalle asianmukaisesti, ja että potilas saa lääkkeensä turvallisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Henriksson 2015, 31.) Turvallisen lääkehoidon kulmakiviä ovat ammatillinen koulutus ja täydennyskoulutukset sekä ammattitaidon mukana tuoma kokemus. Aina kokemus ja osaaminenkaan ei lääkehoidossa riitä vaan yhteistyön ja kommunikaation merkitys korostuu, niin yksiköiden toimintatavoissa kuin haittavaikutusten seurannassa. Lääkitysturvallisuuden perustana on siis toimintayksikön, toiminnan ja ammatillisen toiminnan vastuu. (Inkinen ym. 2015, 3 – 4.)

Läkehoidon prosessi jaetaan seuraaviin vaiheisiin: 1. lääke määrätään, 2. lääke annostellaan, jaetaan ja saatetaan käyttökuntoon, 3. lääke annetaan ja 4. lääkkeen vaikutusta seurataan ja arvioidaan sekä lääkehoito kirjataan (Billstein-Leber ym. 2018, 1493 – 1517). Jotta läkehoidon prosessi toteutuu turvallisesti, on WHO laatinut viiden O:n säännön, jossa potilas saa 1. oikean annoksen, 2. oikeaa lääkettä, 3. oikeaan aikaan, 4. oikeaa antoreittiä ja 5. oikealle potilaalle (Valvira, 2018b). Koska lääkityspoikkeamia ja haittatapahtumia esiintyy silti, ovat Elliot ja Liu esittäneet 9 O:n säännön, jolloin edellä mainittuun listaan lisätään 6. Oikea kirjaaminen (lääkehoidon huolellinen kirjaaminen), 7. Oikea toiminta (lääkkeen annolle on syy), 8. Oikea lääkekuoto ja 9. Oikea vaste. (Elliot & Liu 2010, 301). Tämä tutkimus keskittyy hoitohenkilökunnan suorittamaan lääkehoitoon ja erityisesti lääkitysturvallisuuteen (prosessin vaiheet 2-4).

Lääkehoitoprosesseissa esiintyy virheitä turvalliseen lääkehoitoon liittyen. Global Trigger Tool- menetelmää (retrospektiivinen asiakirja-analyysi, jossa haittatapahtumia tunnistetaan ja arvioidaan tiettyjä asiasanoja käyttäen) tutkivassa väitöskirjassa jopa 48 % potilaista sai haittoja lääkitysvirheistä, 18 % vaaratapahtumaraporteista koostui lääkitysvirheistä ja 3 % lääkitysvirheistä tehtiin havainnoimalla, jotka koskivat suurimmaksi osaksi lääkkeen antoa tai kirjaamista. Myöskään tiimityön merkitystä lääkitysvirheiden minimoinnissa ei voi korostaa liikaa ja suurimmat ongelmat nousivat esiin kaksoistarkastusten laiminlyönneissä, koulutuksen puutteessa sekä tiedonkulun ja kommunikaation ongelmassa. (Härkänen 2014, 5.) Juuri tuo kaksoistarkastuksen merkitys on suuri lääkehoidossa ja sillä voidaan vähentää läkehoidon haittoja tehokkaasti. Kaksoistarkastuksen voi tehdä esimerkiksi kaksi eri työntekijää tai sitten yksi henkilö tarkastaa lääkkeet kahdella eri kerralla. (Valvira 2019.) Vaikka Härkäsen tutkimus on tehty sairaalaympäristössä, voivat samat riskit esiintyä myös missä tahansa lastensuojelulaitoksessa ja ne on tiedostettava.

2.2 Lääkehoitosuunnitelma

Lääkehoidon toteutus perustuu lääkehoitosuunnitelmaan. Se sisältää lääkehoidon suunnittelun, toteutuksen sekä lääkehoidossa tapahtuvat poikkeamat (seuranta ja raportointi). (Inkinen ym. 2015, 3.) Lääkehoitosuunnitelma kuuluu osana laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa terveydenhuoltolaissa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 8 §). Lääkehoitosuunnitelmaan on määritelty minimivaatimukset (Kuva 1) (Inkinen ym. 2015, 12).

Lääkehoitosuunnitelman tarkistus ja päivitys on hyvä tehdä vuosittain ja silloin kun työyksikön toiminta muuttuu. Päivityksestä vastaa työyksikön esimies. Lääkehoitosuunnitelmassa määritellään myös osaamisvaatimukset, jotka työntekijän tulee täyttää toteuttaessaan lääkehoitoa. Täydennyskoulutukset arvioidaan niiden perusteella. Johdon tehtävänä on varmistaa, että henkilökunnan osaaminen on ammattitaitoista, jotta turvallinen lääkehoito toteutuu. (Inkinen ym. 2015, 13 – 15.) Jokaisessa työvuorossa kuuluu olla myös tarpeeksi pätevää henkilökuntaa, jotta turvallinen lääkehoito toteutuu. Tämä koskee myös lomien ja sairauspoissaolojen aikana. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 4 §.) (Kuva 2)

2.3 Laki terveyden- ja sosiaalihuollon ammattihenkilöistä

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöstöstä sanoo, että ”sosiaalihuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät valmiudet sekä mahdollisuus kehittää ja ylläpitää ammattitaitoaan” (Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöstöistä 817/2015,1 §). Sosiaalihuollon ammattihenkilöitä ovat ne, jotka ovat saaneet ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö) ja joilla on oikeus käyttää sosiaalihuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö) (Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöstöistä 817/2015,3 §).

Terveydenhuollon ammattihenkilöstön laissa lukee, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet” (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöistä 559/1994, § 1). Nimitystä terveydenhuollon ammattihenkilö saa käyttää henkilö, joka on saanut ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö) tai ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut ammattihenkilö) sekä henkilöä, jolla on oikeus käyttää valtioneuvoston asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö) (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöistä 559/1994, § 3).

2.4 Ammattipätevyyden ylläpito työyksikössä

Potilasturvallisuuteen kuuluu, että työnantaja tarkastaa jokaisen työntekijän ammattipätevyyden. Ammattipätevyyden voi tarkastaa Valviran (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) keskusrekisteristä (JulkiTerhikki). Keskusrekisteristä voi kuka tahansa hakea tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattioikeuksista. Valviran tehtävänä on ylläpitää kyseistä rekisteriä. (Valvira 2019.)

Yksiköissä tulee siis olla asianmukaisesti koulutettu ja perehdytetty henkilökunta ja johdon tehtävänä on huolehtia, että ammattitaito myös esimerkiksi työtehtävien muuttuessa on riittävää. Täydennyskoulutukset ovat osa potilas- ja asiakasturvallisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 14-15.) Jotta asiakas saan parhaimman avun, tulee työntekijän ylläpitää ammattitaitoaan. Täydennyskoulutukseen on kuuluttava uusin hoitotieteellinen tutkimustieto. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 29, 85.) Ammattinimikkeestä riippumatta jokaisen, joka toteuttaa esim. lääkehoitoa tulee vastata omasta toiminnastaan ja varmistaa, että hänellä on riittävät lääkehoitotaidot ja –tiedot koskien omia työtehtäviään. Ilman lääkehoidon koulutusta ei voi osallistua lääkehoidon toteuttamiseen. (Tokola 2010, 272; Valvira 2019).

Sairaanhoitajat voivat koulutuksensa vuoksi toteuttaa yksikössä lääkehoitoa laajasti ilman erillisiä lupia, koska heidän lääkehoitokoulutuksensa on monipuolinen. Sairaanhoitajat vastaavat yksiköiden lääkehoidosta ja sen toteuttamisesta ja he ottavat vastuun siitä, että lääkehoito on asiakkaalle turvallista. Myös lähihoitajien koulutukseen kuuluu lääkehoidon opintoja, joten myös heillä on lupa osallistua luonnollista tietä annettavien lääkkeiden (ei pkv- tai huumelääkkeet) käsittelyyn ilman erillistä lupaa. Perus- ja lastenhoitajilla, sekä mielenterveys- ja mielisairaanhoitajilla ei ole yhtä laajaa lääkehoidon koulutusta, joten työnantajan velvollisuus on selvittää hoitajan osaaminen yksilöllisesti.

Työnantaja voi päättää mitkä lääkehoidontehtävät työntekijälle kuuluvat ja riittääkö hänen ammatillisen koulutuksensa lääkehoito-osaaminen tehtävien suorittamiseen. Jos työntekijän ammatilliseen koulutukseen ei ole kuulunut lääkehoidon opintoja (sosionomit, nuoriso- ja vapaa-ajanhjaajat, yhteisöpedagogit), pitää heidän osaamisensa varmistaa lääkehoidon kurssilla. Koulutuksen sisältö määräytyy sen mukaan, kuinka vaativaa osaamista yksikössä tarvitaan. Sijaiset voivat osallistua lääkehoidon toteuttamiseen, kun heillä on riittävä määrä terveydenhuollon opintoja takanaan. (Valvira, 2018b)

2.5 Potilas- ja asiakasturvallisuus

“Potilas- ja asiakasturvallisuus on sitä, että henkilön saama hoito, hoiva ja palvelut edistävät hänen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointiaan ja näistä aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa.” Palvelun tarjoajalla on velvollisuus, että potilas- ja asiakasturvallisuus toimii ja että tiedonkulku ja dokumentointi on turvattua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 12.) Potilaalle potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että hän saa tarvitsemaansa hoitoa oikealla tavalla ja oikeaan aikaan ja niin, että hoidosta aiheutuvat haitat minimoidaan. Yksiköissä tapahtuva potilasturvallisuuskulttuuri puolestaan on sitä, että potilaiden hoito on järjestelmällistä ja suunnitelmallista. (Inkinen ym. 2015, 16; Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011, 7, 13.)

Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen on keskeinen osa parannettaessa potilasturvallisuutta ja hoidon laatua. Potilasturvallisuuskulttuuri voidaan mukauttaa organisaation, yksikön tai ryhmän jäsenten potilasturvallisuuteen liittyvillä yhteisillä arvoilla, uskomuksilla, normeilla ja menettelyillä. (Weaver ym. 2013.)

Asiakasturvallisuus lastensuojelussa tarkoittaa sitä, että ”lapsella on oikeus turvalliseen kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeleluun”. Lastensuojelulaitoksissa lapsen tasapainoinen kehitys ja hyvinvointi tulee turvata lapsen yksilöllisen tarpeiden ja toiveiden mukaan. (Pettinen ym. 2017, 8.) Laki koskien

sosiaalihuollon ammattihenkilöitä on tarkoitus edistää niin sosiaalihuollon asiakkaan oikeutta saada hyvää ja laadukasta sosiaalihuoltoa ja kohtelua kuin asiakasturvallisuutta (Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöstöstä 817/2015,1 §).

Tutkimusten mukaan virheitä on aina ollut ja tulee aina olemaan. Ihmisyyteen kuuluu, että jossain kohtaa väistämättä tehdään virheitä. Turvalliseen potilasturvallisuuskulttuuriin kuuluu, että erotetaan ei-hyväksyttävä vaarallinen toiminta tahattomista virheistä (a just culture). Haittatapahtumista ja läheltä piti-tilanteista kerätään tiedot, jotka sitten analysoidaan ja tieto jaetaan eteenpäin (a reporting culture) sekä, että tapahtumista opitaan ja opittu otetaan käytäntöön (a learning culture). Useampien tutkimusten mukaan hyvään potilasturvallisuuskulttuuriin kuuluu avoin keskustelu, tiimityöskentely, tiedostettu vastavuoroinen riippuvuussuhde sekä työpaikan turvallisuus. Valitettavaa myös turvallisuuden kannalta on, että ilmoittaminen ongelmista nähdään enemmän hyökkäyksenä organisaatiota kohtaan kuin parannusyrityksenä. Myös virheiden selvittelyssä käytettiin aikaa syyllisen selvittämiseen, ei syy selvittämiseen. On tarpeellista kehittää kulttuuria turvallisesta hoidosta ja minimoida virheet ja siten potilaan terveyden vaarantaminen. (WHO 2008, 54; Azevedo yms. 2014, 59; Hamoudi yms. 2018, 1042.)

2.6 Haipro-vaaratapahtumat

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian mukaan tavoitteena vuoteen 2021 mennessä on, että mm. palveluprosessit ja toimintatavat ovat turvallisia ja suojaavat potilaita ja asiakkaita vaaratapahtumilta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 11). (Kuva 3)

Työntekijä ja organisaatio voivat oppia vaaratapahtumista, jos sitä ei tehdä syyllistämällä. Syyllistämällä voivat vaaratapahtumailmoitukset helposti jäädä tekemättä. Vaaratapahtumaa tulisi pohtia yhdessä; miksi vaaratapahtuma pääsi syntymään ja miten toimintatapoja tulisi muuttaa, jotta vastaavaa vaaratapahtumaa ei pääsisi syntymään uudelleen, samalla huomioiden erehtymisen mahdollisuus. Tavoitteena ovat aina pysyvät muutokset ja, että organisaatio oppii tapahtuneesta. Vaaratapahtumasta tulee aina raportoida, jotta toimintaa voidaan kehittää ja ylläpitää. Järjestelmän kuuluu olla sellainen, että sitä voidaan hyödyntää systemaattisesti. Virheen syyt pitää selvittää, jotta sama virhe ei toistu uudelleen. Vaaratapahtumien raportointia ei pidä nähdä ajan hukkana. Organisaation potilasturvallisuussuunnitelma on oltava työntekijöiden ja opiskelijoiden saatavissa ja heillä on oikeus tehdä ilmoitus vaaratapahtumasta tai poikkeamasta. Tämän velvoittaa terveydenhuoltolaki. Työntekijöiden on tärkeää tietää mihin tarkoitukseen vaaratapahtumista saatua tietoa käytetään ja kuka niitä käyttää. Toimivan raportoinnin avulla avoimuus ja turvallisuuskulttuuri lisääntyvät organisaatiossa. (Kinnunen ym. 2013, 257- 259.) On hyvin pitkälti johtajien ja esimiesten vastuulla, että työntekijät osallistuvat aktiivisesti toiminnan kehittämiseen organisaatiossa. Organisaation johdolla on kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta. (Kinnunen ym. 2009, 11.)

Haipro (raportointijärjestelmä sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumille) on kehitetty Lääkelaitoksen ja Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen yhteistyössä ja sitä käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Vaaratapahtumat käsittävät haittatapahtumat sekä läheltä piti-tilanteet. Haipro-ilmoitus tehdään vapaaehtoisesti, nimettömästi ja luottamuksellisesti. Suomen lainsäädännön mukaan potilaalla on oikeus valittaa

hoidosta tai hoitovahingosta, joten sitä kautta hoitotyöntekijän tekemä Haipro-ilmoitus voi tulla julkiseen käsittelyyn. Ilmoituksen tekeminen ja palautteen antaminen on helppoa ja nopeaa ja ilmoittajalle tulee tieto, miten ilmoitus etenee prosessissa. Raportointimallia voi muokata, jotta se palvelee yksikön tarvetta, on vaatimusten mukainen ja se palvelee valtakunnallisesti. (Knuutila ym. 2007, 17.)

Raportointiprosessi koostuu seuraavista vaiheista: 1. Vaaratilanteen tunnistus, 2. Ilmoituksen teko, 3. Ilmoituksen vastaanotto, luokittelu ja analysointi, 4. Päätöksenteko jatko toimista sekä 5. Seuranta ja arviointi (Knuutila ym. 2007, 17, 24). Julkaisun mukaan raportoinnin tekemiseen tarvitaan työntekijöiden jatkuvaa motivointia. Ilmoitusaktiivisuuden vaikuttavat kiire, muut ensisijaiset tehtävät, epäily hyödyistä omaan työhön ja jopa ajatus, että ilmoituksesta on haittaa omaan työhön. (Knuutila ym. 2007, 40.) Terveystieteiden huollon lainsäädäntö edellyttää, että toiminnasta ja ongelmista pitää kerätä tietoa sekä organisaatitasolla että valtakunnallisesti. Sosiaali- ja terveysministeriön laitokset, potilasvakuutuslautakunta ja viranomaiset saavat kerätä tietoa. (Kinnunen ym 2009, 10.)

3 LASTENSUOJELU SUOMESSA

Lastensuojelulaki määrittää mikä on lastensuojelulaitos. Lastensuojelulaitoksiin kuuluvat lastenkodit, koulukodit ja muut näihin rinnastettavat lastensuojelulaitokset, sekä vastaanottokodit ja nuorisokodit. Valtiolla ja kunnilla on omia lastensuojelulaitoksia ja tämän lisäksi yksityiset voivat järjestää lastensuojelua luvanvaraisesti. palveluntuottajan tulee hakea lupaa lastensuojelulaitoksen perustamista varten oman kunnan aluehallintovirastosta tai sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolta, jos toimintaa on useilla alueilla. Laitoshoidon tulee olla viimeinen mahdollinen ratkaisu, kun todetaan että muut keinot eivät riitä tai, että lapsen tilanne vaatii erityistä ammatillista osaamista. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2019.)

Lastensuojelulaissa 59 § todetaan, että ”Asuinyksikössä saadaan hoitaa yhdessä enintään seitsemää lasta tai nuorta.” ”Asuinyksikössä tulee olla vähintään seitsemän hoito- ja kasvatustehtävissä toimivaa työntekijää. Jos samassa rakennuksessa on useampi asuinyksikkö, asuinyksikköä kohden tulee olla vähintään kuusi hoito- ja kasvatustehtävissä toimivaa työntekijää.” (Lastensuojelulaki 417/2007 59§.) Suositeltavaa on, että vähintään puolella henkilöstöstä on sosiaali- ja terveysalan korkeakoulututkinto. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen tekemässä tarkastelussa koettiin, että ammattikorkeakoulututkinto itsessään ei takaa sisällöllistä osaamista sijaishuoltoon. Terveydenhuollon ammattilaisia tarvitaan sijaishuollossa, he vastaavat turvallisesta lääkehoidosta ja puhuvat psykiatrin kanssa yhteistä kieltä, ollen samalla lapsen edustajia, kun tämä tarvitsee erityissairaanhoidon osaamista. Jos taas osaaminen painottuu terveydenhuollon osaamiseen, jää sosiaalihuollon osaaminen vähemmälle. (Porkko ym. 2018, 26 – 27.)

Vuonna 2018 Suomessa toimi 443 luvanvaraista palveluntuottajaa ja yhteensä 671 lastensuojeluyksikköä. Varsinais-Suomen alueella yksiköitä on yli 50. Yksityiset palveluntuottajat tuottavat laitoshoidon, ammatillista perhehoitoa, ensi- ja turvakotitoimintaa sekä perhekuntoutusta. Näistä ylivoimaisesti eniten on laitospalveluja, joissa on yhteensä 4984 hoitopaikkaa ja suurin osa, 3276, näistä on laitospaikkoja. (Porkko ym. 2018, 16-19.)

Vuonna 2018 aluehallintovirasto teki kyselyn, johon vastasivat kaikki Varsinais-Suomen alueella toimivat kunnalliset lastensuojelulaitokset. Kyselyn mukaan Varsinais-Suomessa on 16 kunnallista lastensuojelulaitosta, joissa on 28 asuinyksikköä ja yhteensä 178 asiakaspaikkaa. Kunnallisella puolella henkilöstön painotus on selvästi enemmän sosiaalialan ammattikorkeakoulututkinnon omaavissa henkilöissä, näitä oli yhteensä 149 henkilötyövuotta (palkallisten palveluksessa olopäivien lukumäärä kalenteripäivänä / 365), sairaanhoitajia tai vastaavia yhteensä 30 henkilötyövuotta, lähihoitajia tai vastaavia 18 henkilötyövuotta. Näiden lisäksi yksiköissä työskentelee muiden koulutuksen omaavia, kuten yhteisöpedagogeja, kasvatustieteen kandidaatteja, toimintaterapeutteja, luokan- ja lastentarhanopettajia sekä yhteiskuntatieteiden kandidaatteja. (Aluehallintovirasto 2019.) Yksityisistä palveluntuottajista ei löytynyt vastaavaa tilastoa.

Lasten ja nuorten hoidossa myös neuropsykiatrisen osaamisen tarve on kasvanut. Yksiköissä on erikoistumista, mutta joskus näyttää siltä, että se on yhden psykiatrisen sairaanhoitajan varassa ja muu psykiatrisen hoidon on laitoksen ulkopuolella, jota konsultoidaan tarvittaessa. (Porkko ym. 2018, 24.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, miten turvallinen lääkehoito toteutuu Varsinais-Suomen alueella toimivissa lastensuojelun yksiköissä, kun eri koulutuksista koostuva hoito- ja kasvatushenkilökunta toteuttaa lääkehoitoa. Tavoitteena on tuottaa tietoa turvallisen lääkehoidon osaamisesta ja mahdollisista kehittämiskohteista.

Tutkimus tehtiin sähköisenä kyselynä Varsinais-Suomen lastensuojelun sijaishuollon yksiköihin.

Tutkimuskysymys, johon haluttiin saada vastauksia, oli:

Turvallisen lääkehoidon osaaminen lastensuojeluyksiköissä?

- a. Yksiköiden lääkehoitosuunnitelmien tunnettavuus ja hyödynnettävyys?
- b. Haittapapahtumien raportoinnin käytänteet?
- c. Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön oma osaaminen ja lisäkoulutukset?

5 OPINNÄYTETYÖN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmät

Varsinais-Suomen alueella toimivien 32 lastensuojelun yksikön esimiehille lähetettiin syksyn 2019 aikana lähetekirje (Liite 1), jossa kerrottiin kyselyn tarkoituksesta ja tavoitteesta ja pyrittiin näin saamaan yksiköt mukaan tutkimukseen (Hirsjärvi ym. 2009, 204). Tutkimus toteutettiin sähköisenä survey-tutkimuksena maaliskuussa 2020 eli tutkimus toteutettiin strukturoituna kyselylomakkeena, kaikki tutkimukseen osallistuvat vastasivat täysin samanlaiseen lomakkeeseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 193; Vilkkä 2015, 61.) Strukturoidun kyselylomakkeen etuna oli se, että kaikki tutkittavat vastasivat samaan kyselyyn, jolloin aineiston analysointi oli tehokasta ja nopeaa. Kyselyn ollessa sähköinen Webropol-kysely, pystyttiin takaamaan myös se, etteivät tutkijat tapaa henkilökohtaisesti tutkittavia prosessin missään vaiheessa. Kyselylomakkeen käyttöön sisältyi myös haittoja. Tutkijat eivät tällöin tienneet miten vakavasti tutkittavat suhtautuivat kyselyyn ja vastattiinko siihen rehellisesti. Lisäksi kysymykset voitiin tulkita eri tavoin kuin tutkijat olivat tarkoittaneet, eikä väärinymmärryksiä voitu siten kontrolloida. (Hirsjärvi ym. 2007, 130, 188, 190.)

Tutkimusmenetelmänä käytettiin analyysitriangulaatiota, eli kyselylomakkeiden vastauksia analysoitiin sekä tilastollisin että laadullisin menetelmin. Eri menetit täydensivät toisiinsa ja lisäsivät tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 233; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 75.) Kyselylomakkeessa kysyttiin tutkittavien välttämättömmät riippumattomat taustatiedot, kuten koulutus ja työkokemus. Tutkimus oli poikittais-tutkimus, eli aineisto kerättiin kerran, eikä sitä ole tarkoitus tarkastella myöhemmin uudelleen. Kvalitatiivista menetelmää käytettiin, koska haluttiin löytää uusia näkökulmia, joita tutkittavat nostivat esiin. Tutkimuksen oli tarkoitus antaa tilaa myös tutkittavien omille näkökulmille. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55-56, 65-74, 91-92.) Tutkimuksessa kuvattiin yksiköiden todellista arkea liittyen lääkitysturvallisuuteen ja sen toteutumista pyrittiin tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkimussuunnitelma muovautui samalla, kun tutkimuksen kirjallisuuskatsaus eteni. (Hirsjärvi ym. 2007, 160.) Tutkimus oli yksinkertainen satunnaisotantatutkimus, koska tutkimukseen osallistuvat yksiköt arvottiin osasta Varsinais-Suomen alueella toimivista lastensuojeluyksiköistä, ja näin jokaisella yksiköllä oli yhtä suuri mahdollisuus tulla valituksi (Mellin 2006, 19 - 20). Tämän otoksen vastauksista tehtiin johtopäätökset kvantitatiivisin menetelmin, eli kyselylomakkeiden vastaukset tiivistettiin graafisiksi esityksiksi (Mellin 2006, 6).

5.2 Tutkimusaineiston keruu ja analysointi

Aineistonkeruuvaiheessa kävi ilmi, ettei turvallisen lääkehoidon toteuttamista ole juuri-kaan tutkittu suomalaisissa lastensuojelunlaitoksissa. Lääkitys- ja potilasturvallisuutta on kuitenkin tutkittu paljon varsinkin sairaalamaailmassa (potilasturvallisuutta pediatriassa, lasten lääkityksissä, akuutissa hoidossa, vanhusten hoidossa, hoitotyön työympäristöissä ja potilaiden turvallisuudessa sairaaloissa). Pääosin tehtyjä tutkimuksia voidaan yleistää myös lastensuojeluun. Potilasturvallisuuteen kiinnitetään enemmän huomiota kuin aikaisemmin ja julkaisujen määrä on lisääntynyt paljon. PubMed-tietokannassa

hakusanalla ”patient safety” löytyi vuonna 2000 julkaisuja 171 kappaletta ja vuonna 2019 julkaisujen määrä nousi jopa 5527 kappaleeseen. Yhteensä julkaisuja oli kyseisellä aikavälillä 45 927 kappaletta. Hakusanalla ”medication safety” vastaavat lukemat eivät ole yhtä korkeita mutta julkaisujen määrät olivat silti kasvussa. Vuonna 2000 julkaisuja oli 7 kappaletta ja vuonna 2019 386 kappaletta. Yhteensä julkaisuja oli vuosina 2000-2019 2432 kappaletta. (PubMed 2020.)

Varsinais-Suomen alueella toimivien 32 lastensuojelun yksikön esimiehille lähetettiin marraskuussa 2019 lähetekirje (Liite 1) (Hirsjärvi ym. 2009, 204). Lähetekirjeeseen vastasi 16 yksikköä, jotka halusivat mukaan tutkimukseen. Mukaan halunneista yksiköistä valittiin yhteensä kolme yksikköä, yksi yksikkö kustakin yrityksestä, vastaamaan itse kyselylomakkeeseen (Liite 2). Valinta tapahtui satunnaisesti arpomalla. (Mellin 2006, 7; Hunter 2009, 244.) Valittujen yritysten yksiköiden nimet kirjoitettiin paperilapuille, josta tutkimuksesta ulkopuolinen henkilö valitsi yksiköt näkemättä niiden nimiä. Kyselylomake esitettiin Turun ammattikorkeakoulun terveystiedon lehtorin toimesta ennen varsinaisten kyselylomakkeiden lähettämistä. (Hirsjärvi ym. 2009, 204; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190 – 192.) Kyselylomakkeen esitelmä oli tärkeää, koska kyselylomaketta ei oltu käytetty aiemmin. Esitelmä toi esiin epäselvät kysymykset sekä vastausvaihtoehtojen riittämättömyyden. Kyselylomaketta muokattiin esitelmän kommenttien mukaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 199; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190 - 192.)

5.3 Eettisyys

Tutkimuksen lähtökohtana oli ihmisarvon kunnioittaminen ja jokaisella vastaajalla oli mahdollisuus päättää itse, osallistuuko hän tutkimukseen vai ei. Kyselyyn vastaaminen oli täysin vapaaehtoista. (Kuula 2011, 60.) Yksiköiden esimiehet päättivät lähetekirjeen saatuaan, oman yksikön työntekijöiden mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen ja tämän jälkeen jokainen työntekijä valitsi itse osallistumisestaan tutkimukseen. Tutkittaville kerrottiin saatekirjeessä (Liite 3) tutkimuksen tekijöistä sekä tutkimuksen tarkoituksesta, miten yksiköt valikoituivat kyselyyn ja kyselyn anonyymiteetistä. Tutkittavat eivät saaneet minkäänlaista palkintoa osallistumisestaan. (Kuula 2011, 62, 106, 160.) Kyselylomakkeen kaikkiin kysymyksiin ei ollut pakko vastata, jos tutkittava koki kysymyksen huonoksi tai liian arkaluontoiseksi. Esimiehille annettiin jo lähetekirjeessä tutkijoiden yhteystiedot, jotta tarvittaessa heillä oli mahdollisuus esittää kysymyksiä ja ottaa yhteyttä lisätietojen saamiseksi. (Kuula 2011, 104, 108; Hirsjärvi ym. 2009, 25.) Vastatuista kyselylomakkeista otettiin varmuuskopiot, jotta tieto ei tuhoudu eikä muutu. Kyselylomakkeet ja kopiot tuhottiin aineiston keruun ja analysoinnin jälkeen. (Kuula 2011, 113 – 114.)

Kyselylomakkeisiin vastattiin anonyymisti, eikä tutkijoilla ollut mahdollisuutta selvittää kenen vastauksista on kyse. Tutkijat eivät saaneet tietoon yksiköiden henkilökuntaraken- teita eikä työntekijöiden nimiä. Kaikkien kolmen yksikön vastaukset analysoitiin yhtenä kokonaisuutena. Koska tutkimuksella ei tutkittu kyselyyn vastaavien henkilökohtaista elämää, eivät tutkijat tarvinneet vastaajien henkilö- tai muita tunnistetietoja. Tutkimusai- neistoja käytettiin vain tutkimuksessa, eikä sen osia luovutettu ulkopuolisille henkilöille tai tahoille. Yksiköiden ja Turun ammattikorkeakoulun välille tehtiin kirjallinen sopimus, josta selvisi molempien osapuolien oikeudet ja velvollisuudet. (Kuula 2011, 100-102, 109, 115.)

5.4 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin osaltaan varmistamaan sillä, että tutkijoita oli useampia, jolloin tutkimustuloksia voitiin verrata ja saada yhteiset tulokset. Tutkimuksen holistisen harhалуulon mahdollisuus oli pienempi, koska tutkijoita oli useita eikä yksittäisen tutkijan ajatus omien johtopäätösten oikeellisuudesta päässyt vaikuttamaan.

Tutkimus toteutettiin Webropol kyselylomakkeilla, jolloin tutkijat eivät saaneet varmuutta siitä, olivatko tutkittavat käsittäneet kysymykset samoin kuin tutkijat olivat ne ajatelleet. Tämä heikensi tutkimuksen validiutta. Toisaalta tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että tutkimusmenetelmä oli analyysitriangulaatio. Kyselylomakkeen tuli olla riittävän kattava, mitata oikeita asioita ja olla toistettavissa, sillä se on tutkimuksen luotettavuuden perusta. (Hirsjärvi ym. 2007, 226-228; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 76, 198.) Tutkijoiden tehdessä tutkimuksen kirjallisuuskatsausta kävi ilmi, ettei lastensuojeluun ole tehty vastaavaa tutkimusta, joten kyselylomake tehtiin kirjallisuuskatsauksen pohjalta.

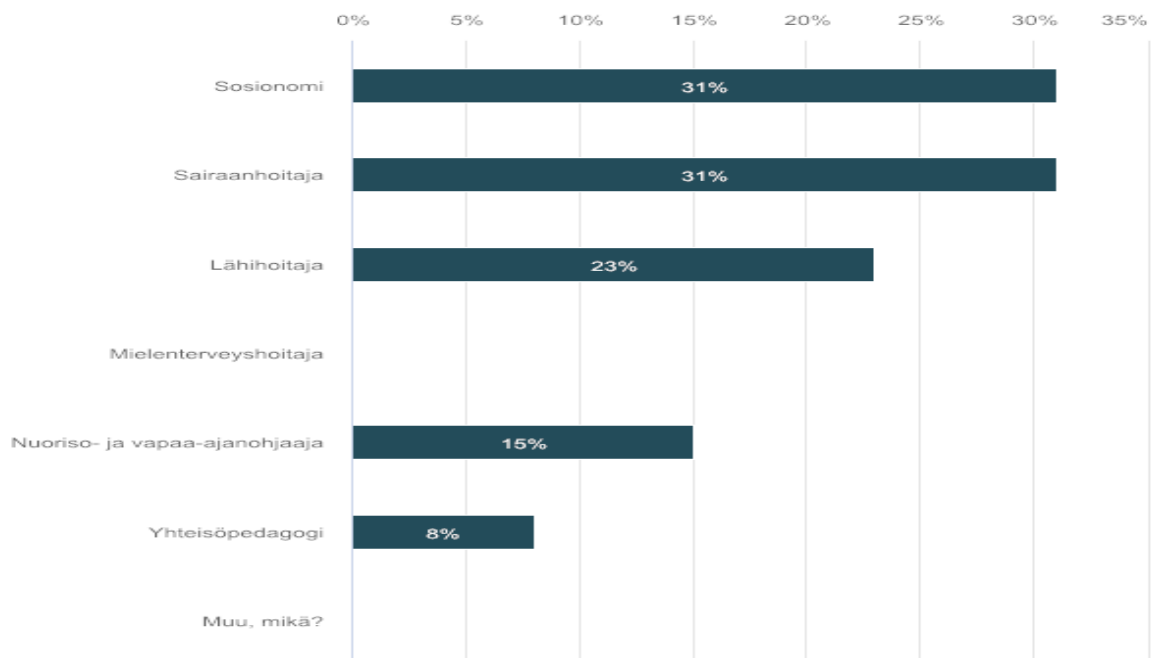
Tutkimuksen kohdejoukkona olivat Varsinais-Suomalaiset lastensuojeluyksiköt, eikä tutkimusta voi näin ollen yleistää kattamaan koko Suomea (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189-190). Tutkimuksen aihe oli arkaluontoinen, ja tutkittavat saattoivat vastata kysymyksiin kuten he olettivat, että heidän haluttiin vastaavan, joka saattoi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimusaiheen arkaluontoisuuden vuoksi oli mahdollista törmätä vastaajien katoon, toisaalta oli mahdollista, että tutkimukseen ei olisi lähtenyt yksikään yksikkö mukaan tai tutkittavat olisivat jättäneet vastaamatta kysymyksiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 195 – 196.)

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Kyselylomakkeessa oli 18 kysymystä, jotka käsittivät vastaajien näkemystä koskien turvallista lääkehoitoa lastensuojelussa. Taustamuuttujina käytettiin vastaajien työkokemuksen pituutta hoitotyössä sekä ammattinimikettä. Kyselylomakkeessa käytettiin monivalintakysymyksiä, joista tutkittavat valitsivat valmiin vastausvaihtoehdon ja joitakin täydennettiin avoimilla kysymyksillä. Näin vastaaja pystyi vastaamaan mitä mieltä hän todellisuudessa oli. (Hirsijärvi ym. 2007, 193-198.) Osissa kysymyksiä käytettiin 5-portaista Likertin-asteikkoa, joissa tutkittavat valitsivat ovatko he väittämän kanssa samaa vai eri mieltä (Heikkilä 2014).

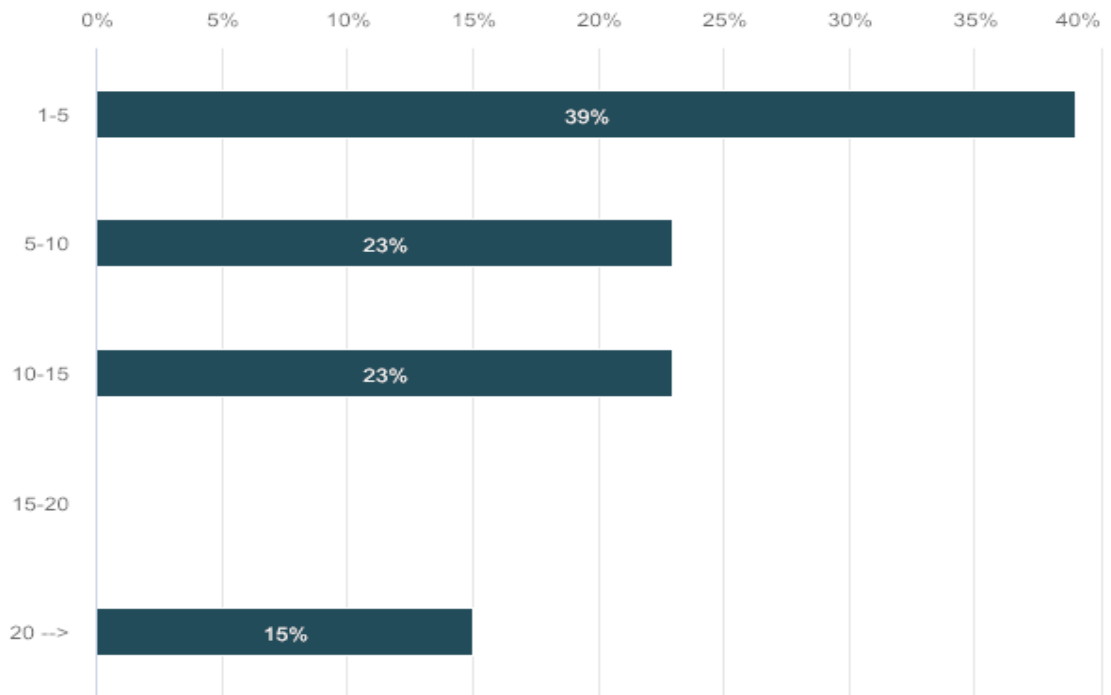
Maaliskuussa 2020 toimitettiin linkki sähköiseen Webropol-kyselyyn sähköpostitse yksiköiden kaikille työntekijöille yksiköiden esimiesten toimesta. Linkki lähetettiin yhteensä (N=32) työntekijälle. Kyselyn toteutunut otos oli (n=13). Vastausprosentti oli 40,6. Kyselylomake esiteltiin yhdellä henkilöllä ja esiteltävää lomaketta ei otettu mukaan tutkimukseen, koska esiteltäjä ei työskennellyt yksiköissä. Kyselylomakkeiden vastuusten analysointiin käytettiin Excelin tilastoanalyysia. Tulokset analysoitiin rehellisesti, niitä ei keksitty eikä kaunisteltu. Tulokset raportoitiin sellaisena kuin ne olivat, eikä mitään jätetty kertomatta. (Hirsijärvi ym. 2007, 26.)

Taulukko 1. Koulutus.



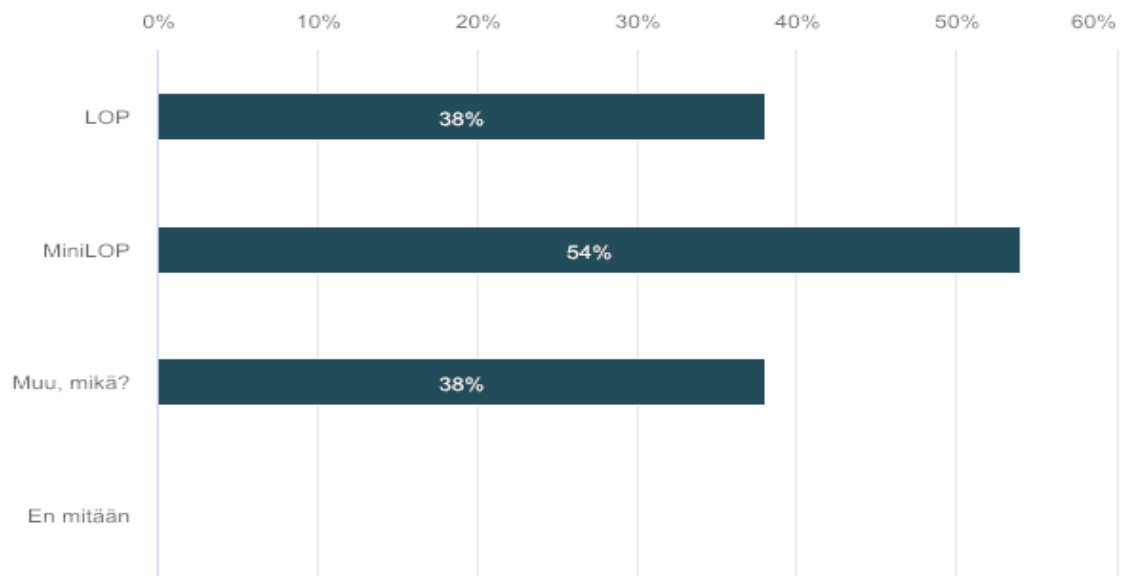
Kyselyyn vastanneista ammattikorkeakoulun suorittaneita oli 69 % ja toisen asteen tutkinnon suorittaneita 38 %. Yhdellä vastaajalla oli sekä AMK- että toisen asteen tutkinto. 31 %:lla vastaajista oli sosionomin ja 31 %:lla sairaanhoitajan tutkinto. Lähihoitajia oli 23 %, nuoriso- ja vapaa-ajanohjaajia oli 15 % ja yhteisöpedagogeja oli 8 % vastaajista.

Taulukko 2. Työkokemus vuosina.



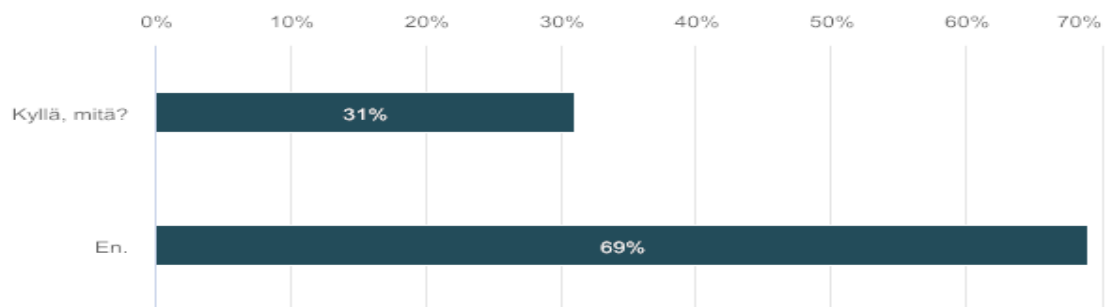
Työkokemusta oli alle 10 vuotta 62 %:lla työntekijöistä. Suurin osa (39 %) oli ollut lastensuojelussa alle 5 vuotta. Kyselyyn vastanneista 38 %:lla oli yli 10 vuoden työkokemus.

Taulukko 3. Lääkehoidon osaamisen näytöt.



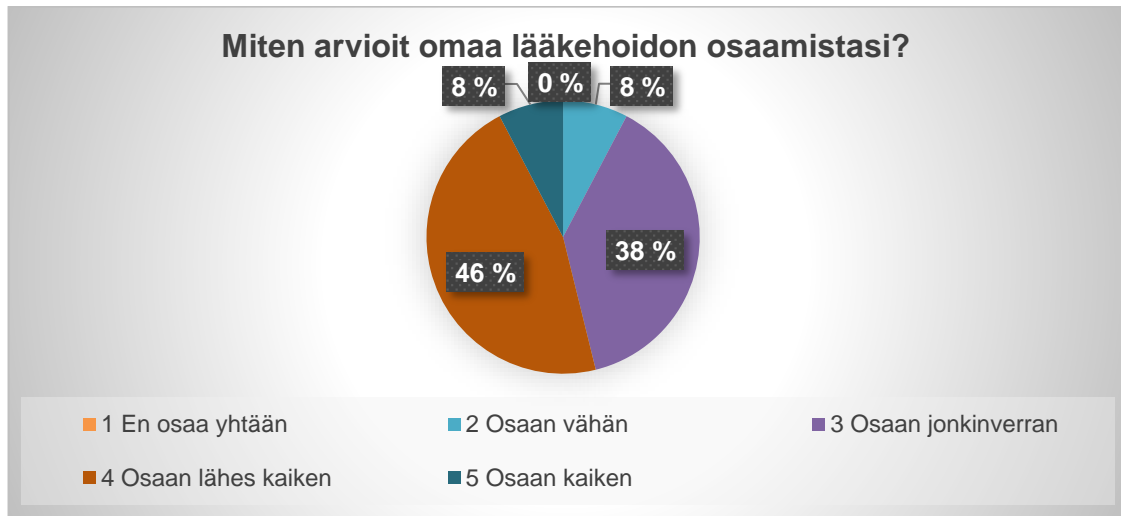
Kaikki työntekijät olivat antaneet jonkin näytön lääkehoidon osaamisestaan. Osa oli tehnyt useamman näytön. 54 % oli tehnyt MiniLOPin ja 38 % LOPin. Muita lääkehoidon osaamisen näyttöjä oli pkv, jakonäyttö lastenkodissa, yrityksen järjestämä lääkehoidon koulutus ja -koe, sekä Love.

Taulukko 4. Lääkehoidon lisäkoulutukset.



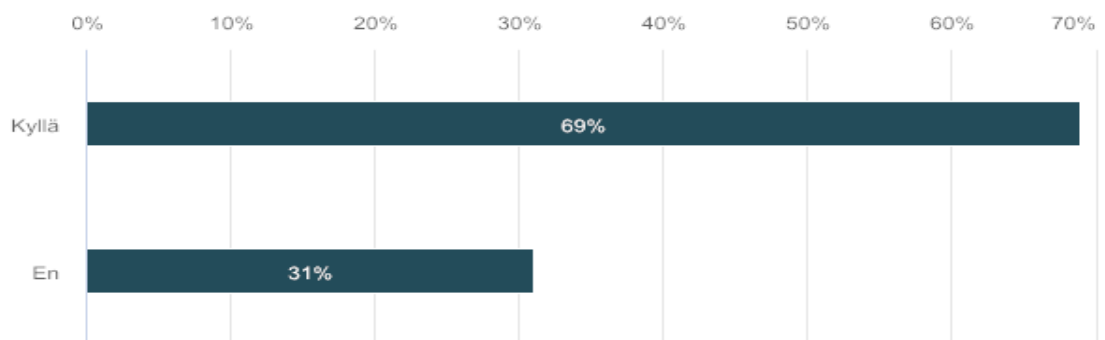
Kyselyyn vastanneista 69 % ei ollut suorittanut lääkehoidon lisäkoulutuksia. 31 % oli suorittanut lisäkoulutuksen ja niitä olivat ProEdu lääkehoito, yrityksen järjestämä lääketoitokoulutus sekä PKV.

Taulukko 5. Oman lääkehoidon osaamisen arviointi.



Kyselyyn vastaajista 46 % arvioi osaavansa lähes kaiken lääkehoidosta (4), kun Likertin-asteikolla 1 tarkoittaa "En osaa yhtään" ja 5 "osaan kaiken". 8 % kertoi osaavansa kaiken (5) ja 8 % osaamisen olevan vähäistä (2). 38 % ilmoitti osaavansa jonkin verran (3).

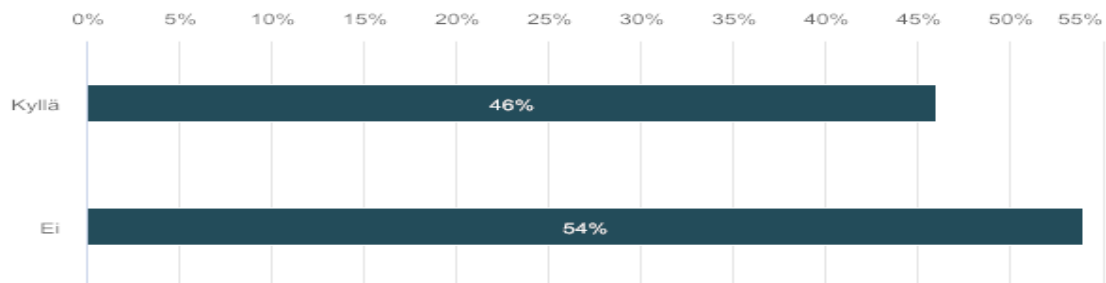
Taulukko 6. Lääkkeiden jako asiakaskohtaisiksi annoksiksi.



Kyselyyn vastanneista 69 % sai jakaa lääkkeet asiakaskohtaisiksi annoksiksi ja 31 %:lla ei tätä oikeutta ollut.

Kyselyyn vastanneista kaikki vastaajat saivat antaa asiakkaalle valmiiksi jaetut lääkkeet luonnollista tietä.

Taulukko 7. Lääkkeen jaon tuplatarkastukset.



Lääkkeenjaon tuplatarkastukset toteutuivat aina 46 %:n mukaan vastaajista ja 54 % vastaajista oli sitä mieltä, että tuplatarkastusta ei tehdä aina.

Taulukko 8. Lääkehoidon kirjaaminen.



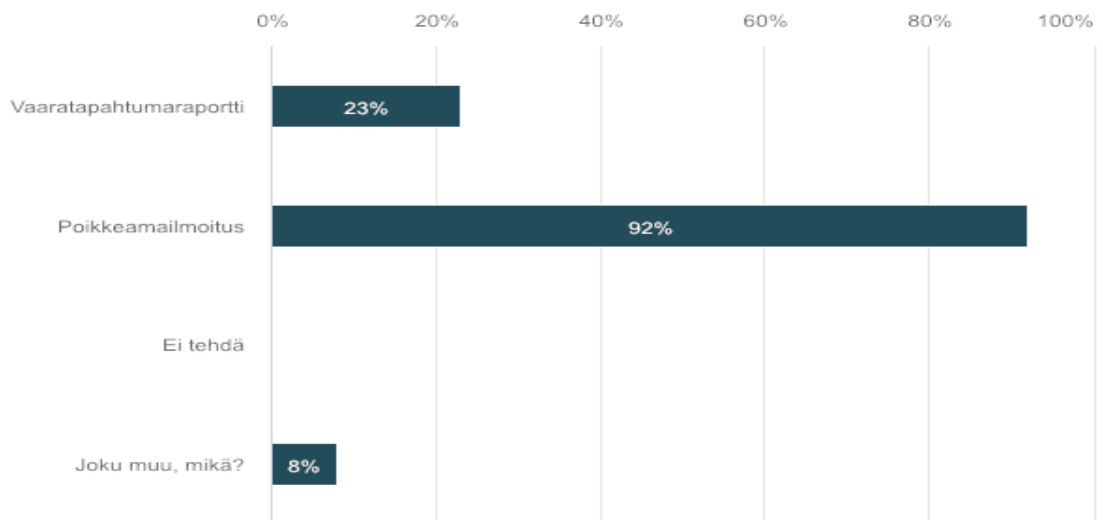
54 % vastaajista koki, että lääkehoitoa kirjataan tarpeeksi melkein aina (4). 31 % koki, että kirjataan joskus (3). 8 % oli sitä mieltä, että kaikki kirjataan aina (5). 8 %, oli sitä mieltä, että kirjataan harvoin (2).

Avoimessa kysymyksessä ”Mikä toimii hyvin lääkehoidon kirjaamisessa?” saimme seuraavia vastauksia (8 kpl): ”Lääkkeen jako kirjaus. Lääkelehtien päivitys”. ”Nappula-kirjaukset”. ”Tietokone ohjelmassa on hyvät ominaisuudet kirjaamiseen”. ”Lääkeiden antamiset tai antamatta jättämiset kirjataan pääasiassa hyvin”. ”Tarvittaessa annetut lääkkeet kirjataan hyvin. Lääkekuurit ajantasaisesti”. ”Pääasiassa lääkkeet kirjataan annetuiksi”. ”Aina merkataan lääkkeiden anto tai lääkepoikkeama sekä tarvittaessa annettavat lääkkeet. Myös dosettien jako ja tarkistus merkataan hyvin”. Ja ”Sairaanhoitajien tarkat kirjaukset”.

Kysyttäessä “Mitä muuttaisit lääkehoidon kirjaamisessa?” saimme seuraavia vastauksia: *“Enemmän lääkehoidon seurantaa, lääkkeen vaikutus jne”*. *“En mitään”*. *“Lääkkeiden vaikutuksia ei kirjata juurikaan ja sitä voisi mielestäni muuttaa”*. *“Olisi joku muistutus, jos lääke antamatta. Esim. tunnin sisään suositellusta ajasta”*.

Vastaajien mukaan jokaisessa yksikössä oli lääkehoitosuunnitelma ja yksiköissä lääkkeet säilytetään ohjeiden mukaan.

Taulukko 9. Lääkehoidon virheiden ilmoitukset.



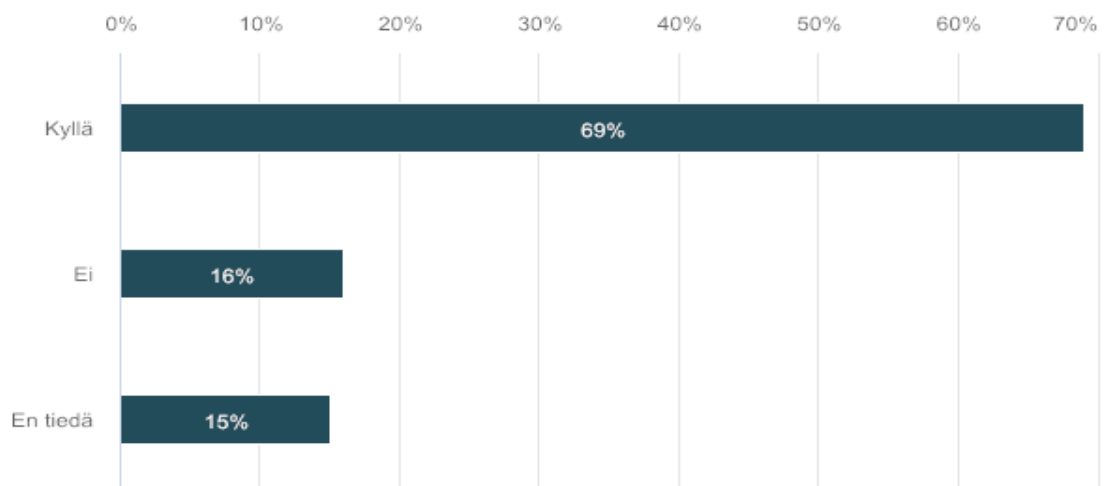
Kaikki vastaajat ilmoittivat, että heillä tehdään jonkinlainen ilmoitus lääkkeenhoitoon liittyvistä virheistä. 92 %:ssa tapauksista tehtiin poikkeamailmoituksia, 23 %:ssa vaaratapahtumaraportteja ja 8 %:ssa Joku muu, mikä (Haipro-ilmoituksia). Joissakin yksiköissä tehtiin sekä poikkeamailmoituksia että vaaratapahtumaraportteja.

Taulukko 10. Ilmoitusten teko lääkitysvirheistä.



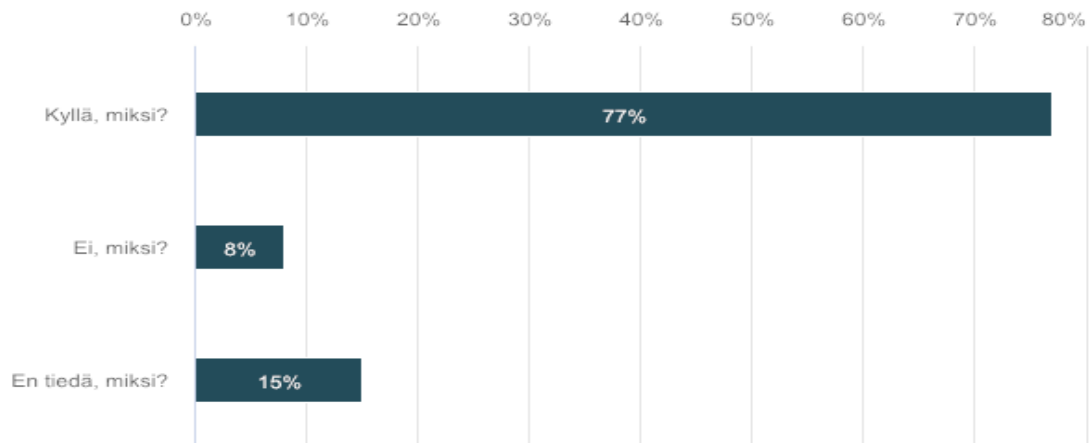
38 % vastaajista vastasivat, että vaaratapahtumaraportteja ja poikkeamailmoituksia tehdään lähes aina (4). 31% vastaajista ilmoitti, että raportoidaan joskus (3). 23 % vastaajista vastasi, että kaikki raportoidaan (5). 8% vastasi, että raportoidaan harvoin (2).

Taulukko 11. Ilmoitusten käsittely.



69 % vastaajista vastasi kyllä kysyttäessä "Käsitelläänkö lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumaraportit tai poikkeamailmoitukset yksikössäni?". 15% vastasi Ei ja 15% En tiedä.

Taulukko 12. Kokemukset hyödyistä liittyen ilmoitusten käsittelyyn.



77 % vastaajista koki, että vaaratapahtumaraporttien käsittelystä on ollut hyötyä. 15% ei tiennyt oliko vaaratapahtumaraporttien käsittelystä ollut hyötyä vai ei. 8 % vastasi, että ei ole ollut hyötyä.

Saimme seuraavat vastaukset kysyttäessä ”Onko vaaratapahtumaraporttien käsittelystä ollut hyötyä?”.

EI: *”Kirjaaminen unohtuu välillä, ei ole mielestäni kovin vakavaa”.*

KYLLÄ: *”Jotta jatkossa toimisimme”. ”Tarkkuus lisääntyy”. ”Seuraavalla kerralla samassa tilanteessa viisaampi”. ”Seurataab mitkä asiat toistuu”. ”Tiettyjen lääkehoitopointeiden esiintyminen on vähentynyt käsittelyn jälkeen”. ”Voidaan varautua ja estää tilanne jatkossa”. ”Asiat pysyvät mielessä ja muistetaan paremmin”. ”saa esimerkkejä ja tietää paremmin miten toimia itse vastaavassa tilanteessa”.*

EN TIEDÄ: *”En ole lääkehoidon ammattilaine, joten en käsittele niitä, emkä tiedä käsittelevätkö hoitotyön koulutuksen saaneet”.*

Kysyttäessä ”Haluaisitko kehittää yksikkönne lääkehoitoa ja miten?” saimme kaksi vastausta: *”Mielestäni lääkehoitoa on kehitetty jatkuvasti ja se toimii ihan hyvin”. ”Ihmisten kiinnostus ja lääkehoidon osaaminen ei mielestäni ole riittävällä tasolla”.*

7 POHDINTA

Turvallinen lääkehoito lastensuojelussa saattoi aiheena olla arkaluontoinen, joka mahdollisesti vaikutti yksiköiden haluun osallistua tutkimukseen. Kuitenkin tutkimukseen halusi osallistua 16 yksikköä. Sopimusteknisistä syistä tutkimukseen sai osallistua vain kolme lastensuojelun yksikköä. Mielenkiintoista oli, ettei yksikään julkisen puolen yksikkö ilmoittanut halukkuuttaan osallistua tutkimukseen.

Tutkijat joutuivat myös miettimään omaa suhtautumistaan aiheeseen objektiivisemmin, jotta tutkijat sairaanhoitajaopiskelijoina eivät olisi olleet ennakkoasenteellisia suhteessa muiden ammattihenkilöiden osaamiseen.

7.1 Tulosten tarkastelu

Kysely lähetettiin 32 henkilölle, joista 13 vastasi kyselyyn. Kysely oli avattu vastaajien toimesta 20 kertaa. Vastaajien määrä jäi melko pieneksi ja tutkijat odottivat suurempaa vastausmäärää. Syitä alhaiselle vastaajamäärälle olivat mahdollisesti seuraavat asiat: Keväällä 2020 Korona-pandemia vaikutti koko maailman tilanteeseen ja Suomessa julistettiin poikkeustila juuri, kun kyselyyn piti vastata. Työntekijöiden työaika jouduttiin varmasti käyttämään poikkeuksellisen paljon pandemian vaikutusten selvittelyyn ja si- jaishuoltoyksiköiden uuden arjen järjestelyyn. Poikkeustilan aikana koulut ja muut kuntouttavat työtoiminnot olivat suljettuna eli sijoitetut lapset ja nuoret olivat yksiköissä, vaatien ohjaajien välitöntä läsnäoloa. (Valtioneuvosto 2020). Tutkijat pohtivat, kokivatko kyselyn vastaanottajat, että lääkehoito ei ole niin tärkeässä tai suuressa roolissa heidän työnsä, eivätkä näin ollen kokeneet vastaamista tärkeäksi. Vai kokivatko tutkittavat tutkimuksen aiheen arkaluontoisena, jos arvio omasta lääkehoidon osaamisesta on huono? Toisaalta oliko kysely vastaajien mielestä epäselvä ja jättivät näin ollen vastamatta.

Aluehallintoviraston selvityksen mukaan (Taulukko 1) kunnallisissa lastensuojeluyksiköissä oli vuonna 2018 sosionomien henkilötyövuosia 76 %, lähi- ja sairaanhoitajien 24 %. Näiden prosenttien valossa tutkijat odottivat, että vastaajista suurempi osa olisi ollut sosiaalihuollon edustajia. Tässä tutkimuksessa kuitenkin vastaajista 50 % oli sosiaalihuollon ammattihenkilöitä ja 50 % terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Koska tutkimukseen osallistuivat vain yksityiset lastensuojeluyksiköt, voi sosiaalihuollon ammattihenkilöiden osuus olla eri kuin kunnallisissa lastensuojeluyksiköissä. Yksikään kunnallinen lastensuojeluyksikkö, jolle tarjottiin mahdollisuutta osallistua tutkimukseen, ei osoittanut mielenkiintoaan.

61 %:lla tutkittavista oli yli viiden vuoden työkokemus, mutta lääkehoidon lisäkoulutuksia oli suorittanut vain 31 % vastaajista. Yllättävää oli, että lisäkoulutuksia oli suorittanut vain noinkin harva, vaikka jokaisella tulee olla riittävät lääkehoitotaidot ja -tiedot koskien omaa työtehtävää riippumatta ammattinimikkeestä (vrt. Tokola 2010). Myös esimiehen tehtävänä on varmistaa, että henkilökunnan osaaminen pysyy, vaikka tilanteet muuttuvat (vrt. sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Pohdittavaksi jäi, nähdäänkö lääkehoito riittävän tärkeäksi osaksi lastensuojelua, koska lisäkoulutusten määrä oli niin pieni. Yhden vastaajan mukaan ihmisten kiinnostus ja lääkehoidon osaaminen ei ole ollut riittävällä tasolla.

Mietittäväksi jää, onko henkilökunnan lääkehoidon osaaminen ajan tasalla, kun lääkehoidon lisäkoulutuksia oli suoritettu niinkin vähän. Lisäkoulutuksen etuina on lääkityksistä saatava uusin hoitotieteellinen tutkimustieto, joka edesauttaa turvallista lääkehoitoa (vrt. Leino-Kilpi & Välimäki 2018). Toisaalta pitkä työkokemus tuo osaamista ja varmuutta lääkehoitoon (vrt. Inkinen ym. 2015). Tutkimukseen vastaajista kaikki olivat suorittaneet jonkin pakollisen lääkehoidon osaamisen näytön, jotta he pystyvät osallistumaan yksikön lääkehoitoon jollain tasolla. Noin puolet vastaajista koki osaavansa lääkehoidosta lähes kaiken (yksi koki osaavansa kaiken), joten tämä voi olla yksi syy miksi lääkehoidon lisäkoulutusten määrä oli niin pieni. Koulutuksesta riippuen työntekijöillä on erilainen rooli lääkehoidon toteuttamisessa, joten henkilökunnan työvuorosuunnittelu on haastavaa, jotta jokaisessa päivässä on työntekijä, jolla on riittävän laajat oikeudet toteuttaa turvallista lääkehoitoa.

Kyselyyn vastanneista yli puolet ilmoitti, että lääkkeenjaon tuplatarkastus ei toteudu aina. Turvalliseen lääkehoitoon kuuluu mm. tuplatarkastus, jotta voidaan minimoida lääkkeenjaossa tapahtuvat virheet. (vrt. Härkänen 2014). Miksi siis tuplatarkastus jää niin usein tekemättä, vaikka tuplatarkastuksen voisi tehdä sama lääkkeenjakaaja toisena ajankohdana, jos paikalla ei ole kahta lääkkeenjakoaluvallista työntekijää (vrt. Valvira 2019)?

Osin vaikutusta on varmasti sillä, että työvuorossa ei ole välttämättä aina lääkkeen jakoon oikeuttavia ammattihenkilöitä, esimerkiksi lääkkeenjaon tarve voi tulla yllättäen (äkillinen antibioottikuuri). Voisiko tällaisen tilanteen välttää sillä, että myös sosiaalialan ammattihenkilöt lisäkoulutettaisiin, jotta heillä olisi mahdollisuus osallistua kokonaisvaltaisemmin lääkehoitoon? Kokonaisvastuu lääkehoidosta olisi kuitenkin yksikön sairaanhoitajalla, mutta suuremmalla osalla työntekijöistä olisi laajempi tieto turvallisen lääkehoidon toteuttamisesta.

Vastauksien mukaan lääkehoidon kirjaaminen koettiin olevan melko hyvällä tasolla, keskiarvo 3,6 (Likertin-asteikko 1-5). Avoimissa vastauksissa positiivisiksi asioiksi nousi esiin se, että lääkkeen antamiset ja antamatta jättämiset kirjataan pääosin hyvin. Kukaan vastaajista ei tuonut esiin lääkehoidon vaikutusten seuranta, joka kuitenkin on osa lääkehoidon prosessia (vrt. Billstein-Leber ym. 2018). Mutta kysyttäessä mitä muuttaisit lääkehoidon kirjaamisessa, esiin nousivat kuitenkin puutteet lääkehoidon sekä lääkkeiden vaikutusten seurannassa.

Vastaajien mukaan kaikissa yksiköissä tehtiin jokin ilmoitus lääkehoidollisista virheistä. Niitä olivat vaaratapahtumaraportti, poikkeamailmoitus tai HaiPro. Osassa vastauksia yksikössä oli käytössä useampi tapa raportoida lääkehoidon poikkeamista. Vastaajat kokivat, että ilmoituksia tehtiin keskiarvolla 3,8 (Likertin-asteikko 1-5). Tämä kertoo, että vastaajat ovat melko tyytyväisiä ilmoitusten määrään. Suhteellisen hyvä keskiarvo saattaa kertoa siitä, että vastaajat kokivat yksiköiden potilasturvallisuuskulttuurin kannustavan tekemään ilmoituksia ilman pelkoa. Tämä taas voi kertoa siitä, että yksiköiden potilasturvallisuus on tärkeämpää kuin pelko syyllisen selvittämisestä. vrt. (WHO 2008, 54; Azevedo yms. 2014, 59; Hammoudi yms. 2018, 1042.) 69 % tehdyistä lääkehoidon virheilmoituksista käsiteltiin yksiköissä, mikä edistää potilasturvallisuutta. Vastauksista kävi ilmi myös se, että kaikkia ilmoituksia ei käsitelty, mikä on vastoin potilasturvallisuuskulttuuria. Vastausten mukaan ilmoitusten käsittelystä koettiin olevan hyötyä ja tehdyistä virheistä opittiin. (vrt. WHO 2008; Azevedo yms. 2014; Hammoudi yms. 2018.)

7.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Tutkimuksen vähäisen vastausmäärän perusteella tutkimuksesta ei voi tehdä tarkkoja johtopäätöksiä. Yli puolella vastaajista oli alan työkokemusta mutta lääkehoidon lisäkoulutusten määrä oli yllättävän vähäistä. Vastausten perusteella lääkehoidon osaaminen on hyvällä tasolla mutta lääkehoidon lisäkoulutuksia suoritetaan mielestämme vähänlaisesti. Lääkehoidon lisäkoulutuksista saataisiin päivitetty ja yhtenäinen tieto henkilökunnalle mm. lääkehoidon uusimmista suosituksista.

Kaikilla vastaajilla oli suoritettuna jokin pakollinen lääkehoidon näyttö. Kaikki työntekijät osallistuvat yksikön lääkehoitoon, kukin omalla lakisääteisellä osuudellaan. Sosiaalihuollon ammattihenkilöiden lääkehoidon lisäkoulutuksilla saataisiin varmistettua, että lääkahoito on turvattu kaikissa tilanteissa esimerkiksi akuutit lääkemuutokset. Sama koskee lääkehoidon tuplatarkastuksia, jotka eivät toteutuneet yli puolessa tapauksista. Mitä suuremmalla osalla henkilökunnasta on lääkkeenjako-oikeus dosetteihin, sitä varmemmin tuplatarkastukset toteutuvat ja riskit lääkitysvirheisiin saataisiin vähennettyä. Dosettien tarkastamiseen käytetty aika on lyhyt suhteessa hyötyyn, joka sen avulla saavutetaan.

Lääkehoidon kirjaaminen koettiin olevan melko hyvällä tasolla. Erityisesti lääkkeiden antokirjaukset toteutuivat hyvin. Esiin kuitenkin nousi, että kehittämisen varaa on erityisesti lääkehoidon vaikutusten kirjaamisessa. Tutkijoiden mielestä lääkehoidon vaikutusten seuranta tulisi kehittää.

Kaikissa yksiköissä oli lääkehoitosuunnitelma ja lääkkeet säilytettiin ohjeiden mukaisesti. Tästä voidaan todeta, että yksiköt huolehtivat lainmukaisesti lääkehoidosta.

Kaikissa yksiköissä tehtiin lääkehoidon virheilmoituksia ja niiden määriin oltiin melko tyytyväisiä. Suurin osa lääkehoidon virheilmoituksista käsiteltiin yksiköissä ja niistä koettiin olevan hyötyä. Kaikki lääkehoidon virheilmoitukset olisi hyvä käydä läpi koko henkilökunnan kesken, jotta henkilökunta tietää, että ilmoitusten teosta on hyötyä. Lääkehoidon virheilmoitusten seurauksena on mahdollista muuttaa lääkehoidollisia ei-toimivia toimintatapoja.

LÄHTEET

- Aluehallintavirasto. 2019. Kunnalliset lastensuojelulaitokset. Viitattu 5.11.2019. <https://www.avi.fi/web/avi/-/kunnallisten-lastensuojelulaitosten-toimintaa-lounais-suomessa-selvitetty-kyselylla-lounais-suomi>
- Azevedo.; Ozimar.; Braz da Silva.; Cícera Maria.; Dantas Pinheiro de Araújo.; Leonardo José.; de Oliveira Costa.; Edilma.; da Conceição Dias Fernandes.; Maria Isabel.; de Carvalho Lira. & Ana Luisa Brandão. 2014. Difficulties experienced by nursing professionals in the preparation of medicine. Brazil. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Viitattu 3.3.2020 <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=6d7c1ef3-8f22-48b9-9e07-5805bbb86ea3%40sessionmgr103>
- Billstein-Leber, M.; Carrillo, J.; Cassano, A.; Moline, K. & Robertson, J. 2018. ASHP Guidelines on preventing medication errors in hospitals. *American Journal of Health System Pharmacy*, 75(19), 1493-1517. doi: 10.2146/ajhp170811. Viitattu 10.3.2020. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=64efc4bd-5cbd-4938-a785-2b2d26938314%40sessionmgr103>
- Digipolku. 2016. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Tietoa sähköisistä palveluista ja osamisen tarpeesta sote-ammattilaisille. Viitattu 5.11.2019 <https://digipolkumme.blogspot.com/p/blog-page.html>
- Elliot, M. & Liu, Y. 2010. The nine rights of medication administration: an overview. *British Journal of Nursing*, Vol 19, No. 5. Viitattu 12.3.2020. <https://pdfs.semanticscholar.org/d3c0/6ea3ff6147d702905940bbbdc64c563ab1e4.pdf>
- Fimea. Lääketurvallisuus ja -tieto. Viitattu 21.11.2019 https://www.fimea.fi/laaketurvallisuus_ja_tieto/
- Hammoudi.; Baraa, M.; Ismaile, S.; Abu Yahya, O. 2018. Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Viitattu 3.3.2020. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=34faebca-a353-4d8c-a40d-6a2a42f34d9a%40pdc-v-sessmgr05>
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9., uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy. Saatavilla <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>
- Henriksson, M. 2015. Lääkitysturvallisuus sosiaali- ja terveydenhuollon valvontayksikössä. *Sic! lääketietoa Fimeasta* vol. 5 no. 1. Viitattu 4.12.2019. https://sic.fimea.fi/1_2015/laakitysturvallisuus_sosiaali-ja_terveydenhuollon_valvontatyssa
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Hunter, D. 2009. *A Practical Guide to critical thinking*. New Jersey. John Wiley & Sons Inc.
- Härkänen M. 2014. Medication-related Adverse Outcomes and Contributing Factors among Hospital Patients. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 5.12.2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1636-5>
- Inkinen, R.; Volmanen, P.; Hakonen, S. (toim). 2015. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ohjaus 14/2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 4.12.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kankkunen, P.; Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kinnunen, M.; Aaltonen, L-M & Malmström, R. 2013. Vaaratapahtumien raportointi. Teoksessa Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.). Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kinnunen, M.; Keistinen, T.; Ruuhilehto, K. & Ojanen, J. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenetely. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 4.11.2019. <https://thl.fi/documents/10531/104889/Opas%202009%204.pdf>

Knuuttila, J.; Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointi 2007. Terveydenhuollon laadunhallinta. Lääkelaitos. Helsinki: Yliopistopaino. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007. Viitattu 3.11.2019. https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007-1_vaatapahtumien_raportointi.pdf

Kuoppala, T. & Forsell, M.2019. Tilastoraportti. Sisällöstä vastaa Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 5.12.2020. Saatavilla https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138211/Tr23_19_LASU.pdf?sequence=5

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Toinen painos. Jyväskylä. Bookwell Oy.

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä. 2015. 26.6.2015/817. Viitattu 29.10.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150817>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. L. 28.6.1994/559. Viitattu 29.10.2019. <https://www.office.com/?auth=2&home=1>

Lastensuojelulaitokset 2019. Lastensuojelun käsikirja. Sisällöstä vastaa Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 2.11.2019. <https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/sijais-huolto/sijaishuollon-muodot/lastensuojelulaitokset#Henkil%C3%B6kunnan%20p%C3%A4tevyys>

Lastensuojelulaki. 2007. 13.4.2007/417. Viitattu 20.10.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>

Lastensuojelulaki. 2010. 12.2.2010/88. Viitattu 20.10.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417#L10P49>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Lääketurvallisuus- ja tieto. 2019. Viitattu 6.12.2019. https://www.fimea.fi/laaketurvallisuus_ja_tieto

Mitchell, P. 2016. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency for Healthcare Research and Quality (US). Rockville (MD): Publication No.: 08-0043. Viitattu 10.3.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>

Mellin, I. 2006. Tilastolliset menetelmät. Viitattu 20.3.2020 <https://math.aalto.fi/opetus/sov-toda/oppikirja/Johdanto.pdf>

Pettinen, E.; Juntunen, R-L. 2017. Omavalvonta lastensuojelulaitoksissa. Aluehallintavirasto. Viitattu 5.11.2019. <https://www.avi.fi/documents/10191/8064383/Julkaisu-37-Omavalvonta+lastensuojelulaitoksissa.pdf/75a8449a-8586-4943-8fc0-6ea4d7716ea7>

Porko, P.; Heino, T. & Eriksson, P. 2018. Selvitys yksityisistä lastensuojelun yksiköistä. Sisällöstä vastaa Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 3.11.2019. Saatavilla https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136436/URN_ISBN_978-952-343-131-7.pdf?sequence=1&isAlloved=y

PubMed. 2020. Viitattu 16.4.2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%22patient+safety%22&filter=years.2000-2019>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös, Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 9/2017. Viitattu 29.10.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf

Terveydenhuoltolaki. 2010. L. 30.12.2010/1326 muutoksineen. Viitattu 29.10.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Lastensuojelulaitokset. Viitattu 24.11.2019 <https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/sijaishuolto/sijaishuollon-muodot/lastensuojelulaitokset#Henkil%C3%B6kunnan%20p%C3%A4tevyys>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy. Viitattu 3.1.2020. <https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

Tokola, E. 2010. Turvallinen lääkehoito kotona ja laitoksessa. Hämeenlinna: Tammi.

Unicef. 2019. Lapsen oikeudet. Viitattu 4.12.2019 <https://www.unicef.fi/lapsen-oikeudet/>

Valtioneuvosto. 2020. Hallitus on todettu yhteistoiminnassa tasavallan presidentin kanssa Suomen olevan poikkeusoloissa koronavirustilanteen vuoksi. Viitattu 5.4.2020. https://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/10616/hallitus-totesi-suomen-olevan-poikkeusoloissa-koronavirustilanteen-vuoksi

Valvira. 2018a. Lääkehoidon toteuttaminen sosiaalihuollon toimintayksiköissä. Viitattu 9.11.2019 https://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/laakehoito_sosiaalihuollossa

Valvira. 2018b. Lääkehoidon toteuttaminen. Viitattu 7.11.2019 https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon_toteuttaminen

Valvira. 2019. Viitattu 30.10.2019. https://www.valvira.fi/valvira/rekisterit/terveydenhuollon_ammattihenkilot

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-Kustannus.

WHO 2008. World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: Implications for research. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Switzerland: WHO. Viitattu 30.10.2019. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43874/9789241596541_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Weaver, S.; Lubomksi, L; Wilson, R.; Pfoh, E.; Martinez, K.; Dy, S. 2013. Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy: A systematic review. Annals of internal medicine. Making Health Care Safer. A Critical Review of Evidence Supporting Strategies to Improve Patient Safety. Ann Intern Med. doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002. Viitattu 22.11.2019. <https://annals.org/aim/fullarticle/1656428/promoting-culture-safety-patient-safety-strategy-systematic-review>

Taulukko 13. Aluehallintaviraston tekemä tutkimus.



Varsinais-Suomen alueella kunnallisessa lastensuojeluyksikössä työskentelevien sosionomien, sairaanhoitajien ja lähihoitajien henkilötyövuodet vuonna 2018.

Liite 1. Lähetekirje

Hyvä lastensuojeluyksikön esimies!

Toteutuuko lääkehoito yksikössänne haluamallanne tavalla? Koetteko, että lääkehoidossanne on parantamisen varaa?

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Turun Ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä aiheesta turvallinen lääkehoito lastensuojelussa. Tarkoituksena on tutkia, miten turvallinen lääkehoito toteutuu sijaishuollon lastensuojelun yksiköissä pohjautuen yksiköiden henkilöstörakenteeseen, lääkehuollon osaamiseen/tuntemiseen, lisäkoulutuksen mahdollisuuteen ja suosioon. Kohderyhmänä ovat yksiköt Varsinais-Suomen alueella. Itse kysely tehdään sähköisesti ja se lähetetään tammi-helmikuun aikana yksikkönne työntekijöille sähköpostilinkkinä.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista emmekä julkaise yksiköiden tai yksittäisten vastaajien tunnistetietoja. Kyselyyn osallistuminen on luottamuksellista ja kyselylomake täytetään anonyymisti. Kyselylomakkeet tuhoetaan analysoinnin jälkeen. Tutkimustulokset julkaistaan opinnäytetyönä kevään 2020 aikana.

Tutkimuksen osallistumisen myötä voimme tarjota Teille eväitä turvallisen lääkehoidon toteutukseen ja sitä myöden palvelun laadun kehittämiseen.

Vastaukset osallistumisestanne ja lisäkysymykset voitte lähettää sähköpostilla. Halutessanne voimme myös tulla keskustelemaan projektistamme paikan päälle yksikköönne.

Toivomme ystävällisesti vastaustanne osallistutteko tutkimukseen vai ette 8.12. mennessä.

Ystävällisin terveisin sairaanhoitajaopiskelijat,

Eveliina Ohlsson ja Anne-Mari Oksa

Opinnäytetyön ohjaava opettaja TtM lehtori Satu Haapalainen

Liite 2. Kyselylomakkeen kysymykset.

1. Koulutuksesi? Voit valita useita vaihtoehtoja.
 - sosionomi
 - sairaanhoitaja
 - lähihoitaja
 - mielenterveyshoitaja
 - nuoriso- ja vapaa-ajanohjaaja
 - yhteisöpedagogi
 - muu mikä?)
2. Työkokemus vuosina
 - 1-5
 - 5-10
 - 10-15
 - 15-20
 - 20 -->
3. Oletko antanut näytön lääkehoidon osaamisesta?
 - Lop
 - Minilop
 - Love
 - Muu mikä?
 - En mitään.
4. Oletko suorittanut lääkehoidon lisäkoulutuksia?
 - Kyllä, mitä?
 - En
5. Miten arvioisit omaa lääkehoidon osaamistasi? Likertin-asteikolla 1=En osaa yhtään, 5=Osaan kaiken.
6. Saatko jakaa lääkkeitä asiakaskohtaisiksi annoksiksi?
 - Kyllä
 - Ei
7. Saatko antaa asiakkaalle valmiiksi jaetut lääkkeet luonnollista tietä?
 - Kyllä
 - Ei
8. Toteutuuko yksikössänne lääkejaon tuplatarkastus aina?
 - Kyllä
 - Ei
9. Kirjataanko yksikössänne mielestäsi tarpeeksi asiakkaan lääkehoidosta? Likertin-asteikolla 1=Ei kirjata ollenkaan, 5=Kirjataan kaikki
10. Mikä toimii hyvin lääkehoidon kirjaamisessa?
11. Mitä muuttaisit lääkehoidon kirjaamisessa?
12. Onko yksikössänne lääkehoitosuunnitelma?
 - Kyllä
 - Ei
 - En tiedä
13. Säilytetäänkö yksikössänne lääkkeet ohjeiden mukaisesti?
 - KYLLÄ

- EI
 - EN TIEDÄ
14. Tehdäänkö yksikössänne lääkehoitoon liittyen jokin seuraavista? (Voit valita useamman vaihtoehdon)
- Vaaratapahtumaraportti
 - Poikkeamailmoitus
 - Ei tehdä
 - Joku muu, mikä?
15. Tehdäänkö yksikössänne mielestäsi tarpeeksi lääkehoitoon liittyviä vaaratapahtumaraportteja tai poikkeamailmoituksia? Likertin-asteikolla 1=Ei raportoida ollenkaan, 5=Kaikki raportoidaan
16. Käsitelläänkö lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumaraportit tai poikkeamailmoitukset yksikössänne?
- Kyllä
 - Ei
 - En tiedä
17. Oletko kokenut, että vaaratapahtumaraporttien käsittelystä on hyötyä?
- Kyllä, miksi?
 - Ei, miksi?
 - En tiedä, miksi?
18. Haluaisitko kehittää yksikkönne lääkehoitoa? Miten?

© Eveliina Ohlsson ja Anne-Mari Oksa 2020

Liite 3. Saatekirje vastaajille.

Hyvä vastaaja,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Turun Ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä aiheesta turvallinen lääkehoito lastensuojelussa. Tarkoituksemme on tutkia, miten turvallinen lääkehoito toteutuu sijaishuollon lastensuojelun yksiköissä pohjautuen yksiköiden henkilöstörakenteeseen, lääkehuollon osaamiseen/tuntemiseen, lisäkoulutuksen mahdollisuuteen ja suosioon. Kohderyhmäksi valikoitui kaikkien vastaajien (yksiköiden) kesken arvotut kolme yksikköä ja Teidän yksikkönne on yksi valituista. Kaikki arvontaan osallistuneet yksiköt ovat Varsinais-Suomen alueelta.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista emmekä julkaise yksiköiden tai yksittäisten vastaajien tunnistetietoja. Kyselyyn osallistuminen on luottamuksellista ja kyselylomakkeeseen vastataan anonyymisti. Kyselyn vastaukset tulevat vain meille opinnäytetyön tekijöille ja vastaukset analysoidaan yhteenvedona kaikkien kolmen yksikön kesken. Näin yksittäistä vastaajaa ei voida tunnistaa. Yksiköt eivät näin ollen saa työntekijöidensä vastauksia. Kyselyn vastaukset tuhotaan analysoinnin jälkeen. Tutkimustulokset julkaistaan opinnäytetyönä kevään 2020 aikana.

Tutkimuksen osallistumisen myötä voimme tarjota Teille eväitä turvallisen lääkehoidon toteutukseen ja sitä myöden palvelun laadun kehittämiseen. Vastaamalla kyselyyn annat suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta.

Kiitos paljon etukäteen osallistumisestasi!

Vastausaika on 22.3 klo 12 mennessä.

Tässä linkki kyselyyn: <https://link.webpolsurveys.com/S/68D3ACD72E015B47>

Ystävällisin terveisin sairaanhoitajaopiskelijat,
Eveliina Ohlsson ja Anne-Mari Oksa
(Ohjaava opettajamme Satu Haapalainen; satu.haapalainen@turkuamk.fi)

Kuva 1. Toimintayksikön lääkehoitosuunnitelman minimivaatimukset.

Toimintayksikön lääkehoitosuunnitelman minimivaatimukset:

- lääkehoitoon liittyvien riskien tunnistaminen ja niihin varautuminen
- turvalliseen lääkehoitoon perehdyttäminen
- henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako
- opiskelija lääkehoidon toteuttajana
- lääkehuollon järjestäminen
- lääkehoidon toteuttaminen
- lääkehoidon vaaratapahtumissa toimiminen
- potilaan ja omaisten ohjaus ja neuvonta
- dokumentointi ja tiedonkulku
- seuranta- ja palautejärjestelmät
- lääkehoidon osaamisvaatimukset, osaamisen varmistaminen ja ylläpito
- lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi.

Velvoittava normi: Potilasturvallisuusasetus 341/2011 ja Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 5§

Kuva 2. Ammattiryhmien tehtävät lääkehoidossa.

TUTKINNON ANTAMIEN VALMIUKSIEN PERUSTEELLA ILMAN OSAAMISEN VARMISTAMISTA (jos työnantaja näin päättää)	
Lääkehoitoon koulutettu, nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö, esim. perushoitaja, lähihoitaja, mielenterveyshoitaja, lastenhoitaja	1. Lääkkeiden jakaminen potilaskohtaisiksi annoksiksi 2. Luonnollista tietä annettava lääkehoito
Lääkehoitoon kouluttamaton henkilöstö, esim. sosionomi, kotiavustaja, kodinhoitaja, kaikki sosiaalihuollon ja muiden alojen tutkintonimikkeet sekä ammattitutkinnot	1. Ei mitään lääkehoitotehtäviä ilman osaamisen varmistamista ja tarvittavaa lisäkoulutusta
Lääkehoitoon koulutusta saanut sosiaalihuollon ammattihenkilö, esim. geronomi	1. Valmiiksi jaettujen lääkkeiden antaminen luonnollista tietä 2. Jako dosettiin potilaan kotona
Ns. luvanvaraiset lääkehoitotehtävät, joihin tarvitaan aina terveydenhuollon toiminnasta vastaavan lääkärin allekirjoittama lupa.	
Lääkehoitoon koulutettu, nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö, esim. perushoitaja, lähihoitaja, mielenterveyshoitaja, lastenhoitaja	1. Injektiot ihon alle tai lihakseen 2. Lääkkeiden tilaaminen 3. Lääkkeettömän, perusliuosta sisältävän jatkoinfuusiopullon tai nestepussin vaihtaminen 4. PKV-lääkkeen antaminen luonnollista tietä
Lääkehoitoon kouluttamaton henkilöstö, esim. sosionomi, kotiavustaja, kodinhoitaja, kaikki sosiaalihuollon ja muiden alojen tutkintonimikkeet sekä ammattitutkinnot	1. Valmiiksi jaettujen lääkkeiden antaminen luonnollista tietä 2. Injektiot ihon alle 3. Jako dosettiin potilaan kotona
Lääkehoitoon koulutusta saanut sosiaalihuollon ammattihenkilö, esim. geronomi	1. Injektiot ihon alle

Kuva 3. Vaaratapahtumien raportointimenettely.

