



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tiina Alanen & Niina Liljeqvist

HAIPRO-ILMOITUKSET LÄÄKEHOI- DON KEHITTÄMISEN TYÖKALUNA

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
2021

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Tiina Alanen & Niina Liljeqvist
Opinnäytetyön nimi	HaiPro - ilmoitukset lääkehoidon kehittämisen työkaluna
Vuosi	2021
Kieli	suomi
Sivumäärä	66
Ohjaaja	Hilkka Korpi

Opinnäytetyön aihe on valittu organisaatiosta tulleen aihe-ehdotuksen pohjalta, sekä omien kiinnostusten mukaisesti. Organisaatiosta tulleen palautteen mukaan lääkehoitopoikkeamailmoituksia kirjataan päivittäin. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ne tilanteet ja syyt, missä ja miksi näitä lääkehoitopoikkeamia tapahtuu. Tutkimusaineisto muodostui lääkehoitoa koskevista HaiPro-ilmoituksista vuosilta 2018–2019. Aineisto valittiin niistä ilmoituksista, jotka koskivat käsiteltäviä yksiköitä ja niiden lääkehoitoa. Aineistorajauksen ulkopuolelle jätettiin verensiirtoa ja nestehoitoa koskevat ilmoitukset. Aineisto analysoitiin monimenetelmä-tutkimusta mukaillen. HaiPro-ilmoitukset analysoitiin kvantitatiivisella sisällysanalyysillä, mutta myötävaikuttavien tekijöiden osalta kvalitatiivisella sisällysanalyysillä. Tutkimuksen tavoitteena on parantaa potilasturvallisuutta lääkehoidon osalta. Tutkimuksen kohteena olevat yksiköt ovat JIK ky:n alueen akuutti- ja kuntoutusyksiköt, vuorohoitoyksiköt, asumispalveluyksiköt ja kotihoito.

Teorettinen viitekehys koostuu lääkehoidon toteuttamisesta, sekä sen turvallisuudesta. Lääkehoitopoikkeamat ovat päivittäinen ongelma ja hoidon laatua vaarantava tekijä. HaiPro-ilmoituksia ei ole aikaisemmin tutkittu opinnäytetyönä kyseisissä yksiköissä, joten tutkimuksella saadaan tuotettua uutta ja täsmällistä tietoa yksiköiden lääkehoitopoikkeamista ja niiden syistä. Tutkimustuloksena suurin yksittäinen tulos oli, että HaiPro-ilmoituksia ei ole täytetty oikein. Tällaisista vastauksista koostui lähes puolet aineistosta. Tuloksista myös kiire ja huolimattomuus/unohdus nousivat myös suurimmiksi yksittäisiksi tekijöiksi lääkehoitopoikkeamien syntyyn.

Opinnäytetyön tulosten pohjalta JIK ky:n yksiköt voivat yhtenäistää lääkehoitokäytäntöjä sekä pyrkiä ennaltaehkäisemään lääkehoitopoikkeamia ja parantaa täten hoidon laatua ja potilasturvallisuutta yksiköissään.

Avainsanat	turvallinen lääkehoito, lääkehoitopoikkeama, potilasturvallisuus, HaiPro, hoidon laatu
------------	----------------------------------------------------------------------------------------

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

ABSTRACT

Author	Tiina Alanen and Niina Liljeqvist
Title	HaiPro – Reports as a Tool for Developing Pharmacotherapy
Year	2021
Language	Finnish
Pages	66
Name of Supervisor	Hilkka Korpi

The topic of the thesis has been selected on the basis of a topic proposal from the organisation, as well as according to authors' own interests. According to feedback from the organisation, notifications of pharmacotherapy deviations are recorded daily. The purpose of the study is to investigate the situations and reasons for where and why these pharmacotherapy deviations happen. The research data consisted of HaiPro reports on pharmacotherapy for 2018–2019. The material was selected from the notifications concerning the target units and the pharmacotherapy in these units. Notifications concerning blood transfusion and fluid therapy were excluded from the data limit. The data were analysed with a multi-methodological approach. HaiPro notifications were analysed with a quantitative and qualitative content analysis method. The aim of the study is to improve patient safety in pharmacotherapy. The target units are acute and rehabilitation units, shift care units, housing service units and home care units in the JIK ky area.

The theoretical framework consists of the implementation of pharmacotherapy and its safety. Pharmacotherapy deviations are a daily problem and a factor that endangers the quality of treatment. HaiPro notifications have not previously been studied as a thesis the units concerned, so the study produces new and accurate information on the units' pharmacotherapy deviations and the reasons that cause them. One significant result of the study was that the HaiPro notifications have not been filled in in a correct manner. Such responses formed almost a half of the data. Also being in a hurry and being negligent/forgetting things were significant factors contributing to the occurrence of deviations in pharmacotherapy.

Based on the results of the thesis, target units can standardize pharmacotherapy practices and aim to prevent pharmacotherapy deviations and thus improve the quality of care and patient safety in their units.

Keywords	safe pharmacotherapy, pharmacotherapy deviation, patient safety, HaiPro, quality of care
----------	------------------------------------------------------------------------------------------

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

TAULUKKO- JA KUVIOLUETTELO	6
1 JOHDANTO	7
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	9
3 POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUS, SEKÄ LAATU LÄÄKEHOIDOSSA	10
3.1 Potilas- ja asiakasturvallisuus	10
3.2 Lääkehoidon laatu	11
3.2.1 Lääkehoitoa koskevat lait	13
3.2.2 Lääkehoitosuunnitelma	15
3.2.3 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen	17
3.3 Lääkehoidon eettisyys	18
4 VAARA- JA HAITTATAPAHTUMAT LÄÄKEHOIDOSSA	20
4.1 Lääkehoidon haasteet nykypäivänä	20
4.2 Lääkityspoikkeama	21
4.2.1 Vaaratapahtuma lääkehoidossa	21
4.2.2 Haittatapahtuma	23
5 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON VAARATAPAHTUMIEN RAPORTOINTIJÄRJESTELMÄ	24
5.1 Raportointi- ja ilmoitusjärjestelmät	24
5.1.1 Organisaatiotaso	25
5.1.2 Valtakunnallinen taso	25
5.2 HaiPro – järjestelmä	26
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	28
6.1 Tiedonhaku	28
6.2 Aineistonkeruu	28
6.3 Aineiston analysointi	29

7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	32
7.1	Taustatiedot.....	32
7.2	Tulosten eriyttäminen yksiköittäin	47
8	JOHTOPÄÄTÖKSET	55
9	POHDINTA.....	57
9.1	Tutkimustulosten pohdinta.....	57
9.2	Tutkimuksen eettisyys	59
	LÄHTEET.....	62
	LIITTEET	66

TAULUKKO- JA KUVIOLUETTELO

Taulukko 1. Esimerkki aineiston abstrahoinnista	31
Taulukko 2. Vastaajien ammattiryhmä	32
Taulukko 3. Vaaratapahtumailmoituksen tapahtumayksikkö	33
Taulukko 4. Vaaratapahtuman tapahtumapaikka	33
Taulukko 5. Vaaratapahtuman tapahtuma-aika.....	34
Taulukko 6. Vaaratapahtuman luonne	34
Taulukko 7. Kiire-tilaus.....	36
Taulukko 8. Normaalit olosuhteet - taulukko	37
Taulukko 9. Tiedonkulku - taulukko.....	38
Taulukko 10. Huolimattomuus/unohdus - taulukko	39
Taulukko 11. Työntekijöiden vaihtuvuus - taulukko	40
Taulukko 12. Kirjausvirheet - taulukko	41
Taulukko 13. Meteli/hälinä - taulukko.....	42
Taulukko 14. Kaksoistarkastuksen puute - taulukko	43
Taulukko 15. Asiakkaasta johtuvat tekijät - taulukko.....	44
Taulukko 16. Vastaus ei tulkittavissa - taulukko	45
Taulukko 17. Vaaratapahtumaan myötävaikuttaneet tekijät	46
Taulukko 18. Vaaratapahtuman tapahtumapaikka yksikössä	49
Taulukko 19. Vaaratapahtuman myötävaikuttavat tekijät yksiköittäin.....	53
Kuvio 1. Poikkeamien syyt yksiköittäin	47
Kuvio 2. Vaaratapahtumien tapahtuma-aika yksiköittäin.....	50
Kuvio 3. Vaaratapahtuman luonne yksiköittäin.....	51

1 JOHDANTO

Lääkehoitopoikkeamat ovat aiheena on tärkeä, koska lääkehoito oikein toteutettuna on keskeinen osa potilasturvallisuutta, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan saaman palvelun laatua. Lääkehoidon tulee olla tehokasta, turvallista ja taloudellista, sekä tarkoituksenmukaista. (THL c 2016, 3.) Kaiken annetun hoidon haitoista merkittävä osa liittyy lääkitykseen. Lääkityspoikkeamat ovat yleisiä Suomessa ja kaikkialla muuallakin. Ne voivat aiheuttaa potilaalle vakavaa vaaraa ja pahimmillaan johtaa jopa kuolemaan. Lääkityspoikkeama voi syntyä tekemättä jättämisestä, tekemisestä tai suojausten pettämisestä. Lääkehoitoprosessin kaikissa vaiheissa ilmenee ongelmia, jotka liittyvät lääkehoidon turvallisuuteen. Suurin riskiryhmä lääkityspoikkeamille ovat monilääkityt, sekä iäkkäät potilaat. (THL c 2016, 9.)

Laatu sosiaali- ja terveydenhuollossa tarkoittaa sitä, että asiakas saa palvelua oikeassa paikassa ja oikeaan aikaan. Hyvä laatu perustuu parhaaseen käytettävissä olevaan tietoon tai näyttöön. Se tuo kansalaisille hyvinvointia ja pyrkii hyvinvoinnin ja terveyden maksimointiin, sekä riskien minimointiin. Laatu on toimintaa, joka toteutuu taloudellisten voimavarojen rajoissa sille asetettujen vaatimusten ja siihen kohdistuvien odotusten mukaisesti. Keskeiset elementit sosiaali- ja terveydenhuollon laadussa ovat asiakaskeskeisyys, palvelujen saatavuus ja saavutettavuus, oikeudenmukaisuus, valinnanvapaus, potilasturvallisuus, korkeatasoinen osaaminen ja vaikuttavuus. (THL b 2019.)

JIK peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä, eli JIK Ky on Etelä-Pohjanmaalla sijaitseva Ilmajoen kunnan ja Kurikan kaupungin omistama liikelaitosyhtymä. Sen tehtävä on tuottaa jäsenkunnilleen kuuluvat terveyden- ja sairaanhoidon palvelut. JIK Ky:n palveluihin kuuluu myös vanhustenhuollon, Kurikan sosiaalihuollon, sekä ympäristöhuollon palvelut. Perustehtävän mukaisesti liikelaitoskuntayhtymän täytyy huolehtia väestön hyvinvoinnista ja terveyden lisäämisestä, sairauksien ja vammojen hoidosta, sairauksien ehkäisystä ja terveyden edistämisestä. Palvelujen tuottamisessa lähtökohtana on väestön tasa-arvoinen ja oikeudenmukainen kohtelu. (JIK 2010, 2.)

Tutkittavat yksiköt opinnäytetyössä ovat JIK Ky:n akuutti- ja kuntoutusyksiköt, vuorohoitoyksiköt, asumispalveluyksiköt ja kotihoito. Rajauksen ulkopuolelle jätetään poliklinikat, mielenterveys-, päihde- ja kehitysvammayksiköt, sekä yksityiset palveluntarjoajat.

Opinnäytetyö raportoidaan VAMK:n ylemmän tutkinnon opinnäytetyönä ja julkaistaan Theseus-tietokannassa. Opinnäytetyön tulokset esitetään tilaisuudessa, johon kutsutaan tutkimukseen osallistuneiden yksiköiden osastonhoitajat, lääkärit, hoitohenkilökunta, sekä muut JIK Ky:ssä työskentelevät ja aiheesta kiinnostuneet henkilöt.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkittavat yksiköt opinnäytetyössä ovat JIK ky:n akuutti- ja kuntoutusyksiköt, vuorohoitoyksiköt, asumispalveluyksiköt ja kotihoito. Rajauksen ulkopuolelle jätetään poliklinikat, mielenterveys-, päihde- ja kehitysvammayksiköt, sekä yksityiset palveluntarjoajat.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ne tilanteet ja syyt, missä ja miksi lääkehoitopoikkeamia tapahtuu. Käsiteltävät yksiköt ovat Kurikan ja Ilmajoen akuuttiyksiköt, Jalasjärven kuntoutusyksikkö, Ilmajoen, Kurikan Jalasjärven ja Jurvan kotihoitot sekä asumispalveluyksiköt. Näiden avulla selvitetään se, missä lääkehoidon toteutusta koskevat virheet tapahtuvat, miksi ne tapahtuvat ja mitkä asiat niihin vaikuttavat.

Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa lääkehoidon laatua JIK ky:n alueen yksiköissä ja mahdollisesti yhtenäistää lääkehoitokäytäntöjä. Tulosten pohjalta on tarkoitus pohtia epäkohtia, joissa lääkehoitopoikkeamia tapahtuu. Näiden tulosten avulla yksiköt voivat parantaa lääkehoidon laatua sekä ennaltaehkäistä lääkehoitopoikkeamien tapahtumista kehittämällä yksikkönsä toimintaa.

Tutkimuskysymykset opinnäytetyössä ovat 1) Miksi ja miten lääkehoitopoikkeamia yleisimmin tapahtuu? 2) Miten lääkehoitopoikkeamia voitaisiin ennaltaehkäistä?

3 POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUS, SEKÄ LAATU LÄÄKEHOIDOSSA

Tässä luvussa käsitellään potilas- ja asiakasturvallisuutta, sekä sitä mitä on laadukas hoito. Potilas- ja asiakasturvallisuus on tärkeä osa lääkehoidon toteuttamista ja laatuun kiinnitetään koko ajan enemmän huomiota tulevaisuudessa. Keinoja lääkehoidon kehittämiseksi etsitään jatkuvasti.

3.1 Potilas- ja asiakasturvallisuus

Potilas- ja asiakasturvallisuus on sitä, että henkilö saa hoitoa, hoivaa ja palvelua, joka edistää hänen sosiaalista, fyysistä ja psyykkistä hyvinvointiaan ja näistä aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa potilasturvallisuus tarkoittaa alalla toimivien organisaatioiden ja henkilöiden periaatteita ja toimintoja. Potilas- ja asiakasturvallisuuden tarkoituksena on varmistaa hoivan, hoidon ja palveluiden turvallisuus, sekä suojata potilaita ja asiakkaita vahingoittumiselta. Se kattaa hoitavat, ehkäisevät, kuntouttavat ja korjaavat palvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa ja siihen kuuluu osaava henkilökunta, laitteiden, lääkkeiden ja tilojen oikea käyttö ja tarkoituksenmukaisuus, sekä turvattu tiedonkulku ja dokumentointi. (STM 2017, 12.)

Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian 2017–2021 tarkoituksena on auttaa kehittämään sosiaali- ja terveydenhuoltoa Suomessa yhtenäisen turvallisuuskulttuurin suuntaan, sekä edistää sen toteutumista. Se palvelee sosiaali- ja terveydenhuollon tuottajia ja järjestäjiä, henkilöstöä, asiakkaita, potilaita ja heidän omaisiaan vaikuttavan ja turvallisen hoidon toteuttamisessa. (STM 2017, 12.)

Potilasturvallisuus käsittää terveydenhuollossa toimivien organisaatioiden ja yksilöiden periaatteet sekä toiminnot, joiden tarkoituksena on suojata potilasta vahingoittumasta ja varmistaa hoidon turvallisuus. Painotus on nimenomaan hoidon turvallisuuden varmistamisessa. Potilasturvallisuus potilaan näkökulmasta tarkoittaa sitä, että hoidosta ei aiheudu haittaa ja haitalta saatetaan välttyä, vaikka toiminta ei olisikaan turvallista edellisen määritelmän mukaan. Hoidon turvallisuus varmistetaan sellaisella toiminnalla, joka sisältää erilaisia menettelytapoja tai järjestelyitä,

joiden tavoitteena on saavuttaa tavoiteltu hoitotulos ja vahvistaa toiminnan sietokyky erilaisille poikkeamille. Tällainen menettelytapa on esimerkiksi tarkistusmenettely, jonka tehtävä on varmistaa, että asioita ei ole unohtunut tai että ne on tehty oikein. (Helovuola ym. 2011, 13.) Tarkistusmenettely voi olla esimerkiksi lääkejaon kaksoistarkastus, jolloin yksi hoitaja jakaa lääkkeen, ja toinen tarkistaa, että lääke on jaettu oikein. Kaksoistarkastuksella pystytään minimoimaan lääkejaossa tapahtuvia lääkepoikkeamia ja parantamaan näin potilasturvallisuutta.

Potilasturvallisuuteen alettiin kiinnittää enemmän huomiota 2000-luvun alusta alkaen. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmän vuonna 2006, ja silloin käynnistyi kansallinen potilasturvallisuustyö, jossa laadittiin strategia potilasturvallisuudesta. (STM 2017, 20.) Kansainvälisesti lääkehoidon turvallisuus on tunnistettu tärkeimmäksi yksittäiseksi potilasturvallisuutta vaarantavaksi tekijäksi. Ensimmäiset konkreettiset toimenpiteet Suomessa liittyivät lääkitysturvallisuuteen, joilla edistettiin potilasturvallisuutta. (Hakoinen ym. 2017, 32.)

Potilas- ja asiakasturvallisuudessa uusia haasteita on jatkuvasti, ja sen kehittämisessä on paljon tehtävää. Terveystieteiden kehittäminen tapahtuu koko ajan potilas- ja asiakasturvallisuuteen vaikuttavien muutoksien, teknologian ja lääketieteen kehittyvien nopeasti, eri ammattiryhmien vastuita ja työnjakoa uudistetaan ja avo- ja kotihoitoa vahvistetaan. Sähköinen asiointi ja sähköiset tietojärjestelmät kehittyvät, tehokkuutta korostetaan, mikä lisää paineita varsinkin, kun työntekijöiden vaihtuminen on nopeaa ja henkilövoimavarat ovat niukat. Lisäksi valinnanvapaus potilaiden ja asiakkaiden kesken lisääntyy. (STM 2017, 20.) Rekrytoinneissa ja omavalvonnassa on kiinnitettävä huomiota yksittäisten työntekijöiden ammatilliseen toimintakykyyn ja asianmukaiseen osaamiseen. (STM 2017, 20.)

3.2 Lääkehoidon laatu

Osa hoidon laatu on potilasturvallisuus. Potilasturvallisuudesta ja hoidon laadusta puhutaankin yleensä samassa yhteydessä. Laatu määritellään koostuvan niistä ominaisuuksista ja piirteistä, joihin perustuu organisaation, palvelujärjestelmän, palvelun, tuotteen tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut odotukset ja vaatimukset.

Pyrkimyksenä sosiaali- ja terveydenhuollossa on palvelujen yhdenvertainen toteuttaminen koko maassa. Kuitenkin yleinen ilmiö on, että monissa palveluissa esiintyy suuria alueellisia eroja laadun näkökulmasta, muun muassa palvelujen sisällössä, määrässä ja kehityksen suunnassa. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 15.)

Osa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä on asiakas- ja potilasturvallisuuden ja laadun edistäminen. Käytännön varmistaminen kuuluu tuottajien vastuuseen. Vaaratapahtumia ei pystytä välttämään ilman resursoitua ja kokonaisvaltaista turvallisuuden ja laadun hallintaa, huolimatta siitä, että henkilökunta on sitoutunut, ammattitaitoisia ja toiminta on säädeltyä. Ylimääräisiä kustannuksia vähennetään estämällä tapahtumia, jotka aiheuttavat inhimillistä kärsimystä. (STM 2017, 12.)

Keskeinen osa kokonaisvaltaista hoitoa on lääkehoito (Hakoinen, Laitinen-Parkkonen & Airaksinen 2017, 9). Lääkehoidon ja lääkkeiden tavoitteena on parantaa ja ehkäistä sairauksia, sekä hidastaa sairauksien etenemistä. Lääkehoidon tavoitteena on myös ehkäistä komplikaatioita, joita sairaudet aiheuttavat, sekä lievittää niiden aiheuttamia oireita. Tehokas, turvallinen, sekä oikein toteutettu ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on iso osa potilasturvallisuutta ja laatua sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan saamassa palvelussa. (Varhila 2016, 3-8.) Lääkehoidolla on suuri yhteiskunnallinen ja kansanterveydellinen merkitys ja se ulottuu laajemmalle, kuin yleensä ajatellaan. (Hakoinen ym. 2017, 9).

Terveydenhuollon ammattilaisten keskeinen työtehtävä on lääkehoidon toteuttaminen, joka toistuu useita kertoja päivässä (Härkönen, Saano & Vehviläinen-Julkuri 2019, 244). Turvallinen lääkehoito perustuu osaamiseen, kun taas osaaminen perustuu täydennyskoulutukseen, kokemukseen, sekä ammatilliseen peruskoulutukseen. Kuitenkaan osaaminen yksin ei riitä turvallisuuden takaamiseksi, koska iso osa lääkepoikkeamista johtuu kommunikaatio-ongelmista, esimerkiksi potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä, mutta myös ammattihenkilöiden kesken. (Varhila 2016, 8-16.)

Turvallinen lääkehoito voidaan jakaa lääketurvallisuuteen ja lääkitysturvallisuuteen. Lääkkeiden käyttöön liittyvää turvallisuutta kutsutaan

lääkitysturvallisuudeksi, sen tarkoituksena on varmistaa lääkehoidon turvallisuus koskien koko organisaatiota, sen periaatteita ja toimintoja, sekä henkilöstöä. Osa lääkitysturvallisuutta on toimenpiteet lääkkeiden käyttöön liittyvien lääkepoikkeamien korjaamiseksi, ehkäisemiseksi ja välttämiseksi. (THL a 2019.)

Potilas- ja asiakasturvallisuus taataan kokemuksen mukaan parhaiten siirtämällä huomio pois virheistä ja yksittäisistä työntekijöistä potilaille aiheutuvien haittojen vähentämiseksi. Kun tutkitaan ja arvioidaan palvelujärjestelmää, selkeytetään prosessia ja poistetaan siellä olevia riskejä. (STM 2017, 20.) Keskeistä ei ole kuitenkaan syyllisen selvittäminen, vaan se, miksi virhe tapahtui. Tavoitteena on oppia tapahtuneesta virheestä ja siihen johtaneista tekijöistä, sekä terveydenhuollon ja organisaatioiden prosesseista, jotka edesauttavat virheiden tapahtumista. (Holström 2017, 3.) Tällöin taataan turvallisuus parhaiten (STM 2017, 20).

3.2.1 Lääkehoitoa koskevat lait

Terveydenhuoltolaki määrittelee sen, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin toiminta- ja hoitokäytäntöihin. Toiminnan on oltava asianmukaisesti toteutettua, turvallista ja laadukasta. Kunta vastaa perusterveydenhuollon potilaan hoitokokonaisuuden yhteensovittamisesta, jollei siitä ole muutoin erikseen sovittu. Terveydenhuollossa toimivan toimintayksikön on laadun takaamiseksi laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Tässä suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden parantaminen yhteistyössä muiden sosiaalihuollon palveluntarjoajien kanssa. (L30.12.2010/1326.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavan suunnitelman mukaan on sovittava ainakin seuraavista asioista:

- 1) potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan täytäntöönpanon toimijat ja vastuuhenkilöt, sekä se miten johto vastaa voimavaroista ja edellytyksistä toteuttaa potilasturvallista ja laadukasta toimintaa

- 2) turvallista ja laadukasta toimintaa tukevat periaatteet henkilöstöjohtamisessa sekä turvallisuuskulttuuria tukevat menettelytavat ja arvot
- 3) menettelytavat, joilla henkilöstö osallistuu potilasturvallisuuden kehittämiseen ja laadunhallintaan moniammatillisesti, sekä saa palautetta oman toimintansa kehittämistä ja oppimista varten
- 4) turvallisen ja laadukkaan toiminnan edellyttämä toimintayksiköissä tapahtuva opiskelijoiden ohjaaminen ja koulutus, sekä henkilöstön perehdyttäminen
- 5) menettelytavat, joilla potilas ja hänen läheisensä voivat antaa palautetta potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan puutteista, sekä menettelytavat, joilla potilaalle ja hänen läheiselleen annetaan tukea ja tietoa potilasta kohdanneen haittatapahtuman jälkeen
- 6) laadunhallinta-asiakirjat, joita käytetään toiminnassa
- 7) laatu- ja turvallisuusongelmien ennakoiminen, sekä turvallisuusriskien hallinta ja tunnistaminen
- 8) vaara- ja haittatapahtumien raportointi ja tunnistaminen, ilmoittaminen haittatapahtumista hoitoilmoitusjärjestelmään ja muiden säädösten edellyttämä raportointi ja menettelytavat korjaavissa toimenpiteissä
- 9) potilasturvallisuudessa ja laadunhallinnan täytäntöönpanossa tarvittava yhteistyö yhdessä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden kanssa sairaanhoitopiirin alueella. (L341/2011.)

Kyseisessä suunnitelmassa on käsiteltävä ainakin hoitoketjut, palvelujen tarpeen mukainen saatavuus, toimintayksikön fyysinen ympäristö, lääkehoito, terveydenhuoltoon liittyvät infektiot ja lääkehuollon järjestäminen. Lisäksi on käsiteltävä henkilöstö, henkilöstön työnjako ja osaaminen, terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet, tietojärjestelmät ja potilasasiakirjamerkintöjen tekeminen sekä tiedonkulku toimintayksiköiden välillä ja toimintayksikön sisällä. (L341/2011.)

Laki terveydenhuollon ammattilaisista edistää potilasturvallisuutta, sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Laki varmistaa, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet ja muu riittävä ammatillinen pätevyys. Laki edistää potilasturvallisuutta

järjestämällä terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden valvontaa, sekä sen tarkoitus on myös helpottaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä. Tässä laissa terveydenhuollon ammattihenkilö on 1) henkilö, joka on kyseisen lain nojalla saanut ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut ammattihenkilö) tai ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö), 2) henkilö, jolla on oikeus käyttää terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö) joka on säädetty valtion neuvoston asetuksella. Luvan saanut, laillistettu ammattihenkilö tai nimikesuojattu ammattihenkilö on oikeutettu käyttämään asianomaista ammattinimikettä ja toimimaan asianomaisessa ammatissa. Muutkin henkilöt, joilla on riittävä ammattitaito, kokemus ja koulutus voivat toimia nimikesuojattujen ammattihenkilöiden ammatissa. Edellä mainitut henkilöt voivat kuitenkin toimia toistensa tehtävissä silloin, kun se on terveyspalvelujen tuottamisen ja työjärjestelyjen kannalta perusteltua kokemuksensa, ammattitaitonsa ja koulutuksensa mukaisesti. (L28.6.1994/559.)

3.2.2 Lääkehoitosuunnitelma

Suomen strategisena tavoitteena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden mahdollisuuksia tunnistaa riskitekijöitä, jotka liittyvät lääkehoidon toteutukseen, sekä vähentää näitä riskitekijöitä toimintakäytäntöjä muuttamalla. Merkittävä resurssi oli sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistus turvallisista lääkehoitokäytännöistä, joka julkaistiin vuonna 2006. Oppaan keskeinen sisältö oli ohjeistaa terveydenhuollon yksiköitä laatimaan omat yksikkökohtaiset lääkehoitosuunnitelmat. Lääkehoitosuunnitelma on lakisääteinen osa terveydenhuoltolain mukaista potilas-turvallisuussuunnitelmaa. (Hakoinen ym. 2017, 33.)

Lääkehoito perustuu lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoitosuunnitelma on keskeinen osa lääkehoitoon osallistuvien henkilöiden perehdytystä sekä turvallisuuden varmistamista ja lääkehoidon laatua. Lääkehoitosuunnitelmassa keskitytään oman toiminnan kannalta olennaisiin ja kriittisiin lääkitysturvallisuuden alueisiin. (THL c 2016, 12.) Lääkehoitosuunnitelma on keskeinen osa laadunhallinnassa ja toimintayksikön johtamisjärjestelmässä. Se tarjoaa työväliseen toiminta- ja työyksikön

käytäntöön, jolla pystytään suunnitelmallisesti hallita ja laadullisesti kehittää lääkehoitoa. (THL d 2011, 20.)

Yksikkökohtaisesta lääkehoitosuunnitelmasta tulee käydä ilmi vähintäänkin seuraavat säädöspohjaan perustuvat asiat, joita ovat lääkehoitoon liittyviin riskeihin varautuminen ja niiden tunnistaminen, perehdyttäminen turvalliseen lääkehoitoon, henkilöstön velvollisuudet, vastuut ja työnjako, opiskelija lääkehoidon toteuttajana, lääkehuollon järjestäminen ja toteuttaminen, lääkehoidon vaaratapahtumissa toimiminen, potilaan ja omaisten neuvonta ja ohjaus, tiedonkulku ja dokumentointi sekä palaute- ja seurantajärjestelmät. Edellä mainittujen lisäksi lääkehoitosuunnitelmassa kuvataan lääkehoidon osaamisen varmistaminen, osaamisvaatimukset ja ylläpito, sekä lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi. (THL c 2016, 12.)

Läkehoidon tavoitteiden saavuttamista voidaan parantaa esimerkiksi potilaskohtaisilla lääkehoitosuunnitelmilla, lääkehoidon kokonaisarvioinnilla, lääkekortin ja annosjakelun avulla. Lääkitykseen liittyvien vaara- ja haittatapahtumien raportoinnilla voidaan edistää lääkitysturvallisuutta. (THL d 2011, 20-21.)

Terveydenhuollon toimintayksikössä on terveydenhuoltolain (1326/2010) 57§:n mukaan oltava vastaava lääkäri, joka valvoo ja johtaa toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoitoa. Hänen on myös hyväksyttävä toimintayksikön lääkehoitosuunnitelma. Toimintayksikön lääkehoitosuunnitelma laaditaan moniammatillisen työryhmän kesken. Moniammatillinen työryhmä määrittelee tarvittavat resurssit, keinot ja vastuunjaon, joiden mukaan suunnitelman toteutumista ohjataan ja valvotaan. Työyksikön ja organisaation lääkehoitosuunnitelma on hyvä tarkistaa vähintään kerran vuodessa ja se on päivitettävä aina toiminnan, säädösten tai olosuhteiden muuttuessa. Henkilökunnalle tiedotetaan päivityksistä. Organisaation lääkehoitosuunnitelma on lähtökohtana, kun laaditaan työyksikkökohtaista lääkehoitosuunnitelmaa. Työyksiköiden esimiehet ovat vastuussa siitä, että työyksikössä on sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation lääkehoitosuunnitelman pohjalta laadittu ja sen kanssa samassa linjassa oleva lääkehoitosuunnitelma, joka soveltuu myös omaan yksikköön ja sen lääkehoidon riskeihin. (THL c 2016, 13-14.)

Lääkehoitosuunnitelmassa on määritelty työntekijöiden lääkehoidon osaamisvaatimukset ja niiden pohjalta arvioidaan koulutustarpeet. Suunnitelmasta tulee käydä ilmi henkilöstön määrä työvuorossa, sekä yksikön erityispiirteet lääkehoidossa. Jokaisessa työvuorossa tulee olla mahdollisuus toteuttaa lääkehoitoa turvallisesti, jolloin henkilöstörakenteen tulee olla työyksikön vaatimustason mukainen. Lääkehoitosuunnitelmassa kuvataan työyksikön potentiaaliset ja tunnistetut lääkehoidon riskit, sekä suunnitelma miten niihin varaudutaan. Suunnitelmassa tulee myös kuvata poikkeamien ja vaaratilanteiden seuranta- ja käsittelytavat. Henkilöstön lääkehoidon osaamista ylläpidetään, arvioidaan ja kehitetään säännöllisesti ja on jokaisen työntekijän velvollisuus ylläpitää ja kehittää omaa osaamistaan. Esimiehen vastuulla on antaa siihen mahdollisuus. Opiskelijat ja uudet työntekijät perehdytetään heti työsuhteen alussa lääkehoitosuunnitelman sisältöön. Työyksikön työntekijöillä on vastuu toimia lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. (THL c 2016, 14.)

Potilaskohtainen lääkehoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä potilaan kanssa ja se on osa potilaan terveys- ja hoitosuunnitelmaa. Potilaskohtaisesta lääkehoitosuunnitelmasta käyvät ilmi lääkkeen nimi, vahvuus, lääkekuoto, antoreitti, annostusohje, hoidon kesto, lääkkeen käyttötarkoitus, lääkkeen määrääjän nimi ja sv-numero, sekä henkilötiedot. Lääkemääräys, eli resepti tai ajantasainen lääkityslista on yksinkertaisimmillaan potilaskohtainen lääkehoitosuunnitelma. (THL c 2016, 15.)

3.2.3 Lääkehoidon osaamisen varmistaminen

Lääkehoidon osaamista edellytetään lääkehoitoa toteuttavalta ammattilaiselta, ja osaaminen koostuu koulutuksen aikana saadusta osaamisesta, joka täydentyy työkokemuksen ja täydennyskoulutuksen myötä vastaamaan työtehtävien vaatimuksia. Osa lääkehoidon prosessia on lääkitysturvallisuudesta huolehtiminen. Lääkitysturvallisuuden edistäminen ja lääkitykseen liittyvien vaaratapahtumien raportoiminen kuuluu kaikille lääkehoitoon osallistuville. Koulutetut terveydenhuollon ammattihenkilöt toteuttavat lääkehoitoa ja mikäli heitä ei ole käytettävissä voidaan lääkehoidon tehtäviin kouluttaa muuta henkilökuntaa. Työnantajan tehtävänä on säännöllisesti varmistaa, että työntekijä hallitsee tehtävässään ja työyksikössään tarpeelliset työtehtävät. (THL c 2016, 25.)

Hoitavalla lääkärillä on vastuu potilaan lääkehoidon kokonaisuudesta. Kokonaisvastuu lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollonyksiköissä kuuluu lääkehoitoon koulutetuille laillistetuille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Jokainen lääkehoitoon osallistuva tai sitä toteuttava vastaa kuitenkin omasta toiminnastaan. Pääsääntönä on toteuttaa lääkehoitoa ohjeiden mukaisesti. Potilasturvallisuuden ja lääkehoidon osaaminen edellyttää oman osaamisen kehittämistä ja päivittämistä jatkuvasti. Työyksikön esimiehen on varmistettava, että yksikön henkilöstöllä on tarvittava osaaminen lääkehoidon toteuttamiseen, sekä oikeanlaiset olosuhteet. Toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmassa ohjeistetaan ne tehtävät lääkehoidossa, joihin peruskoulutuksen ja lääkehoidon opintojen antaman pätevyyden lisäksi tarvitaan oikeuttava lupa harjoittaa lääkehoidon eri tehtäviä. Lupa on työyksikkökohtainen. Lääkeluvan edellytyksenä on toiminta- ja työyksikön lääkehoitosuunnitelmassa määritellyt kokeet ja näytöt, joilla arvioidaan teorian osaamista, lääkelaskennan osaamista sekä kliinisen lääkehoidon osaamista. Käytännön osaamista arvioidaan näytöissä ja niiden sisällöksi valitaan työyksikön lääkehoidon tunnistettujen riskien ja vaatimuksien kannalta keskeiset toiminnot. Lääkehoidon näytön vastaanottajalla tulee olla riittävä kokemus, eli hänen tulee olla toiminut viimeisen viiden vuoden aikana vähintään kolme vuotta kyseisellä tehtäväl alueella. Työyksikön lääkehoitosuunnitelmassa tulee mainita miten usein lupaan oikeuttava osaaminen varmistetaan. (THL c 2016, 30-33.)

3.3 Lääkehoidon eettisyys

Yleisiä eettisiä periaatteita terveydenhuollossa ovat itsemääräämisoikeus, oikeus hyvään hoitoon, oikeudenmukaisuus, ihmisarvon kunnioitus, hyvinvointia edistävä ilmapiiri, hyvä ammattitaito sekä keskinäinen arvonanto ja yhteistyö. Potilaille ja asiakkaille, sekä heidän läheisillään ja omaisillaan on oikeus hyvään hoitoon. Heidän tulee saada turvallista ja asiantuntevaa hoitoa, sekä tulla kohdelluksi hyvin. Tämän edellytyksenä on, että terveydenhuollossa henkilöstö toteuttaa vastuullisesti tarvittavat tutkimukset ja noudattaa hoidossa hyväksytyjä hoitomenetelmiä potilaan tai asiakkaan kanssa yhteisymmärryksessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten eettinen vaatimus haitan välttämiseksi ja hyvän tekemisestä liittyy hyvän hoidon vaatimukseen. Tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että potilaan hoitoon

liittyvät päätökset perustuvat näyttöön ja hyviin hoitokäytäntöihin. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen. 2018. 24-25.)

Keskeinen eettinen periaate sosiaali- ja terveydenhuollossa on ihmisarvon kunnioitus, johon kuuluvat luottamuksellisuus, yksityisyydensuoja ja inhimillinen kohtelu. Osa potilaan ihmisarvoista ja inhimillistä kohtelua on rehellisyys, hyvä vuorovaikutus sekä asiallinen tiedonsaanti hoitovaihtoehtoista. Potilaan itsemääräämisoikeuteen kuuluu, että hänellä on oikeus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksen tekoon, jota varten hänellä on oikeus saada esimerkiksi hoitovaihtoehtoista ja niiden hyödyistä ja haitoista riittävästi tietoa. Potilaalla on myös oikeudenmukaisuuden vaatimuksen mukaisesti oikeus siihen, että häntä hoidetaan ihmisoikeuksia kunnioittaen samojen periaatteiden mukaisesti. Hoito ei ole siis riippuvainen asuinpaikasta, sukupuolesta, sosiaalisesta asemasta, iästä, äidinkielestä, etnisestä taustasta, sukupuolisesta suuntautuneisuudesta tai vakaumuksesta, tai kulttuurista. Kaikilla kansalaisilla on oikeus oikeudenmukaisuuden periaatteen mukaisesti yhtä hyvään hoitoon. (Korhonen, ym. 2018. 26-27.)

4 VAARA- JA HAITTATAPAHTUMAT LÄÄKEHOIDOSSA

Tässä luvussa käsitellään lääkehoidon haasteita nykypäivän lääkehoidossa. Tämän lisäksi kerrotaan mitä eroa on vaara- ja haittatapahtumalla lääkehoidossa. Näiden tapahtumatyyppien erottaminen toisistaan on tärkeää, koska usein nämä sekoitetaan puhekielessä keskenään, huolimatta siitä että ne ovat täysin eri luonteisia.

4.1 Lääkehoidon haasteet nykypäivänä

Suomessa on järjestelmälähtöistä lääkehoidon toteutuksen toimivuuteen liittyvää tutkimustietoa varsin vähän. Tutkitun tiedon ja ”käytännöstä tulevan äänen” pohjalta voidaan sanoa, että lääkekaos vallitsee Suomessa. Lääkehoidon toteuttamisessa on samanaikaisesti monia osapuolia, usein tietämättä toisistaan ja ilman sopimista vastuun- ja työnjaosta. Koska kokonaisvastuu puuttuu, syntyy hallitsematon tilanne, joka johtaa hallitsemattomiin lääkehoidon kustannuksiin, sekä potilasvahinkoihin. Siihen vaikuttavia tekijöitä on huomattavissa kaikilla eri tasoilla: asiakkaan ja potilaan kohtaamisessa, läheisten ja omaisten voimavaroissa, toimintayksiköiden ja työyhteisöjen toimintamalleissa, sekä kansallisissa ja alueellisissa toimintaympäristöissä. Lääkehoidon nykytilan hallinnan kannalta on erittäin tärkeää pohdita lääkehoidon haasteita, nykytilaa ja viimeaikaista tutkittua tietoa, sekä tehdä johtopäätöksiä näiden perusteella. (Hakoinen ym. 2017, 9-10.)

Hoitoyksiköillä ja organisaatioilla tulisi olla käytettävissään keinoja, joilla ne pystyisivät tunnistamaan riskejä toteuttamassaan lääkehoidossa ja näiden perusteella muokkaamaan toteutusta turvallisemmaksi. Useat organisaatiot keräävät tietoa terveydenhuollon vaaratilanteista vaaratapahtumien raportointijärjestelmään, esimerkiksi yleisimmin Suomessa käytössä olevaan HaiPro-järjestelmään. (Hakoinen ym. 2017, 25.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon yksi suurimmista haasteista on ajantasaisen lääkitystiedon siirtyminen potilaan mukana. Ilman ajantasaista lääkityslistaa potilaan lääkehoidon toteutuksen ja tarkoituksenmukaisuuden arviointi on mahdotonta. Ajantasaisen lääkityslistan merkitys on potilasturvallisuuden kannalta suuri ja sen tulisi olla osa potilaan hoitosuunnitelmaa. Ongelma on maailmanlaajuinen ja siihen on

pyritty löytämään erilaisia ratkaisuja. Kun potilaan hoitoon osallistuu useita hoitavia tahoja, lääkitystietojen ajantasaisuus on erittäin haasteellista toteuttaa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on käytössä sähköiset tietojärjestelmät. Nämä tietojärjestelmät eivät kuitenkaan takaa, että potilaan lääkitystiedot olisivat ajan tasalla, tai että lääkityslista olisi käytettävissä hoitoon osallistuvilla ammattilaisilla ja potilaalla itsellään. palveluntarjoajilla sosiaali- ja terveydenhuollossa on käytössään erilaisia potilastietojärjestelmiä, jotka eivät välttämättä keskustele keskenään. Lääkityslistan rakenne ja ulkoasu ovat erilaisia eri tietojärjestelmissä. (Hakoinen ym. 2017, 30-31.)

4.2 Lääkityspoikkeama

Lääkityspoikkeamalla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan lääkitykseen liittyvää virhettä tai tekijää, joka saattaa johtaa tai johtaa vaaratapahtumaan potilaalle. Lääkityspoikkeama voi aiheutua tekemättä jättämisestä, tekemisestä tai siitä, ettei suojaus toimi. Lääkityspoikkeamassa saattaa olla kyseessä myös väärä lääkkeen määrääminen, käyttökuntoon saattaminen, toimitus, jakelu, neuvonta tai antaminen. Lääkityspoikkeamat jaetaan toiminnallisesti seuraavasti: väärä lääke, annos, dokumentointi, valmistusaika, antoreitti, tai jakotekniikka, lääkkeen antamatta jättäminen tai toimimattoman lääkkeen jako. (Syyrilä 2017, 5.)

4.2.1 Vaaratapahtuma lääkehoidossa

Suuri osa hoitoon liittyvistä vaaratapahtumista ja virheistä yhdistyy lääkehoitoon ja eritoten lääkkeen antamiseen potilaalle. Väsymys, huonot ympäristötekijät ja henkilöstön puute edesauttavat lääkitysvirheen tapahtumista, sekä vaikuttavat lääkehoitoprosessin eri vaiheisiin. (Härkönen ym. 2019, 244.) Suomessa lähes puolet viimeisimmän kymmenen vuoden aikana raportoiduista yli miljoonasta läheltä piti-tilanteesta tai hoitovirheestä liittyy lääkehoitoon. Virheiden raportointikäytäntö kattaa yli 200 organisaatiota, mutta ei esimerkiksi laitosten ja sairaaloiden ulkopuolella tapahtuvaa lääkehoitoa, joten kukaan ei tiedä millainen tilanne on avohoidossa. (Hakoinen ym. 2017, 11-13.)

Tilannetta, jossa potilasturvallisuus vaarantuu ilman että potilaalle aiheutuu haittaa, kutsutaan vaaratapahtumaksi. Potilasturvallisuuden vaaratapahtuma on sellainen tilanne tai olosuhde, joka olisi voinut johtaa tai johti potilaalle tarpeettomaan haittaan. Haitta ei ole suunnitelmallinen osa hoitoa. Vaaratapahtuman vaikutus ei välttämättä ulotu potilaaseen, mutta hoidosta aiheutuvan haitan mahdollisuus oli tilanteessa. Tällaisesta tilanteesta puhutaan läheltä piti -tilanteena. Se myös määritellään vaaratapahtumaksi, koska sen tapahtuessa olisi voinut aiheutua potilaalle haittaa. Läheltä piti -tilanteen aiheuttamasta vaaratapahtumasta vältyttiin joko sattumalta tai siksi, että vaaratilanne tai poikkeama havaittiin ja sen haitalliset seuraukset pystyttiin välttämään ajoissa. Läheltä piti -tilanne saattaa jäädä usein paljastumatta, jos läsnä ollut työntekijä ei tuo sitä esille. Jos tapahtuma vaikuttaa potilaaseen, on tällöin kyseessä haittatapahtuma. (Helovuo ym. 2011, 16.)

Vaaratapahtuman seurausten perusteella arvioidaan sen vakavuutta. Siitä aiheutunut haitta voi olla potilaalle lievä, kohtalainen tai vakava. Läheltä piti -tilanne ei välttämättä aiheuta minkäänlaista haittaa potilaalle, mutta se sisältää riskin vakavalle haitalle, jolta vältyttiin vain sattumalta. Vaaratapahtumien sisältämän riskin näkökulmasta tarkastelu on hyödyllistä. Riski tarkoittaa haitan todennäköisyyttä, eli miten lähellä vahingon syntyminen oli ja mitkä vahingon seuraukset olisivat olleet. Riskin arvioiminen on usein hankalaa, koska ehkä juuri tälle potilaalle sattuneen tapahtuman seuraukset olivat mitättömät, mutta jollekin toiselle hyvin vaaralliset. Riskin arviointi auttaa tunnistamaan mitä tapahtumasta voidaan oppia ja mitä kehittämistoimia voidaan priorisoida. (Helovuo ym. 2011, 17.)

Läheltä piti -tilanne lääkehoidossa.

Läheltä piti -tilanne esimerkki: Hoitaja on laimentanut suonensisäisen antibiootin ja merkinnyt sen vietäväksi potilaalle pelkästään huone- ja potilaspaikkanumeron perusteella. Hoitaja, joka on antamassa lääkettä huomaamatta, että lääke on väärä ja tarkoitettu eri potilaalle. Potilas ei saa kyseistä lääkettä, mutta syntyy läheltä piti -tilanne, mistä ei aiheutunut potilaalle haittaa.

4.2.2 Haittatapahtuma

Haittatapahtumalla tarkoitetaan kansainvälisen määritelmän mukaan vammaa, joka on aiheutunut hoidosta ja joka ei suoraan liity potilaan sairauteen. Haittatapahtuma voi johtaa pysyvään haittaan tai pitkittyneeseen sairaalahoitoon. (Helovuori ym. 2011, 16.)

Haittatapahtuma lääkeshoidossa.

Haittatapahtuma esimerkki: Osastohoidossa on ollut insuliinidiabeetikko, jolla on käytössä lyhytvaikutteinen insuliini aterioilla. Potilas kotiutuu aamupäivällä ja vuodepaikalle tulee uusi potilas. Insuliinin annostusmerkintä unohtuu osastolla käytössä olevalle jakolistalle. Iltavuoroon tullut hoitaja ei tarkista potilaan henkilöllisyyttä, vaan pistää insuliinin listan mukaan uudelle potilaalle. Tällöin syntyy haittatapahtuma, josta aiheutuu potilaalle haittaa.

5 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON VAARATAPAHTUMIEN RAPORTOINTIJÄRJESTELMÄ

Tässä luvussa kerrotaan vaara- ja haittatapahtumien seurantatavoista Suomessa. Yleisin käytössä oleva seurantajärjestelmä on HaiPro-ilmoitusjärjestelmä. HaiPro-ilmoitusjärjestelmällä seurataan valtakunnallisesti vaara- ja haittatapahtumien syntyä, sekä niihin vaikuttaneita tekijöitä ja sitä, miten poikkeamiin on reagoitu.

5.1 Raportointi- ja ilmoitusjärjestelmät

Haittatapahtumien, vaaratilanteiden ja poikkeamien raportointi auttaa turvallisuuden parantamisessa. Toimintayksiköiden, esimiesten ja organisaation johdon tehtävä on luoda oikeudenmukainen ja avoin toimintaympäristö kannustamaan henkilöstöä vaaratapahtumien ilmoittamiseen aktiivisesti. Vaaratapahtumailmoitusten käsittelyn tehtävät ja vastuut ohjeistetaan organisaatiossa. (THL d 2011, 28.) Kaikkien terveydenhuollon palvelujärjestelmien tavoitteena tulee olla lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien ehkäiseminen. Palvelujärjestelmien eettinen velvollisuus on myös osallistua potilasturvallisuutta parantaviin toimiin. Tarvitaan tarkkaa tietoa vaaratapahtumista ja niiden synnystä, että lääkehoidon turvallisuutta voidaan kehittää. Kartoittamalla riskejä ja lisäämällä vaaratapahtumien raportointia, sekä toimintaa parantamalla voidaan luoda turvallisempi terveydenhuollon palvelujärjestelmä. Kansallinen potilasturvallisuusstrategia painottaa vaaratapahtumista oppimista ja niiden raportointia. Suomessa laajimmalle on levinnyt HaiPro-raportointijärjestelmä. (Pitkänen, Teuvo, Ränkimies, Uusitalo, Oja & Kaunonen. 2014, 177-189.)

Tapahtuneista vahingoista saatu tieto hyödynnetään ja virheistä opitaan. Toimiva palautejärjestelmä kuuluu vaaratapahtumien raportointimenettelyyn. Tärkeää on jakaa tietoa etenkin vakavista ja/tai harvinaisista haittatapahtumista myös organisaatorajojen yli. Vakavien haitta- ja vaaratapahtumien analyysissä selvitetään yksilölliset syyt, sekä syyt hoidon suunnittelussa, hoidossa, työympäristössä ja organisaatiossa. Analyysissä käsitellään systemaattisesti prosesseja, järjestelmän rakenteita sekä niihin liittyviä vaaratekijöitä, suojauksia ja varmistuksia. (THL d 2011, 28-29.)

5.1.1 Organisaatiotaso

Ilmoitetuista vaaratapahtumista saadaan säännöllisesti tietoa, jota hyödynnetään yksikkö- ja organisaatiotasolla niin, että koko työyhteisö tarkastelee ilmoitettuja tapahtumia yhdessä ja kehittämistoimia pohditaan moniammatillisesti. Esimiehen tehtävä on organisoida yksikön sisäiset keskustelut säännöllisesti sekä analysoida ilmoitukset tarkemmin ja huolehtia koko työyksikön tehokkaasta viestinnästä. Henkilökunnan tietoon tulee saada turvallisuusriskit nopeasti, että vältetään vastaavilta tilanteilta tulevaisuudessa. Tietojen pohjalta, joita vaaratapahtumista saadaan, tulee esimerkiksi laitteistoja tai ympäristöä parantaa, henkilökuntaa perehdyttää tai kouluttaa, varmistusmenettelyjä lisätä, työkäytäntöjä muuttaa tai kehittää toimintayksikön sisäisiä tai yksiköiden välistä yhteistoimintaa. Suomessa on eniten kokemusta Haipro- järjestelmästä, mutta on kehitetty myös muita raportointijärjestelmiä. Pääsisältö ilmoituksessa on vapaamuotoinen kuvaus, jossa muodostuu kokonaiskuva tapahtuman synnystä, etenemisestä, seurauksista ja olosuhteista ilmoittajan havaitsemana. Kriteerit, joiden perusteella ilmoitetut haittatapahtumat tarkemmin tutkitaan ja selvitetään toimenpiteiden tarpeellisuus, määrittelee organisaatio turvallisuusriskin hallitsemiseksi. Apuna tutkinnassa käytetään erilaisia tarkistuslistoja, tutkintamalleja, tapahtumaketjun kuvaamistyökaluja, apusanoja tai muita vastaavia apuvälineitä. (THL d 2011, 29-30.)

5.1.2 Valtakunnallinen taso

Valtakunnallisella tasolla tuotetaan ajantasaista tietoa potilasturvallisuuden hyvistä käytännöistä hyödyntämällä ilmoituksista saatua tietoa. Lakisääteiseen sairaaloiden hoitoilmoitusjärjestelmään (HILMO) ilmoitetaan terveyshaittaan johtavista haittatapahtumista, joihin kirjataan komplikaatiodiagnoosit. Hoidon haittavaikutuksella tarkoitetaan hoitoilmoitusrekisterin tiedonkeruussa terveydenhuollon ammattihenkilön suorittamaan toimenpiteeseen tai antamaan hoitoon liittyvää odottamatonta seuraamusta, joka aiheuttaa hoidon tulokseen verrattuna hoidon keston pidentymistä, objektiivista haittaa potilaalle, hoitokustannusten lisääntymistä ja saman sairauden tai vaivan uusintatoimenpiteen. Hilmosta saatu tieto voidaan hyödyntää

toimintayksikössä ja se tulee ottaa huomioon säännöllisesti potilasturvallisuuden ja laadun kehittämisessä. (THL d 2011, 30-31.)

5.2 HaiPro -järjestelmä

Hyvän työkalun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämiseen tarjoaa HaiPro-raportointijärjestelmä (Pitkänen ym. 2014, 180). HaiPro -ilmoitus (liite 1.), eli potilaan turvallisuutta vaarantavat tapahtumat ilmoitetaan HaiPro järjestelmään. Tällaisia ovat sellaiset tapahtumat, jotka aiheuttavat tai voivat aiheuttaa haittaa potilaalle. HaiPro -järjestelmään ilmoitetaan siis haittatapahtumia, sekä läheltä piti-tapahtumia. (HaiPro 2015, 2.) HaiPro-järjestelmää on käytetty vuodesta 2007 lähtien. Vaaratapahtumaraportit antavat perustaa ymmärtää toteutusprosesseja lääkehoidossa sekä lääkehoitoon liittyvien riskitilanteiden merkitystä potilasturvallisuudessa. (Hakoinen ym. 2017. 25.) Järjestelmästä saadaan tilastotietoa sekä sen ohella ammattihenkilöiden tekemiä kirjauksia, jotka ovat avoimia. Näitä kirjauksia tarkastelemalla saadaan yksityiskohtaista tietoa lääkehoidon taustalla olevista tekijöistä ja mahdollisuuksista toiminnan kehittämiseen siten, että vastaavat vaaratapahtumat eivät toistuisi. (Pitkänen ym. 2014, 180.)

Suomen terveydenhuollon organisaatioissa on vakiintunut käytäntö vaaratapahtumien raportointiin. Tieto, jota vaaratapahtumien raportoinnista saadaan, auttaa luomaan toimenpiteitä, joiden avulla pystytään varautumaan ja ennaltaehkäisemään vaaratapahtumia. Raportointijärjestelmä on vapaaehtoinen ja siinä on haasteita, jotka voivat estää sen hyödyntämistä. Vuodesta 2007 lähtien Suomessa on vaaratapahtumia raportoitu yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä HaiPro-tietojärjestelmän avulla. Yli 40 % kaikista tehdyistä ilmoituksista liittyy lääkehoidon vaaratapahtumiin. Kuka tahansa vaaratapahtumassa mukana ollut henkilö voi tehdä vaaratapahtumailmoituksen. Ilmoituksessa kuvataan tapahtuman luonne, tyyppi, sekä tapahtuman kuvaus mahdollisimman tarkasti. Yksikön esimies käsittelee HaiPro-ilmoituksen. Tämän jälkeen hän luokittelee ilmoituksen ja päättää vaatiiko ilmoitus toimenpiteitä. (Kuusisto, Sneek, Sova & Härkänen 2019.)

Hoitoprosessien riskikohdista saadaan tietoa vaaratapahtumien analysoinnilla, jolloin voidaan kehittää suojausmenetelmiä ja estää vaaratapahtuman uusiutuminen.

Toimintatapamuutos, fyysinen este tai tekninen ratkaisu voivat olla suojausmenetelmiä, joilla havaitaan poikkeamat potilaan hoidossa ennen vaaratapahtuman syntymistä. Ilmoitusten laajempi analyysi mahdollistaa yleisyyksien tunnistamisen. (Kuusisto ym. 2019.)

Ongelmana HaiPro:n käytössä on, että organisaatiot eivät riittävästi hyödynnä kerättyä riskitietoa. Se, että kerättyä riskitietoa ei hyödynnetä, johtuu monista syistä, muun muassa siitä, ettei organisaatioissa ole vielä omaksuttu järjestelmälähtöistä tapaa oppia virheistä. Raportointijärjestelmän puutteeksi nousee se, että kaikkia vaaratapahtumia ei raportoida. Tehdyistä raporteista nousee kuitenkin selkeitä riskikohtia, joihin tulisi puuttua. Tällaisia ovat lääkkeiden jakamis-, kirjaamis- ja antokäytännöt potilaille. (Hakoinen ym. 2017, 25-26.)

Kansainvälisesti lääkehoidon turvallisuutta parantavia keinoja on kehitetty jonkin verran, mutta niiden arviointi on ollut vähäistä. Siihen miten lääkityspoikkeamia voidaan tutkia, tarvitaan edelleen lisää tutkimustietoa. Lääkehoitopoikkeamiin myötävaikuttavat tekijät tulisi pystyä tunnistamaan. (Härkönen ym. 2019, 244.)

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tässä luvussa on kerrottu opinnäytetyön toteutuksesta ja siitä, miten aineistonkeruu ja analysointi, sekä tiedonhaku on toteutettu. Opinnäytetyön työstäminen on aloitettu syksyllä 2019. Ensimmäisenä laadittiin tutkimussuunnitelma, jonka jälkeen haettiin tutkimuslupa. Tutkimusluvan jälkeen saimme tutkittavan HaiPro-aineiston, jonka käsittely aloitettiin saman tien. Teoriatietoa kirjoitettiin limittäin tutkittavan aineiston kanssa. Opinnäytetyö valmistui keväällä 2021.

6.1 Tiedonhaku

Teoriatietoa opinnäytetyöhön haettiin monipuolisesti sähköisistä tietokannoista ja haku rajattiin vuosiin 2010–2020. Hakusanoina käytettiin muun muassa sanoja lääkehoito, lääkityspoikkeama, potilasturvallisuus, haitta-/vaaratapahtuma, HaiPro ja hoidon laatu. Lähteinä käytettiin kirjoja, artikkeleita ja tutkielmia, sekä suomen-että englanninkielisiä. Kotimaisista tietokannoista käytettiin Lindaa, Terveystietoa, Aleksia ja Medicia.

Ajoittain tietoa oli saatavilla erittäin runsaasti ja haasteena oli valita tiedoista luotettavin, täsmällisin ja ajankohtaisin opinnäytetyöhömme. Teoriatietoa oli onneksi hyvin saatavilla sähköisesti luettavina versioina, mikä oli tärkeää opinnäytetyön toteutuksen kannalta, koska koronapandemian vuoksi aineiston etsiminen kirjastoissa pyrittiin välttämään mahdollisuuksien mukaan. Välttämättömät tiedot kuitenkin haettiin fyysisesti kirjastosta, mikäli tarve sen vaati.

6.2 Aineistonkeruu

Aineistonkeruu toteutettiin määrällisellä tutkimusmenetelmällä HaiPro ilmoituksista (liite 1.). Tutkittava HaiPro-materiaali saatiin JIK ky:stä. Näistä valikoitiin opinnäytetyössä käsiteltävät yksiköt, eli akuutti- ja kuntoutusyksiköt, vuorohoitoyksiköt, asumispalveluyksiköt ja kotihoito. Rajauksen ulkopuolelle jäivät poliklinikat, mielenterveys-, päihde- ja kehitysvammayksiköt, sekä yksityiset palveluntarjoajat.

Tutkittava aineisto muodostui viimeisen kahden vuoden aikana tehdyistä HaiPro-ilmoituksista (1/2018-12/2019). Jokainen lääkehoitoa koskeva HaiPro käsiteltiin ja syötettiin yksitellen SPSS-ohjelmaan. Lisäksi ne eriytettiin yksiköittäin ja ilmoituksen tekijän mukaan ammattiryhmittäin: sairaanhoitajat, lähihoitajat ja muut mahdolliset ammattiryhmät. Tarkasteltavia kohtia lomakkeesta olivat 1) työyksikkö, jossa tapahtui, 2) ilmoittajan ammattiryhmä, 3) tapahtuman kellonaika, 4) tapahtumapaikka, 5) tapahtuman luonne, sekä 6) tapahtuman kuvaus, johon ilmoittaja vastaa omin sanoin.

6.3 Aineiston analysointi

Monimenetelmätutkimus yhdistää laadullisen ja määrällisen metodologian. Tutkimuksen suunnittelu alkaa tutkittavan ilmiön selvittämiseen sopivan tutkimusasetelman laatimisella ja tutkimusprosessin hahmottamisella. Aluksi määritellään tutkimuksen kohdejoukko, jonka lisäksi arvioidaan onko kyseiseen tutkimuskysymykseen mahdollista käyttää yksittäistä aineistonkeruumenetelmää vai onko kannattavampaa yhdistää kaksi tai useampi aineistonkeruu menetelmä tutkimuskysymykseen vastatakseen. Yhdistämällä määrällinen ja laadullinen aineistonkeruu samaan tutkimukseen käytetään tällöin monimenetelmällistä metodologista paradigmaa. Monimenetelmätutkimusta käyttämällä on mahdollista a) lisätä tutkimustulosten luotettavuutta, koska erilaiset menetelmät täydentävät toistensa vaikutusta b) kuvata ja selkiyttää yhdellä menetelmällä saatuja tuloksia c) kehittää menetelmää toisen menetelmän avulla saaduilla tuloksilla d) havaita erilaisia ristiriitoja, näkökulmia tai paradokseja saaduista tuloksista sekä e) tutkimuksen eri vaiheissa käyttää erilaisia menetelmiä. (Sormunen, Saaranen, Tossavainen & Turunen 2013, 312-315.)

Kun on löydetty perusteet monimenetelmätutkimuksen käytölle, laaditaan tutkimusasetelma, jossa määritellään tutkimuksen vaiheet missä käytetään laadullista ja missä määrällistä menetelmää, sekä käytetäänkö eri menetelmiä samanaikaisesti vai peräkkäin. Laadullinen ja määrällinen osuus tutkimuksessa voivat esiintyä lähes samanarvoisessa suhteessa tai toinen paradigma voi olla toista suurempi. Monimenetelmätutkimuksen käyttömahdollisuudet ovat siis erittäin laajat erilaisine

tutkimusasetelmineen. Yksi käyttötarkoitus ja vahvuus monimenetelmätutkimuksen käytölle on ilmiöiden tulkinnan rikkaus ja erityyppisen tiedon tuottaminen, jolloin menetelmien valinta on tärkeässä asemassa. Monimenetelmällinen tutkimus on tarkoituksenmukainen, mikäli tutkimuskysymys sen vaatii. Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi silloin, kun halutaan syventää ymmärrystä määrällisestä tutkimuksesta laadullisen aineiston avulla. (Sormunen, ym 2013, 315-317.)

Määrällisen, eli kvantitatiivisen tutkimuksen avulla tutkitaan prosenttiosuuksiin ja lukumääriin liittyviä kysymyksiä. Määrällisessä tutkimuksessa täytyy olla riittävän suuri ja edustava otos. Numeeristen suureiden avulla kuvataan ja selvitetään myös eri asioiden välisiä muutoksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuvia riippuvuuksia. Määrällisen tutkimuksen avulla yleensä saadaan kartoitettua olemassa oleva tilanne, mutta ei pystytä selvittämään riittävästi asioiden syytä. (Heikkilä 2014, 8.)

Laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä käytetään sisällönanalyysiä, jota käytetään myös määrällisessä tutkimuksessa avointen vastausten analysoinnissa. Tutkittavaa ilmiötä kuvailemaan käytetään induktiivista sisällönanalyysiä ja sen avulla voidaan muodostaa tätä ilmiötä kuvaavia käsitteitä, kategorioita, käsitejärjestelmiä ja käsitekarttoja. Onnistuminen sisällönanalyysissä edellyttää sitä, että tutkija kykenee muodostamaan aineistosta käsitteet ja pelkistämään sen niin, että se kuvaa luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Induktiivinen sisällönanalyysi edellyttää, että edetään aineiston ehdolla. Sisällönanalyysin tulokset voidaan myös kvantifioida, eli lasketaan miten monta kertaa käsitteen sisältämä asia ilmenee aineistossa ja kuinka moni vastaaja ilmaisee kyseisen asian. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139-140.)

Tutkimuksessa käytettiin määrällistä ja laadullista sisällönanalyysimenetelmää. Aineisto koostui 574 HaiPro-ilmoituksesta, joten se käsiteltiin SPSS-ohjelman avulla. Tutkimustulokset kirjattiin sanallisesti, sekä havainnollistamalla erilaisten kuvioiden ja kaavioiden avulla. Analyysit jaettiin ja tutkimustulokset esitettiin yksikkökohtaisesti. SPSS on tilastollisen tiedonkäsittelyn monipuolinen ohjelmisto, joka on hyvä työkalu kvantitatiivista tutkimusta tekeväille. Sen avulla voidaan tehdä kaikki kvantitatiivisessa tutkimuksessa tarpeelliset analyysit, sekä muita

vaativampia tarkasteluja. Se on yleisimmin Suomessa ja maailmanlaajuisesti käytetty analyysin apuväline tilastollisessa tutkimuksessa. (Mamia 2005.)

Aineisto käsiteltiin työyksiköittäin ja se eriteltiin vielä ilmoituksen tekijän ammattiryhmän perusteella. Sen jälkeen tarkasteltiin lääkehoitopoikkeaman tapahtuman kellonaikaa, jolloin saatiin selville, millainen merkitys vuorokaudenajalla on lääkehoitopoikkeaman tapahtumisessa. Tapahtumapaikka analysoitiin erikseen, jolloin nähtiin missä lääkehoitopoikkeamia eniten tapahtuu ja tapahtuuko lääkehoitopoikkeamia erityisesti jossain tietyssä tilanteessa. Tapahtuman kuvauksesta poimittiin ne oleelliset tiedot, joita lääkehoidon turvallisuuden kehittämisessä voidaan hyödyntää, kuten ilmoittajan oma näkemys siitä, miten vastaavanlainen tapahtuma voitaisiin jatkossa estää. Myötävaikuttavat tekijät, jotka vastaajat olivat vastanneet HaiPro -ilmoitukseen omin sanoin, analysoitiin myös induktiivisella sisällönanalyysillä, jolloin tuloksista saatiin rikkaammat ja kattavammat. Aineisto ryhmiteltiin, pelkistettiin ja abstrahoitettiin. Pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin siten, että samaa tarkoittavat ilmaisut muodostivat aina oman alaluokansa. Tästä edettiin niin, että saman ryhmän alaluokan ilmaisut abstrahoitettiin omaksi yläluokaksi ja siitä edelleen pääluokaksi, jolloin syntyi alla olevan kaltainen esimerkkitaulukko 1. Tämän jälkeen induktiivisen sisällönanalyysin tulokset kvantifioitiin SPSS-ohjelmaa hyödyntäen.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston abstrahoinnista

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Päälukka
"... uusi työntekijä jakanut lääkkeit..." "... uusi sijainen..." "... paljon ollut sijaisia..."	Työntekijöiden vaihtuvuus	Työn jatkuvuuden haasteet	Lääkehoitopoikkeamien syyt
"... epäselvä merkintätapa..." "... väärä nimi kirjoitettu listaan..." "... puutteellinen kirjaus..."	Kirjausvirheet		
"... paljon ääntä..." "... salissa kova hälinä..." "... todella rauhatonta..."	Meteli/hälinä	Ylimääräiset häiriötekijät	

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tässä kappaleessa esitetään opinnäytetyön tutkimustulokset. Tulokset on käsitelty kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä SPSS-ohjelmaa hyödyntäen. Tutkimustulokset on kuvattu taulukoiden ja kuvioiden avulla. Induktiivisen sisällönanalyysin osalta on tehty taulukot, joissa kuvataan aineiston abstrahointiprosessi. Taulukoissa 7-16 on esitetty abstrahoidut aineiston luokittelut.

7.1 Taustatiedot

Käsiteltäviä HaiPro-ilmoituksia oli yhteensä 574. Taulukossa 2 on kuvattu vastaajien ammattiryhmien jakautuminen lähihoitajien ja sairaanhoitajien välillä. Vastaajista sairaanhoitajia oli 108 (18,8 %) ja lähihoitajia 466 (81,2 %). Muiden ammattiryhmien vastauksia ei ollut.

Taulukko 2. Vastaajien ammattiryhmä

	Ilmoitusten määrä	Suhteelli- nen osuus %	Suhteellinen osuus vastaa- jista %	Kertymä %
Sairaanhoitaja	108	18,8	18,8	18,8
Lähihoitaja	466	81,2	81,2	100,0
Total	574	100,0	100,0	

Taulukossa 3 on kuvattu työyksikkö, jossa vaaratapahtuma on tapahtunut. Vaarata-
pahtumia raportoitiin seuraavan jaottelun mukaisesti: asumispalveluyksiköt 303
(52,8 %), vuorohoitoyksikkö 17 (3 %), kotihoito 177 (30,8 %) ja akuutti- tai kun-
tousosasto 77 (13,4 %).

Taulukko 3. Vaaratapahtumailmoituksen tapahtumayksikkö

	Ilmoitusten määrä	Suhteelli- nen osuus %	Suhteellinen osuus vastaa- jista %	Kertymä %
Asumispalveluyksikkö	303	52,8	52,8	52,8
Vuorohoitoyksikkö	17	3,0	3,0	55,7
Kotihoito	177	30,8	30,8	86,6
Akuutti- tai kuntoutusosasto	77	13,4	13,4	100,0
Kokonaismäärä	574	100,0	100,0	

Taulukossa 4 on kuvattu vaaratapahtuman tapahtumapaikka. Vaaratapahtumista suurin osa on tapahtunut asiakkaan kotona (27,7 %). Toiseksi eniten vaaratapahtumia raportoitiin tapahtuneeksi potilashuoneessa (17,6 %) ja kolmanneksi eniten päiväsalissa (16,9 %). Muut vaaratapahtumien tapahtumapaikat olivat lääkehuone (12,4 %), kanslia (8,9 %), wc/pesutilat (1,9 %), käytävä (0,9 %) ja keittiö (0,7 %). Vaaratapahtumien tapahtumapaikoista 13,4 % ei ollut ilmoituksen tekijän tiedossa.

Taulukko 4. Vaaratapahtuman tapahtumapaikka

	Ilmoitusten määrä	Suhteelli- nen osuus %	Suhteellinen osuus vastaa- jista %	Kertymä %
Käytävä	5	,9	,9	,9
Lääkehuone	71	12,4	12,4	13,2
Kanslia	49	8,5	8,5	21,8
Päiväsali	97	16,9	16,9	38,7
Potilashuone	101	17,6	17,6	56,3
Keittiö	4	,7	,7	57,0
Wc/pesutilat	11	1,9	1,9	58,9
Koti	159	27,7	27,7	86,6
Ei tiedossa	77	13,4	13,4	100,0
Kokonaismäärä	574	100,0	100,0	

Taulukossa 5 on kuvattu aikaväli, jonka aikana vaaratapahtuma on tapahtunut. Suurin osa vaaratapahtumista on tapahtunut klo 6-12 (42,7 %). Toiseksi eniten vaaratapahtumia sattui klo 12-18 (26,7 %). Muut aikavälit jakoutuivat seuraavasti: klo 18-24 14,6 %, klo 00-06 0,5 % ja tapahtuma-ajasta 15,5 % ei ollut tiedossa.

Taulukko 5. Vaaratapahtuman tapahtuma-aika

	Ilmoitusten määrä	Suhteelli- nen osuus %	Suhteellinen osuus vastaa- jista %	Kertymä %
Klo 06-12	245	42,7	42,7	42,7
Klo 12-18	153	26,7	26,7	69,3
Klo 18-24	84	14,6	14,6	84,0
Klo 00-06	3	,5	,5	84,5
Ei tiedossa	89	15,5	15,5	100,0
Kokonais- määrä	574	100,0	100,0	

Taulukossa 6 kuvataan sitä, onko vaaratapahtuma ollut läheltä piti-tilanne vai onko vaaratapahtuma tapahtunut potilaalle. Kappaleessa kuvataan myös vaaratapahtumaan vaikuttaneet myötävaikuttavat tekijät. Vaaratapahtumista 74,6 % tapahtui potilaalle. Vaaratapahtumista 25,4 % oli läheltä piti -tilanteita, jolloin potilaalle ei aiheutunut haittaa.

Taulukko 6. Vaaratapahtuman luonne

	Ilmoitusten määrä	Suhteelli- nen osuus %	Suhteellinen osuus vastaa- jista %	Kertymä %
Tapahtui potilaalle	428	74,6	74,6	74,6
Läheltä piti-tilanne	146	25,4	25,4	100,0
Kokonaismäärä	574	100,0	100,0	

Taulukossa 7 kuvataan abstrahoitu alkuperäisilmaus kiireen merkitys lääkehoitopoikkeamien myötävaikuttavana tekijänä. Kiireestä raportoi 50 HaiPro-ilmoituksen tekijää, kuten taulukosta 17 voidaan havaita. Kiire nousi siis monessa HaiPro-ilmoituksessa esiin ja sen vaikutusta raportoitiin kaikista käsiteltävistä yksiköistä.

Aineistoesimerkit.

”Kiireinen ja hälinäinen iltapäivä työpaikkakokouksen jälkeen ennen kotiinlähtöä”

”Dosetti oli ollut sunnuntai-iltana jakamatta ja kiireellä oli hoitaja ne jakanut”

”Onko ollut kiire, eikä olla huomattu laastaria essuun tarttuneena”

”Hoitajilla ollut kiireinen aikataulu”

”Kiire aamutoimissa ja astioita odotettiin jo keittiölle palautettavaksi”

Taulukko 7. Kiire-tilaus

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääluokka
"...Kiire..."	Kiire	Lääkehoidon organisoinnin ongelmat	Lääkehoitopoitkeamien syyt
"...jatkuvaa kiirettä ja liikkumista...asukkaat levottomia"			
"...kiirettä ja kovaa liikkumista..."			
"...kiire aamutoimissa..."			
"...työntäyteinen aamu..."			
"...kiireinen iltapalan jako..."			
"...pienimuotoinen kiire..."			
"...aamuvuorolaisilla oli ollut hirveä kiire..."			
"...lääkkeet jaettu kovalla kiireellä..."			
"...kiire..."			
"...kiireinen iltapäivä..."			
"...kiireessä hoitaja voi seata lääkkeit..."			
"...onko ollut kiire kun ei ole huomattu..."			
"...kiire ehkä..."			
"...lääkkeet jaettu ilmeisesti kiireessä..."			
"...kiireellä hoitaja oli ne jakanut..."			
"...kova kiire illalla..."			
"...aamun kiireet..."			
"...kiire..."			
"...toughua täynnä oleva aamuvuoro..."			
"...kiireiset aamutoimet..."			
"...pienimuotoinen kiire..."			
"...lääkkeet jaettu liian kiireellä..."			
"...aamulla lääkkeiden jakaminen kiireellistä..."			
"...osastolla kiire, joka jatkunut jo pidempään..."			
"...lääkkeenjakaajalla kiire..."			
"...lääkkeenjakaajalla kiire..."			
"...kiirekin ehkä ollut..."			
"...kiirettä osastolla..."			
"...iltavuoro on voinut olla kiireinen..."			
"...olisiko ollut kiire lääkkeitä jaettaessa..."			
"...kiire saada jakolistat valmiiksi..."			
"...kiireinen ilta ja lääkehoitoja..."			
"...ilta hyvin kiireinen..."			
"...kiireellä jaoin huumelälääkkeet..."			
"...hoitajilla ollut kiireinen aikataulu..."			
"...kotihoitoon kiireiden vuoksi..."			
"...ilmeisesti ollut kiire..."			
"...illalla ollut todennäköisesti kiire..."			
"...kiire lääkejaossa..."			
"...syynä kiire..."			
"...on jo kiire seuraavan työtätävän..."			

Taulukossa 8 havainnollistetaan tilanteita, joissa olosuhteet ovat olleet normaalit. Näitä ilmoituksia raportoitiin 25 kappaletta ja näitäkin oli tehty jokaisesta työskentely-yksiköstä (taulukko 19).

Aineistoesimerkit.

”Normaali olosuhde, ei poikkeamia.”

”Olosuhteet normaalit, en osaa arvioida koska tapahtunut”

Taulukko 8. Normaalit olosuhteet - taulukko

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääluokka
”...normaali aamu yksikössä...”	Normaalit olosuhteet	Lääkehoidon organisoinnin ongelmat	Lääkehoito-poikkeamien syyt
”...normaali iltahetki osastolla...”			
”...normaali lääketarkistustilanne...”			
”...lääkkeiden ja ruuanjako oli rauhallinen...”			
”...normaali ilta yksikössä...”			
”...normaali aamupalan ja aamulääkkeiden jako...”			
”...normaali iltavuoro...”			
”...olosuhteet normaalit...”			
”...normaali olosuhde, ei poikkeamia...”			
”...ruuanjakotilanne rauhallinen...”			
”...normaalit olosuhteet...”			
”...tavallista hoitotyötä osastolla...”			
”...olosuhteet normaalit...”			
”...normaali osastotilanne...”			
”...tapahtumahetki normaalia työkuvaa...”			
”...olosuhde ollut tapahtumahetkellä ilmeisesti normaali...”			

Tiedonkulusta aiheutuneita HaiPro-ilmoituksia oli raportoitu 35 kappaletta (taulukko 9). Ilmoituksia oli raportoitu kaikista muista yksiköistä, paitsi vuorohoitoyksiköistä, kuten taulukosta 19 havaitaan.

Aineistoesimerkit.

”ANJA jakelu alkanut asukkaalla samana päivänä, kun huomattu virhe dosetissa. Dosetit jaettu aikaisemmin. Dosentin takana olevaa lääkelistaa ei oltu myöskään päivitetty.”

”Vuorohoitoasukkaan puoliso jakaa dosetit kotona”

”Lääkkeen suhteen ollut jo asiakkaan kotona muutoksia, sillä sitä välillä koitettu lopettaa ja välillä annettu iltaisin. Nyt kuitenkin puolison mukaan olisi pitänyt mennä aamulääkkeissä”

Taulukko 9. Tiedonkulku - taulukko

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääluokka
”...toisen osaston sh tehnyt muokkaukset...”	Tiedonkulku	Työn jatkuvuuden haasteet	Lääkehoitopoikkeamien syyt
”...ei tietoa onko saanut lääkkeet illalla...”			
”...lääkkeenjakaaja ei huomannut kun toinen hoitaja jo vei...”			
”...ei tietoa koska lääke annettu...”			
”...tiedonkulku oli huonoa...”			
”...informaatio kulkenut huonosti...”			
”...tieto anjaan siirtymisestä oli puutteellista...”			
”...kommunikaatiokatkos...”			
”...muutosta ei oltu huomioitu...”			
”...monta paikkaa minne muutokset pitää merkata...”			
”...lääkelistaa ei oltu päivitetty...”			
”...ohjeistuksessa ei ollut päivämäärää...”			
”...epäselvät ohjeet...”			
”...tiedonkulku oli katkenut...”			
”...lääkelista ei tullut potilaan mukana...”			
”...edelliset laastarit laitettu toisessa hoitolaitoksessa...”			
”...annosjakelu uusi asia...”			
”...asiakas ottaa itsekin lääkkeitä...”			
”...ei sellaista tietoa ollut hoitajalla...”			
”...tiedonkulkuvaikeudet...”			
”...ei missään kirjoituksissa saanut selvää...”			
”...tiedonkulun puute kotiutussa...”			
”...ei luettu ohjeistusta...”			
”...ei lue selkeästi että lääkkeitä myös dosetissa...”			

Taulukossa 10 voidaan havaita huolimattomuudesta ja unohduksesta johtuvia myötävaikuttavia tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet lääkahoitopoikkeaman syntyyn. Näitä ilmoituksia työntekijät raportoivat yhteensä 108 (taulukko 19) ja näitä tapahtui jokaisessa tutkimuksen kohteena olevassa yksikössä.

Aineistoesimerkit.

”Tässä oli virheen takana selkeästi huolimattomuus. Tarkkuutta!”

”Laastarin vaihtopäivän jatko jäänyt merkkamatta kalenteriin”

”En muistanut ollenkaan antaa ko. lääkettä. Sitä ennen en ollut käynyt hetkeen tämän asiakkaan luona iltakäynnillä”

Taulukko 10. Huolimattomuus/unohdus - taulukko

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääluokka
”...tpieni herpaantuminen keskittymises...”	Huolimattomuus / unohdus	Työn jatkuvuuden haasteet haasteet	Lääkehoitopoitkeamien syyt
”...sh:n huolimattomuus...”			
”...ei ollut huomannut tarkistaa lääkelistaa...”			
”...virhe lääkettä tilattaessa...”			
”...hoitajan huolimattomuus...”			
”...hoitajan epähuomio...”			
”...vahingossa väärä insuliinikynä kädessä...”			
”...epähuomiossa hypätty lääkkeiden ohi...”			
”...huolimattomuus...”			
”...poistamislappu oli poistettu, mutta lääkkeitä ei ollut muistettukaan...”			
”...olisi pitänyt olla tarkempi kun muistutus tuli...”			
”...unohnut Exclon-laastari...”			
”...hoitaja ei havainnut sen olevan lääkelistalla...”			
”...epähuomiossa jäänyt laastari vaihtamatta...”			
”...potilas saanut toisen lääkkeet...”			
”...huomattu lattialla tabletti...”			
”...epähuomiossa annettu väärälle asukkaalle...”			
”...apteekkitilaus jäänyt purkamatta...”			
”...lääkkeitä kahdessa eri dosetissa...”			
”...huomattu että laastari jäänyt vaihtamatta...”			
”...lääkkeet jääneet jakamatta tarjottimelle...”			
”...potilaalle jäänyt antamatta...”			
”...potilaalla kahdessa erillisessä pakkauksessa aamnlääkkeet...”			
”...virhettä ei ole huomattu...”			
”...pitää olla tarkkana...”			
”...yksikössä toinen jolla sama etunimi...”			
”...liian monessa paikassa lääkkeitä...”			
”...hoitajan ajatuskatkos...”			
”...annostus jäänyt huomioimatta...”			
”...selkeästi virheen takana huolimattomuus...”			
”...lääke jäänyt epähuomiossa tarjottimelle...”			
”...ei oltu huomattu korjata...”			

Työntekijöiden vaihtuvuudesta johtuvia myötävaikuttavia tekijöitä raportoitiin 22 kappaletta (taulukko 11). Näitä ilmoituksia tuli asumispalveluyksiköistä ja kotihoi-
dosta, muista yksiköistä ei näitä raportoitu lainkaan (taulukko 19).

Aineistoesimerkit.

”Asukas vielä outo hoitajalle eikä hoitaja tiennyt, että kyniä on mukana kaksi”

”Kun harvemmin on osastolla ja on kaksi etunimeltään samanlaista, tullut ajatusvirhe”

Taulukko 11. Työntekijöiden vaihtuvuus - taulukko

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääluokka
”...uusi työntekijä jakanut lääkkeet...”	Työntekijöiden vaihtuvuus	Työn jatkuvuuden haasteet	Lääkehoito-poikkeamien syyt
”...uusi sijainen...”			
”...paljon ollut sijaisia...”			
”...oudompi hoitaja lääkevastaavana...”			
”...uutena työntekijänä asukkaiden tunteminen huonoa...”			
”...työssä oli toisen solun hoitaja...”			
”...toinen hoitaja vuorossa...”			
”...kun harvemmin on osastolla...”			
”...hoitaja kaksi viikkoa vasta tässä yksikössä...”			
”...asiakkaan luona ensimmäistä kertaa...”			
”...kyseessä ei oman tiimin hoitaja...”			
”...olen tässä tiimissä harvemmin...”			
”...hoitaja ollut töissä alle kolme kuukautta...”			
”...pitkä aika kun olin viimeksi asiakkaan luona...”			
”...uusi tiimi...”			

Kirjausvirheistä johtuvia myötävaikuttavia tekijöitä (taulukko 12) oli kirjattu 18 kappaletta. Näitä ilmoituksia oli tehty myöskin jokaisesta työskentely-yksiköstä (taulukko 19).

Aineistoesimerkit.

”Lääkelupia suorittanut jaon, jonka jälkeen vielä kaksi henkilöä tarkistanut. Ohjeistuksen tekoa ei ilmeisesti ole huolella tarkistettu Efficasta”

”Epäselvä merkintätapa”

”Potilaspaikkoja iltavuoron aikana vaihdettu, paikkanumeroita ei oltu laitettu ajantasalle.”

”Potilaan insuliinihoito on jäänyt huomioimatta injektioistaan, jonka takia potilas ei ole lääkettä saanut”

Taulukko 12. Kirjausvirheet - taulukko

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääluokka
”...hoitaja teki muitakin lääkemuutoksia...”	Kirjausvirheet	Työn jatkuvuuden haasteet	Lääkehoitopoitkeamien syyt
”...ohjeistuksen tekoa ei ole...”			
”...epäselvä merkintätapa...”			
”...listalta oli poistettu potilaan nimi...”			
”...lääkkeen merkintä...”			
”...paikkanumeroita ei oltu laitettu ajantasalle...”			
”...potilaan lääkehoito jäänyt kirjoittamatta listaan...”			
”...väärä nimi kirjoitettu listaan...”			
”...lääkejakokansiosta puuttui yksi sivu...”			
”...marevan lehteen kirjoitettu väärin...”			
”...silmatippalista ei ollut ajantasainen...”			
”...kaksi erilaista lääkelehteä...”			
”...lääkelisäystä ei oltu koskaan tehty...”			
”...lääkepurkin päällä eri merkintä kuin lääkelistalla...”			
”...tästä ei ollut mainintaa...”			
”...puutteellinen kirjaus...”			

Taulukosta 13 voidaan lukea metelin ja hälinän myötävaikuttavuudesta lääkehoitopoitkeamien syntyyn. Yhteensä näitä raportoitiin 18 kappaletta (taulukko 19). Vuoroitoyksiköt olivat ainoat, joista näitä ei tehty.

Aineistoesimerkit.

”Päiväsalissa istui asukkaita ja osa liikkeellä. Paljon ääntä”

”Koko iltapalan ja lääkejaon aikana solussa oli todella rauhatonta”

”Kansliassa rauhattomuutta, useampi lääkkeidenjakoon kuulumaton henkilö dosettiin jakoaikana, toinen henkilö jakoi toisen tarkistaessa jaon oikeellisuuden”

Taulukko 13. Meteli/hälinä - taulukko

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääluokka
"...lääkevastaava ei pystynyt keskittymään metelin takia..."	Meteli / hälinä	Ylimääräiset häiriötekijät	Lääkehoitopoikkeamien syyt
"...osa asukkaista levottomia..."			
"...paljon ääntä..."			
"...todella rauhatonta..."			
"...kansliassa rauhattomuutta..."			
"...levoton ja meluinen..."			
"...salissa kova hälinä..."			
"...osastolla meneillään remontti..."			
"...useita hoitajia ympärillä ja reilusti hälinää..."			
"...tilanne joskus rauhaton..."			
"...päiväsalissa oltiin juuri syömässä..."			
"...moni asukas yhtiä aikaa kysymässä..."			
"...hoitajat joutuivat keskeyttämään tekemisen vähän väliä..."			
"...kellot soi jatkuvasti..."			
"...puhelin soi taukoamatta..."			
"...levoton potilas..."			

Taulukon 19 mukaisesti voidaan huomata, että kaksoistarkastuksen puutteesta johtuvia HaiPro-ilmoituksia tehtiin yhteensä yhdeksän kappaletta. Näitä ilmoituksia raportoitiin kaikista muista yksiköistä, paitsi vuorohoitoyksiköistä. Alla olevassa taulukossa 14 on esimerkkitapauksia ilmoitukseen johtaneista syistä.

Aineistoesimerkit.

"Ei ole erillistä lääkehuonetta. Kaksoistarkastus?"

"Lääkejakoa ei todennäköisesti oltu kaksoistarkastettu, vaikka näin on ohjeistettu."

"Näitä yöhoitajan jakamia huumeita ei myöskään ilmeisesti kaksoistarkasteta. Huumeiden annostelu potilaalle ja kulutuskorttien kirjanpito on pikkutarkkaa työtä."

Taulukko 14. Kaksoistarkastuksen puute - taulukko

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääluokka
"...ei oltu kaksoistarkastettu..."	Kaksoistarkastuksen puute	Organisoinnin ongelmat	Lääkehoitopoitteamien syyt
"...kaksoistarkistus unohtunut..."			
"...huumelääkkeiden kaksoistarkastusta ei ollut tehty..."			
"...aamulääkkeet olisi pitänyt kaksoistarkistaa..."			
"...dositia ei tuplatarkistettu..."			
"...tarkistus jäänyt tekemättä..."			
"...kotona tarkistaminen ei ole sovitua ja säännöllistä..."			
"...dositia ei oltu tarkistettu..."			
"...lääkkeiden kaksoistarkastus jäänyt tekemättä..."			

Taulukossa 15 on eritelty asiakkaasta johtuvien tekijöiden esimerkkisyyttä, jotka ovat johtaneet HaiPro-ilmoituksen tekemiseen. Näitä ilmoituksia oli tehty yhteensä kahdeksan kappaletta ja niitä oli kaikista muista yksiköistä, paitsi vuorohoitoyksiköistä, kuten taulukossa 19 on esitetty.

Aineistoesimerkit.

"Potilas levoton, aggressiivinen, ei ollut yhteistyökykyinen"

"Otti itse lääkkeitä kädestä ja nostettu housuilta tippuneita lääkkeitä ja annettu suuhun asti."

"Asiakas herkästi ahdistuva ja panikoiva. Sisar ollut juuri käymässä ja vierailu kestänyt useita päiviä"

Taulukko 15. Asiakkaasta johtuvat tekijät - taulukko

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääluokka
"...asiakas poistanut itse kipulaastarin..."	Asiakkaasta johtuvat tekijät	Olosuhteista ja ympäristöstä johtuvat tekijät	Lääkehoito-poikkeamien syyt
"...asiakas oli jo itse ottanut lääkkeensä..."			
"...asiakas kieltäytynyt ottamasta lääkkeitä..."			
"...potilas levoton ja aggressiivinen..."			
"...asiakas on helposti ahdistuva ja panikoiva..."			

HaiPro-ilmoituksia, joissa vastaus ei ollut tulkittavissa (taulukko 16) tehtiin 280 kappaletta. Näitä ”vastaus ei tulkittavissa” luokiteltuja vastauksia oli kaikkien yksiköiden HaiPro-ilmoituksissa.

Aineistoesimerkit.

”Koska hammashoitola oli jo kiinni. Sovittiin, että otetaan sinne yhteyttä seuraavana aamuna.”

”Kyseessä ns huumelääke. Ei poikkeamia”

”Syytä tähän ei tiedetä”

”Lattialta löytynyt laastari laitettu näille kuuluvaan jäteastiaan.”

”Lääke oli Risperidon mikä kuuluisi mennä potilaalla illalla”

”Voiko kaikki antibiootit olla valmiiksi lantrattuna? Tämä tapahtunut aikaisemminkin.”

”Ei tiedossa.”

”Kaksoistarkistus hyvä ja asia huomattu.”

”Toin sen jätekippon tk:hin. Injektioruiskun neula oli suojuksesta sivusta läpi”

Taulukko 16. Vastaus ei tulkittavissa - taulukko

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääloukka
”...ei tiedossa, en ollut paikalla...”	Vastaus ei tulkittavissa	HaiPro-koulutuksen puute	Lääkehoitopoitkeamien syyt
”...en osaa sanoa, kun en ollut paikalla			
”...tilanne ei tiedossa...”			
”...kysyttäessä kipuja ei ollut...”			
”...tilanne ei tiedossa...”			
”...asia korjattu...”			
”...tippoja annettu listan mukaan...”			
”...olisi erittäin noloa...”			
”...lääkkeenjakaaja???”			
”...valituksen vastaanottaja ei tietoinen tilanteesta...”			
”...asukkaalle vaihdettu paita...”			
”...ei saa puolittaa...”			
”...asiakkaan hemoglobiini laskenut...”			
”...en osaa sanoa...”			
”...asiakas saanut kaksi Panadolia...”			
”...olivat keittiön pöydällä...”			
”...vaikea tietää kun toinen ollut työvuorossa...”			
”...kerroin asiakkaalle asiasta...”			
”...asiakkaalle ei tapahtunut suurta vahinkoa...”			
”...nursessa asia hyvin ylhäällä...”			
”...lääkkeitä ei oltu annettu...”			
”...läppäpotilaiden inr tasot tarkemmat...”			
”...marevan menee dosetissa...”			
”...asia korjattiin...”			
”...voiko olla mahdollista että lääke puuttui kokonaan...”			
”...sanonut vartijalle että nitroa tavattu antaa...”			
”...jokaisen elämä on arvokas...”			
”...vaikea saada selvää...”			
”...ei aiheudu potilaalle mitään hengenvaaraa...”			
”...asiakas ei ollut tietoinen...”			
”...en tiedä...”			
”...taisin olla kömpelö...”			
???			
-			
myötävaikuttavat tekijät puuttuvat vastauksesta kokonaan			

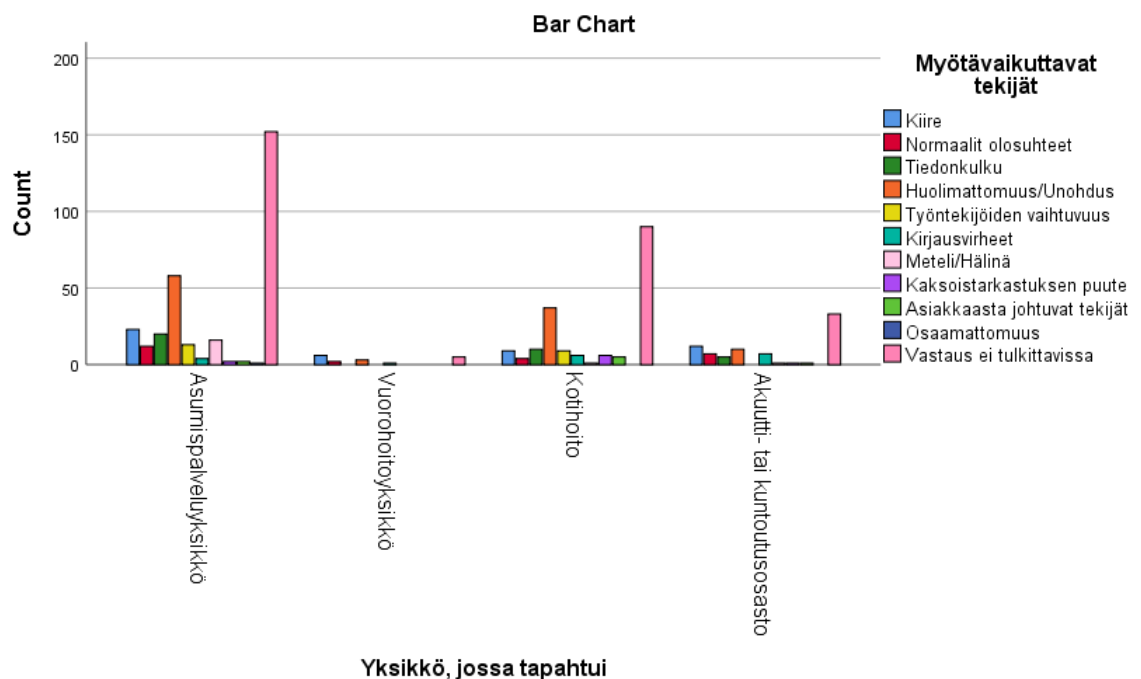
Taulukossa 17 kuvataan vaaratapahtumaan vaikuttaneet myötävaikuttavat tekijät. Suurin myötävaikuttava tekijä oli huolimattomuus/unohdus (18,8 %). Toiseksi eniten vastaajat kokivat kiireen (18,7 %) vaikuttaneet vaaratapahtuman syntyyn. Vastauksista nousi esiin myös tiedonkulun (6,1 %) haasteet. 4,4 % vaaratapahtumista tapahtui normaaleissa työskentelyolosuhteissa ilman ulkopuolista myötävaikuttavaa tekijää. Vastauksista esiin nousi myös monia muita vaaratapahtumaan johtaneita tekijöitä, kuten työntekijöiden vaihtuvuus (3,8 %), kirjausvirheet (3,1 %), meteli/hälinä (3,1 %), kaksoistarkastuksen puute (1,6 %), asiakkaasta johtuvat tekijät (1,4 %) ja osaamattomuus (0,2 %). 48,8 % vastauksista ei ollut myötävaikuttavien tekijöiden osalta tulkittavissa.

Taulukko 17. Vaaratapahtumaan myötävaikuttaneet tekijät

	Ilmoitusten määrä	Suhteellinen osuus %	Suhteellinen osuus vastaa- jista %	Kertymä %
Kiire	50	8,7	8,7	8,7
Normaalit olosuhteet	25	4,4	4,4	13,1
Tiedonkulku	35	6,1	6,1	19,2
Huolimattomuus/Unohdus	108	18,8	18,8	38,0
Työntekijöiden vaihtuvuus	22	3,8	3,8	41,8
Kirjausvirheet	18	3,1	3,1	44,9
Meteli/Hälinä	18	3,1	3,1	48,1
Kaksoistarkastuksen puute	9	1,6	1,6	49,7
Asiakkaasta johtuvat tekijät	8	1,4	1,4	51,0
Osaamattomuus	1	,2	,2	51,2
Vastaus ei tulkittavissa	280	48,8	48,8	100,0
Kokonaismäärä	574	100,0	100,0	

Kuviossa 1 kuvataan yksiköittäin lääkehoitopoikkeamiin myötävaikuttavat tekijät määrällisesti. Kuvioista tulee ilmi, että kaikista yksiköistä, paitsi vuorohoitoyksiköistä tehdyissä HaiPro – ilmoituksissa suurimmassa osassa myötävaikuttavat tekijät eivät ole tiedossa tai niitä ei ole kirjattu. Mikäli tämän jättää huomioimatta, niin asumispalveluyksiköiden suurin myötävaikuttava tekijä on huolimattomuus/unohdus, vuorohoitoyksikössä kiire, kotihoidossa huolimattomuus/unohdus

ja akuutti- ja kuntoutusosastoilla kiire. Myöhemmissä taulukoissa ja analyyseissä näitä tarkastellaan yksityiskohtaisemmin.



Kuvio 1. Poikkeamien syyt yksiköittäin

7.2 Tulosten eriyttäminen yksiköittäin

Yksiköiden vaaratapahtumailmoitusten tapahtumapaikat on eriytetty taulukossa 18. Asumispalveluyksikössä vaaratapahtumia tapahtui eniten päiväsalissa (30 %). Toiseksi eniten (20,1 %) tämän yksikön vaaratapahtuman tapahtumapaikka ei ollut tiedossa. 18,2 % vaaratapahtumien tapahtumapaikka oli potilashuone, 13,9 % tapahtui kansliassa ja 11,9 % lääkehuoneessa. 3,6 % vaaratapahtumista tapahtui wc/pesutiloissa ja 1,7 % käytävällä.

Vuorohoitoyksikössä vaaratapahtumia tapahtui saman verran potilashuoneessa, päiväsalissa ja lääkehuoneessa (23,5 %). Keittiössä vaaratapahtumia oli ilmoitettu tapahtuneeksi 11,8 %. Saman verran ilmoituksista tapahtumapaikka ei ollut tiedossa, kuten taulukko 7 kuvaa. Vaaratapahtumailmoituksista 5,9 % oli ilmoitettu tapahtuneeksi asiakkaan kotona.

Kotihoidossa vaaratapahtumia ilmoitettiin eniten tapahtuneeksi kotona (87,6 %) ja 5,6 % tapahtumapaikoista ei ollut tiedossa. 4 % vaaratapahtumista tapahtui lääkehuoneessa, 2,3 % tapahtui kansliassa ja 0,6 % potilashuoneessa. Vaaratapahtumia ei raportoitu tapahtuneeksi käytävällä, päiväsalissa, keittiössä eikä wc/pesutiloissa.

Akuutti- ja kuntoutusosastoilla suurin vaaratapahtumailmoitusten tapahtumapaikka oli potilashuone, jossa vaaratapahtumia tapahtui 53,2 %. Lääkehuoneessa tapahtumia raportoitiin tapahtuneeksi 31,2 %, asiakkaan kotona ja kansliassa tapahtui 3,9 % tapahtumista, sekä päiväsalissa 2,6 %. 5,2 % vaaratapahtumien tapahtumapaikoista ei ollut tiedossa. Keittiössä, wc/pesutiloissa ja käytävällä ei ollut raportoitu tapahtuneeksi vaaratapahtumia.

Taulukko 18. Vaaratapahtuman tapahtumapaikka yksikössä

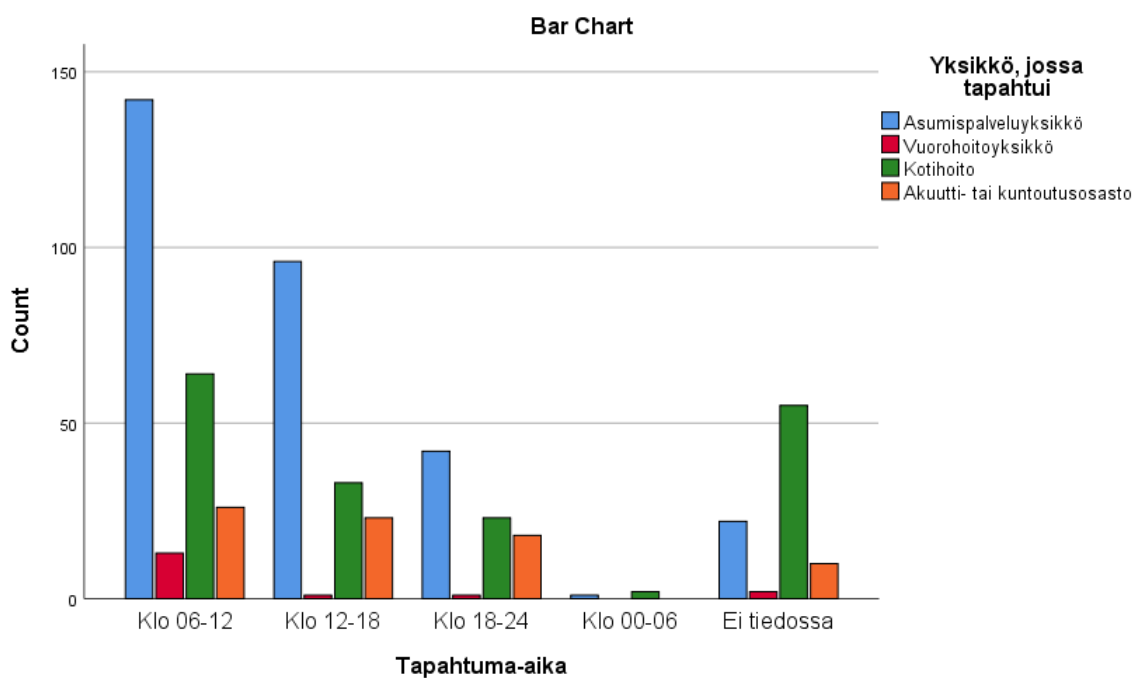
Tapahtuma- paikka		Ilmoitusten määrä	Yksikkö, jossa tapahtui				Koko- nais- määrä
			Asumispal- veluyk- sikkö	Vuorohoi- toyksikkö	Koti- hoito	Akuutti- tai kuntoutus- osasto	
Käytävä	Ilmoitusten määrä	5	0	0	0	5	
	%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	
Lääke- huone	Ilmoitusten määrä	36	4	7	24	71	
	%	11,9%	23,5%	4,0%	31,2%	12,4%	
Kanslia	Ilmoitusten määrä	42	0	4	3	49	
	%	13,9%	0,0%	2,3%	3,9%	8,5%	
Päiväsali	Ilmoitusten määrä	91	4	0	2	97	
	%	30,0%	23,5%	0,0%	2,6%	16,9%	
Potilas- huone	Ilmoitusten määrä	55	4	1	41	101	
	%	18,2%	23,5%	0,6%	53,2%	17,6%	
Keittiö	Ilmoitusten määrä	2	2	0	0	4	
	%	0,7%	11,8%	0,0%	0,0%	0,7%	
Wc/pesuti- lat	Ilmoitusten määrä	11	0	0	0	11	
	%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%	
Koti	Ilmoitusten määrä	0	1	155	3	159	
	%	0,0%	5,9%	87,6%	3,9%	27,7%	
Ei tie- dossa	Ilmoitusten määrä	61	2	10	4	77	
	%	20,1%	11,8%	5,6%	5,2%	13,4%	
Kokonaismäärä	Ilmoitusten määrä	303	17	177	77	574	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Kuviosta 2 voidaan havaita, että asumispalveluyksikössä eniten vaaratapahtumia tapahtuu klo 6-12 välillä, toiseksi eniten klo 12-18 välillä, Kolmanneksi eniten vaaratapahtumia tapahtuu klo 18-24 välillä ja vähiten tapahtumia on tapahtunut klo 00-06. Melko suuressa osassa ilmoituksia ei tapahtuman tapahtuma-aikaa ollut tiedossa ilmoituksen tekijällä, joten ne on jätetty huomiotta tutkimuksen tuloksissa.

Vuorohoitoyksikössä niin ikään vaaratapahtumia on tapahtunut klo 06-12 eniten. Yhtä paljon vaaratapahtumailmoituksia on raportoitu klo 12-18 ja klo 18-24 välillä. Klo 00-06 aikavälillä vaaratapahtumia ei ole raportoitu tapahtuneeksi.

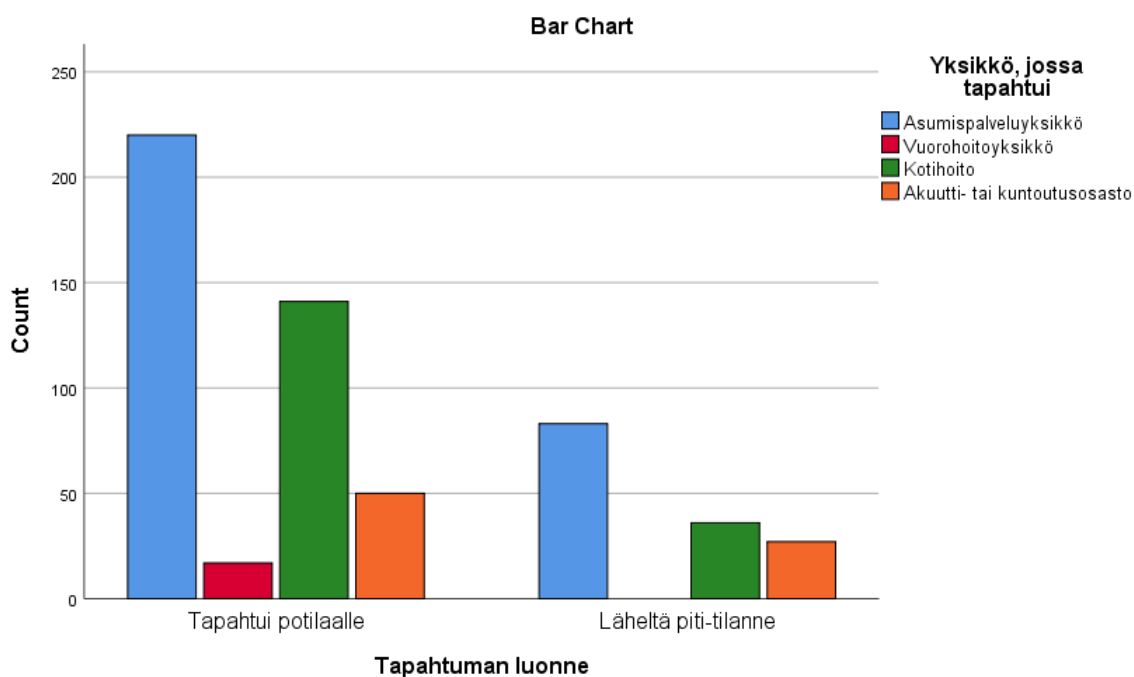
Kotihoidossa vaaratapahtumia on tapahtunut eniten klo 06-12, toiseksi eniten tapahtumia on raportoitu tapahtuneeksi klo 12-18 kolmanneksi eniten klo 18-24 ja vähiten klo 00-06.

Myös akuutti- ja kuntoutusyksiköissä vaaratapahtumia on raportoitu tapahtuneeksi eniten klo 06-12 välisenä aikana. Toiseksi eniten tapahtumia raportoitiin tapahtuneen klo 12-18 välisenä aikana ja kolmanneksi eniten klo 18-24. 00-06 välisenä aikana ei raportoitu vaaratapahtumia tapahtuneen.



Kuvio 2. Vaaratapahtumien tapahtuma-aika yksiköittäin

Kuviosta 3 voidaan havaita, että suurin osa vaaratapahtumailmoituksista oli tapahtunut potilaalle jokaisessa yksikössä, kun taas läheltä piti -tilanteita oli raportoitu huomattavasti vähemmän tai ei lainkaan.



Kuvio 3. Vaaratapahtuman luonne yksiköittäin

Taulukossa 19 kuvataan vaaratapahtuman myötävaikuttaneita tekijöitä yksiköittäin. Asumispalveluyksikössä suurimmassa osassa ilmoituksista (50,2 %) vastaus ei ollut tulkittavissa. Toiseksi eniten (19,1 %) vaaratapahtumista johtui huolimattomuudesta/unohduksesta. 7,6 % johtui kiireestä, 6,6 % tiedonkulusta, 5,3 % metelistä/hälinästä, 4,3 % työntekijöiden vaihtuvuudesta, 4 % ilmoituksista olosuhteet olivat normaalit, 1,3 % johtui kirjausvirheistä, 0,7 % johtui kaksoistarkastuksen puutteesta tai asiakkaasta johtuvista tekijöistä ja 0,3 % osaamattomuudesta.

Vuorohoitoyksikössä suurin myötävaikuttava tekijä oli kiire (35,3 %). Toiseksi eniten vastaus ei ollut tulkittavissa (29,4 %) ja kolmanneksi eniten (17,6 %) johtui huolimattomuudesta/unohduksesta. 11,8 % ilmoittaneista koki olosuhteet normaaleiksi, 5,9 % ilmoituksista raportoitiin johtuneeksi kirjausvirheestä. Ilmoituksia ei tehty tiedonkulusta, työntekijöiden vaihtuvuudesta, metelistä/hälinästä, kaksoistarkastuksen puutteesta, asiakkaasta johtuvista tekijöistä tai osaamattomuudesta.

Kotihoidossa 58 % vastaus ei ollut tulkittavissa. Suurimmaksi myötävaikuttavaksi tekijäksi koettiin huolimattomuus/unohdus (20,9 %), toiseksi suurin tekijä oli tiedonkulun ongelmat (5,6 %) ja kolmanneksi eniten kiire (5,1 %). Lisäksi myötävaikuttaneista tekijöistä raportoitiin 3,4 % kirjausvirheistä ja kaksoistarkastuksen puutteesta johtuviksi, 2,8 % asiakkaasta johtuvista tekijöistä, 2,3 % tapauksista olosuhteet olivat normaalit ja 0,6 % johtui metelistä/hälinästä. Ilmoituksia ei tullut olenkaan osamaattomuudesta.

Akuutti- ja kuntoutusosastolla ilmoituksista suurimmassa osassa vastaus ei ollut tulkittavissa (42,9 %). Toiseksi eniten ilmoituksista johtui kiireestä (15,6 %) ja kolmanneksi eniten (13 %). Ilmoituksissa raportoitiin myötävaikuttaneiksi tekijöiksi myös olosuhteet normaalit (9,1 %), tiedonkulusta johtuneet ilmoitukset (6,5 %), meteli/hälinä, kaksoistarkastuksen puute ja asiakkaasta johtuvat tekijät oli raportoitu kaikista ilmoituksista 1,3 %. Yhtäkään ilmoitusta ei raportoitu työntekijöiden vaihtuvuudesta johtuvista seikoista eikä osaamattomuudesta.

Taulukko 19. Vaaratapahtuman myötävaikuttavat tekijät yksiköittäin

			Yksikkö, jossa tapahtui				Koko- nais- määrä
			Asumis- palvelu- yksikkö	Vuorohoi- toyksikkö	Koti- hoito	Akuutti- tai kun- tous- osasto	
Myötävaikutta- vat tekijät	Kiire	Ilmoitusten määrä	23	6	9	12	50
		%	7,6%	35,3%	5,1%	15,6%	8,7%
Normaalit olosuh- teet	Ilmoitusten määrä	Ilmoitusten määrä	12	2	4	7	25
		%	4,0%	11,8%	2,3%	9,1%	4,4%
Tiedonkulku	Ilmoitusten määrä	Ilmoitusten määrä	20	0	10	5	35
		%	6,6%	0,0%	5,6%	6,5%	6,1%
Huolimatto- muus/Unohdus	Ilmoitusten määrä	Ilmoitusten määrä	58	3	37	10	108
		%	19,1%	17,6%	20,9%	13,0%	18,8%
Työntekijöiden vaihtuvuus	Ilmoitusten määrä	Ilmoitusten määrä	13	0	9	0	22
		%	4,3%	0,0%	5,1%	0,0%	3,8%
Kirjausvirheet	Ilmoitusten määrä	Ilmoitusten määrä	4	1	6	7	18
		%	1,3%	5,9%	3,4%	9,1%	3,1%
Meteli/Hälinä	Ilmoitusten määrä	Ilmoitusten määrä	16	0	1	1	18
		%	5,3%	0,0%	0,6%	1,3%	3,1%
Kaksoistarkas- tuksen puute	Ilmoitusten määrä	Ilmoitusten määrä	2	0	6	1	9
		%	0,7%	0,0%	3,4%	1,3%	1,6%
Asiakkaasta joh- tuvat tekijät	Ilmoitusten määrä	Ilmoitusten määrä	2	0	5	1	8
		%	0,7%	0,0%	2,8%	1,3%	1,4%
Osaamattomuus	Ilmoitusten määrä	Ilmoitusten määrä	1	0	0	0	1
		%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Vastaus ei tulkit- tavissa	Ilmoitusten määrä	152	5	90	33	280	

	%	50,2%	29,4%	50,8%	42,9%	48,8%
Kokonaismäärä	Ilmoitusten määrä	303	17	177	77	574
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
				%		%

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miksi ja miten lääkehoitopoikkeamia tapahtuu, mitkä asiat ja tilanteet edesauttavat lääkehoitopoikkeamien tapahtumista, sekä miten näitä poikkeamia voitaisiin ennaltaehkäistä. Tutkimuksen tavoitteena oli parantaa lääkehoidon laatua JIK Ky:n alueen yksiköissä ja mahdollisesti yhtenäistää lääkehoitokäytäntöjä. Tutkimuksen otos sisälsi yhteensä 574 HaiPro-ilmoitusta. Vaaratapahtumailmoituksia käsiteltiin JIK Ky: alueella seuraavista yksiköistä; asu-
mispalveluyksikkö, vuorohoitoyksikkö, kotihoito ja akuutti- tai kuntoutusosasto.

Vaaratapahtumailmoituksissa tapahtumapaikaksi raportoitiin määrällisesti eniten tapahtuneeksi kotona. Kotona tapahtuneet vaaratapahtumat ovat selkeä riski lääkehoitopoikkeamien kannalta. Suuren riskin vaaratapahtuman tapahtumiselle muodostivat myös potilashuoneessa ja päiväsalissa tapahtuneet vaaratapahtumat. Tästä voidaan päätellä, että kotiin annettavaa lääkehoitoa on syytä edelleen kehittää laadukkaamman lääkehoidon varmistamiseksi. Tutkimuksen tuloksista havaittiin, että lääkehoitopoikkeamia ei tapahtunut paljoa keittiössä ja käytävällä, missä lääkehoidon toteuttaminen ei ole muutenkaan suositeltavaa.

Vaaratapahtumien tapahtuma-aika oli suuremmassa osassa ilmoituksia aamuaikaan klo 06-12 välillä. Tällä aikavälillä raportoitiin vaaratapahtumia tapahtuneeksi lähes puolet. Syytä tämän tuloksen syyksi tulisikin pohtia syvemmin, miksi lääkehoitopoikkeamia tapahtuu eniten juuri tällä ajanjaksolla. Vähiten poikkeamia raportoitiin tapahtuneeksi yöaikaan klo 00-06, joka luultavimmin johtuu siitä, että lääkehoitoa tutkimuksen kohteena olevissa yksiköissä harvemmin toteutetaan yöaikaan. Tutkimuksen otoksesta jäi tapahtuma-ajan osalta pois 15,5 % vastauksista, koska tapahtuma-aikaa ei ollut tiedossa. Suhteellisesti tämä vaikuttaa jonkin verran tutkimustuloksien luotettavuuteen.

Tutkimustuloksia tarkasteltaessa huomattiin vaaratapahtuman luonne -vastauksista, että potilaalle tapahtuneita haittailmoituksia oli huomattavasti enemmän kuin läheltä piti-tapahtumia. $\frac{3}{4}$ ilmoituksista oli tehty, kun potilaalle oli aiheutunut jo vaaraa, kun taas $\frac{1}{4}$ ilmoituksista oli läheltä piti -tilanteita. Tulos on merkittävä lääkehoidon toteutuksen laadun kannalta, koska näin moni virhe on ehtinyt tapahtua

potilaalle ennen kuin se on huomattu, ja läheltä piti-tilanteita on huomattavasti vähemmän. Tästä voisi toisaalta tehdä johtopäätöksen, tehdäänkö ilmoituksia herkemmin silloin, kun tapahtuma on jo tapahtunut?

Vaaratapahtumaan myötävaikuttaviksi tekijöiksi suurin merkittävä tulos oli, että vastaus ei ollut tulkittavissa. Ei tulkittavissa luokiteltuja ilmoituksia oli jokaisesta yksiköstä lähes puolet tehdyistä ilmoituksista. Vuorohoitoyksiköistä näitä vastauksia oli vähiten. Toiseksi suurin ryhmä ilmoitusten tekijöistä koki vaaratapahtumaan myötävaikuttavaksi tekijäksi huolimattomuuden tai/ja unohduksen. Kolmanneksi suurin ryhmä oli kiire, jota koettiin kuitenkin myötävaikuttavana tekijänä vähiten kotihoidossa. Pienempiä määriä vaarailmoituksia tehtiin tiedonkulun ongelmista, työntekijöiden vaihtuvuudesta, normaaleista olosuhteista, kirjausvirheistä, metelistä/hälinästä, kaksoistarkastuksen puutteesta ja asiakkaasta johtuvista tekijöistä, sekä osaamattomuudesta. Johtopäätöksenä tästä saadaan, että HaiPro-ilmoitusten lomaketta ei osata täyttää myötävaikuttavien tekijöiden osalta, mikä on merkittävä tulos tälle tutkimukselle. HaiPro-ilmoituksia tutkittaessa niitä pystytään paremmin hyödyntämään lääkehoidon kehittämisessä, kun ilmoitukset osataan täyttää oikein. Tässä tutkimuksessa suurin osa jäi tulkitseematta, koska myötävaikuttavia tekijöitä ei ollut kirjattu, tai ne oli kirjattu väärin.

9 POHDINTA

Tässä luvussa käsitellään tutkijoiden omia ajatuksia tehdyn tutkimustyön prosessista, tutkimustuloksista ja tutkimustulosten vaikutuksista lääkehoidon toteuttamiseen ja lääkehoidon laatuun, sekä siitä, miten näitä voitaisiin jatkossa parantaa ja kehittää. Oma ennako-odotus tutkijoilla tutkimustyön suhteen oli, että vaaratapah-tumailmoituksia on tehty paljon ja että nämä ilmoitukset olisivat helposti tulkittavissa ja tutkittavissa. Tutkijat odottivat saavansa paljon enemmän tietoa yksittäisistä HaiPro-ilmoituksista, että niitä olisi voitu hyödyntää tutkimustuloksissa ja kehitysehdotuksissa paremmin. Näin ei kuitenkaan ollut, vaan tietoa oli kirjattu niukasti ja laadultaan se oli vaihtelevaa. Lääkehoitopoikkeamiin myötävaikuttavien tekijöiden tulkitseminen oli haastavaa ja aikaa vievää. Tutkijoilla oli haasteita olla tulkitsematta joitain vastauksia omien oletuksiansa mukaisesti, jolloin tämä olisi vääristänyt tutkimustuloksia ja niiden luotettavuutta. Tutkijat linjasivat kaikki epäselvät, väärin täytetyt ja vaillinaiset vastaukset ei tulkittavissa oleviksi. Tällä tavoin tutkijoiden omat mielipiteet ja oletukset eivät vaikuttaneet tutkimustuloksiin tai niiden luotettavuuteen.

9.1 Tutkimustulosten pohdinta

Potilasturvallisuus on asia, johon nykyään kiinnitetään huomiota enemmän ja enemmän ja lääkehoito on tutkimuksen kohteena olevissa yksiköissä iso osa tätä. Lääkehoitoa toteutetaan jokaisessa yksikössä päivittäin ja monta kertaa päivässä ja se on iso osa potilaan tai asiakkaan saamaa hoitoa. Usean toistuvuuden vuoksi virheiden tapahtumisriski on suuri. Vaikka HaiPro-ilmoituksia oli paljon, tutkijoiden oma näkemys on silti, että paljon jätetään ilmoituksia tekemättä. Olisikin äärimäisen tärkeää, että jokaisesta läheltä piti-tilanteesta tai tapahtui potilaalle -tilanteesta tehtäisiin vaaratapah-tumailmoitus, jolloin kaikki saataisiin raportoitua ja käytännön toimintaa kehitettyä entistä turvallisemmaksi paremmin. Aiemmissa tutkimuksissa on tutkittu lääkejaon kaksoistarkastusta, joka vähentää lääkehoitopoikkeamia ja oli-kin ilo huomata, että useassa yksikössä tämä toiminta on käytössä. Jokaisessa yksikössä tämä kuitenkin ei ollut käytössä ja olisikin tärkeää, että tämä otettaisiin käyttöön myös näissä yksiköissä.

Lääkehoidosta ja lääkehoidon toteuttamisesta löydettiin paljon tietoa, ja ajoittain oli hankalaa rajata otosta, mitä tähän tutkimukseen käytetään, koska tietoa oli niin laajalti. Tutkimusluvut ja HaiPro-ilmoitukset saatiin JIK Ky:ltä vaivattomasti paperiversiona. Tutkimusluvun hakeminen oli selkeä prosessi. Teoriatietoa haettiin monista sähköisistä tietokannoista ja tiedonhaku rajattiin ajallisesti vuosiin 2010–2020. Tutkittua tietoa löytyi hyvin, välillä jopa liikaakin ja tällöin pyrittiin valitsemaan ja käyttämään viimeisintä tutkittua tietoa omaan tutkimustyöhömmä. Aineiston keruumenetelmäksi valikoitui kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. Tässä tutkimuksessa hyödynsimme tiedon luokitteluun SPSS-ohjelmaa, johon syötettiin 574 HaiPro-ilmoituksen tiedot. Tietojen syöttäminen SPSS-ohjelmaan oli työläs vaihe tutkimustyössämme, koska se vaati paljon tarkkuutta ja analysoitavaa tietoa oli paljon. Lääkehoidon laadukas toteuttaminen on erittäin tärkeä osa potilasturvallisuutta ja siihen kiinnitetään koko ajan enemmän huomiota. Yksiköiden toteuttama laadukas lääkehoito on potilaan hoidon kannalta oleellista. Lääkehoidossa kuitenkin virheitä tapahtuu, joten olisi tärkeää tutkia enemmän syitä ja tilanteita lääkehoitopoikkeamien syntymiseen.

Lääkehoitopoikkeamia tapahtuu tämän tutkimuksen mukaan yleisimmin kiireen, tai huolimattomuuden/unohduksen vuoksi. Näitä voitaisiin ennaltaehkäistä rauhoittamalla lääkkeidenjakotilanne ja lääkkeiden jakamiseen tarkoitettu tila siten, että keskittyminen ei herpaannu ja virheiden syntyminen minimoidaan. Joissain yksiköissä myös kaksoistarkastus puuttui kokonaan, joten tähän olisi hyvä kiinnittää huomiota, koska kaksoistarkastus ennaltaehkäisee virheen tapahtumisen jo ennenkö se on ehtinyt tapahtua. Tiedonkulku on haasteena varmasti lähes jokaisessa terveydenhuoltoalan yksikössä ja tärkeää olisikin yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen käytäntöjä ja merkintätapoja, jolloin tiedonkulun jatkuvuus turvattaisiin.

Klo 6-12 on suurin yksittäinen aikaväli, jolloin virheitä tapahtuu, joten olisi tärkeää selvittää mistä tämä johtuu. Onko syynä se, että lääkehoitoa toteutetaan eniten aamun aikana? Luultavasti. Voisiko lääkehoidon toteuttamista esimerkiksi jakaa toteutettavaksi myös iltapäivälle, jolloin se tasaisi aamun kiirettä. Kiire oli kuitenkin yksittäinen suurin syy lääkehoitopoikkeamien syntymiseen tässä tutkimuksessa niiden vastausten osalta, jotka olivat tulkittavissa.

Ilmoitusten suurin lääkehoitopoikkeamien tapahtumapaikka oli koti. Kotona toteutettavaan lääkehoitoon tulisikin siis kiinnittää huomiota ja jatkotutkimusehdotuksena voisikin olla, että tutkitaan miksi juuri kotona tapahtuu lääkehoitopoikkeamia eniten. Onko lääkehoidon toteutuksen käytäntöjä syytä tarkistaa? Lääkehoitopoikkeamia raportoitiin tapahtuneeksi myös käytävällä, keittiössä ja wc/pesutiloissa. Näissä tiloissa lääkehoitoa ei tulisi toteuttaa ollenkaan.

Tutkimustuloksista positiivisia asioita nousi esiin muun muassa se, että osaamattomuuden vuoksi tapahtuneita lääkehoitopoikkeamia oli melko vähän. JIK Ky:ssä on käytössä LoVe-verkkokoulutus, jonka jokainen lääkehoitoa toteuttava hoitaja suorittaa viiden vuoden välein, joten jokaisella on ajantasainen tieto lääkehoidon toteutuksesta. Tällä voidaan vähentää lääkehoitopoikkeamia merkittävästi tutkimusten mukaan.

Tutkimus nosti esiin tutkijoille monia erilaisia kysymyksiä ja pohdintoja lääkehoitoon ja sen toteuttamiseen liittyen. Tämän tutkimuksen suurin tutkimustulos oli, että HaiPro -lomakkeita ei osata käyttää oikein, joten ehdotammekin, että henkilökunnalle järjestettäisiin koulutusta lomakkeen käytöstä, jolloin lääkehoidon kehittäminen HaiPro- ilmoitusten avulla olisi laadukkaampaa. Se, että lomakkeita ei ollut täytetty oikein, heikensi tämän tutkimuksen alkuperäisen tarkoituksen toteutumista. Tämän tutkimuksen tekeminen kesti noin vuoden, jonka aikana koronaepidemia osaltaan hankaloitti tutkimuksen tekemistä muun muassa tapaamisrajoitteiden puitteissa. Tutkimusprosessi oli raskas, mutta antoisa. Lopputulokseen olemme kuitenkin tyytyväisiä, vaikka lopputulos ei täysin vastannut tutkijoiden odotuksia juuri näiden ei tulkittavissa olevien vastausten takia.

9.2 Tutkimuksen eettisyys

Työssään tutkija tarvitsee ammattitaidon lisäksi sääntöjä, arvoja, normeja, hyveitä ja eettisiä periaatteita. Ammattiaan harjoittaessa hän on myös moraalinen toimija. Tutkijaa koskevat samat normit, arvot ja eettiset periaatteet kuin ketä tahansa muutakin ihmistä. (Pietarinen 2002, 58.) Yleisten eettisten periaatteiden mukaan tutkimusta tehdessä kunnioitetaan tutkittavien henkilöiden itsemääräämisoikeutta ja ihmisarvoa, kunnioitetaan aineetonta ja aineellista luonnon monimuotoisuutta ja

kulttuuriperintöä, sekä toteutetaan tutkimus niin, ettei siitä aiheudu haittaa, vahinkoa tai merkittäviä riskejä tutkimuksen kohteena oleville yhteisöille, ihmisille tai muille tutkimuskohteille. (Kohonen, Kuula-Luumi & Spoof 2019, 7.) Perustehtävä tutkimuksella on luotettavan informaation tuottaminen, joka käsittää tulkinnan, kuvailemisen ja selittämisen. Luotettavuudella tarkoitetaan sitä, että tuotettu informaatio on kriittisesti perusteltu. Kriittisyys viittaa menetelmiin, joita käytetään tutkimuksen eri alueilla eli kokeelliset testit ja muut havaintomenetelmät, tulosten analysointi, käsitteiden eksplikointi, teorioiden muodostaminen, sisällön analyysit ja oikeuttamisen menetelmät, joita etiikassa käytetään. (Pietarinen 2002, 59.)

Informaation tuottamisen lisäksi työn tuloksia tulee pystyä siirtämään muille tutkijoille ja yhteiskunnan jäsenille. Tieteen harjoittamisen perustehtäviin kuuluu tiedon välittäminen ja tulosten julkistamisen etiikka. Informaatiota hankkiessa on menetelmissä rajoituksia ammattieettisissä säännöissä ja julistuksissa huomioidaan erityisesti tutkijan käyttämä suoritustapa tutkimuksessa. Koehenkilön integriteetin kunnioittaminen ja hänen suojaamisensa psyykkisiltä ja fyysisiltä haitoilta korostuu voimakkaasti. (Pietarinen 2002, 59-62.)

Eettiset vaatimukset tutkimustoiminnalle ovat: Informaation tuottaminen, informaation käyttäminen, informaation välittäminen, ammattitaidon hankkiminen sekä kollegiaalinen toiminta ja lojaalisuus. Eettiset vaatimukset taas itse tutkijalle ovat: Älyllinen kiinnostus, tunnollisuus, vaaran eliminoiminen, rehellisyys, julkaisutoiminta, sosiaalinen vastuu, ammatin harjoituksen edistäminen sekä kollegiaalinen arvostus. Älyllinen kiinnostus tarkoittaa, että tutkijan tulee olla aidosti kiinnostunut hankkiessaan uutta informaatiota. Tunnollisuus vaatii tutkijalta panostusta, että hänen saamaansa ja välittämänsä informaatio olisi mahdollisimman luotettavaa ja ajantasaista. Vaaraa eliminoidessaan tutkija pidättäytyy tutkimuksesta, joka saattaa tuottaa kohtuutonta vahinkoa. Rehellinen tutkija ei syyllisty vilpin harjoittamiseen. Julkaisutoiminnan eettisen vaatimuksen mukaan informaatio välitetään hyvä tieteellistä käytäntöä ja rehellisyyttä noudattaen. Sosiaalisessa vastuussa tutkija vaikuttaa osaltaan siihen, että informaatiota käytetään eettisten periaatteiden mukaisesti. Ammatinharjoitusta edistääkseen tutkija edistää tutkimuksen tekemisen

mahdollisuuksia. Kollegiaalinen tutkija ei vähättele muita vaan suhtautuu toisiin arvostavasti. (Pietarinen 2002. 60-68.)

Tarvittavat tutkimusluvut opinnäytetyölle saatiin JIK Ky:stä johtavalta ylilääkäriltä. Opinnäytetyötä koskeva kolmikantaneuvottelu on pidetty työn tekijöiden, organisaation edustajan ja opinnäytetyön ohjaajan kesken. Tässä tutkimuksessa ei käsitellä henkilötietoja, koska HaiPro-ilmoitukset tehdään anonyymisti. HaiPro-ilmoituksen vapaan tekstin vastaukset käsiteltiin ja analysoitiin induktiivisella sisälönanalyysillä muokaten siten, että vastauksista ei pysty tunnistamaan vastauksen kirjoittanutta henkilöä. Aineiston analyysi tehtiin huolellisesti ja tarkasti ja tulokset esitettiin rehellisesti ja totuudenmukaisesti. Tulosten raportointi tehtiin niin, etteivät tutkijoiden mielipiteet tai asenteet vaikuttaneet siihen.

LÄHTEET

HaiPro- potilasturvallisuusilmoituksen täyttöohje. 2015. Jik ky:n verkkojulkaisu intranetissä. Viitattu 21.12.2019.

Hakoinen, S., Laitinen-Parkkonen, P. & Airaksinen, M. 2017. Lääkekaaoksen hallinta sote-muutoksessa – nykytila, haasteet ja ratkaisuehdotukset. Kunnallissalan kehittämissäätöön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 106. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Heikkilä, T. 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. Viitattu 17.12.2019. <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus – Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti.

Holström, A-R. 2017. Learning from Medication Errors in Healthcare: How to Make Medication Error Reporting Systems Work?. Väitöskirja. Farmasian tiedekunta. Helsingin yliopisto.

Härkönen, M., Saano, S. & Vehviläinen-Julkuri, K. 2019. Lääkehoidon vaaratapahtumat ja niihin vaikuttavat tekijät – katsaus lääkehoidon turvallisuutta arvioineen projektin tuloksiin. Suomen farmasialiitto ry. 3/2019. Viitattu 18.11.2019. https://dosis.fi/wp-content/uploads/2019/09/Dosis_3-2019_Harkanen.pdf

JIK peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä. 2010. JIK ky:n strategiset linjaukset v.2009-2016. Viitattu 17.12.2019. <https://www.jikky.fi/files/5027/Strategialinjaukset.pdf>

Kohonen, I., Kuula-Luumi, A. & Spoof S-K. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Helsinki.

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta – Tarpeesta tuloksiin. Saksa. Skhole Oy. Hoitotyön tutkimussäätiö.

Kuusisto, M., Sneck, S., Sova, P. & Härkänen, M. 2019. Lääkehoidon vaaratilanteet – mitä voimme oppia HaiPro-ilmoituksista?. Verkkolehti. sic! Lääketietoa Fimeasta. 1-2/2019. Viitattu 15.11.2019. https://sic.fimea.fi/verkkolehdet/2019/1-2_2019/riskilaakkeet-onko-niita-/laakehoidon-vaaratilanteet-mita-voimme-oppia-haipro-ilmoituksista-

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 23 (2), 138-148

L28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 1.10.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

L30.12.2010/1326. Terveystieteidenhuoltolaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 11.9.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

L341/2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 11.9.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>

Mamia, T. 2005. SPSS -alkeisopas – Statistical Package for Social Sciences. Viitattu 17.12.2019. http://groups.jyu.fi/sporticus/lahteet/LAHDE24_spss.pdf

Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Tutkijan eettiset valinnat. 58-69. Toim. Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. Tampere. Tammer-Paino

Pitkänen, A., Teuhos, S., Ränkimies, M., Uusitalo, M., Oja, K. & Kaunonen, M. 2014. Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien taustalla olevat tekijät. Hoitotiede 26, 3, 177-189

Sormunen, M., Saaranen, T., Tossavainen, K. & Turunen, H. 2013. Monimenetelmätutkimus terveystieteissä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 50, 312-321

STM 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2017:9. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 15.11.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Syyrilä, T. 2017. Lääkityspoikkeamiin liittyvä kommunikaatio vaaratapahtumailmoituksissa. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 18.11.2019. <https://docplayer.fi/58217496-Laakityspoikkeamiin-liittyva-kommunikaatio-vaaratapahtumailmoituksissa.html>

THL a 2019. Potilasturvallisuus. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 15.11.2019. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>

THL b 2019. Laatu. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 15.11.2019. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/laatu>

THL c 2016. Turvallinen lääkehoito – opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Viitattu 21.3.2020. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y

THL d 2011. Potilasturvallisuusopas - Potilasturvallisuus lainsäädännön ja strategian toimeenpanon tueksi. Tampere. Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy.

Varhila, K. 2016. Teoksessa Turvallinen lääkehoito – opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Toim. Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakonen, S. Tampere. Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy. Viitattu 11.11.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y

LIITTEET

LIITE 1. HaiPro potilasturvallisuusilmoituslomake

[Etusivu](#) [Ohje](#)

In English | På svenska

HaiPro - Potilasturvallisuusilmoitus

[Sisäiset sivut](#)

pakolliset kentät merkitty tähdellä (*)

Ilmoituksen pvm: 24.2.2015

Osasto/yksikkö	Ilmoittajan yksikkö (*)	<input type="text" value="Hae"/>
	Valitse	<input type="button" value="▼"/>
	Yksikkö, jossa tapahtui (*)	<input type="text" value="Hae"/>
	Valitse	<input type="button" value="▼"/>
Ilmoittajan ammattiryhmä	Valitse	<input type="button" value="i"/>
Tapahtuma	Tapahtuma-aika(*)	Tapahtuman luonne (*)
	Pvm (p.k.vvvv): <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ei tiedossa
	Kellonaika: <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ei tiedossa
	Tapahtumapaikka	<input type="checkbox"/> läheltä piti <input type="checkbox"/> tapahtui potilaalle <input type="checkbox"/> Täytetään myös työturvallisuusilmoitus <input type="checkbox"/> Täytetään myös tietoturvailmoitus <input type="checkbox"/> Täytetään myös toimintaympäristöilmoitus
	Valitse	<input type="button" value="▼"/>
Tapahtuman tyyppi	Valitse <input type="button" value="▼"/>	
Tapahtuman kuvaus (*)	<p>Kerro mitä ja miten tapahtui ja mitä seurauksia oli potilaalle ja hoitavalle yksikölle. Tarkista että kuvauksesta tulevat esiin mahdollisuuksien mukaan vastaukset seuraaviin kysymyksiin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mitä oltiin tekemässä - Mitä ja miten tapahtui - Miten tilanne hoidettiin - Mitä seurasi potilaalle - Mitä seurasi henkilöstölle ja yksikölle. <div style="border: 1px solid #ccc; height: 100px; width: 100%;"></div> <p>Kuvaa lisäksi tapahtumahetken olosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät.</p> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 60px; width: 100%;"></div> <p>Kerro oma näkemyksesi, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää?</p> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 30px; width: 100%;"></div>	
Sähköpostiosoite	<p>Jos haluat, että käsittelijä voi kysyä sinulta lisätietoja, anna sähköpostiosoitteesi alla olevaan kenttään. Osoitetta ei näytetä käsittelijälle, mutta järjestelmä ilmoittaa sinulle mahdollisesta lisätietopyynnöstä sähköpostitse.</p> <p>Lisätietopyyntöön voit vastata sähköpostiviestissä olevan linkin kautta ja järjestelmä ilmoittaa käsittelijälle kun lisätieto on annettu.</p> <input type="text"/>	

[Tulosta ilmoitus](#)