

”Apua, minäkö tein virheen?”
Sairaanhoitajien kokemuksia lääkityspoikkeamista

Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Pro gradu-tutkielma
Irene Sipola-Kauppi

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto
Lääketieteen tiedekunta
Hoitotieteen laitos

Sipola-Kauppi Irene
”Apua, minäkö tein virheen?” Sairaanhoidajien kokemuksia lääkityspoikkeamista
Pro gradu-tutkielma, 100 sivua, 6 liitettä
Ohjaajat: TtT, Meeri Koivula ja professori, Eija Paavilainen
Hoitotiede
Toukokuu 2009

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoidajien kokemuksia lääkityspoikkeamista.

Aineisto kerättiin haastattelemalla perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa työskenteleviä sairaanhoidajia keväällä 2008. Tutkimusaineisto analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä.

Tutkimuksessa kuvataan toteutuneiden ja läheltä piti – lääkityspoikkeamien nostattamia tunteita sairaanhoidajissa. Pelkkä ajatuskin mahdollisesta virheestä nosti pelkoa, huolta tai hätää hoitajissa. Sairaanhoidajat kuvasivat lääkityspoikkeamien aiheuttamien välittömien tunteiden ja reaktioiden lisäksi myös myöhäisreaktioita, jotka voivat kuormittaa ja heikentää hoitajan työhyvinvointia ja vaikuttaa näin myös potilaiden lääkehoidon laatuun. Tunteita helpottavia tekijöitä ilmaistiin myös tutkimuksessa. Tiedonantajien mukaan myös potilaat, omaiset, lääkärit ja opiskelijat reagoivat lääkityspoikkeamiin.

Lääkityspoikkeamia aiheuttavat syyt liittyivät tiedonantajien mukaan eriasteisiin hoitajiin, lääkäriin, opiskelijoihin, potilaisiin, lääkkeisiin sekä resursseihin että erilaisiin tilanteisiin. Tässä tutkimuksessa kuvataan lääkityspoikkeamiin liittyviä erilaisia suhtautumistapoja, kuten tukea, oppimista ja poikkeamien aktiivista ehkäisemistä. Sairaanhoidajat kuvaavat lisäksi sekä lääkityspoikkeamien vaikutuksia toimintaan että turvallisen lääkehoidon mahdollistavia tekijöitä. Lisäksi sairaanhoidajat kuvaavat lääkityspoikkeamiin liittyviä erilaisia palautteita, niiden kokemiseen vaikuttavia tekijöitä sekä palautteen hyödyntämistä vaikeuttavia ja helpottavia tekijöitä.

Tutkimuksen tuloksia voi hyödyntää hoitotyön kehittämisessä eriasteisissa yksiköissä, terveydenhuollon koulutuksessa ja hoitotyön johtamisessa.

Avainsanat: sairaanhoidaja ja lääkityspoikkeama

ABSTRACT

University of Tampere
Faculty of Medicine
Department of Nursing Science

Sipola-Kauppi Irene

“Oh dear, did I make a mistake?” Nurses’ experiences of medication errors

Master’s thesis, 100 pages, 6 appendices

Supervisors: Meeri Koivula Ph.D. and Professor Eija Paavilainen

Nursing Science

May 2009

The purpose of the study was to describe nurses’ experiences of medication errors. Data collection was by interviews conducted in spring 2008 with nurses working in primary health care and specialized health care. Data analysis was by qualitative content analysis.

The study describes nurses’ feelings in situations when error in medication actually occurred and in near-miss situations. The mere thought of a possible error caused fear, concern or alarm. The nurses described in addition to their immediate feelings and reactions caused by errors in medication the delayed reactions which may impose a burden and impair their well-being at work and also affect the quality of patients’ medication. Factors serving to alleviate feelings were also expressed. According to the informants patients, relatives, doctors and students reacted to medication errors.

According to the informants the reasons causing medication errors were related to various nurses, doctors, students, patients, medications and resources, likewise to different situations. This study described the various attitudes to medication errors such as support, learning and active prevention of errors. The nurses also described both the effect of medication errors on activities and factors conducive to safe medication treatment. The nurses moreover described various feedbacks related to medication errors, factors affecting how these were experienced and also factors preventing and promoting utilization of feedback.

The findings of the study can be utilized in the further development of nursing in various types of units, health care education and nursing management.

Key words: nurse and medication error

SISÄLLYSLUETTELO

1. Tutkimuksen tausta	5
2. Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat	7
2.1. Potilasturvallisuus	7
2.1.1. Turvallinen lääkehoito	7
2.1.2. Lääkehoitopoikkeama ja lääkityspoikkeama	8
2.1.3. Lääkityspoikkeaman ilmoittaminen	9
2.2. Lääkehoito osana hoitotyötä	9
2.3. Eettisyys lääkehoidossa	10
2.4. Tuen merkitys hoitotyössä ja lääkehoidossa	11
3. Aikaisempia tutkimuksia	13
3.1. Kotimaisia tutkimuksia	13
3.2. Ulkomaisia tutkimuksia	17
3.3. Yhteenvetoa aikaisemmista tutkimuksista	21
4. Tutkimuskysymys	23
5. Tutkimuksen toteuttaminen	23
5.1. Tutkimuksen metodiset lähtökohdat	23
5.2. Tutkimukseen osallistujat	24
5.3. Aineiston hankinta	24
5.4. Aineiston analyysi	26
6. TUTKIMUSTULOKSET	31
6.1. Erilaisia lääkityspoikkeamia	31
6.1.1. Hoitajalle tapahtuvia lääkityspoikkeamia	31
6.1.2. Lääkärille tapahtuvia lääkityspoikkeamia	34
6.1.3. Opiskelijalle tapahtuvia lääkityspoikkeamia	34
6.2. Lääkityspoikkeamien aiheuttamat tunteet ja reaktiot	35
6.2.1. Hoitajan tunteet mahdollisen poikkeaman tai toteutuneen poikkeaman jälkeen	36
6.2.2. Hoitajan myöhäisreaktiot poikkeaman jälkeen	38
6.2.3. Hoitajan tunteita helpottavat tekijät poikkeaman jälkeen	39
6.2.4. Opiskelijan reaktiot poikkeamiin	40
6.2.5. Lääkärin reaktiot poikkeamiin	40
6.2.6. Omaisen reaktiot poikkeamiin	41
6.2.7. Potilaan reaktiot poikkeamiin	42
6.3. Lääkityspoikkeamien syyt	43
6.3.1. Opiskelijoihin liittyvät syyt	44
6.3.2. Potilaisiin liittyvät syyt	44
6.3.3. Hoitajiin liittyvät syyt	45
6.3.4. Lääkäreihin liittyvät syyt	47
6.3.5. Lääkkeisiin liittyvät syyt	48
6.3.6. Resursseihin ja tilanteisiin liittyvät syyt	49
6.4. Erilaisia suhtautumistapoja lääkityspoikkeamiin	51
6.4.1. Poikkeamiin liittyvä tuki	51
6.4.2. Poikkeamista oppiminen	53
6.4.3. Poikkeamien aktiivinen ehkäiseminen	54

6.5. Lääkityspoikkeamien vaikutukset ja ehkäisemisen mahdollistajat	55
6.5.1. Lääkityspoikkeamien vaikutukset toimintaan	55
6.5.2. Turvallisen lääkehoidon mahdollistavat tekijät	58
6.6. Lääkityspoikkeamiin liittyviä palautteita ja niiden hyödyntäminen	60
6.6.1. Palautteen kokemiseen vaikuttavia tekijöitä	61
6.6.2. Erilaisia suhtautumistapoja palautteisiin	63
6.6.3. Palautteen hyödyntämistä vaikeuttavia tekijöitä	64
6.6.4. Palautteen hyödyntämistä helpottavia tekijöitä	66
7. POHDINTA	
7.1. Tutkimuksen eettisyys	69
7.2. Tutkimuksen luotettavuus	71
7.3. Tutkimuksen tarkastelua	74
7.4. Johtopäätökset	82
7.5. Jatkotutkimusehdotuksia	82

LÄHTEET

LIITTEET

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA

Hyvän lääkehoidon periaatteet ovat oikea lääke, oikea annos, oikeaan aikaan, oikealla antotavalla ja oikealle potilaalle, mutta aina kaikki ei kuitenkaan suju niin kuin pitäisi. Hälyttävät tulokset lääkityspoikkeamista ovat johtaneet monissa maissa toimenpiteisiin virheiden ja haittojen vähentämiseksi. (Mustajoki 2005.) Hoitovirheet ja lääkityspoikkeamat ovat globaali ongelma. Tutkimusten mukaan hoitovirhe tapahtuu joka kymmenennelle potilaalle ja näistä 50 % on lääkityspoikkeamia. Lääkityspoikkeamat aiheuttavat inhimillisiä kärsimyksiä ja taloudellisia menetyksiä. Suomessa poikkeamiin yritetään puuttua minimoimalla riskejä ja kehittämällä poikkeamien ilmoitusmenettelyä. Sosiaali- ja terveysministeriön ohje (2005) Turvallinen lääkehoito ohjaa organisaatioita takaamaan potilaalle turvallisempaa hoitoa mm. kehottamalla tehostamaan lääkityspoikkeamien raportointia. Raportoitujen virheiden on nähty olevan vain jäävuoren huppu, sillä todellinen lääkehoidon virheiden määrä on kymmenkertainen verrattuna raportoitujen virheiden määrään. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia julkaistiin tammikuussa 2009. Sen tarkoituksena on ohjata suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin ja edistää sen toteutumista. Strategia palvelee myös sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita, niiden potilaita, asiakkaita ja heidän omaisiaan turvallisen ja vaikuttavan hoidon toteuttamisessa (Snellman 2009, 35).

Muutokset yhteiskunnassa ja sen rakenteissa on tunnistettava, koska ne vaikuttavat voimakkaasti myös sosiaali- ja terveysalaan. (Kansallisen tavoite- ja toimintaohjelma 2003, 19, Laine 2005, 15, Lindqvist 2001, 7). Hoitoalan työntekijät ovat tämän hetkisessä työelämässä yksi kaikkein kuormittuneimmista ammattiryhmistä, koska potilaat ovat yhä useammin huonokuntoisia ja moniongelmaisia, potilaskierto on nopeutunut, sijaisia on vaikea löytää ja työntekijöiden keski-ikä on korkea (Kivimäki ym. 2006, 11). Terveydenhuollon tehtävät ovat edelleen fyysisesti raskaita ja henkinen rasittavuus on lisääntynyt entisestään. (Vahtera ym. 2002, 11, Kivimäki ym. 2003, 9).

Terveyden edistämisen alueellakin pätee taloudellinen peruslähtökohta eli voimavarojen rajallisuus. Niukkuuden vallitessa ei kaikkia terveyden kannalta hyödyllisiä toimenpiteitä voida toteuttaa rajoituksitta, vaan joudutaan väistämättä tekemään valintoja ja asettamaan prioriteetteja (Sintonen 1997, 9). Hoitotyön henkilöstön hyvinvointi ja osaaminen ovat mer-

kittäviä tekijöitä terveydenhuolto-organisaation toiminnan tuloksellisuuden ja laadun kannalta. Työhyvinvointiin vaikuttavat yksilön terveydentila, toimintakyky, osaaminen ja motivaatio yhdessä organisaation työilmapiirin ja johtamisen kanssa (Heikkilä 2004, 62.) Osaava, riittävä ja hyvinvoiva henkilöstö on sosiaali- ja terveydenhuollon tärkein voimavara (Laine 2005, 17, Laine ym.2005, 6). Aihetta huoleen ei anna pelkästään se, että henkilöstön ylikuormittuminen heijastuu heidän omaan terveyteensä, vaan myös se, miten se vaikuttaa asiakkaiden tai potilaiden saamaan palvelun laatuun kuten esimerkiksi lääkehoidon toteuttamiseen. (Laine 2005, 17.)

Riskien hallinnan näkökulmasta erityisesti henkilöriskien tunnistaminen ja ennaltaehkäisy nousevat keskeisiksi haasteiksi myös hoitotyön johtajille (Enberg 2002, 18). Henkilöriskejä ovat sairastumiset, väsyminen ja uupuminen, ammattiosaamisen vanheneminen, henkilö- ja työsuhteristiriidat sekä tahattomat inhimilliset virheet. Työyhteisön hyvinvoinnista huolehtiminen on osa riskienhallintaa ja edellyttää määrätietoista ja tavoitteellista työskentelyä. Systemaattinen tiedonkeruu henkilöriskeistä luo perustan henkilökunnan osaamista ja hyvinvointia tukevien ohjelmien tavoitteenasettelulle ja toimenpiteiden määrittelylle. (Enberg 2002, 18.)

Perinteinen näkemys potilasturvallisuudesta on ollut yksilökeskeinen ja korostanut yksittäisen terveydenhuollon ammattilaisen tekemiä virheitä. Virheitä ei saanut tapahtua, virheisiin syyllistyneet oli löydettävä ja heitä oli rankaistava. On huomioitava, että virheet eivät satu pelkästään huono-onnisille työntekijöille, vaan ne yleensä sattuvat parhaille työntekijöille. (Reason 2000.) Se, että virhetilanteista ilmoittamisesta ja niiden rekisteröimisestä ei seuraa sanktioita on edellytys avoimelle ja oppimista kannustavalle ilmapiirille ja lääkitysturvallisuudelle. (Suomen lääkäriliitto 2004, 8.) Oppimista ei siis tule kytkeä yksittäisen työntekijän organisatorisiin sanktioihin. Virheettömän hoidon ihannoinnin vuoksi työkuultuurissa korostuvat sairaanhoitajan puutteet osaamisen sijasta. Sairaanhoitajat tuntevat vastuunsa lääkehoidossa ja kokevat syyllisyyttä tapahtuneista virheistä. Virheiden toteaminen, myöntäminen ja niiden käsittely työyhteisössä ei ole helppoa, mutta potilasturvallisuuden edistäminen on kaikkien yhteinen asia.

Tutkimusten mukaan varsinaisiin lääkityspoikkeamien syntyyn vaikuttaviin syihin ei päästä käsiksi, ellei poikkeamailmoituksia tehdä. Organisaatioon tai yksikköön voi myös muodostua harhaanjohtava turvallisuuden tunne, ellei yksikön riskejä poikkeamiin tunnisteta ja

tunnusteta. Raportoidut ilmoitukset tulisi läpikäydä, analysoida ja sopia muutostoimenpiteet, jotta poikkeamasta opittaisiin ja lääkehoitoa toteutettaisiin turvallisemmin. Tutkimukset osoittavat, että yksilöitä rankaiseva ote lannistaa ja vähentää ilmoitusten tekemistä, jotka ovat kuitenkin tärkeitä virheiden perimmäisten syiden selvittämiseksi ja uusien potilaiden vaaran ehkäisemiseksi. Vaikka lääkehoidon turvallisuuden ”Viisi oikeaa ”ovat tärkeämpiä kuin koskaan, ne eivät voi kompensoida systeemissä olevia ongelmia tai inhimillisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat virheeseen. (Mee 2007, 6.)

Tutkimuksen aihe on lähellä tutkijan arkea, sillä hän näkee työssään usein tilanteita, joissa sairaanhoitajille tapahtuu lääkityspoikkeamia, jotka nostattavat työyhteisössä monenlaisia tunteita. Sairaanhoitajilla on vaikeuksia raportoida omasta ja vielä vaikeampaa kollegansa tai lääkärin lääkityspoikkeamasta tai läheltä piti tilanteesta, vaikka yksikön esimiehen asenne poikkeamiin olisikin avoin ja syylistämätön. Tämän pro gradu - tutkielman tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia lääkityspoikkeamista. Tutkimuksen tuloksia voi hyödyntää hoitotyön kehittämisessä eriasteisissa yksiköissä, terveydenhuollon koulutuksessa ja hoitotyön johtamisessa.

2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus (patientsäkerhet, patient safety) käsittää terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus merkitsee sitä, ettei hoidosta aiheudu hänelle haittaa. Tämä kattaa hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden ja laiteturvallisuuden eli se on osa hoidon laatua. (Stakes ja Rohto 2006, 6.)

2.1.1 Turvallinen lääkehoito

Turvallinen lääkehoito koostuu kahdesta eri osa-alueesta. Ensimmäinen osa-alue liittyy lääkevalmisteen farmakologisiin ominaisuuksiin, niiden tuntemiseen sekä laadukkaasti valmistettuihin lääkkeisiin. Toinen lääkehoidon turvallisuuden alue liittyy lääkkeiden käyt-

töön ja lääkehoitojen toteuttamiseen ja siitä voidaan käyttää lääkitysturvallisuus-käsitettä. Tämän käsitteen alle kuuluvat myös lääkityspoikkeamat (Stakes ja Rohto 2006, 7). Lääkitysturvallisuus (medication safety) tarkoittaa lääkkeiden käyttöön liittyvää turvallisuutta, joka kattaa terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaation periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa lääkehoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Lääkitysturvallisuus käsittää toimenpiteitä lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemiseksi, välttämiseksi ja korjaamiseksi (Stakes ja Rohto 2006, 8).

2.1.2 Lääkehoitopoikkeama ja lääkityspoikkeama

Lääkehoitopoikkeama määritellään sosiaali- ja terveysministeriön oppaassa (2005) lääkehoitoprosessiin liittyväksi, estettävissä olevaksi haittatapahtumaksi, joka voi olla lääkitysvirhe ja lääkehoidossa tapahtuva erehdys, vahinko tai läheltä piti tilanne.

Lääkityspoikkeama (medication error) on lääkehoitoon liittyvä tapahtuma, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Se voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä. Samassa merkityksessä käytetään usein sanaa virhe, joka on sisällöltään Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanaston (2006) mukaan suppeampi. Lääkityspoikkeamat lääkehoitoprosessin eri vaiheissa ovat lääkkeenmääräämispoikkeama (prescribing error), lääkkeen toimituspoikkeama (dispensing error), poikkeama lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa (sanastossa ei englanninkielistä vastinetta), lääkkeen antopoikkeama (administration error) ja poikkeama lääkeneuvonnassa (sanastossa ei englanninkielistä vastinetta). (Stakes ja Rohto 2006, 8 - 9.)

Lääkkeenmääräämispoikkeama määritellään lääkkeen määräämispäätöksen tai lääkemääräyksen antamisen tulokseksi, joka voi johtaa vaikuttavuuden heikkenemiseen tai haittojen riskin lisääntymiseen. **Lääkkeen toimituspoikkeama** määritellään tahattomaksi poikkeamaksi lääkemääräykseksi apteekissa, kun lääkkeitä toimitetaan osastoille tai avohoitoon. **Poikkeama lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa** on lääkityspoikkeama, joka käsittää lääkkeen virheellisen laimentamisen, sekoittamisen, murskaamisen tai muun käyttökuntoon saattamisen apteekissa tai hoitoyksikössä. **Lääkkeen antopoikkeama** on lääkityspoikkeama, joka käsittää virheellisesti annetun lääkkeen, esimerkiksi väärän antoreitin, potilaalle annetun ylimääräisen tai määräämättömän lääkeannoksen, lääkkeen annon vää-

rälle potilaalle tai väärän lääkkeen annon. Määritelmä käsittää myös potilaalle antamatta jääneet, hänelle määrätyt lääkkeet ja potilaan ottamatta jääneet hänelle määrätyt lääkkeet. **Poikkeama lääkeneuvonnassa** määritellään lääkityspoikkeamaksi, joka liittyy potilaalle tai muille hoidon toteuttajille annettuun neuvontaan ja ohjaukseen. (Stakes ja Rohto 2006, 8 - 9.)

2.1.3 Lääkityspoikkeamien ilmoittaminen

Suomessa ei vielä ole olemassa yhtä ainoaa lääkityspoikkeamien ilmoitusrekisteriä. Manuaalisesti täytettävien poikkeamailmoitusten rinnalla HaiPro on yksi potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointi- ja analysointijärjestelmä ja tietotekninen työkalu. HaiPro-työkalu on käytössä yli 30 sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Käyttäjäyksiköiden koko vaihtelee terveyskeskuksesta sairaanhoitopiiriin. (STM 2008.) Järjestelmä on tarkoitettu toiminnan kehittämiseen yksiköiden sisäisessä käytössä. Raportointi perustuu vapaaehtoiseen, luottamukselliseen ja syyttelemättömään vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn. Menetelmän avulla huomattava osa potilaille aiheutuneista haitoista voidaan luokitella ja raportoida. Muidenkin kuin lääkityspoikkeamien haitat voidaan estää selvittämällä niiden syitä ja ottaa poikkeamista oppia. Analysoimalla riskejä, korjaamalla hoitoprosesseja ja toiminnan rakenteita voidaan parantaa potilasturvallisuutta. (HaiPro 2007.)

2.2 Lääkehoito osana hoitotyötä

Sairaanhoitajan perustehtävä on potilaan hoitaminen ja yksi sen tärkeistä osa-alueista on lääkehoito. Lääkehoidon toteuttaminen on riskialtista ja taloudellisesti merkittävää ja siksi lukuisat säädökset ohjaavat toimintoa. Lääkehoito muodostuu monista eri tekijöistä, jotka edellyttävät lääkehoidon toteutukseen osallistuvilta teoreettista ja käytännön osaamista. Perinteisesti lääkäri määrää lääkkeen ja sairaanhoitaja toteuttaa määräyksen. Sairaanhoitajilta vaaditaan tietoa, kriittistä ajattelua sekä muita tiedollisia, teknisiä ja psykomotorisia taitoja sekä eettistä ratkaisukykyä. Hoitajan tulee osata havainnoida ja arvioida sekä perustella toimintansa. Kaikella edellä mainituilla seikoilla halutaan vaikuttaa hoitotyön laatuun. (Veräjänkorva 2003.)

Lääkehoidon opettajilla ja ohjatun harjoittelun ohjaajilla on haasteita, sillä Veräjänkorvan ym. (2008) mukaan lääkehoidon oppimisessa ja osaamisessa on puutteita sekä sairaanhoitajaopiskelijalla että ammatissa toimivilla sairaanhoitajilla. Tavoitteena on yhtäläisen lääkehoidon taidon oppiminen Suomessa. Lääkehoidon opetuksessa ja käytännön harjoittelussa käytettävien käsitteiden tulisi pohjata Stakesin ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohdon julkaisemaan potilasturvallisuussanastoon, koska se selkeyttäisi yhteistä kommunikaatiota, vähentäisi väärinkäsityksiä ja varmistaisi yhdenmukaisen ymmärryksen eri käsitteiden sisällölle ja merkitykselle. Muita turvallisuutta lisääviä keinoja ovat lääkehoidon osaamisen kuvakset, sähköiset oppimisympäristöt, lääkehoitopassi sekä osaamisen varmistaminen päättökokein ja hallinnan sertifikaatit. Nämä tulevat varmistamaan tulevaisuudessa koulutuksesta valmistuvan sairaanhoitajan lääkehoito-osaamista. (Veräjänkorva ym. 2008, 7.)

Lääkkeiden sietokyky vähenee iän lisääntyessä. Kivelä (2006) esittääkin selvitystyössään vanhusten hoidon kehittämistä niin, että kaikkien terveydenhuollon ammattiryhmien peruskoulutukseen lisättäisiin riittävästi vanhusten kuntoutusta ja lääkehoitoja käsitteleviä opintoja. Turvallisen lääkehoito-oppaan (2005) työkaluja voidaan hyödyntää jo nyt potilaan turvallisuuden takaamiseksi lääkehoidon osalta. Kalanruototekniikan avulla voidaan analysoida mm. riskejä, selkeyttää laadittua lääkehoitosuunnitelmaa ja eri ammattiryhmien välisiä vastuuta.

2.3 Eettisyys lääkehoidossa

Tämän päivän potilas on yhä tietoisempi oikeuksistaan ja hän osaa vaatia hyvää palvelua ja hoidon laatua. Hyvään palveluun kuuluvat esimerkiksi hoitohenkilökunnan hyvä käytös, rehellisyys, anteeksipyyntö, asialliset sairaskertomusmerkinnät ja tiedon saaminen terveydentilastaan ja lääkityksestään. Modernille terveydenhuollolle on siis ominaista palvelujen käyttäjien kasvava tietomäärä ja aktiivisuus (Kalkas & Sarvimäki 1996, 112).

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa (1996) korostetaan sairaanhoitajan henkilökohtaista vastuuta määrittelemällä, että sairaanhoitaja on henkilökohtaisesti vastuussa tekemästään hoitotyöstä. Lähtökohtana on jokaisen työntekijän vastuu omasta tehtävästään ja potilaan hyvästä hoidosta (Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2003, 97). Kun sairaanhoitaja

suostuu tekemään hoitotyötä, häntä voidaan pitää vastuullisena siitä, että hän tekee hoitotyötä laatuvaatimusten ja eettisten normien mukaisesti (Fry 1994, 58).

Lääkehoitoon osallistuneiden sairaanhoitajien keskinäiseen työn osaamisen arviointiin kuuluu kriittinen suhtautuminen omiin sekä toisen saman alan työntekijän virheisiin. Suomessa ei ole kovin paljon keskusteltu työtoverin virheisiin puuttumisesta saman ammattiryhmän edustajien kesken. Tilanteet, joissa tällaiseen voisi olla syytä ovat hoitovirheet, potilaiden kohtelu tai työntekijän työuupumuksen oireiden havaitseminen. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 143.)

Yksittäisellä hoitotyöntekijällä voi olla erilainen kuva omista lääkehoitoon liittyvistä tehtävistään kuin muilla hoitotyöntekijöillä. Tällöin syntyy helposti ristiriitoja. Eettisistä ristiriidoista on syytä keskustella, koska käsittelemättöminä ne voivat heikentää hoitajan motivaatiota ja heikentää potilaiden saaman hoidon laatua. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 105.) Kollega voi joskus toimia epäeettisesti ja laiminlyödä velvollisuuksiaan lääkehoidossa, tehdä virheitä ja salailla niitä. (Leino-Kilpi 2003, 81.) Vastuullisuuteen kuuluu valmius tehdä tiliä päätöksistään, niitä seuranneesta toiminnasta ja toiminnan tuloksista. Vastuullinen hoitaja seisoo päätöksensä takana ja voi kertoa, mitä on tapahtunut, miten on toiminut ja miksi (Hallila 2005, 11).

2.4 Tuen merkitys hoitotyössä ja lääkehoidossa

Sosiaalinen tuki liittyy sairaanhoitajienkin välisiin suhteisiin. Tukeen kuuluvat sairaanhoitajan ammattitaidon arvostaminen ja sen osoittaminen, toista sairaanhoitajaa kunnioittava viestintä, kiinnostus toisen työtä kohtaan, tietojen antaminen ja vaihtaminen, mahdollisuus pyytää apua ja neuvoja esimerkiksi lääkehoidon toteuttamisessa. Tukeen liittyy myös tilanteen arvioimista palveleva tukeminen sekä kiitoksen ja myönteisen palautteen antaminen. Lääkehoidossa tunnetason tukeminen on yhtä tärkeää. Se voi olla esimerkiksi lohduttamista, kuuntelemista, kannustamista ja tunteiden jakamista esimerkiksi tilanteessa, jossa hoitaja on antanut lääkkeen väärälle potilaalle. Monet sairaanhoitajat samaistuvat luontevasti lähinnä kollegiaalisesti omaan ammattiryhmäänsä. Toiselta sairaanhoitajalta saatava tuki onkin tärkeää työssä jaksamisen ja työtyytyväisyyden kannalta. (Silvennoinen 2004, 64, 66.)

Nuikan (2002) mukaan hoitajan luottamus omiin kykyihinsä lisääntyisi, kun hän voisi verrata työtapaansa yhteisesti sovittuun hoitotyön käytäntöön. Onnistumisen kokemukset antaisivat hyvänolontunteen ja voimia ponnistella vaikeissakin tilanteissa. Läheisiltä työtovereilta tai esimieheltä saatu tuki rauhoittaa, lisää motivaatiota ja antaa tunteen, ettei ole yksin ongelmiansa kanssa. (Nuikka 2002, 54, Vahtera ym. 2002, 48, Järvinen 2001, 30 - 32, Heikkala 2001, 229 – 231.)

Esimies voisi auttaa hoitajaa hyväksymään inhimillisen keskeneräisyytensä ja korostaa kuormittumisen kokemuksen merkitystä kehittymisessä hyväksi hoitajaksi. (Maunula 1996, 66 – 67, 71, Silvennoinen 2004, 64, 66.) Myönteinen palaute lisää aina pätevyyden tunnetta ja vahvistaa itseluottamusta. Hoitajat tiedostavat, että heiltä vaaditaan jatkuvaa opiskelua, yhteistyötaitoja sekä epävarmuuden ja paineiden sietokykyä. (Pelttari 1997.) Aloitteleva sairaanhoitaja odottaa esimieheltä rohkaisua toteuttaessaan erilaisia lääkehoitoja tai hoitotoimenpiteitä ja toivoo esimiehen kannustavan muita kollegoita antamaan apua hoitotoimenpiteen pitkittyessä tai tilanteen muuttuessa. Myös taitava sairaanhoitaja odottaa esimieheltä palautetta suoriutumisestaan hoitotilanteissa. Sairaanhoitajat arvostavat suoraa palautetta – kielteistäkin, kun he tunnistavat esimiehen tarkoittavan vain heidän parastaan. (Valpola 2002, 122.)

Täydellisyyden tavoittelu liittyy tavoitteeseen käyttäytyä ja toimia virheettömästi ja tuo tavoittelu voi heikentää sairaanhoitajan itseluottamusta. Toisaalta sairaanhoitajalla voi olla epärealistisen korkeat tavoitteet itseään, työkavereita, esimiestä, muita ihmisiä ja koko elämää kohtaan. Toisaalta sairaanhoitajat ovat äärettömän huolestuneita pienistäkin virheistä ja puutteista itsessään. Täydellisyyden tavoittelija pelkää sellaista tilannetta, että hänen puutteellisuutensa tulevat esimerkiksi työkavereiden tai esimiehen tietoon – ja niin todellisuudessa tietenkin tapahtuu. (Silvennoinen 2004, 103, 104.) Telaranta (1999) määrittelee positiivisen itseluottamuksen saavuttamisen prosessissa ensimmäiseksi askeleeksi omien vahvuuksien tunnistamisen ja heikkouksien kompensoinnin käynnistämisen.

3. AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

Kotimaiset tutkimukset käsittelevät hoitajien hyvinvointia, osaamista, lääkehoidon virheitä ja niiden syitä ja ehkäisemiskeinoja. Ulkomaiset tutkimukset keskittyvät lähinnä lääkehoidon virheisiin, niiden syihin ja ehkäisyyn.

3.1 Kotimaisia tutkimuksia

Kotimaisissa tutkimuksissa Laine ym. (2005), Kivimäki ym. (2006), Nuikka (2002) ovat käsitelleet hoitajien työhyvinvointia. Hoitajien työhyvinvointia säätelevät yksilöllisten ominaisuuksien ohella myös työyhteisön ilmapiiri ja ongelmien käsittelyn valmius, johtaminen, tiedon kulku ja sosiaalinen tuki (Nuikka 2002, 101). Laine ym. (2005) toteuttaman Hyvinvointia sairaalatyöhön-hankkeen mukaan hyvä johtaminen edellyttää toimivia ja turvallisia työmenetelmiä sekä työkaluja riskien ja vaarojen tunnistamisessa, arvioinnissa ja poistamisessa.

Kivimäen ym. (2006) mukaan työilmapiiri parantuisi olemalla avoimempi, puhumalla nykyistä enemmän myös negatiivisista asioista sekä ”yhteen törmäämisistä”. Tällainen ilmapiiri lähtee kustakin työntekijästä itsestään. Työntekijöille pelkoa aiheuttavat ”läheltä piti” -tilanteet käytäisiin heti läpi. Pelkoa herättivät Laineen ym. (2005) mukaan huoli mm. omasta jaksamisesta ja terveyden kestämisestä kuormittavissa töissä ja huoli potilaiden turvallisuudesta riittämättömien resurssien vuoksi. Kielteiset tunteet heikentävät työssä jaksamista. Kiire kuormittaa edelleen, tyytyväisyys työhön ja organisaation johtamiseen on tutkimuksen mukaan heikentynyt ja vaikutusmahdollisuudet työssä nähdään entistä heikompiina.

Laineen ym. (2005) hyvinvointitutkimuksessa vuodeosastotyössä kohdattiin tavanomaista enemmän eettisiä tai moraalisia ongelmia. Parasta mahdollista päätöstä tai toimintatapaa mietittiin, mutta koettiin muita sektoreita useammin, ettei voida toimia oikein työpaikan niukkojen resurssien vuoksi. Kiireen koettiin lisääntyneen vielä entisestään; kolme neljästä vuodeosastolla työssä olevista tunsivat kiirettä usein tai jatkuvasti.

Esimieheltä saatiin tukea Laineen ym.(2005) tutkimuksessa vaikeissa tilanteissa tai palautetta työssä onnistumisesta hieman tavanomaista harvemmin. Nuikan (2002) mukaan esi-

mies on osaavalle hoitajalle tukihenkilö vain tarvittaessa, mutta aloittelevalle hoitajalle hän on aikaa antava opastaja ja kannustaja. Esimies voisi tukea hoitohenkilökunnan jaksamista olemalla ymmärtäväinen, ylläpitämällä läheisiä kontakteja ja olemalla kiinnostunut hoitajista myös ihmisinä. Lähes kaikki sairaanhoitajat ilmoittivat Nuikan (2002) tutkimuksessa, että palautetta virheistä annetaan jonkin verran.

Laineen ym.(2005) tutkimustuloksista käy ilmi, että asiakas- ja potilastyöhön liittyy usein ilon tai mielihyvän tuntemuksia. On tilanteita, joissa onnistumisen kokemukset vahvistavat voimavaroja ja tilanteita, joissa ei kyetä voimavarojen tehokkaaseen käyttöön. Päivittäisiä hoitotilanteita hallitaan siten, että hoitajat tietoisesti etsivät yksin ja yhdessä muiden kanssa uusia ratkaisuja muistelemalla aikaisempia vastaavanlaisia kokemuksia, muuttamalla omaa toimintatapaansa tai kysymällä asiantuntijan mielipidettä. Hoitotilanteiden aiheuttamia tunteita puretaan Nuikankin (2002) tutkimuksen mukaan läheiselle työtoverille pyytämällä häneltä palautetta omasta käyttäytymisestä ja kuuntelemalla työyhteisössä muidenkin mielipiteitä tilanteesta.

Grandell-Niemi (2005), Murtola (1999) ja Veräjänkorva (2003) ovat tutkineet sairaanhoitajien lääkehoitoon liittyvää osaamista. Murtola (1999) selvitti, miten valmistuvat sairaanhoitaja – ja terveydenhoitajaopiskelijat osasivat lääkehoitoa ohjaavat säädökset ja määräykset, lääkkeiden oikean ja turvallisen käsittelyn, lääkehoitoon liittyvän terminologian ja laskutoimitukset, millaiset lääkehoidolliset toimintavalmiudet heillä oli ja miten he haluaisivat kehittää lääkehoidon opetusta. Hänen tutkimuksensa perusteella sairaanhoitaja – ja terveydenhoitajaopiskelijat tiesivät melko vähän lääkehoitoon liittyvistä säädöksistä ja määräyksistä. Lääkkeiden käsittelyn ja farmakologisen sanaston sairaanhoitajaopiskelijat osasivat paremmin. Lääkelaskuista oli laskettu oikein 68 %. Eniten virheitä oli lääkeinfusion tiputusnopeuden laskemisessa. Potilaskohtaiset lääkkeisiin liittyvät merkinnät ovat osa hoitajan jokapäiväistä työtä. Opiskelijoista 3 % arvioi, ettei tiennyt merkintöihin liittyvistä määräyksistä lainkaan, jonkin verran ja melko paljon arvioi tietävänsä suurin osa opiskelijoista eli 73 %.

Sairanhoitajat arvioivat Veräjänkorvan (2003) tutkimuksen mukaan raportoivansa tapahtuneet lääkehoidon virheet. Työntekijän ikä, työkokemus sairaanhoitajana sekä työkokemus samassa työpaikassa paransivat legitiimiisiä, anatomian ja fysiologian, lääkehoidon toteuttamisen sekä suonensisäisen neste- ja lääkehoitotaitoja. Kuitenkaan ikä, pitkä työko-

kemus tai työkokemus sinänsä samassa työpaikassa eivät paranna lääkehoitotaitoja, vaan näyttää siltä, että viidestä kymmeneen vuoden työkokemus parantaa lääkehoitotaitoja enemmän kuin sitä lyhyemmät tai pidemmät työkokemukset. Veräjänkorva (2003) esittää lisättäväksi sairaanhoitajien taitoja lääkehoidon turvallisuutta uhkaavien tekijöiden tunnistamiseksi ja raportoimiseksi. Hänen tutkimuksensa mukaan lääkehoidon riskitekijöitä ja läheltä-piti - tilanteita ei riittävästi tunnisteta. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat eivät mielestään ole toiminnallaan aiheuttaneet vaaratilanteita lääkehoidossa.

Grandell-Niemi (2005) arvioi sairaanhoitajaopiskelijoiden ja sairaanhoitajien lääkelaskenta-taitoja ja kehitti näiden taitojen arviointiin mittarin. Vastaajat eli 954 suomalaista sairaan-hoidonopiskelijaa ja sairaanhoitajaa selvisivät vähennyslaskuista, mutta muu osaaminen vaihteli. Neljä peruslaskua selvitti opiskelijoista noin kaksi kolmesta. Samaan tuloksen ylsi neljä viidestä työssä olevista sairaanhoitajista. Sanallisista lääkeannoslaskuista selvisi kaksi opiskelijaa kolmesta ja neljä hoitajaa viidestä. Farmakologisen testiosuuden selvitti oikein alle 70 % opiskelijoista ja alle 80 % sairaanhoitajista.

Lääkityspoikkeamiin johtavia syitä on tutkittu Suomessa jonkin verran. Kuitenkin hoitovir-heiden epidemiologia tunnetaan huonosti Pelkosen (2003) mielestä, sillä aiheesta ei ole tehty laajapohjaisia tutkimuksia. Tekniikka mutkistuu ja lääkintätaidon tavoitteet käyvät kunnianhimoisimmiksi. Suurin osa virheistä syntyy hoitoprosessiin ja järjestelmän infra-struktuuriin piiloutuneissa monentasoisista ansoista. Olennaista on oppia dokumentoimaan sattuneet erehdykset, sillä vain tuntemalla epidemian luonne voidaan vaikuttaa sen kul-kuun.

Koivusen (2005), Meraston (1998), Mustajoen (2005), Partasen ym. (2005) ja Pelkosen (2003) tutkimusten perusteella tärkeimmiksi syiksi virheille nousivat kiire ja liian vähäinen henkilökunta. Koivusen (2005) ja Mustajoen (2005) tutkimuksissa poikkeamien syiksi edel-lä mainittujen lisäksi mainittiin toimintaprosessin heikkous, inhimillinen erehdys, rauhaton työympäristö, puutteellinen perehdytys, puuttuva ohje, puutteellinen työpaikkakoulutus ja kokemattoman henkilökunnan riittämätön tukeminen. Pelkosen (2003) mukaan lipsahduk-sia sattuu eniten, kun henkilö on stressaantunut, väsynyt, ympäristön häiritsemä tai toimii vieraassa ympäristössä. Huolimattomuus, taitamattomuus ja välinpitämättömyys ohjeiden noudattamisessa lisää riskiä tehdä virheitä. Lisäksi Niinistön (2002) tutkimuksessa nousi esille, että virheiden takana oli etenkin huonosti suunniteltuja potilasasiakirjoja tai ylikuor-

mittunut, huonosti toimiva hoitojärjestelmä. Virheiden mahdollisuus kasvaa, koska potilaat ovat entistä iäkkäämpiä, monisairaita ja he käyttävät monia lääkkeitä, hoito on ongelmallinen, tila voi olla hengenvaarallinen ja sairaalassaolo pitkittyy. (Niinistö 2002, Pelkonen 2003.)

Kaukonen (2006) tarkasteli lääkehoitoon liittyvien virheiden syitä tehohoidossa. Lääkitysvirheiden poikkeamailmoituksen avulla löytyi vain 4 % kaikista lääkitysvirheistä. Virheistä 50 % löytyi, kun koulutettu tutkimushenkilökunta (sairaanhoitaja tai farmaseutti) seuloi lääkemääräykset ja kirjaukset potilasasiakirjoista. Tehokkain tapa havaita virheet olisi siis koulutettu tarkkailija.

Lisäksi Kaukosen (2006) mukaan paperiton työskentely itsessään ei takaa toiminnan virheettömyyttä. Sähköiseen lääkemääräämiseen liittyviä riskitekijöitä ovat tiedon hajanaisuus järjestelmässä, annoksen määrittely konetiedon perusteella, lääkitysten lopettamisen epäselvyys ja virheet laimennuksissa. Potilaiden allergiatiedot eivät löydy samasta tiedostosta, lääkkeet voivat olla yhtyeensopimattomia ja tietokoneohjelmiston logiikka ei tue hoitokäytäntöjä. On mahdollista antaa määräys väärälle potilaalle tai valita väärä lääke. Lääkitysten aktivointi potilassiirtojen jälkeen, tietojärjestelmäkatko ja jäykkä lääkemääräminen haittaavat lääkäreidenkin työtä. Potilaiden ja lääkkeiden tunnistaminen viivakoodilla parantaa tarkkuutta lääkitysten käytössä.

Mustajoen (2005) tutkimuksen tarkoitus oli edistää potilasturvallisuutta tutkimalla ja analysoimalla poikkeamia, joista aiheutui haittaa potilaalle. Yhden sairaalan kymmenen yksikköä henkilökuntineen osallistui tilastolliseen tutkimukseen vuonna 2004. Poikkeamailmoituksista yli puolet tehtiin sisätautien osastoilla. Lääkityspoikkeamista 20 % liittyi lääkkeen määräämiseen, 34 % kirjaamiseen, 15 % jakeluun ja 30 % lääkkeen antoon. Tutkimuksessa todetaan, että virheitä voidaan parhaiten ehkäistä, kun yksilön sijasta kiinnitetään huomiota systeemiin. Sairaalassa käynnistettiin mm. kirjaamisen kehitysprojekti ja kotilääkkeiden kirjaaminen ohjeistettiin uudelleen.

Meraston (1998) kyselytutkimuksella selvitettiin hoitovirheiden ja läheltä piti – tilanteiden määrää. Eniten virheitä sattui lääkehoitoon liittyvissä tilanteissa. Tutkimuksessa todettiin, että hoitovirheet ja läheltä piti – tilanteet pitää kirjata ja ne on käsiteltävä organisaation sisällä. Partasen ym. (2005) tutkimuksessa potilasvahingot kyllä raportoitiin huolellisesti poti-

lasasiakirjoihin, mutta niistä ei mennyt tietoa hallintoon. Tässä tutkimuksessa kuvattiin kliinistä hoitotyötä tekevien sairaanhoitajien työolosuhteita Suomessa. Aineiston keruu tapahtui kirjallisesti postikyselyinä noin 3000 satunnaisesti valitulta Suomen sairaanhoitajaliiton jäseneltä. Viidesosa vastaajista arvioi hoitovirheiden syiksi myös puutteelliset asenteet sekä puutteellisen ammattitaidon.

Hoitovirheiden ilmoituksen laiminlyöntiin runsas viidennes ilmoitti Koivusen (2005) tutkimuksessa syyksi rangaistuksen pelon. Hoitovirheiden ilmoittamattomuuden osasyynä arvioitiin olevan myös henkilöstön turhautumisen. He eivät luottaneet ilmoitusten johtavan mihinkään, sillä poikkeamailmoituksista huolimatta organisaation työtapoja ei muutettu. Vastaajista yli puolet arvioi, että virheistä ja haittatapahtumista puhutaan avoimesti. He arvioivat myös oppivansa virheistä ja virheen tehnyttä henkilöä tuetaan. Noin puolet vastaajista arvioi, että työtoverin tekemää virhettä ei peitetä. Vajaa puolet kuvasi, että oman osaston kokouksissa keskustellaan virheistä ja haittatapahtumista, ja että osastolla huolehditaan siitä, että potilas saa perusteellista informaatiota haittatapahtuman jälkeen.

Paremmalla koulutuksella, riittävällä henkilöstöllä, käyttämällä teknisiä keinoja varoittamaan lääkkeiden yliannostuksesta ja yhteisvaikutuksista sekä erityisohjeilla että paremmilla sairaskertomusmerkinnöillä voidaan Niinistön (2002) selvitysten mukaan estää syntyviä haittoja.

3.2 Ulkomaisia tutkimuksia

Lääkkeiden jakaminen näyttää olevan korkeariskisin toimenpide missä hoitaja voi tehdä virheen Andersonin (2001) laatiman kirjallisuuskatsauksen mukaan. Tätä tukee laaja narratiivinen prospektiivinen Balasin (2004) tutkimus, jossa todetaan suurimman osan virheistä ja läheltä piti – virheistä esiintyvän myös lääkkeiden jaossa. Virheitä tapahtuu myös lääkkeiden määräämisessä, määräysten siirtämisessä, lääkkeiden käyttökuntoon saattamisessa, lääkkeiden vaikutusten seurannassa Hudges ym. (2005) kirjallisuuskatsauksen ja Banningin (2006) tutkimuksen mukaan. Virheitä voi sattua hoitajille, lääkäreille, farmaseuteille ja potilaalle itselleen.

Andersonin (2001) mukaan virheen syynä ei siis useinkaan ole yksi syy, vaan usean tekijän yhteisvaikutus. Huonolla lääketarralla, lääkehuoneen epäjärjestyksellä, epäselvällä

lääkemääräyksellä ja tehtäviin nähden epäpätevällä henkilöstöllä on yhteyttä virheisiin, muttei yksittäiseen hoitajaan. Suurimmassa osassa virheistä ei ole kysymys yksittäisen hoitajan heikkoudesta tai ammattitaidon puutteesta, vaan inhimillinen erehdys on joskus väistämätön ja johtaa osastolla virheisiin lääkkeiden jakamisessa. Virheiden takana on usein järjestelmä, joka sisältää suunnittelun, välineet, menetelmät, toimijat ja ympäristön.

Toiminnasta johtuvia syitä ovat tutkijoiden Keepnews (2000) ja Huges ym. (2005) mukaan lisäksi mm. epäselvät ohjeet, liian samannäköiset lääkepakkaukset ja samannimiset lääkenimet, avoimesti säilytetyt vaaralliset lääkkeet, puuttuva kaksoistarkastus, pitkät työvuorot, päätöksenteon monimutkaisuus sekä vähäinen henkilökuntamäärä että liiallinen potilasmäärä. Balasin (2004) ja Thomasin (2005) mukaan lääkitysvirheet koskivat usein sellaisia lääkkeitä kuten morfiini ja insuliini. Thomas (2005) mainitsee riskilääkkeenä myös hepariinin. Balasin (2004) tutkimustuloksien mukaan virheiden määrä on huomattavasti korkeampi sellaisilla sairaalassa työskentelevillä hoitajilla, jotka tekevät töitä enemmän kuin 12 tuntia peräkkäin.

Banningin (2006) kaksoissokkotutkimuksessa selvittiin lääkitysvirheiden esiintyvyyttä ja mahdollisia vaikutuksia potilaisiin. Hoitajien lääkkeenmääräystaidot ja kokemattomuus kirjoittaa määräksiä olivat riski potilaalle. Inhimilliset erehdykset ja riittävän koulutuksen puute selittivät myös lääkemääräyksissä tapahtuvia virheitä. Tutkimuksessa mainittiin jopa 26 syytä lääkitysvirheisiin. Dean ym. (2002) tutkimuksessa taas lääkemääräysten yhteydessä syntyneet virheet todetaan yleisimmin estettävissä oleviksi virheiksi. Tässä tutkimuksessa mainitut tärkeimmät riskitekijät lääkemääräysten virheille olivat työolosuhteet, suuri työ määrä, organisaatiotekijöistä tarkoitukseton harjoittelu, lääkemääräysten tärkeyden vähäisyys ja hierarkkinen lääketyöryhmä. Työryhmätekijät kuten kommunikointi, epäselvä käsiala tai tietojen kirjaamattomuus potilaan huomiointilomakkeelle aiheuttavat myös riskin. Tämä prospektiivinen tutkimus toteutettiin 550-paikkaisessa opetussairaalassa, jossa mahdollisten vakavien lääkemääräysvirheiden tekijöitä haastateltiin ja tuloksia analysoitiin inhimillisen erehtymisen teorian avulla.

Zhan ym. (2006) puolestaan selvittivät mahdollisia hyötyjä ja ongelmia, kun lääkemääräykset kirjoitettiin erityisellä tietokoneohjelmalla. Tilastollisessa tutkimuksessa verrattiin CPOE - ohjelmaa käyttäneitä ja CPOE – ohjelmaa käyttämättömiä toisiinsa myös laadullisella menetelmällä. Ohjelmaa käyttäneet raportoivat vähemmän lääkevirheitä sairaalapoti-

lailla kuin kyseitä ohjelmaa käyttämättömät. Tulos ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkittävä. Kyseisen ohjelman käyttökään ei ollut virheetöntä, sillä tavallisimmat ohjelmaan liittyvät virheet olivat annosteluvirheet eli väärä annos, väärä annosmuoto tai ylimääräisiä annoksia.

Lasten lääkehoidon toteuttaminen on haastavaa. Lääkehoidon toteutukseen liittyvistä virheiden syistä osa on yhteneväisiä aikuisten lääkehoidon syiden kanssa. Thomasin (2005) tutkimuksessa suurin osa lääkevirheistä tapahtui ilta- tai yövuoroissa ja viikonloppuina lasten päivystyksyksikössä. Harjoittelijoilla oli suuri riski tehdä virheitä ja vakavimmin sairaat lapset olivat suuremmassa riskissä joutua virheen kohteeksi. Lasten lääkeannokset määrätään lasten painon mukaan, kiireessä päivystysaikana toimii yhä vähemmän henkilökuntaa ja kriittisesti sairaille potilaille lääkitys pitää antaa nopeasti. Kaksoistarkistuksen järjestäminen on tuolloin vaikeaa ja lääkkeiden vahvuudet vaihtelevat lapsilla suuresti. Lääkevirheisiin vaikuttavina tekijöinä mainitaan lisäksi sijaiset ja harjoittelijat, hoitoaikojen lyhyys ja hoitajien kokemattomuus, paljon potilaita kerralla, stressi, dokumentoinnin puute kiireen vuoksi, suulliset määräykset ja kieliongelmat ja farmaseutin puute.

Virheet lääkehoidossa ovat usein virheellisen tai puutteellisen kirjaamisen tulosta. Hoitotyön kirjaaminen nähdään siis erittäin tärkeänä turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa. Tutkijat Croke (2003), Frank-Stromborg ym. (2001), Giordano (2003), Nebekerin ym. (2004) ja Rosenthal ym. (2005) tarkastelivat tutkimuksissaan hoitotyön kirjaamista. Kirjallisuuskatsauksessa Frank-Stromborg ym. (2001) tarkastelivat kirjaamista ja miten sen puutteellisuus voi johtaa syytöseen. Hyvä hoitotyön kirjaaminen toimii hoitajan parhaana puolustajana.

Giordano (2003) selvitti hoitajien aiheuttamia laiminlyöntejä. Selvityksen pohjana toimi vuosittainen raportti lääkevirheiden aiheuttamista kuolemantapauksista, joihin yleisimmät syyt olivat vakavat lääketapahtumat. Seitsemän vuotta kestäneessä tutkimuksessa 2 195 asiakasta vaati korvauksia virheistä. Virheet sisälsivät väärän annoksen, väärän lääkkeen antamisen tai jakamisen. Lääkkeiden aiheuttamien sivuvaikutuksien tai myrkytysoireiden seuranta oli epäonnistunut. Kirjaaminen on erittäin tärkeä potilaan ja hoitajan oikeusturvan kannalta; mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole tehty. Jokaisessa hoitotyön prosessissa tulee näkyä potilaan ongelmien ja tarpeiden erittely, suunnittelu, toteuttaminen ja lopuksi hoidon arviointi.

Nebekerin ym. (2004) kirjallisuuskatsaus selvitti lääkitystapahtuman termistöä, dokumentointia ja raportointia. Vakavien lääkitystapahtumien dokumentoinnin tarkoitus potilaan hoitokertomuksessa on auttaa estämään vahingon toistuminen. Tarkoituksenmukainen ja käytännöllinen kirjaaminen vaatii kolme seikkaa; tapahtuman vakavuus, arvio syyseurauksesta ja tieto lääkannoksesta tulee näkyä potilastiedoissa. Dokumentaatioissa vakavista lääkitystapahtumista potilastiedostoihin ja raportointiin lääkkeen aiheuttamasta reaktios- ta viranomaisille toteutetaan vielä huomattavan erilaisella aktiivisuudella. Hoitotyön kirjaaminen on hyvä tiedonlähde lääkitystapahtuman jälkeen potilaan voinnin seuraamisessa. Potilaan turvallisen hoidon takaamiseksi terveydenhuollon täytyy integroida myös allergiatiedot ja vakavat lääkitystapahtumat potilaan hoitoprosessiin. Christensen (2002) mukaan hoitajan on kirjattava vähintään potilaan taustatiedot, fyysiset muutokset, lääkitykset, sivuvaikutukset, kipuun liittyvät seikat, komplikaatiot, omaisten yhteystiedot ja puhelinkeskustelut. Hoitajat, jotka noudattavat näitä kirjaamisohjeita, ei kutsuta laiminlyönneistä oikeuteen.

Rosenthal ym. (2005) selvittivät puolestaan puolistrukturoidun haastattelututkimuksen avulla miten virheitä oli dokumentoitu potilasasiakirjoihin. Erään sairaalan erikoistumisjaksolla työskenteleviä jonkin virheen tehneitä lääkäreitä haastateltiin. Tapaukset luokiteltiin dokumentoituihin, keskusteltuihin ja epävarmoihin. Lähes puolet lääkitysvirheistä oli tunnistettu ja kirjattu potilastietoihin, kolmasosa ei ollut kirjattu mitenkään, mutta virheestä oli keskusteltu. Loput olivat epäselviä. Lääkitysvirheitä oli 12, joista vain kaksi oli dokumentoitu. Lääkitysvirheiden kirjaamattomuus estää systemaattisen virheiden tutkimisen ja sen myötä niihin puuttumisen.

Banningin (2006) tutkimuksessa todetaan nykyisin potilaiden olevan yhä vanhempia ja käyttävät yhä useampia lääkkeitä. Thomas ym. (2000) tutkimuksessa löytyi paljon estettävissä olevia hoitovirheitä nimenomaan yli 65 vuotiaiden potilaiden kohdalla. Estettävissä olevia hoitovirheitä, kaatumisia ja lääketieteellisiä tapahtumia oli ikäihmisillä paljon enemmän kuin nuoremmilla. Syinä näihin saattoivat olla ikäihmisten tarvitsemat monimutkaiset hoidot. Tässä ainoassa laajassa väestöön pohjautuvassa tutkimuksessa hoitajat ja lääkärit kävivät läpi satunnaisotantana sairaalasta kotiutettujen potilaiden potilastiedoista mahdollisia hoitovirheitä. Kaksi tutkijaa päätti mitkä hoitovirheet olisi ollut estettävissä.

Tutkija Keepnews (2000) nosti usean eri tutkimuksen sisällöstä esille organisaatioon ja kulttuuriin liittyvät seikat. 1990-luvulla alettiin ehdottaa uutta lähestymistapaa, jossa tarkastellaan, mikä osuus organisaatiolla on virheiden syntymiseen ja muutetaan kulttuuria syyttävästä turvallisempaan. Huges ym. (2005) tuki edellä mainitun tutkimuksen tavoitteita eli ensimmäisenä tulisi luoda tuomitsematon kulttuuri. Tutkimustuloksien mukaan virheitä voidaan välttää lisäksi teknologian avulla (mm. elektroniset reseptit, elektronisesti kirjoitetut määräykset, esteiden huomioiminen ja automatisoitu lääkkeenjako).

Keepnewsin (2000) tutkimuksen mukaan jo 1990-luvulla ehdotettiin pakollista virheilmoitusjärjestelmää ja täsmällistä tilastointia. Balas (2004) toteaa, että hoitajat raportoivat virheistä, silloin kun he tuntevat turvallisuutta ja raportointisysteemi ei ole vaivalloinen. Huges ym. (2005) tutkimuksessa ilmeni, että henkilötasolla pelättiin rangaistusta ja toisen virheitä ei uskalleta ilmoittaa. Frank-Stromborg ym.(2001) muistuttivat, että hoitajilla oli eettinen ja ammatillinen pakko raportoida omat lääkevirheensä välittömästi, jos lääkityspoikkeama tapahtui.

Pitkäjänteinen jatkuva kehittäminen on Andersonin (2001) mukaan vaikuttavin ja hallittavissa oleva tapa saada turvallisuutta monimutkaisiin työskentelyolosuhteisiin. Banningin (2006) mukaan nimenomaan hoitajilla on merkittävä rooli riskien vähentämisessä, sillä he ovat mukana lääkehoitoprosessin eri vaiheissa.

Kotimaiset ja ulkomaiset tutkimukset taulukossa. Liite 1.

3.3 Yhteenvetoa aikaisemmista tutkimuksista

Sekä kotimaiset että ulkomaiset tutkimukset käsittelivät lääkehoidon virheitä ja niiden syitä ja ehkäisemiskeinoja. Kotimaisissa tutkimuksissa keskityttiin myös hoitajien hyvinvointiin ja osaamiseen. Lääkityspoikkeamia ja niihin liittyviä seikkoja on tutkittu Suomessa ylipäänsä vielä vähän. Ulkomailla aiheesta on tehty tutkimuksia enemmän.

Tavallisimmat tilanteet, joissa virheitä tapahtui, olivat lääkkeiden määrääminen, määräysten siirtäminen, lääkkeiden jakaminen, antaminen ja seuranta. Edellä mainituista hoitajan korkeariskisin toimenpide oli tutkimusten mukaan lääkkeiden jakaminen. Monen tekijän

yhteisvaikutus olivat tutkimusten mukaan virheille altistavia tekijöitä. Organisaatiotekijät tai toimintaprosessin heikkous aiheuttivat myös riskejä. Lisäksi kotimaisten tutkimusten mukaan lääkehoitoa toteuttavalla henkilöstöllä todettiin olevan puutteita lääkehoidon osaamisessa ja asenteissa. Ulkomaisissa tutkimuksissa oli huomioitu hoitajien lääkemääräystaidoissa puutteita. Suomessa hoitajilla ei ole vielä oikeutta määrätä lääkkeitä, mutta tämän oikeuden antamista hoitajille harkitaan Suomessakin. Sekä kotimaisissa että ulkomaisissa tutkimuksissa mainittiin useita erillisiä syitä lääkityspoikkeamille. Yhteenvetona kuitenkin tutkimusten perusteella voidaan todeta, että tärkeintä on yksilön sijaan kiinnittää huomio systeemiin. Virheiden takana voi olla toimintaan liittyvät seikat tai järjestelmä, joka sisältää suunnittelun, välineet, menetelmät, toimijat ja ympäristön.

Potilaat, joiden kohdalla lääkityspoikkeamia tai virheitä eniten tapahtui, olivat yleensä sekä kotimaisten että ulkomaisten tutkimusten mukaan yli 65 vuotiaita, monia lääkkeitä käyttäviä ja monisairaita henkilöitä. Potilaiden hoitoajan pitkittyessä riski kokea jokin hoito – tai lääkevirhe edellä mainituille potilaille lisääntyi. Riskilääkkeet, joiden kohdalla tapahtui herkemmin virheitä, olivat insuliini, hepariini ja narkootiset lääkkeet kuten morfiini. Huomioitavaa on, että lapsipotilaiden lääkehoidon toteutus poikkeaa aikuispotilaiden lääkehoidosta.

Henkilökunnan kohdalla riski tehdä virheitä kasvoi kiireen, liian vähäisen henkilökunnan määrän ja yli 12 tuntia kestävästä työvuorosta jälkeen. Sähköinen potilastietojärjestelmäkään ei kotimaisten ja ulkomaisten tutkimusten mukaan ole riskitön. Dokumentoinnin merkityksen korostaminen nousee vahvasti esille varsinkin ulkomaisissa tutkimuksissa. Hoitotyön kirjaaminen ehkäisee nimenomaan lääkehoitoprosessien vaiheisiin liittyviä riskejä. Lisäksi dokumentoidut erehdykset auttavat tuntemaan lääkityspoikkeamien epidemian luonteen ja vaikuttamaan siihen.

Kotimaisissa tutkimuksissa esiin nostettu hoitajien työhyvinvointi nähtiin tärkeänä. Työssä onnistuminen ja ilo lisäsivät hyvinvointia vahvistaen voimavaroja, kun taas kielteiset tunteet vaikuttivat päinvastoin. Hyvä johtaminen edellyttää tutkimusten mukaan toimivia ja turvallisia työmenetelmiä, työkaluja riskien ja vaarojen tunnistamisessa, arvioinnissa ja poistamisessa.

4. TUTKIMUSKYSYMYS

Pro gradu - tutkielman tarkoitus oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia lääkityspoikkeamista.

Tutkimuskysymys oli:

α Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on lääkityspoikkeamista?

5. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimuksen metodiset lähtökohdat

Laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja ihmisiä suositaan tiedon lähteinä. (Hirsjärvi ym. 2005, 155.) Tutkija valitsi laadullisen tutkimusmenetelmän, koska hän halusi päästä sairaanhoitajien kokemuksiin lääkityspoikkeamista mahdollisimman lähelle ymmärtääkseen ilmiöön liittyviä suhteita ja merkityksiä. Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto (Tuomi & Sarajärvi 2002, 73). Tämän tutkimuksen tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimussuunnitelma voi parhaimmillaan elää tutkimushankkeen mukana. Tutkijan oli varauduttava ajatukseen, että tutkimussuunnitelma voisi muuttua tutkimuksen vaiheiden – aineistonkeruun, analyysin, tulkinnan ja raportoinnin aikana ja että nuo eri vaiheet kietoutuisivat yhteen. Käytännössä tuo tarkoitti sitä, että tutkimussuunnitelmaa ja tutkimusongelman asettelua joutui tarkistamaan aineistonkeruun kuluessa ja tutkielman kirjoittaminen vaatia palaamista useita kertoja alkuperäiseen aineistoon. Eskolan ym. (1998) ja Hirsjärven ym. (2005) mukaan edellä mainittu on mahdollista tutkimusprosessin aikana, joten tutkijan oli varauduttava joustavuuteen ja muuttamaan suunnitelmia.

Aluksi tutkija otti selville mitä ja miten muut olivat tutkineet lääkityspoikkeamia ja sairaanhoitajien kokemuksia lääkityspoikkeamista, rajasi aiheensa ja sovitti sen tutkimuskenttään.

Tutkija piti itsensä ajan tasalla tutkimuksensa tekemisen ajan sekä metodisesti että sisällöllisesti, koska hän vertaisi omia tuloksia mahdollisiin aikaisempiin tutkimustuloksiin.

Pro gradu - tutkielman tutkimusaineisto koottiin yksilöllisinä haastatteluina ja analysoitiin sisällön analyysillä. Sisällön analyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti (Kyngäs & Vanhanen, 1999). Aineistolähtöinen analyysi on Eskolan ym. (1998) mukaan tarpeellinen varsinkin silloin, kun tarvitaan perustietoa jonkin tietyn ilmiön olemukselle.

5.2 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimukseen osallistui 11 lääkehoitoa toteuttavaa sairaanhoitajaa erään sairaanhoitopiirin alueelta. Yksiköiden osastonhoitajat välittivät tietoa osallistumismahdollisuudesta tutkimukseen, sillä he tiesivät parhaiten ketkä sairaanhoitajat oli mahdollista tavoittaa sähköpostitse ja ketkä ei. Yksiköiden osastonhoitajien täytyi luonnollisesti tietää tästä hoitohenkilöstöön kohdistuvasta tutkimuksesta, sillä kaikki haastattelut tapahtuivat tiedonantajien työaikana. Osastonhoitajat toimivat myös kannustajina osallistua tutkimukseen. Osallistumispäätöksensä jälkeen tiedonantajat ottivat pääosin itse yhteyttä tutkijaan sähköpostitse.

Haastatteluun osallistuvat sairaanhoitajat tekivät joko vuoro- tai päivätyötä. Haastateltavien työyksiköt olivat hyvin erikokoisia ja luonteisia sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon organisaatioissa. Osalla haastateltavista oli kokemusta sekä erikoissairaanhoidosta että perusterveydenhuollosta. Sairaanhoitajien työkokemukset vaihtelivat puolesta vuodesta lähes kolmeenkymmeneen vuoteen. Kaikki haastateltavat olivat naishoitajia. Tutkijan positiiviseksi yllätykseksi tutkimukseen olisi halunnut osallistua enemmänkin sairaanhoitajia, mutta tutkimusajan rajallisuuden vuoksi tutkija joutui rajoittamaan osallistujamäärän yhteentoista.

5.3 Aineiston hankinta

Tutkimusaineisto hankittiin yksilöhaastattelemalla sairaanhoitajia ja he saivat tutustua haastatteluteemoihin etukäteen (Liite 2.). Puolistrukturoidussa haastattelussa eli teema-haastattelussa tutkija eteni tiettyjen keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa, kuten Tuomi ja Sarajärvi (2003) ehdottavat. Tee-

mahaastattelu ottaa huomioon sen, että ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä, samoin kuin se, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48).

Haastattelut suoritettiin huhti-toukokuun aikana vuonna 2008. Haastattelupaikka ei ollut mitenkään epäolennainen tekijä haastattelun onnistumisen kannalta. On todettu, että mikäli haastateltava itse saa valita haastattelupaikan, on se omiaan motivoimaan häntä vastaamaan. (Eskola & Vastamäki 2001, 27, Krause & Kiikkala 1996, 109.) Haastateltavat saivat itse siis vapaasti valita haastattelupaikan, koska tutkija halusi lisäksi minimoida tiedonantajalle tutkimukseen koituvan osallistumisen vaivan. Suurin osa haastateltavista halusi haastattelun tapahtuvan heidän omassa työyksikössään. Muutama haastateltava halusi tulla tutkijan työpaikalle hänen työhuoneeseensa. Haastattelut tapahtuivat pääasiassa haastateltavien työaikana ja pääosin iltapäivisin. Sovittuja haastatteluajoja muutettiin kahden haastateltavan toiveesta.

Haastattelutilanteesta tutkija pyrki luomaan mahdollisimman rauhallisen ja viihtyisän. Tavoite toteutui parhaiten tutkijan omassa työhuoneessa, koska työhuoneen ovesa oli mahdollista käyttää ovivaloja. Tutkijan mahdollisuus vaikuttaa haastattelutilan ominaisuuksiin tiedonantajien työyksiköissä oli rajallinen. Haastattelut sujuivat kuitenkin pääosin rauhallisesti. Vain pieniä häiriötekijöitä ilmeni, mutta niillä ei ollut kuitenkaan merkitystä haastattelujen luotettavuuden kannalta.

Ennen jokaista haastattelua tutkija keskusteli muista aiheista tiedonantajan kanssa. Keskustelun tarkoituksena oli rentouttaa tulevaa haastattelutilannetta. Tutkija kertasi tutkimuksen ja haastattelun tarkoituksen jokaisen haastateltavan kanssa. Haastateltavat saivat tutkijalta luettavakseen tutkimuskysymykset. Tutkija kannusti kysymään mistä tahansa haastateltavia askarruttavista seikoista tutkijalta, mutta kenelläkään ei ollut tässä tutkimuksen vaiheessa kysyttävää.

Ennen haastattelua tutkija kysyi jokaiselta haastateltavalta luvan haastattelun nauhoittamiseen. Kaikki haastateltavat antoivat luvan. Haastattelun tavoitteena oli saada sairaanhoitajat keskustelemaan luottamuksellisesti mahdollisesti vaikeista ja ahdistavistakin lääkehoitoon liittyvistä tilanteista. Kasettinauhuri oli haastattelun ajan pöydällä ja tutkija käsitteli sitä mahdollisimman huomaamattomasti, jotta siihen ei kiinnitettäisi liikaa huomiota ja ettei

se lisäisi haastattelutilanteessa jännitystä. Haastattelut nauhoitettiin ja nauhoitus aloitettiin haastateltavalle sairaanhoitajalle annetulla numerotunnuksella. Tutkija tai haastateltavien esimiehet eivät rajoittaneet haastatteluun käytettävää aikaa. Haastattelut kestivät 27 minuutista 56 minuuttiin.

Tutkijalla oli varalla toinen kasettinauhuri ja varaparistot jokaisessa haastattelutilanteessa. Tutkija teki jonkin verran merkintöjä paperille haastattelujen aikana. Merkinnot tehtiin niin, että haastateltavat näkivät mitä tutkija kirjoitti ylös. Avoimuuden tarkoituksena oli säilyttää haastateltavan luottamus tutkijaa kohtaan. Tutkija kertasi jokaiselle tiedonantajalle erikseen tutkijan elinikäisestä salassapitovelvollisuudesta. Samalla tutkija halusi viestittää haastateltavia kohtaan tuntemaansa kunnioitusta ja arvostusta.

Aineistoa on riittävästi, kun uudet haastattelut eivät tuota enää mitään tutkimuskysymyksen kannalta uutta tietoa. Yksi tapa ratkaista aineiston riittävyys onkin puhua sen kylläntymisestä eli saturaatiosta. Jos tutkija ei osaa määrittää saturaatiopistettä etukäteen, niin hän voi tarkkailla sitä tutkimusta tehdessään. (Eskola & Suoranta 1998, 62–63.) Kokemukset kylläntymispisteestä vaihtelevat, joten tutkijan oli itse päätettävä milloin aineistoa oli riittävästi. Tutkijan täytyi olla siis selvillä siitä mitä aineistostaan hakee.

5.4 Aineiston analyysi

Sairaanhoitajien haastattelujen litteroinnin jälkeen tutkija kuunteli haastatteluja useaan otteeseen ja vertasi kirjoitettua tekstiä kuulemaansa haastatteluun, jotta hän varmistui kirjoitetun tekstin vastaavuudesta. Tutkimuksen aineistoa syntyi 94 sivua käytettäessä fonttikokoa 12 Times New Roman –kirjasintyyppiä ja riviväliä 1,0.

Latvala ja Vanhanen-Nuutinen (2001) pitävät laadullisen, aineistolähtöisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessina sisällönanalyysiä, jolla tarkoitetaan kerätyn tietoaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistettävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. Tässä tutkimuksessa tutkija analysoi vain aineiston selkeästi ilmaistut viestit. Sisällönanalyysillä voidaan analysoida

selkeästi ilmaistuja viestejä, mutta myös piilossa olevia viestejä. (Tuomi & Sarajärvi 2003,106.) Tutkija ei lähtenyt tietoisesti analysoimaan selkeästi tulkinnanvaraisia ilmaisuja.

Ensimmäinen tehtävä laadullisessa analyysissä oli aineiston järjestäminen sen jälkeen, kun se on kerätty, purettu tekstiksi ja valmisteltu teknisesti käsiteltävään muotoon (Eskola & Suoranta 1998, 151). Tutkija pelkisti haastateltavien sairaanhoitajien kuvaamat alkupe-
räiset ilmaukset mahdollisimman tarkkaan samoilla termeillä kuin teksti oli aineistossa. Tutkija esitti aineistolle tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä ja hän tunnisti aineistosta ilmiötä kuvaavia elementtejä. Asiat, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen, tutkija allevii-
vasi tekstistä.

Sisällönanalyysissä tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Tavalli-
simmin käytetty analyysiyksikkö on aineiston yksikkö: sana, lause, lauseen osa, ajatusko-
konaisuus tai sanayhdistelmä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23 - 25). Tämän tutki-
muksen analyysiyksiköitä olivat kaikki edellä mainitut, jotka kuvasivat sairaanhoitajien ko-
kemuksia lääkityspoikkeamista. Analyysiyksiköitä muodostui tässä tutkimuksessa kaikki-
aan 591.

Pelkistämisen tarkoituksena on yksinkertaistaa havaintojen määrää koodaamalla tutkimus-
tehtävään liittyviä ilmaisuja. Tämä on kategorioiden muodostamisen ensimmäinen vaihe
(Kyngäs & Vanhanen 1999). (Taulukko1.)

Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut
oh käsitteli (ilmoituksen), sain kannustavan palautteen ja en saanut huutia siitä mikä on hirveän tärkeää, että esimies ei hauku	esimiehen kannustava palaute tärkeä
kotona debriefing toimi hyvin lääkärikin sanoi heti, ettei ole mitään hätää	läheiseltä saatu tuki lääkärin rauhoittelu
vapauttaa, kun tein tämän mokan ne on käsitelty osastotunnilla	virheen käsittely osastotunnilla vapauttaa
lääkäri keskusteli omaisten kanssa ja tuki hoitajaa	lääkärin keskustelu omaisten kanssa ja tuki hoitajalle
pyritään tukemaan toisiamme, ei nautita toisten virheistä	tuki toinen toiselle
se on meidän keskinäistä kollegiaalista tukea	keskinäistä kollegiaalista tukea
on poikinut tukea ja toisaalta opittu virheistä	on saatu tukea ja virheistä on opittu
lääkärit ovat tukeneet tosi hyvin lääkärit tukivat kyllä hoitajaa, koska hoitaja oli ihan paniikissa	lääkäreiden hyvä tuki paniikissa olevaa hoitajaa kohtaan
lääkäri oli kaverina ja rauhoitti perhettä, mikä oli tosi tärkeää lääkärit ottivat ikään kuin sitä osasyitä, heillä olikin varmaan osasyitä, mutta toisaalta lääkärit on ollut hyvin tukemassa hoitajia	lääkäri kaveruus hoitajaa kohtaan ja perheen rauhoittaminen ovat tärkeitä lääkärit ottivat osasyyn ja tukivat hoitajia

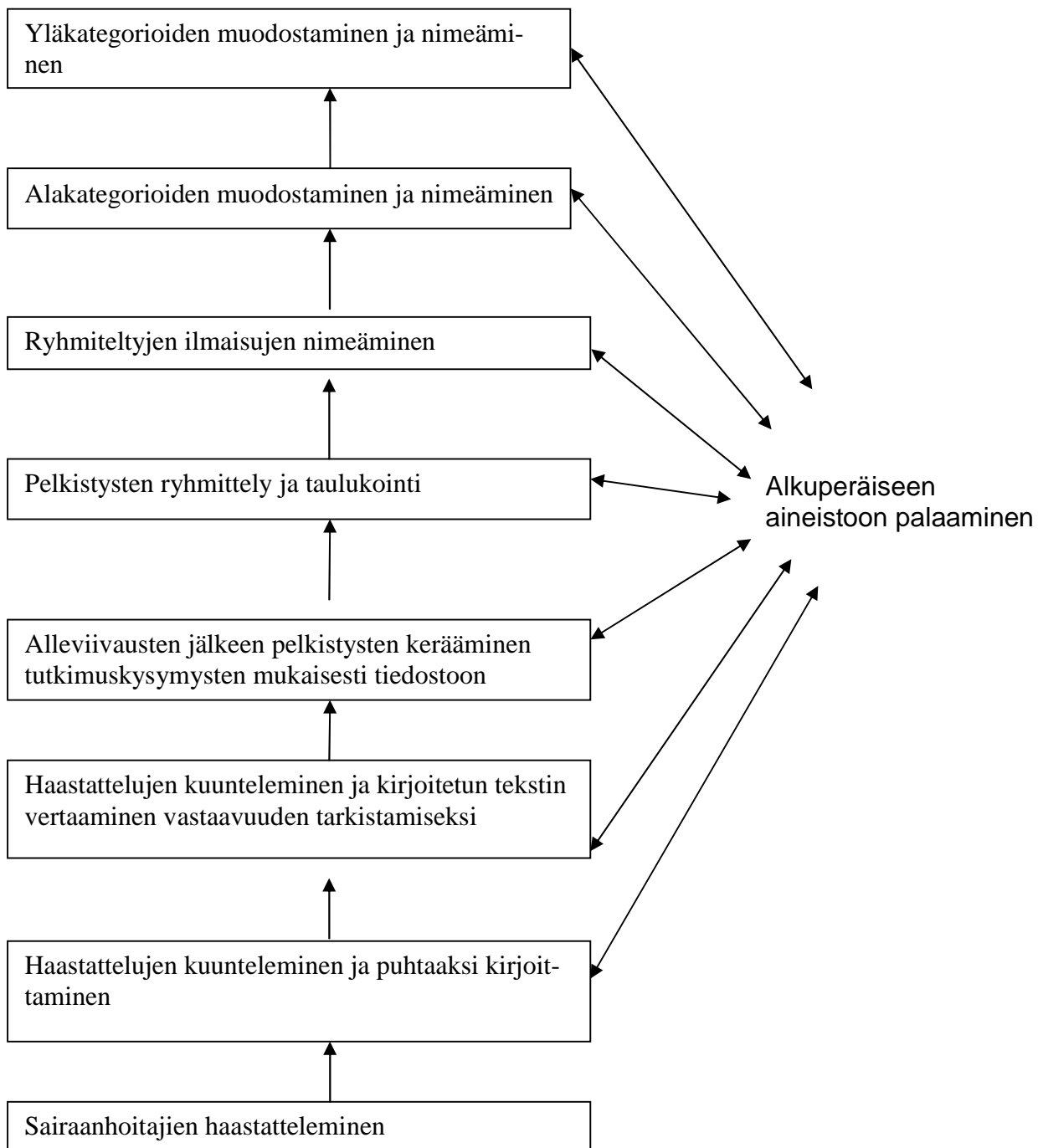
Taulukko 1. Esimerkkejä aineiston pelkistämisestä

Pelkistämisen jälkeen tutkija ryhmitteli aineiston pelkistettyjen ilmauksien erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien mukaan taulukkoon. Aineiston samaa tarkoittavat ilmaisut tutkija yhdisti samaksi luokaksi, joille hän antoi sisältöä kuvaavan nimen. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 28 - 29.) Tähän vaiheeseen liittyi jo aineiston abstrahointia eli käsitteellistämistä. Tutkija palasi useita kertoja alkuperäiseen aineistoon, koska alakategorioiden muodostaminen oli haasteellista ja luovuutta vaativaa. (Taulukko 2.)

Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria
tuen antaminen ivan sijaan	kollegan tuki
keskinäinen kollegiaalinen tuki	
kollegan rauhoittelu	
kollegan avoimuus	
kollegan lohduttava tuki	

Taulukko 2. Esimerkki alakategorian muodostamisesta

Analyysiä jatkettiin yhdistämällä samansisältöiset alakategoriat toisiinsa ja muodostettiin niistä yläkategorioita. Yläkategorioille annettiin sisältöä kuvaava nimi. Tämä vaihe vaati aikaa, sillä tutkijalla oli suuri vastuu päättäessään yläkategorioiden nimistä. Aineistoa tulee käsitellä ainutlaatuisena ja tulkita sitä sen mukaisesti. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Hirsjärvi ym. 2005, 155). (Kuvio 1. Aineiston analyysiprosessi).



Kuvio 1. Aineiston analyysiprosessi

6. TUTKIMUSTULOKSET

6.1. Erilaisia lääkityspoikkeamia

Tutkimusaineiston pohjalta sairaanhoitajilla oli kokemuksia erilaisista lääkityspoikkeamista. Erilaiset lääkityspoikkeamat muodostuivat kolmesta yläkategoriasta: 1) Hoitajille tapahtuvia lääkityspoikkeamia 2) Lääkärille tapahtuvia lääkityspoikkeamia ja 3) Opiskelijalle tapahtuvia lääkityspoikkeamia (Kuvio 1).

Alakategoria	Yläkategoria
Poikkeama lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa	Hoitajalle tapahtuvia lääkityspoikkeamia
Lääkkeen antopoikkeama	
Poikkeama lääkkeen kirjaamisessa	
Lääkkeen määräämispoikkeama	Lääkärille tapahtuvia lääkityspoikkeamia
Lääkkeen antopoikkeama	
Lääkkeen antopoikkeama	Opiskelijalle tapahtuvia lääkityspoikkeamia
Poikkeama lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa	

Kuvio 1. Erilaisia lääkityspoikkeamia

6.1.1. Hoitajalle tapahtuvia lääkityspoikkeamia

Yläkategoria Hoitajalle tapahtuvia lääkityspoikkeamia muodostui kolmesta alakategoriasta, jotka olivat a) Poikkeama lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa b) Lääkkeen antopoikkeama ja c) Poikkeama lääkkeen kirjaamisessa.

Poikkeama lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa

Tämän tutkimuksen aineistosta poikkeamia lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa nousi sairaanhoitajien kokemuksista lääkkeen laskuvirheistä. Huolellista lääkelaskutaitoa vaaditaan erityisesti pienten lasten lääkehoidon toteutuksessa. Tähän ryhmään kuuluu myös

poikkeama, missä sairaanhoitaja oli murskannut depot-valmisteisen lääkkeen, jota ei olisi saanut murskata.

”...itsekin olen laskenut väärin joskus..”

Lääkkeen antopoikkeama

Tutkimusaineistosta nousseet lääkkeen antopoikkeamat olivat antamaton lääke potilaalle, lääkkeen annostusvirhe, väärän lääkkeen antaminen potilaalle, lääkkeen antaminen väärälle potilaalle ja lääkkeen jakovirhe. Syynä lääkkeen antamattomuuteen kerrottiin olevan mm. unohtaminen.

” Onneksi ei ole ollut henkeä uhkaavia lääkkeitä, jotka on jäänyt antamatta.”

”...oli Marevan menossa ja oli monta päivää ihmetelty, kun potilas ei saa Marevania ollenkaan.”

Lääkäri määrää potilaalle lääkkeen annoksen. Sairaanhoitajilla oli omakohtaisia kokemuksia lääkkeen annostusvirheistä, jotka menivät potilaille saakka. Virheellinen lääkeannostusohje voi johtaa annostusvirheeseen. Lääkkeiden vahvuuksia on monenlaisia, joten annostusvirhe on haastateltujen sairaanhoitajien mielestä suuri riski sairaanhoitajan työssä. Osa sairaanhoitajista oli itse välttynyt annostusvirheeltä, mutta he olivat kuulleet kollegoitensa kokemuksista.

” Hän oli jakanut milligrammat väärin eli hän oli saanut varmaan isomman annoksen lääkettä mitä piti antaa, ja potilas meni tosi huonoon kuntoon...oli lähes kuolemaisiltaan kunnes sitten selvisi...”

Haastateltujen sairaanhoitajien lääkkeen antopoikkeamista tavallisimmin oli väärän lääkkeen antaminen potilaalle. Sairaanhoitajien helpotukseksi kyseessä oli ollut myös läheltä piti – tilanteita ja potilaille ei ollut tapahtunut vahinkoa.

” Hoitaja oli pistänyt vahingossa insuliinia tablettidiabeetikolle 12 KY.”

”...vuodeosastolla asti jaettu väärin potilaan lääkkeitä...”

Sairaanhoitajilla ei ollut omakohtaisia kokemuksia lääkkeen antamisesta väärälle potilaalle, mutta he olivat kuulleet tapauksista. Osa haastateltavista oli elänyt hengessä mukana ja jännittänyt tapahtumassa osallisena olleen sairaanhoitajan tukena.

” Yksi kesäsjainen antoi väärälle potilaalle lääkkeet. Siinä oli tapahtua hurjakin asioita, mutta mitään hirveätä ei tapahtunut potilaalle.”

Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat kertoivat lääkkeen jakovirheiden olevan tavallisia arjessa. Lääke voidaan jakaa mm. virheelliseen aikaan tai väärää antoreittiä pitkin. Esimerkiksi hoitaja on antanut lääkkeen suonensisäisesti, vaikka lääke oli tarkoitettu hengitettäväksi.

” Olen kuullut, joku oli laittanut, silloin kun oli Hepariniinikorkit, luuli Hepariniä laittavansa ja laittoikin Ventolinea suoraan suoneen.”

”...hoitaja oli jakanut tarjottimen ja koko tarjottimen suurin piirtein väärin...”

Poikkeama lääkkeen kirjaamisessa

Potilaalle annetut lääkkeet kirjataan potilaspapereihin tai sähköiseen potilastietojärjestelmään. Säännöllisesti annettavat lääkkeet kirjataan eri tavalla kuin lääkärin erikseen määräämät lääkkeet. Lääkkeen kirjaaminen potilaspapereihin ja lääkelistalle lääkärin määräyksen jälkeen on käytännössä erityisesti sairaanhoitajan työtä. Haastatelluilla sairaanhoitajilla oli kokemuksia lääkkeen kirjaamattomuudesta tai virheellisestä kirjaamisesta. Haastatellut sairaanhoitajat kokivat kirjaamisen tärkeänä potilasturvallisuutta takaavana toimintona.

”Minä ainakin olen merkinnyt niitä lääkkeitä väärälle potilaalle. Toki pääasia, ettei ole antanut niitä väärälle, merkattu väärälle. Kun rupeaa tulostaan paperin ja katsoo, eikö täällä ole mitä minä annoin. Sitten tajuaa katsoa, niin se onkin siellä toisella (potilaalla), koska se on niin, ja välttämättä se toinen potilas ei olekaan sinun oma potilas...”

6.1.2. Lääkärille tapahtuvia lääkityspoikkeamia

Yläkategoria Lääkärille tapahtuvia lääkityspoikkeamia muodostui kahdesta alakategorias-
ta, jotka olivat a) Lääkkeen määräämispoikkeama ja b) Lääkkeen antopoikkeama.

Lääkkeen määräämispoikkeama

Tutkimukseen osallistuneilla sairaanhoitajilla lähes kaikilla oli kokemuksia lääkärin lääkkeen määräämispoikkeamista. Tutkimisaineiston lääkkeen määräämispoikkeamat ilmeni-
vät lääkärin virheellisenä tai epäselvänä määräyksenä. Potilaan lääkehoidon toteuttaminen on moniammatillista työtä. Kokenut sairaanhoitaja osaa kriittisesti arvioida lääkärin määrä-
yksen, kun taas uransa alkuvaiheessa olevalla sairaanhoitajalla tätä taitoa ei ole vielä ke-
hittynyt. Lääkäri on voinut antaa määräyksensä puhumalla epäselvästi tai hiljaisella äänel-
lä tai kirjoittaa epäselvällä käsialalla potilaan papereihin. Lääkkeen määräämispoikkeamat aiheuttivat sairaanhoitajille usein ylimääräistä työtä ja he joutuivat olemaan erittäin tarkkoja määräyksen oikeellisuudesta.

” Yksi lääkäri määräsi nesteenpoistoon lääkettä, potilaan tilanteeseen se olisi ollut nelinkertainen määrä.”

Lääkkeen antopoikkeama

Haastatelluilla sairaanhoitajilla oli kokemuksia lääkkeen antopoikkeaman läheltä piti – ti-
lanteista. Lääkäri olisi käyttänyt toimenpiteessä potilaalle jo toisella potilaalla käytettyä lääkeruiskua, ellei valpas sairaanhoitaja olisi estänyt vahinkoa. Tai lääkäri olisi antanut potilaalle väärän vahvuista puudutetta, ellei hoitaja olisi huomannut ja puuttunut asiaan.

”...lääkäri tulee ja nappaa 1 % Xylocainin ja meinasi vetää sitä ruiskuun...”

6.1.3. Opiskelijalle tapahtuvia lääkityspoikkeamia

Yläkategoria Opiskelijalle tapahtuvia lääkityspoikkeamia muodostui kahdesta alakategori-
asta, jotka olivat a) Lääkkeen antopoikkeama ja b) Poikkeama lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa.

Lääkkeen antopoikkeama

Käytännön harjoittelujaksoille osallistuvilla sairaan- ja lähihoitajaopiskelijoilla potilaan lääkehoidon toteuttaminen käytännössä on uutta. Opiskelijoille ei ole kehittynyt vielä turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen vaadittavia taitoja, joten ohjaavalla sairaanhoitajalla on vastuu opiskelijan harjoitteluajan toiminnasta. Ohjauksesta ja valvonnasta huolimatta opiskelijat olivat antaneet lääkkeitä väärille potilaille. Potilaiden vointia seurattiin tapahtuman jälkeen ammattitaitoisesti varmistaen, etteivät poikkeamat ole aiheuttaneet potilaille vahinkoa.

”...lähihoitajaopiskelija, ei olisi periaatteessa saanut edes antaa lääkkeitä. Hän meni antamaan lääkkeet ja väärälle potilaalle...”

Poikkeama lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa

Sairaanhoitajilla oli kokemuksia opiskelijoista, jotka kielloista huolimatta olivat liian oma-aloitteisia taitoihinsa ja vastuunkantokykyihinsä nähden. Opiskelija oli annostellut lapselle nestemäistä kipulääkettä, vaikka hoitaja oli pyytänyt odottamaan. Lääkkeen annostelu oli tarkoitus tehdä yhdessä sairaanhoitajan ja opiskelijan kanssa.

” Opiskelija oli jakanut kipulääkettä enemmän kuin oli määrätty. Poikkeama oli läheltä piti – tilanne, sillä se ei mennyt potilaalle saakka.”

”Menimme lääkehuoneeseen selvittämään paljonko siinä oli ja siinä oli tosiaan viisinkertainen määrä sitä lääkettä, mitä olisi pitänyt olla.”

6.2. Lääkityspoikkeamien aiheuttamat tunteet ja reaktiot

Yläkategoria Lääkityspoikkeamien aiheuttamat tunteet ja reaktiot muodostui seitsemästä eri alakategoriasta: 1) Hoitajan tunteet mahdollisen poikkeaman tai toteutuneen poikkeaman jälkeen 2) Hoitajan myöhäisreaktiot poikkeaman jälkeen 3) Hoitajan tunteita helpottavat tekijät poikkeaman jälkeen 4) Opiskelijan reaktiot poikkeamiin 5) Lääkärin reaktiot poikkeamiin 6) Omaisen reaktiot poikkeamiin ja 7) Potilaan reaktiot poikkeamiin (Kuvio 2).

Alakategoria	Yläkategoria
Kauhu	Hoitajan tunteet mahdollisen poikkeaman tai toteutuneen poikkeaman jälkeen
Pelko	
Huoli	
Pitkäkestoinen ahdistus	Hoitajan myöhäisreaktiot poikkeaman jälkeen
Vaikeudet unohtaa kokemus	
Tilannekohtainen reaktio	
Hoitajan välinpitämättömyys	
Inhimillisyyden tunnistaminen	Hoitajan tunteita helpottavat tekijät poikkeaman jälkeen
Keskusteleminen	
Pelko	Opiskelijan reaktiot poikkeamiin
Syällisyys	
Hätkähdys	Lääkärin reaktiot poikkeamiin
Hädän tunne	
Lääkärin välinpitämättömyys	
Omaisien ymmärtäväinen suhtautuminen	Omaisien reaktiot poikkeamiin
Omaisien negatiiviset reaktiot	
Asiallisuus	Potilaan reaktiot poikkeamiin
Hermostuminen	

Kuvio 2. Lääkityspoikkeamien aiheuttamat tunteet ja reaktiot

6.2.1. Hoitajan tunteet mahdollisen poikkeaman tai toteutuneen poikkeaman jälkeen

Yläkategoria Hoitajan tunteet mahdollisen poikkeaman tai toteutuneen poikkeaman jälkeen muodostui kolmesta alakategoriasta, jotka olivat a) Kauhu b) Pelko ja c) Huoli.

Kauhu

Pelkkä ajatus vähäisestäkin lääkityspoikkeamasta kauhistutti osaa sairaanhoitajia. He eivät halunneet tehdä minkäänlaisia virheitä lääkehoidossa. Toteutuneen lääkityspoikkeaman jälkeen osa tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista kertoi olleensa heti täysin paniikissa tai järkyttynyt.

”...kauhistuneena rupesin heti selaamaan pharmacaa mitä haittoja...”

” Itselläni ei ole koskaan mitään vakavaa tapahtunut tiettävästi, se olisi varmaan kauheaa, jos tapahtuisi.”

Opiskelijoiden lääkkeen antopoikkeamat nostattivat sairaanhoitajien tunteita pintaan, varsinkin jos opiskelijaa oli neuvottu ja ohjattu sairaanhoitajan mielestä riittävästi ja selkeästi.

”...ihan hirveää, koska opiskelija oli sellainen, ettei hän ei läpäissyt sitä kurssia...”

”...hirveältä, varsinkin jos antaisi iv-lääkkeen...”

Pelko

Joskus pelkkä ajatus poikkeamasta nostattaa sairaanhoitajassa pelon tunteita. He haluavat olla tarkkoja ja huolellisia. Osalla sairaanhoitajista oli koko ajan pelon tunne, että he tekevät jonkin virheen. Osa sairaanhoitajista oli jopa pelännyt tappavansa potilaan mahdollisella virheellään.

” Siinä oli viisinkertainen määrä lääkettä, jos potilas olisi sen saanut, pelästyin ihan valtavasti...”

Huoli

Usealla sairaanhoitajalla nousi ensimmäisenä huoli potilasturvallisuudesta lääkityspoikkeaman kokemuksen jälkeen. Pelkkä ajatus nostatti huolen mahdollisista seurauksista.

”...sitä heti ajattelee mitä tapahtui potilaalle, potilasturvallisuus täytyy ihan ensisijaisesti ajatella...”

6.2.2. Hoitajan myöhäisreaktiot poikkeaman jälkeen

Yläkategoria Hoitajan myöhäisreaktiot poikkeaman jälkeen muodostui alakategorioista, jotka olivat a) Pitkäaikainen ahdistus b) Vaikeudet unohtaa kokemus c) Tilannekohtainen reaktio ja d) Hoitajan välinpitämättömyys.

Pitkäaikainen ahdistus

Tutkimukseen osallistuneilla sairaanhoitajilla oli kokemuksia vuosia sitten tapahtuneista lääkityspoikkeamista. He muistivat hyvin tuolloiset tunteensa, vaikei potilaalle tapahtunutta mitään vakavaa. Vuosien takaiset kokemukset ahdistivat heitä varsinkin, jos tilannetta ja hoitajan kokemuksia ei käsitelty tapahtuman jälkeen.

”...vaikei radikaalia, viikkoja tuntui pahalta...”

Vaikeudet unohtaa kokemus

Suurelle osalle tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista lääkityspoikkeamakokemukset olivat niin vahvoja, että heillä oli vaikeuksia unohtaa tapahtunut. Hoitajat olisivat halunneet unohtaa kokemuksensa, mutta he eivät kyenneet siihen. Osa hoitajista kykeni kuitenkin käyttämään kokemustaan ja muistoaan esimerkkinä riskitilanteesta uudelle tai kokemattomalle hoitajalle.

”Mutta se painaa, nyt ei paina mieltä, mutta sitä joutuu miettimään koko ajan.”

”Se pyörii edelleenkin mielessä.”

Tilannekohtainen reaktio

Osa sairaanhoitajista kertoi pohtineensa tuntemuksiaan lääkityspoikkeaman jälkeen. Heidän reaktioonsa vaikutti voimakkaasti, mikä lääke oli ollut kyseessä ja minkä verran potilas oli sitä saanut.

”...lääke ratkaisee tunteen, mietityttää...”

Hoitajan välinpitämättömyys

Tutkimukseen osallistuvista sairaanhoitajista osa suhtautui rennosti ehkä jopa välinpitämättömästi esimerkiksi lääkkeen jakoon. Osalla sairaanhoitajista oli kokemuksia muiden

tietoisesta puuttumattomuudesta esimerkiksi lääkkeiden imeytymisvaikutuksiin ja yhteisvaikutuksiin.

”..että annostus on väärä, on itsellekin sattunut menen tullen. Tulee vaan laitettua se yksi tabletti siihen tai väärään kellonaikaan...”

”...ja hoitajat katsovat läpi sormien, että samassa lääkekipossa on lääkkeitä, jotka vaikuttavat toistensa imeytymiseen.”

6.2.3. Hoitajan tunteita helpottavat tekijät poikkeaman jälkeen

Yläkategoria Hoitajan tunteita helpottavat tekijät poikkeaman jälkeen jakautui kahteen alakategoriaan, jotka olivat a) Inhimillisyyden tunnistaminen ja b) Keskusteleminen.

Inhimillisyyden tunnistaminen

Lääkityspoikkeamatilanteessa lieventäviä tekijöitä olivat sairaanhoitajien mukaan potilaan selviytyminen ja se, että sairaanhoitaja huomaa olevansa inhimillinen ihminen, jolle voi sattua vahinkoja tahtomattaan.

” Loiventaa sitä nyt, kun on nähnyt ja on vähän tottunut että ihmisiähän me olemme.”

Keskusteleminen

Kokemuksesta kertominen ja keskustelu kollegan tai esimiehen kanssa helpottivat lääkityspoikkeaman kokeneen sairaanhoitajan oloa selvästi. Hoitajien keskuudessa tapahtuvat keskustelut toimivat myös hoitajien vertaistukena. Omatunto velvoittaa sairaanhoitajaa kertomaan poikkeamasta. Lääkityspoikkeaman avoin kertominen lieventää hoitajan huolta ja pelkoa ja estää aiheettomia epäilyjä ja epäröintejä. Lääkityspoikkeaman epäilystäkin pitää kertoa, jotta varmistettaisiin, ettei vahinkoa tapahtuisi.

”...meillä on täällä pystytty puhumaan, että on sattunut muillekin...”

”... vähän kevyempi ja ei ole jättänyt peikkoja...kiva, että kummallekin esimiehelle sen pystyin heti kertomaan...”

6.2.4. Opiskelijan reaktiot poikkeamiin

Yläkategoria Opiskelijan reaktiot poikkeamiin muodostui kahdesta alakategorioista a) Pelko ja b) Syyllisyys.

Pelko

Sairaanhoitajat kertoivat tutkijalle, että heillä oli kokemuksia tilanteesta, jossa opiskelija pelästyi, kun hän tajusi antaneensa lääkkeitä väärälle potilaalle.

”..hän itse pelästyi silloin kovasti...”

Syyllisyys

Sairaanhoitajat olivat huomanneet, että lääkityspoikkeama voi nostattaa syyllisyyden tunteen. Opiskelija oli yrittänyt helpottaa syyllisyyttään jakamalla vastuuta tapahtuneesta muille hoitajille. Sairaanhoitajat eivät suostuneet ottamaan osasyytä tapahtuneesta, sillä opiskelijaa oli pyydetty odottamaan sairaanhoitajaa ja toisessa tapauksessa sairaanhoitaja oli neuvonut opiskelijaa ja silti poikkeama toteutui potilaalle saakka. Tärkeintä haastateltavien sairaanhoitajien mielestä ei ollut kuitenkaan syyllisen toteaminen, vaan poikkeaman käsitteleminen ja yhdessä oppiminen.

”...puolustusmekanismi nousi pystyyn, hän yritti jakaa syyllisyyttä...”

6.2.5. Lääkärin reaktiot poikkeamiin

Yläkategoria Lääkärin reaktiot poikkeamiin muodostui kolmesta alakategorioista, jotka olivat a) Hätkähdys b) Hädän tunne ja c) Lääkärin välinpitämättömyys.

Hätkähdys

Lääkityspoikkeamat tapahtuvat usein yllättäen. Yhdellä sairaanhoitajalla oli kokemus lääkärin reaktiosta heti toteutuneen lääkityspoikkeaman jälkeen. Lääkäri oli vähän hätkähtänyt, kun oli kuullut asiasta. Hän käyttäytyi kuitenkin asiallisesti ja pohti poikkeaman vaatimia toimenpiteitä yhdessä sairaanhoitajan kanssa.

”...se oli keikkalääkäri, kyllä se vähän hätkähti siinä...”

Hädän tunne

Lääkityspoikkeaman läheltä piti – tilanne voi laukaista sairaanhoitajan kokemuksen mukaan myös lääkärin hädän tunteen. Lääkärin hätäntynyt käyttäytyminen heijastui myös sairaanhoitajan toimintaan. Lääkäri ja hoitaja eivät keskustelleen lääkärin reaktiosta tilanteen laukeamisen jälkeen.

”...hätäntykö lääkäri vähän itsekin...”

Lääkärin välinpitämättömyys

Sairaanhoitajat kertoivat, että osa lääkäreistä saattoi olla reagoimatta tilanteisiin, joissa lääkkeet estivät toisen lääkkeen imeytymisen.

” Jo lääkärit katsovat läpi sormiensa lääkkeitä, mitä eivät saisi mennä samaan aikaan.”

6.2.6. Omaisen reaktiot poikkeamiin

Yläkategoria Omaisen reaktiot poikkeamiin muodostui kahdesta alakategoriasta, jotka olivat a) Omaisen ymmärtäväinen suhtautuminen ja b) Omaisen negatiiviset reaktiot.

Omaisen ymmärtäväinen suhtautuminen

Tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitajien mielestä potilaille saakka toteutuneita lääkityspoikkeamista kerrotaan potilaille ja omaisille pääsääntöisesti avoimesti. Osa omaisista huokaisi, osa myöntyi tilanteeseen. Suurin osa omaisista ymmärsivät tilanteen tahattomuuden.

”Minun mielestä ei ainakaan negatiivista ole... Toisaalta ne tietävät, että tämä on inhimillistä...”

”Omaiset olivat sitten kyllä ymmärtäväisiä.”

Omaisen negatiiviset reaktiot

Haastateltavilla sairaanhoitajilla oli kokemuksia omaisista, jotka huusivat, haukkuivat ja uhkasivat tehdä hoitokantelun lääkityspoikkeamista. Hoitajat kokivat nuo reaktiot toisaalta

ymmärrettävinä ja oikeutettuina, mutta taas toisaalta jonkinlaisina uhkina ja epäluottamuslauseina hoitajia ja hoidon laatua kohtaan.

” Vanhemmat olivat vihaisia. Äiti oli kauhuissaan. Hän meni haukkumaan hoitajat kaikille muille vanhemmille...hän tekee valituksen...”

6.2.7. Potilaan reaktiot poikkeamiin

Yläkategoria Potilaan reaktiot poikkeamiin muodostui kahdesta alakategoriasta, jotka olivat a) Asiallisuus ja b) Hermostuminen.

Asiallisuus

Sairaanhoitajilla oli kokemuksia potilaiden asiallisesta suhtautumisesta poikkeamiin. He eivät syyttäneet, vaikka olivat saaneet esimerkiksi väärää lääkettä. Periaate on, että lääkityspoikkeamasta kerrotaan vain siinä tapauksessa, että se toteutuu potilaalle saakka. Läheltä piti - tilanteista ei kerrota, koska ei haluta huolestuttaa potilasta turhaan, sillä virhehän estettiin.

” Potilas ei ollut millään, kysyi aiheuttaako tämä jotakin...”

”...ei mitään, ei ole nostanut syytettä, hän oli hirveän asiallinen...”

Hermostuminen

Tutkimukseen osallistuneilla sairaanhoitajilla oli kokemuksia myös potilaista, jotka hermostuivat kuullessaan heihin kohdistuneesta lääkityspoikkeamasta. Potilaita rauhoiteltiin ja heidän peruselintoimintojaan seurattiin tarvittaessa tarkemmin lääkärin ohjeiden mukaisesti.

” Tämä potilas otti siitä aika kovasti itseensä, hermostui jonkin verran, muttei mitään kauheaa haloota nostanut.”

6.3. Lääkityspoikkeamien syyt

Yläkategoria Lääkityspoikkeamien syyt muodostuivat kuudesta eri alakategoriasta:

1) Opiskelijoihin liittyvät syyt 2) Potilaisiin liittyvät syyt 3) Hoitajiin liittyvät syyt 4) Lääkäreihin liittyvät syyt 5) Lääkkeisiin liittyvät syyt ja 6) Resursseihin ja tilanteisiin liittyvät syyt (Kuvio 3).

Alakategoria	Yläkategoria
Osaamattomuus	Opiskelijoihin liittyvät syyt
Harkitsemattomuus	
Uudet potilaat	Potilaisiin liittyvät syyt
lökkäät potilaat	
Potilaan tietämättömyys	
Kuormittuneisuus	Hoitajiin liittyvät syyt
Kokemattomuus	
Tarkastamattomuus	
Inhimillinen virhe	
Määräyksen epäselvyys	Lääkäreihin liittyvät syyt
Määräyksen virheellisyys	
Lääkäreiden vaihtuvuus	
Osaamistasoerot	
Kiire	
Lääkevalmisteiden suuri määrä	Lääkkeisiin liittyvät syyt
Lääkkeiden vaihtuvuus	
Virheelliset lääkelistat	
Ennakoimattomat tekijät	Resursseihin ja tilanteisiin liittyvät syyt
Inhimilliset tekijät	
Toimintaohjeen laiminlyönti	
Resurssitekijät	
Häiriötekijät	

Kuvio 3. Lääkityspoikkeamien syyt

6.3.1. Opiskelijoihin liittyvät syyt

Yläkategoria Opiskelijoihin liittyvät syyt muodostui kahdesta alakategoriasta, jotka olivat a) Osaamattomuus ja b) Harkitseamattomuus.

Osaamattomuus

Opiskelijoiden osaamistasot vaihtelevat. Ohjaavan sairaanhoitajan tulee osata tunnistaa opiskelijan osaamisen taso käytännön harjoittelujakson aikana, jotta hän kykenee tukemaan opiskelijan oppimista mahdollisimman hyvin. Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat kertoivat kokemuksistaan lääkityspoikkeamista, joihin heidän mielestään oli myötävaikuttamassa opiskelijan osaamattomuus. Opiskelija ei ollut läpäissyt harjoittelujaksoonsa liittyvää kurssia.

”...opiskelija ei sitten läpäissyt sitä kurssia...”

Harkitseamattomuus

Jos opiskelijalla oli vaikeuksia jollakin tasolla oppimisessa, niin sairaanhoitajat arvioivat opiskelijan toiminnan mahdollisia riskejä potilastyössä. Jos opiskelijan harkintakyky ei ole vielä kehittynyt, sairaanhoitajat seurasivat opiskelijan toimintaa tarkemmin.

” Hän teki nopeita johtopäätöksiä, nopeita liikkeitä, semmoisia harkitseamattomia.”

” Opiskelija oli perään katsottava.”

6.3.2. Potilaisiin liittyvät syyt

Yläkategoria Potilaisiin liittyvät syyt muodostui kolmesta alakategoriasta, jotka olivat a) Uudet potilaat b) läkkäät potilaat ja c) Potilaan tietämättömyys.

Uudet potilaat

Sairaanhoitajat kertoivat tilanteista, joissa potilaspaikat olivat vaihtuneet nopeassa tahdissa, koska sairaanhoitaja ei ollut aina tilanteen tasalla. He kertoivat hallitsemattomista tilanteista, jolloin uusia potilaita saattoi tulla yksikköön useitakin lyhyen ajan sisällä. Potilaspaikkoja jouduttiin vaihtamaan potilaan sukupuolen tai puhtausasteen mukaan. Sairaanhoitajat tiedostivat tilanteet hyvin riskeiksi poikkeamille.

”...joka paikasta mistä nyt tulee potilaita...on yhä enemmän sekametelisoppaa...”

lääkäät potilaat

Potilaisiin liittyviä syitä lääkityspoikkeamille oli muitakin. Hoidettavien potilaiden keski-ikä kohotessa sairaanhoitajat saivat uusia haasteita potilaiden lääkehoidon toteutukseen. Lääkäät potilaat olivat usein muistamattomia, aistivajavaisia ja jotkut olivat levottomia. Nämä kaikki seikat ovat olleet syitä lääkityspoikkeamille. Haastateltavat tiedostivat iäkkäiden potilaiden tuomat poikkeamariskit. Sairaanhoitajat tarvitsisivat enemmän aikaa paneutuessaan iäkkäiden potilaiden lääkityksen tarkistamiseen ja toteuttamiseen.

”...kaikki ovat vaaleanpunaisissa puvuissa harmaapäiset mummut, samat etunimet ja melkein samat sukunimet ja sitten he kuulevat huonosti ja sanovat itsekin nimensä väärin tai myöntävät olevansa väärä henkilö...”

Potilaan tietämättömyys

Sairaanhoitajilla oli kokemuksia tilanteista, joissa esimerkiksi korkeasti koulutettu keski-ikäinen potilas ei ole ajan tasalla omasta lääkityksestään. Potilailta puuttuu haastateltujen mielestä usein tieto ja vastuu omasta lääkityksestään. Potilaiden olisi hyvä tietää mitä lääkettä he käyttävät ja mihin vaivaan. Oman lääkityksensä ymmärtäminen ja tiedostaminen lisäisi potilaiden lääkehoidon turvallisuutta. Potilaan olisi hyvä olla tietoinen myös lääkehoidon mahdollisista sivuvaikutuksista ja lääkkeiden oikeasta käytöstä.

” Keski-ikäiset, korkeasti koulutetut, työssä käyvät ihmiset voivat tulla sairaalaan ja sanoa hänellä menevän yhden lääkkeen, muttei muista mihin vaivaa ja minkä nimistä se on.”

6.3.3. Hoitajiin liittyvät syyt

Yläkategoria Hoitajiin liittyvät syyt muodostui neljästä alakategorioista, jotka olivat a) Kuormittuneisuus b) Kokemattomuus c) Tarkastamattomuus ja d) Inhimillinen virhe.

Kuormittuneisuus

Haastatellut sairaanhoitajat kokivat työn vastuullisuuden, henkisen raskauden, jatkuvan työn priorisoinnin, kiireen ja virhealttiuden olevan hoitajien kohdalla syinä lääkityspoikkeamiin. Hoitajat kuormittuivat liian paljon, koska resursseja oli liian vähän.

” Meillä on liian vähän väkeä.”

Kokemattomuus

Haastateltavat olivat huolissaan tämän päivän liian itsetietoisista, mutta kokemattomista sairaanhoitajista. Kokemattomuus mm. lasten lääkeannoksista yhdistettynä liialliseen varmuuteen osaamisestaan lisäävät riskejä lääkityspoikkeamille. Sairaanhoitajat tiesivät omista kokemuksistaan, että jokainen hoitaja on aina uransa alussa kokematon.

” Se oli aika alussa, ei minulla ollut käsitystä, että lasten ja aikuisten määrät olivat erilaisia.”

” Kyllä nämä nuoret ovat jo aika itsetietoisia, vähän liiankin, pelottavia ja varmoja osaamisestaan...”

Tarkastamattomuus

Haastateltavat sairaanhoitajat vertasivat lääkehoidon toteutusta aikaisempiin kokemuksiinsa ja he kertoivat, ettei lääkkeitä ole aina tarkastettu. Nykyään kaikilla sairaanhoitajilla oli tiedossa kaksoistarkastussysteemi, joten heidän kokemuksensa mukaan lääkkeet tarkastetaan nykyään paremmin, joten potilaalle saakka toteutuneita lääkityspoikkeamia todennäköisesti toteutui vähemmän.

”...lääkkeitä ei tarkistettu ja kippoja jätettiin sinne ja tänne...”

Inhimillinen virhe

Lääkityspoikkeamien syitä ei aina voi selittää haastateltavien mielestä. Heillä oli kokemuksia tilanteista, joita ei voi selittää, tapahtuu vain jonkinlainen ajatuskatko. Sairaanhoitajien mielestä näitä syitä ei voi ehkäistäkään.

” Hän oli aivan varma, että se oli se, tuli niin kuin jokin lukko, kun hän oli aivan varma että se oli sille potilaalle...eihän hän edes epäillyt, että se olisi ollut jollekin toi-

selle. Samassa kun hän pisti sen, niin hän tajusi, että se oli tuolle toiselle, tuli semmoinen black-out...”

6.3.4. Lääkäreihin liittyvät syyt

Yläkategoria Lääkäreihin liittyvät syyt muodostui viidestä alakategoriasta, jotka olivat a) Määräyksen epäselvyys b) Määräysten virheellisyys c) Lääkäreiden vaihtuvuus d) Osaa- mistasoerot ja e) Kiire.

Määräyksen epäselvyys

Sairaanhoitajilla oli useita kokemuksia lääkäreiden epäselvien käsialojen aiheuttamista määräyksistä, jotka olivat aiheuttaneet lääkityspoikkeamia. Sähköinen potilastietojärjestelmä on jo joissakin yksiköissä poistanut tämän ongelman. Vanhanaikaiset viivat suullisissa lääkemääräyksissä huolestuttavat hoitajia. Sairaanhoitaja oli vastuussa tilanteesta, jos hän toteutti virheellisesti tulkitsemansa lääkemääräyksen.

” Se sutaisee ne harakanvarpaat...”

” Nämä tekstit ovat välillä niin epäselviä, että on pakko kysyä mitä tässä lukee.”

Määräyksen virheellisyys

Sairaanhoitajien arjessa oli kokemuksia lääkäreiden määräysvirheistä. Useilla hoitajilla oli kokemuksia tilanteista, joissa lääkärin suullinen ja kirjallinen määräys olivat ristiriidassa keskenään. Hoitajilla oli kokemuksia myös lääkemääräyksistä, jotka olivat potilaan tilanteeseen nähden virheellisiä.

”...kun oli uusi etupäivystäjiä ja tuli hätätilanne, niin he saattoivat määrätä ihme- määrän lääkettä...”

Lääkäreiden vaihtuvuus

Sairaanhoitajat ilmaisivat huolensa lääkäreiden vaihtuvuudesta. Samaa potilasta saattoi heidän kokemuksensa mukaan hoitaa useita eri lääkäreitä. Potilaan lääkehoito voi olla vaativaa ja olisi hyvä, jos sama lääkäri vastaisi potilaan kokonaislääkehoidosta.

”...haittana on että yhtä ihmistä hoitaa monta lääkäriä...”

Osaamistasoerot

Tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien mukaan lääkäreiden kielitaidottomuus ja ajoittain suuret lääkäreiden väliset osaamistasoerot olivat syitä lääkityspoikkeamille. Kokemattoman ja huonosti suomea puhuvan lääkärin työparina toimiminen vaatii sairaanhoitajalta enemmän keskittymistä ja tarkkaavaisuutta kuin kokeneen ja suomea äidinkielenään puhuvan lääkärin kanssa.

”...lääkäreidenkin taso vaihtelee, meillä on ollut hyvin kokemattomia, kielitaidottomia ja huonoja lääkäreitä...”

Kiire

Lääkäreiden virhealttius lääkityspoikkeamille kasvoi kiireen vaikutuksesta. Sairaanhoitajien kokemus oli, että osa lääkäreistä tiedosti riskin, osa ei sitä tiedostanut.

” Lääkärit itsekin tietävät, että he ovat alttiita koko ajan tekemään niitä virheitä. On hirveä tunne niillä itselläänkin, ei ole riittävästi aikaa tehdä töitään huolella ja hyvin.”

6.3.5. Lääkkeisiin liittyvät syyt

Yläkategoria Lääkkeisiin liittyvät syyt muodostui kolmesta alakategorioista, jotka olivat a) Lääkevalmisteiden suuri määrä b) Lääkkeiden vaihtuvuus ja c) Virheelliset lääkelistat

Lääkevalmisteiden suuri määrä

Sairaanhoitajat esittivät haastatteluissa huolensa siitä, että sairaanhoitajat eivät enää tunne lääkkeitä hyvin. Pääsyyinä tähän oli uusien lääkkeiden runsas määrä. Lääkkeiden jakaminen tarjottimille ja niiden tarkastaminen vievät hoitotyön arjessa yhä enemmän aikaa. Esimerkiksi riskilääkkeisiin kuuluvia insuliinejakin valmistetaan eri tavalla vaikuttavina kuin aikaisemmin. Sairaanhoitajilla oli vahva tunne siitä, että he eivät hallitse tämän päivän lääkeviidakkoa. He toivoivat lisää koulutusta nimenomaan lääkkeiden vaikuttavista aineista.

”...kun olen ollut tarkastamassa, niin se on ollut väärin, lääkkeet muuttuvat koko ajan kaksoistarkastus on entistä työläämpää...”

” Ei tämä ainakaan helppoa tule olemaan, koska lääkkeitä tulee koko ajan lisää. Koulutuksessa pitäisi pysyä jokaisen mukana...nimenomaan lääkeaineista...”

Lääkkeiden vaihtuvuus

Haastateltavat sairaanhoitajat kertoivat olevansa huolestuneita alati vaihtuvista lääkkeiden kauppanimistä ja lääkepakkauksista. Heitä huolestutti miten potilaat pysyvät ajan tasalla omasta lääkityksestään, kun lääkkeen nimen, pakkauksen tai ulkomuodon osalta ei ole pysyvyyttä. Tämä ongelma aiheuttaa hoitajien mukaan paljon lääkityspoikkeamia myös tulevaisuudessa.

” Lääkevalmisteet vaihtavat nimeään aivan liian usein ja sekin vie työaikaa, kun menen lääkekaapille katsomaan mikä tämä lääke on ja onko se mikä sen pitää olla...”

” Ei pysty ihmiset kotonaan, ei myöskään kotisairaanhoito, kotipalvelu, kukaan ei pysty toteuttamaan lääkehoitoa niin kuin se pitäisi ihan kirjaimellisesti toteuttaa.”

Virheelliset lääkelistat

Lääkelistojen virheellisyyden lisäksi sairaanhoitajilla oli kokemuksia pitkistä lääkelistoista. Sairaanhoitajat eivät luottaneet listoihin, koska ne olivat jollain tavalla virheellisiä useiden potilaiden kohdalla. Mm. kuurilääkkeiksi tarkoitettuja lääkkeitä oli jäänyt jatkuvasti meneviksi. Sairaanhoitajilla oli huoli siitä, että lääkäri ja potilas luottivat lääkelistoihin kyseenalaistamatta niiden oikeellisuutta. Käytössä on sähköinen potilastietojärjestelmä, mutta lääkärit eivät jostain syystä päivittäneet lääkelistoja niin, että niihin voisi luottaa.

”...dosetissa on ollut oikeat tiedot, mutta dosetti on ollut kotona ja lääkelista mikä tulee terveyskeskuksesta oli väärä, se ei ollut ajan tasalla...oletetaan, että potilaan mukana tulevat lääkelistat lääkäri tarkistaisi, näin sen pitäisi mennä...”

6.3.6. Resursseihin ja tilanteisiin liittyvät syyt

Yläkategoria Resursseihin ja tilanteisiin liittyvät syyt muodostui viidestä alakategoriasta, jotka olivat a) Ennakoimattomat tekijät b) Inhimilliset tekijät c) Toimintaohjeen laiminlyönti d) Resurssitekijät ja e) Häiriötekijät.

Ennakoimattomat tekijät

Lääkehoitoon liittyvien virheiden ja poikkeamien tekijät vaihtuivat. Virheitä tapahtui kaikille potilaiden hoitoon osallistuville ammattiryhmille. Poikkeamille ei ollut säännöllisyyttä ajan tai paikan suhteen. Sairaanhoitajat kokivat ennakoimattomien tekijöiden vaikeuttavan lääkityspoikkeamien ehkäisemistä.

” Ei ole toisintoa, sattuu mihin vuorokauden aikaan tahansa, minä viikonpäivänä tahansa.”

Inhimilliset tekijät

Haastateltavat mainitsivat useita inhimillisiä syitä lääkityspoikkeamille. Huolimattomuus nähtiin inhimillisenä tekijänä. Aina ei voi olla viiden tähden sairaanhoitaja. Hoitajakin voi olla väsynyt tai hän tulkitsee esimerkiksi jonkin lääkemääräyksen väärin.

”...ihan inhimillinen, siinä oli kaksi purkkia vierekkäin, ottikin väärän laatikon...”

Toimintaohjeen laiminlyönti

Haastateltavat mainitsivat lääkityspoikkeaman yhdeksi syyksi toimintaohjeen laiminlyönnin mm. lääkkeen kirjaamattomuuden. Ohjeita jos noudatettaisiin, niin lääkityspoikkeamien määrä olisi pienempi. Periaate, ettei tehdä ennen kuin ollaan täysin varmoja eli kysymisen tärkeys korostui haastateltavien kokemuksista.

”...joku oli jättänyt kirjaamatta, että oli antanut, niin toinen oli antanut (kipulääkkeen) heti perään...”

Resurssitekijät

Lääkityspoikkeamien syinä kiire ja henkilökunnan vähyys eivät erityisesti korostuneet haastateltavien kertomuksissa, mutta resurssipula nähtiin kuitenkin selvästi yhtenä syynä virheisiin. Ylipitkät työvuorot ja hoitajien määrä suhteessa potilaiden määrään lisäsivät riskiä poikkeamille.

”..kiire, ei ole työntekijöitä...”

Häiriötekijät

Lääkehoidon toteuttamiseen ja lääkkeiden jakamiseen sairaanhoitajat vaativat työrauhaa ja mahdollisuutta keskittyä tehtävään. Lääkehuone oli usein muodostunut levottomaksi läpikulkupaikaksi.

”...se remontti, levottomia potilaita ja lääkäri välillä ramppaa siinä...”

6.4. Erilaisia suhtautumistapoja lääkityspoikkeamiin

Yläkategoria Erilaisia suhtautumistapoja lääkityspoikkeamiin muodostui kolmesta alakategoriasta: 1) Poikkeamiin liittyvä tuki 2) Poikkeamista oppiminen ja 3) Poikkeamien aktiivinen ehkäiseminen (Kuvio 4).

Alakategoria	Yläkategoria
Esimiehen tuki	Poikkeamiin liittyvä tuki
Kollegan tuki	
Työyhteisön tuki	
Lääkärin tuki	
Läheisen tuki	
Oppiminen virheestä	Poikkeamista oppiminen
Oppiminen poikkeaman käsittelystä	
Lääkityksen selvittäminen	Poikkeamien aktiivinen ehkäiseminen
Lääkityksen tarkastaminen	

Kuvio 4. Erilaisia suhtautumistapoja lääkityspoikkeamiin

6.4.1. Poikkeamiin liittyvä tuki

Yläkategoria Poikkeamiin liittyvä tuki muodostui viidestä alakategoriasta, jotka olivat a) Esimiehen tuki b) Kollegan tuki c) Työyhteisön tuki d) Lääkärin tuki ja e) Läheisen tuki.

Esimiehen tuki

Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat kertoivat esimiehen kannustuksen olevan tärkeän. Esimiehen tulisi antaa tukeaan lääkityspoikkeamailmoituksen käsittelyn jälkeen ainakin osalle hoitajia. Välttämättä kaikki sairaanhoitajat eivät tarvitse tukea, sillä hoitajat ovat erilaisia ja tuen tarve riippuu hyvin paljon henkilöstä. Mutta mitä vakavammasta virheestä on kysymys, sitä tärkeämmäksi esimiehen tuki koetaan.

” Kummallekin heti kerroin ja sain kannustavan palautteen enkä saanut huutia, mikä on hirveän tärkeää, ettei esimies hauku.”

” Esimiehen pitää antaa tukea, koska meitä on erilaisia persoonia, toiset ovat arempia ja toiset taas ottavat hirveän vakavasti ja toisilla se ei vaikuta paljoakaan.”

Kollegan tuki

Sairaanhoitajilla oli kokemuksia kollegiaalisen tuen rauhoittavasta ja lohduttavasta vaikutuksesta hoitajaan, jolle lääkityspoikkeama sattui. Kollegoiden välinen avoimuus auttoi keskustelemaan ja tukemaan toinen toisiaan.

” Ymmärtäisin miltä hänestä tuntuisi ja lohduttaisin ja neuvoisin täyttämään kaavakkeen ja juttelemaan osastonhoitajan kanssa.”

”...kollegiaalista toimintaa, että kaikki vähän niin kuin huomioi asioita...”

Työyhteisön tuki

Sairaanhoitajilla oli kokemuksia työyhteisön pelottoman ja syyllistämättömän ilmapiirin tuesta, jossa oli yhdessä oppimisen meininki.

” Ilmapiiri sellainen, että saat tehdä virheitä etkä saa sen takia potkuja, eikä sinua mollata maanrakoon, vaan asia käsitellään asiallisesti...”

Lääkäriin tuki

Haastateltavilla sairaanhoitajilla oli pääosin positiivisia kokemuksia lääkäreiden tuesta lääkityspoikkeamien jälkeen ja tuen määrä oli lisääntynyt aikaisempiin vuosiin verrattuna. Kaikki lääkärit eivät tukeneet sairaanhoitajia lääkityspoikkeamien jälkeen, mutta selvä enemmistö teki näin ja otti myös osaa potilaan tarkkailuun. Lääkärit keskustelivat omaisten kanssa ja tukivat hoitajia olemalla mukana tilanteissa.

”Lääkäri oli ihana, kävi potilaalle selittämässä ja hän ymmärsi tilanteen.”

Läheisen tuki

Organisaation sisäisen tuen lisäksi sairaanhoitajalla oli kokemusta myös läheisen tuesta. Kotona oli odottamassa hoitoalan ammattilainen, jolla oli kykyä samaistua poikkeaman kokeneen tilanteeseen ja ymmärtää lääkityspoikkeaman tehneen hoitajan tunteita tapahtuman jälkeen.

”Kun pääsin kotiin, niin se lohdutti minua, debriefing toimi hyvin...”

6.4.2. Poikkeamista oppiminen

Yläkategoria Poikkeamista oppiminen muodostui kahdesta alakategoriasta, jotka olivat a) Oppiminen virheestä ja b) Oppiminen poikkeaman käsittelystä.

Oppiminen virheestä

Tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista suurin osa toivoi, että poikkeamista opittaisiin yhdessä. Osalla haastateltavista oli positiivisia kokemuksia yhdessä oppimisesta joko omasta tai toisen virheestä, joko toteutuneesta tai toteutumattomista läheltä piti – tilanteesta. Omasta virheestä oppii parhaiten, sillä virhettä ei unohda helposti. Toteutuneeseen tai läheltä piti – tilanteeseen liittyvät tunteet muistetaan ja niiden myötä sairaanhoitaja tekee kaikkensa, jotta ei toistaisi virhettään enää koskaan uudelleen.

”Hyvä, kun nykyään näitä lääkepoikkeamia korostetaan, ei syytetä eikä osoiteta, vaan pyritään että kaikki oppisi niistä.”

”Jokainen joutuu itse ajattelemaan, jos joku toinen huomaa sinun virheen ja siitä sanotaan kasvotusten.”

Oppiminen poikkeaman käsittelystä

Hoitajien kokemuksina oli, mitä nopeammin poikkeamat käsiteltiin yhdessä sitä paremmin niistä oppi. Jos hoitaja oli kokemansa lääkityspoikkeaman jälkeen läpikäynyt tilanteen ja uskalsi puhua kokemuksestaan, niin hän samalla opetti omakohtaisen virheensä avulla uusia hoitajia ja kannusti näin olemaan avoin ja käsittelemään ikäviäkin asioita yhdessä.

Poikkeamien käsitteleminen osoittaa, ettei kukaan ole täydellinen ja että muillekin sattuu virheitä.

”...asia käytiin koko henkilökunnan kesken...ei syytellen, vaan voitaisiin niistä oppia jotain...”

6.4.3. Poikkeamien aktiivinen ehkäiseminen

Yläkategoria Poikkeamien aktiivinen ehkäiseminen muodostui kahdesta alakategorioista, jotka olivat a) Lääkityksen selvittäminen ja b) Lääkityksen tarkistaminen.

Lääkityksen selvittäminen

Lääkityksen selvittäminen on haastavaa ja aikaa vaativaa työtä. Haastatelluilla hoitajilla oli kokemuksia tilanteista, joissa potilaalla oli kolme erilaista lääkelistaa tai potilas kuvasi jonkin lääkkeen ulkomuotoa muistamatta lääkkeen nimeä tai syytä miksi lääke oli hänelle määrätty. Ikääntyvät potilaat eivät kykene kertomaan lääkitystään itse, jolloin potilaan omaisia tai esimerkiksi kotisairaanhoidon hoitajia on käytettävä apuna lääkityksen selvittämiseksi. Sähköisessä muodossa olevat lääkelistatkaan eivät aina ole reaaliajassa. Joskus sairaanhoitajat selvittävät löytyisikö potilaiden tarvitsemia lääkkeitä toisista yksiköistä, jotta lääkehoidon jatkuvuus taattaisiin.

” Se on hirveää salapoliisin työtä selvittää, mikä lääke se ylipäättään on.”

” Voi viedä paljonkin aikaa sen lääkityksen etsiminen, hirveän tarkkaan tässä syynä-tään ja katsotaan lääkkeit.”

Lääkityksen tarkastaminen

Tutkimuksen sairaanhoitajat kokivat, että lääkityksen tarkastaminen oli usein haastavaa. Kun potilaan lääkitys on selvitetty, niin lääkkeiden jakaminen ja antaminen on tarkastettava. Lähes samannimiset lääkkeiden nimet tai samannäköiset lääkepakkaukset lisäävät riskiä poikkeamille. Lääkehoitoon osallistuva sairaanhoitaja voidaan keskeyttää useita kertoja lääkkeenjaon yhteydessä ja keskeytyksen jälkeen jakotilanne on jälleen tarkastettava. Lääkityksen tarkastaminen on tärkeää, sillä se toimii nimenomaan lääkityspoikkeamien ehkäisevänä ja potilasturvallisuutta lisäävänä tekijänä.

” Joka aamu tarkistan moneen kertaan, että kumpi on kumpi ja että tarrat menevät oikein.”

6.5. Lääkityspoikkeamien vaikutukset ja ehkäisemisen mahdollistajat

Yläkategoria Lääkityspoikkeamien vaikutukset ja ehkäisemisen mahdollistajat muodostui kahdesta alakategoriasta: 1) Lääkityspoikkeamien vaikutukset toimintaan ja 2) Turvallisen lääkehoidon mahdollistavat tekijät (Kuvio 5).

Alakategoria	Yläkategoria
Toiminnan muuttaminen turvallisemmaksi	Lääkityspoikkeamien vaikutukset toimintaan
Vastuun jakaminen	
Opiskelijoista huolehtiminen	
Tapahtuneen lääkityspoikkeaman korjaamisprosessi	
Varmistaminen	Turvallisen lääkehoidon mahdollistavat tekijät
Raportoiminen	
Riskienhallinta	
Työolosuhteiden rauhoittaminen	

Kuvio 5. Lääkityspoikkeamien vaikutukset ja ehkäisemisen mahdollistajat

6.5.1. Lääkityspoikkeamien vaikutukset toimintaan

Yläkategoria Lääkityspoikkeamien vaikutukset toimintaan muodostui neljästä alakategoriasta, jotka olivat a) Toiminnan muuttaminen turvallisemmaksi b) Vastuun jakaminen c) Opiskelijoista huolehtiminen d) Tapahtuneen lääkityspoikkeaman korjaamisprosessi.

Toiminnan muuttaminen turvallisemmaksi

Poikkeamien havaitsemisen ja käsittelyn myötä sairaanhoitajilla oli kokemuksia muuttuneista toimintatavoista. Potilaalle saakka toteutuneesta lääkityspoikkeamasta informoitiin nykyään systemaattisemmin potilaalle, omaisille, vanhemmille, virheen arvioivalle lääkäril-

le ja esimiehelle. Esimiehelle haluttiin kertoa yleensä poikkeamasta henkilökohtaisesti, vaikka yksikössä olisikin käytössä sähköinen poikkeamailmoitusrekisteri, jonka kautta tieto menisi aina suoraan myös esimiehelle.

Sairaanhoitajat kehittivät toimintaa lääkityspoikkeamien jälkeen. Kollegan konsultointi oli otettu tavaksi virheiden estämiseksi. Lääkelaskuvirheen jälkeen sairaanhoitajat laskivat yhdessä annokset tai pyysivät kollegaa tarkistamaan tuloksen. Sairaanhoitaja voi pyytää kollegaa pitämään hänen toimintaansa silmällä, silloin kun hoitaja on erityisen väsynyt tai ei kyennyt keskittymään jostain syystä esimerkiksi lääkkeiden jakamiseen tarjottimelle. Kirjaamista tehostettiin ja lääkelistoja suurennettiin, jotta lääkkeiden nimet voitiin kirjoittaa selvästi ylös. Sairaanhoitajilla oli kokemuksia potilaan parannetusta hoitokaavakkeesta, sillä kirjaaminen nähtiin hoitajien keskuudessa tärkeänä.

Hoitajilla oli positiivisia kokemuksia myös omista lääkehoitoon liittyvistä muistikeinoista, jotka lisäsivät varmuutta lääkehoidon toteuttamisessa. Hoitajat olivat miettineet myös turvallisempia toimintamalleja aikuisten lääke- ja kivunhoitoon. Esimerkiksi inhaloitavat lääkkeet sovittiin vedettävän erilaisiin ruiskuihin kuin suonensisäisesti annettavat lääkkeet, jotta sekaannuksilta vältyttäisiin.

Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat näkivät lääkityspoikkeamiin puuttumisen myötä virheiden karsiutuvan ja helpottavan sairaanhoitajan työtä pitkällä aikavälillä. Potilaisiin kohdistuvat poikkeamien aiheuttamat haitat vähenivät lisäten näin potilasturvallisuutta. Sairaanhoitajat olivat havainneet lääkkeiden kaksoistarkastuksen vähentävän selkeästi potilaalle saakka toteutuneita poikkeamia. Virheisiin puututtiin ennaltaehkäisevästi ja haitat minimoitiin ajoissa.

Sairaanhoitajat näkivät kollegiaalisen toiminnan tärkeänä. Yhdessä toimiminen avasi enemmän näkökulmia ja mahdollisti turvallisten toimintatapojen leviämisen yksikössä ja yksikön rajojenkin ulkopuolelle. Yhteispalaverit ja moniammatillinen keskustelu toimivat turvaverkkoina potilasturvallisuudessa. Sairaanhoitopiirin järjestämiä erilaisia lääkekoulutuksia arvostettiin positiivisten vaikutusten vuoksi. Osa sairaanhoitajista toivoi lääkekoulutuksissa huomioitavan enemmän yksikkökohtaisia tarpeita, koska jokainen toimintayksikkö on erilainen lääkehoidon toteuttamisen osalta.

”...organisaation lääkelaskukoulutuksien positiiviset vaikutukset...”

*” Pyritään aina käsittelemään näitä asioita, jotta saataisiin niistä jotakin, ettei tapah-
tuisi uudelleen, positiivista muutosta.”*

*” Virheet karsiutuvat ja pitkällä aikavälillä sinun työtehtävät helpottuvat, mitä vä-
hemmän virheitä teet sitä vähempi töitä sinulla on, kun sinulla on vähempi
seurattavaa ja vähempi raportoitavaa, lääkärille ilmoitettavaa tai muuta, niin pitem-
män päälle ne (ilmoitukset) ovat ehdottomasti tarpeellisia.”*

Vastuun jakaminen

Periaatteena on, että virheen tekijällä on vastuu tekemisestään. Sairaanhoitajilla oli ko-
kemuksia vastuusta ja vastuun jakamisesta eri ammattiryhmien välillä. Lääkäreillä, sai-
raanhoitajilla ja osastofarmaseutilla oli omat vastualueensa. Sovittu vastuunjako selkeytti
toimintaa potilaan lääkehoidossa. Sattuneen lääkityspoikkeaman jälkeen vastuurajoja tar-
kennettiin. Uuden hoitajan vastuulla oli kysyä ennen kuin hän toteutti lääkemääräyksen.
Jokaisella lääkehoitoon osallistuvalla henkilöllä oli vastuu päivittää oma lääkeosaamisen-
sa. Osastonlääkärin tarkistaa yksikköön tulevan potilaan lääkityksen. Hoitajilla oli vastuul-
laan opiskelijoiden opettamisvastuu ja lääkehoidon toteuttamisen seurantavastuu. Osa
sairaanhoitajista ohjasi potilaita ottamaan vastuun heidän omasta lääkehoidostaan. Turval-
lisen lääkehoidon varmistaminen on kaikkien osapuolten vastuulla.

*”... kykenevät itse vastuun omasta lääkehoidosta eikä luottaisi sokkona siihen, että
apteekista annetaan tätä lääkettä, että kotisairaanhoitaja jakaa tätä lääkettä tai toi-
näämä lääkkeet minulle, minäpä sokkona nielaisen, että ne itse tietäisivät mitä ne
ovat...”*

” Hoitajan vastuulla lääkemääräysten toteuttaminen...”

Opiskelijoista huolehtiminen

Opiskelijoita ei jätetty tapahtuneiden lääkityspoikkeamien jälkeen yksin, vaan sairaanhoita-
jat ohjasivat ja valvoivat heitä tiukemmin. Opiskelijat katsoivat esimerkiksi lääkkeenjako-
a ennen kuin toteuttivat sen valvotustikaan yksin. Hoitajat kokivat hyvänä, että opiskelijoille
oli organisaatiossa selvästi ja kirjallisesti asetetut toimintarajat lääkehoidon osalta. Yksit-
täisen sairaanhoitajan ei tarvinnut asettaa opiskelijalle vastuurajoja potilaiden lääkehoidon
osalta. Näin sairaanhoitaja vapautui tukemaan paremmin opiskelijan oppimista ja koko
organisaatiossa oli yhtenäinen ja virallinen toimintatapa.

”...tarkistetaan aina, kun opiskelija on jakanut...”

”...on vaikuttanut meidän osaston toimintaan asti, että opiskelijoita ei jätetä yhtään tuonne lääkehuoneeseen ja ovet ovat aina lukossa...”

Tapahtuneen lääkityspoikkeaman korjaamisprosessi

Lääkityspoikkeaman huomaamisen jälkeen ryhdyttiin välittömästi korjaamaan tilannetta. Korjaamisprosessi käsitti lääkityspoikkeaman vakavuuden arvioinnin ja toimimisen yksikön ohjeiden tai toimintamallin mukaisesti lääkärille soitettiin tarkempien ohjeiden saamiseksi. Tilanne korjattiin ohjeiden mukaan, potilaan tilaa seurattiin ja tapahtumat kirjattiin huolellisesti ylös.

” Positiivisessa mielessä ruvettiin selvittämään miksi lapsi oli saanut lääkettä liian vähän ja se selvitettiin ja sitten selvitettiin se lääkärille ja perheelle...”

Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien mukaan poikkeamailmoitusten käsittely eteni prosessimaisesti. Prosessiin kuuluivat poikkeamailmoituksen tekeminen ja tarvittaessa sen allekirjoittaminen. Tapahtuneesta lääkityspoikkeamasta tai läheltä piti - tilanteesta keskusteltiin vuorossa olleiden kollegoiden, esimiehen ja potilaan ja omaisten kanssa. Ilmoitus käsiteltiin yhdessä nimettömänä esimerkkinä työyksikön osastokokouksessa. Sairaanhoidajilla oli käsitys, että ilmoitukset arkistoidaan, mutta heillä ei ollut tietoa miten ja mihin ne arkistoidaan tai tilastoidaan. Osalla sairaanhoitajista oli tuntunut kiusalliselta, kun poikkeamailmoitus oli roikkunut heidän mielestään osastonhoitajan työpöydällä liian kauan. Poikkeamailmoitusten säilytyspaikalla oli merkitystä sairaanhoitajille.

”...poikkeamailmoitus ja käydään läpi osastokokouksessa ihan nimettöminä ja tämmöisenä esimerkkinä...”

6.5.2. Turvallisen lääkehoidon mahdollistavat tekijät

Yläkategoria turvallisen lääkehoidon mahdollistavat tekijät muodostui neljästä alakategoriasta, jotka olivat a) Varmistaminen b) Raportoiminen c) Riskienhallinta ja d) Työolosuhteiden rauhoittaminen.

Varmistaminen

Tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien kokemuksista turvalliseen lääkehoitoon kuuluivat erilaiset varmistuskeinot. Hoitajat kertoivat laskevansa lääkelaskuja paperille ja vertaavansa tuloksia keskenään. He tarkastivat yhdessä potilaiden lääkelistoja. He myös tarkastivat ja varmistivat lääkärin lääkemääräyksiä. Oleellinen tarkastuskeino hoitajien keskuudessa oli lääkkeiden kaksoistarkastukset. Kaksoistarkastuksessa toinen sairaanhoitaja tarkastaa toisen hoitajan lääketarjottimille jakamat lääkkeet ennen kuin hän antaa ne potilaille. Varmistamiseen kuuluu yleensä tarkkuus, huolellisuus, tiukkuus, maltillisuus ja työhön keskittyminen.

” Tarkistan lääkepakkaukset moneen kertaan, lasken lääkelaskut moneen kertaan, paljonko annan tätä ja varmistan vielä.”

Raportoiminen

Sairaanhoitajilla oli kokemuksia lääkityspoikkeamien raportoisesta. Osa hoitajista koki ilmoituksen olevan fiksun tavan informoida poikkeamasta osastonhoitajalle. Haastateltavat sairaanhoitajat olivat kokeneet lääketarjotinta tarkistettaessa väärän lääkkeen kohdalla tehdyn muutoksen ja poikkeamailmoituksen täyttämisen toimivan hyvänä oppimistilanteena. Vain raportoimalla virheistä, niistä oppimalla ja toimintaa kehittämällä voidaan edes yrittää ehkäistä vastaavanlaisen tilanteen toistumisen.

” Jos me huomataan, niin sanotaan lääkärille ja kun se on periaatteessa lääkärin moka, niin lääkäri itse tekee ilmoituksen.”

”...hyvä juttu lääkityspoikkeama(ilmoitus)...”

Riskienhallinta

Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat kokivat, että jonkinasteinen virhemahdollisuus lääkehoidossa oli hyväksyttävä. Huomion kiinnittäminen mm. riskilääkkeisiin vähentää riskitilanteita hoitotyön arjessa. Riskilääkkeet ovat lääkkeitä, joiden kohdalla tapahtuu tavallista herkemmin virheitä. Lääkehoitoprosessiin liittyvät erilaiset riskit hallitaan paremmin, jos lääkityspoikkeamien syyt ovat kaikkien toimijoiden tiedossa. Näin lääkityspoikkeamat voidaan ehkäistä tai niitä voidaan ainakin vähentää. Jokainen voi omalla tärkeällä panoksellaan vaikuttaa riskienhallintaan.

”...jos tässä ei olisi ollut kaksoistarkastusta niin mitä olisi tapahtunut...”

” Ulkomaalaisten lääkäreiden lääkemääräyksissä me joudumme olemaan ihan äärimmäisen tarkkoja.”

Työolosuhteiden rauhoittaminen

Työolosuhteilla on merkitystä turvallisen lääkehoidon toteutuksessa. Hoitajat toivoivat optimaaliset ja rauhalliset työskentelytilat. He toivoivat saavansa aikaa ja rauhaa lääkkeiden jakamiseen ja tarkistamiseen. Hyvillä työolosuhteilla oli vaikutusta myös ilmapiiriin.

” Virheitähän ei saisi tehdä, pitäisi löytyä aika ja rauhallinen tila missä saat toteuttaa sitä, olla se rauha, että saat jakaa ja tarkistaa, että annat varmasti oikeat lääkkeet oikealle potilaalle.

6.6. Lääkityspoikkeamiin liittyviä palautteita ja niiden hyödyntäminen

Kun epäillään lääkityspoikkeamaa tai poikkeama toteutuu, niin asian selvittämiseksi käydään erilaisia keskusteluja eri ammattilaisten välillä. Keskusteluissa joudutaan ottamaan asiaan kantaa ja antamaan palautetta puolin ja toisin. Palautteilla ja niihin suhtautumisella oli merkitystä haastatelluille sairaanhoitajille.

Yläkategoria Lääkityspoikkeamiin liittyviä palautteita muodostuivat neljästä alakategorias- ta: 1) Palautteen kokemiseen vaikuttavia tekijöitä 2) Erilaisia suhtautumistapoja palautteisiin 3) Palautteen hyödyntämistä vaikeuttavia tekijöitä ja 4) Palautteen hyödyntämistä helpottavia tekijöitä (Kuvio 6).

Alakategoria	Yläkategoria
Erilaisia palautteita	Palautteen kokemiseen vaikuttavia tekijöitä
Palautteen antajaan /saajaan liittyvät ominaisuudet	
Yhteistyö	
Neutraali suhtautuminen palautteisiin	Erilaisia suhtautumistapoja palautteisiin
Negatiivinen suhtautuminen palautteisiin	
Positiivinen suhtautuminen palautteisiin	
Raportoimaton poikkeama tietoisesti tai tiedostamatta	Palautteen hyödyntämistä vaikeuttavia tekijöitä
Antamaton palaute	
Kokemattomuus palautteen saamisessa	
Palautteen antamisen vaikeus	
Asiallinen käyttäytyminen	Palautteen hyödyntämistä helpottavia tekijöitä
Asian esille ottaminen	

Kuvio 6. Lääkityspoikkeamiin liittyviä palautteita ja niiden hyödyntäminen

6.6.1. Palautteen kokemiseen vaikuttavia tekijöitä

Yläkategoria Palautteen kokemiseen vaikuttavia tekijöitä muodostui kolmesta alakategoriasta, jotka olivat a) Erilaisia palautteita b) Palautteen antajaan / saajaan liittyvät ominaisuudet ja c) Yhteistyö.

Erilaisia palautteita

Haastatteluun osallistuneilla sairaanhoitajilla oli kokemuksia välillisistä, henkilökohtaisista ja kirjallisista palautteista. Sairaanhoitajat kokivat palautteet neutraaleina. Nämä palautteet eivät nostattaneet sairaanhoitajissa mitään erityisiä tunteita.

” Kasvotusten, että miksi, osaatko sinä sanoa miksi, eikä mitenkään syyttävästi, kauhean kivasti, luontevaa.”

Loukkaavat, nipottavat ja napakat palautteet koettiin syyllistävinä. Lääkäriin uhkailukaan ei ollut yhdelle sairaanhoitajalle vierasta läheltä piti - tilanteen jälkeen. Hoitaja koki uhkailun loukkaavana, sillä kyseisen hoitajan osuus tilanteeseen ei ollut edes varma asia.

” Riippuu lääkäristä... Jotkut miettivät, etteivät uskalla mennä, kun lentää kansiot tuolla tai muuta vastaavaa.”

Sairaanhoitajat olivat kokeneet positiivisina palautteina mm. rakenteellisen, inhimillisen ja syyllistämättömän palautteen. Hoitajilla oli kokemuksia myös ymmärtävästä ja pahoittelevasta palautteista. Potilaan etua tukeva palautekaan ei ollut vieras. Hoitajat olivat saaneet uransa aikana myös kiitosta ja kannustusta palautteen antamisen tai saamisen yhteydessä. Haasteltavat sairaanhoitajat kokivat, että sairaanhoitopiirissä ei syyllistetty virheen tekijää. Omakohtainen kokemus virheestä poisti myös toisen syyllistämisen toisen tekemän virheen jälkeen. Syyllistämättömyys koettiin hyvänä asiana ja se takasi sen, ettei tarvinnut pelätä. Hyvä henki työyhteisössä salli myös aloittelevan sairaanhoitajan antamaan itselleen anteeksi tietämättömyytensä ja kokemattomuutensa.

” Oli tyytyväinen, että olin huomannut, kiitti minua vielä.”

” Sitä itsekin ottaa mielellään vastaan, jos se sanotaan rakentavasti, koska inhimillisyys pitää muistaa.”

”...ettei syyllistettäisi toista...”

Palautteen antajaan / saajaan liittyvät ominaisuudet

Haastatellut sairaanhoitajat kokivat monen tekijän vaikuttavan palautteen vastaanottamiseen ja antamiseen. Vaikuttavia tekijöitä olivat antajan tai saajan ikä, asenne työhön, erilaiset kokemukset, itsetunto, sukupuoli, sukupolvi ja yleensä persoona. Jos palautetta halettiin tai toivottiin, suhtautuminen oli toisenlaista kuin päivävästisessä tilanteessa. Palautteen henkilökohtaisuus tai henkilön arvovaltaisuus vaikuttivat myös palautteen kokemiseen.

” Nuorempi polvi ymmärtää, että tämä on yhteistyötä, ei pelkästään auktoriteetin kunnioittamista, pitäisi tehdä tiimityötä.”

”... arvovaltaisempi, vanhempi ei tykkää ottaa palautetta vastaan, sitten jos on nuori ja näyttämisenhaluinen ei tykkää ottaa palautetta vastaan, mutta jos on ns. tavis, kollegan kanssa samalla tasolla minkä kanssa voi muuten yhteistyötä tehdä, niin hän kiittää hyvä, kun huomasi...”

Yhteistyö

Palautteen suhtautumiseen vaikutti sairaanhoitajien kokemusten mukaan myös yhteistyö. Hoitaja saattoi pyytää toista hoitajaa tarkastamaan jakamansa lääkkeet, jos häntä oli keskeytetty usein tehtävänsä aikana. Sairaanhoitajien mielestä yhteistyö lääkäreiden kanssa oli nykyään luontevaa. Vaikka heillä oli kokemuksia esimerkiksi lääkärin kiroilusta palautteen jälkeen, niin kuitenkin heidän yhteistyö jatkui ja asioita vietiin eteenpäin yhdessä. Hoitajilla oli kokemuksia hyvästä ja tasavertaisesta yhteistyöstä lääkäreiden kanssa ja että se auttoi myös palautteen antamisessa puolin ja toisin. Osa hoitajista koki, että vuosien mittaan yhteistyö oli muuttunut tasavertaisemmaksi ja avoimemmaksi. Asioiden käsitteleminen yhdessä palavereissa ja avoin keskustelukuluttuuri edistävät edelleen yhteistyötä.

”...nykyään niin luontevaa yhteistyötä hoitajien ja lääkäreiden kanssa...”

”...pitäisi ajatella sitä potilasturvallisuutta, on koko työyhteisön ongelma, jos tulee lääkevirhe...”

6.6.2. Erilaisia suhtautumistapoja palautteisiin

Yläkategoria Erilaisia suhtautumistapoja palautteisiin muodostui kolmesta alakategoriasta, jotka olivat a) Neutraali suhtautuminen palautteisiin b) Negatiivinen suhtautuminen palautteisiin ja c) Positiivinen suhtautuminen palautteisiin.

Neutraali suhtautuminen palautteisiin

Sairaanhoitajilla oli kokemuksia neutraaleista suhtautumista palautteisiin, joissa ei otettu pahakseen tai ei vastaanotettu huonosti palautetta.

”...eikä hän pahakseen ottanutkaan, sanoi, sinulla onkin kaikki valmiina, ei sen kummempaa...”

Negatiivinen suhtautuminen palautteisiin

Sairaanhoitajilla oli kokemuksia negatiivisista palautteista, joiden yhteydessä palautteen vastaanottanut lääkäri oli kiroillut tai käyttäytynyt epäkohteliaasti huutamalla hoitajalle tai jopa uhannut. Hoitajat olivat kokeneet myös näpäytyksiä, sydämistymisiä ja tapahtuneen kieltämistä. Hoitajat kokivat, että esimerkiksi kollegoiden negatiivinen suhtautuminen palautteisiin johtui osaston hoitohenkilökunnan kiireestä, väsymisestä tai harmistumisesta. Huonokuntoisten potilaiden raskas hoitamisen paine purkautui toisinaan toisen yksikön kolleegaan.

”Lääkäri huusi ihan ääneen minulle...anti olla viimeinen kerta!”

Positiivinen suhtautuminen palautteisiin

Haastatelluilla sairaanhoitajilla oli kokemuksia positiivisista suhtautumisista palautteisiin. Positiivisuus ilmeni ymmärryksenä virheen tekijää kohtaan, häntä voitiin lohduttaa ja neuvoa fiksusti tapahtuneesta. Kaikin puolin tasa-arvoinen palaute koettiin positiivisena. Sairaanhoitajat kertoivat, että nykyään lääkärit suhtautuivat palautteisiin positiivisesti ja palaute otetaan hyvin vastaan, mikä lisää työilmapiirin avoimuutta.

”Tämä toinen taas, joka on kiltti, niin on taas sitten aivan erilainen ihmisenä ja ottaa asiat eri tavalla vastaan kaikki muutkin ja asennoituu työhön erilailla kuin toinen, asenteesta on paljon kysymys.”

”Nyt sukupolvenvaihdos lääkäreissä, että me olemme nyt enempi samalla viivalla lääkärit ja hoitajat, voidaan antaa palautetta puolin ja toisin. Ennen oli niin, lääkäri ei kenties sietänyt, että lääkärin tekemisiin puututtiin.”

6.6.3. Palautteen hyödyntämistä vaikeuttavia tekijöitä

Yläkategoria Palautteen hyödyntämistä vaikeuttavia tekijöitä muodostui neljästä alakategoriasta, jotka olivat a) Raportoimaton poikkeama tietoisesti tai tiedostamatta b) Antamaton palaute c) Kokemattomuus palautteen saamisessa ja d) Palautteen antamisen vaikeus.

Raportoimaton poikkeama tietoisesti tai tiedostamatta

Sairaanhoitajilla oli kokemuksia tilanteista, joissa lääke jäi jostain syystä antamatta potilaalle. Hoitajan arviointi virheen vakavuudesta potilaan hoidon kokonaisuuden kannalta tuossa tilanteessa vaikutti siihen tekikö sairaanhoitaja poikkeamailmoituksen vai ei. Hoitajilla oli kokemuksia raportoinnin vaihtoehtona suullisesta kantelusta. Heillä oli kokemuksia myös tilanteista, jossa lääkärit ja sairaanhoitajat katsoivat tietoisesti läpi sormiensa lääkkeiden epäedullisista yhteisvaikutuksista ja toistensa imeytymiseen. Kokemuksensa mukaan osalla haastatelluilla oli epäily, että joistakin havaituista poikkeamista ollaan mahdollisesti tietoisesti hiljaa. Osassa tapauksia oli yhteisesti esimiehen kanssa sovittu lääkityspoikkeamista raportoimaton toimintamalli, mikä ei vaarantanut potilaan turvallisuutta. Yhteisesti sovittu raportoimattomuus koski vain läheltä piti – tilanteita.

” En jaksu ruveta vääntämään ilmoitusta, että joku on väärässä kipossa tai jossa on puoli tablettia liian vähän... sitten, kun olen arvioinut, jos siitä on todella haittaa potilaalle...”

” Osastonhoitaja ehdotti, että näitä tapauksia (lääkkeenjaon yhteydessä) on valtavasti ja vie aikaa täyttää lappuja, toimittaisiin niin, että lääkkeen jakajalle kerrotaan henkilökohtaisesti ...”

On mahdotonta raportoida virheestä, ellei itse tiedä tehneensä sellaista. Lääkityspoikkeama jää raportoimatta tiedostamatta, jos sairaanhoitaja ei edes tiedä tehneensä mitään virhettä.

” Meistä varmasti jokainen on tehnyt ja tulee tekemään virheitä, vaikka me kaikki ei sitä muisteta tai tiedetä tai ei ole saatu palautetta.”

Antamaton palaute

Osa hoitajista kertoi, että palautteen saajan mielikuva palautteen antajan tavoitteesta esti virheestä kertomisen kollegalle. Palautteen saaja voi kuvitella, että palautteen antaja haluaa olla parempi sairaanhoitaja ja antaa palautteen vain sen vuoksi. Seurauksena oli, että sairaanhoitaja korjasi poikkeaman, mutta hän ei antanut palautetta poikkeaman tehneelle hoitajalle ollenkaan. Hoitajilla oli kokemuksia, joissa lääkäri ei sietänyt tekemisiinsä puutumista, jolloin hänelle ei voinut palautetta antaa. Hoitajat kokivat, että aina ei vain voi mennä sanomaan toiselle henkilölle poikkeamasta. He eivät osanneet eritellä syitä tar-

kemmin. Sairaanhoidajilla oli kokemuksia tilanteista, joissa hoitajan oli ensin harkittava tarkoin ja arvioitava virhemahdollisuus suhteutettuna potilaan tilanteeseen ennen kuin kyseenalaisti esimerkiksi lääkärin määräyksen.

”Lääkäri ei sietänyt puuttumista tekemisiinsä...”

”Ajattelen, että mitä hän ajattelee minusta, kun minä niin kuin alennan häntä, kun minä löysin nyt tuollaisen virheen.”

Kokemattomuus palautteen saamisessa

Kaikilla haastatelluilla sairaanhoidajilla ei ollut uransa aikana kokemuksia omasta tai toisen virheestä ja näin ollen heillä ei ollut ollenkaan kokemusta palautteen antamisesta tai saamisesta. Osalla haastatelluista oli oletus, että he olivat tehneet uransa aikana virheitä, mutteivät olleet saaneet koskaan palautetta.

”Minulle ei ole tullut semmoisia, että joku toinen olisi huomannut ja tullut sanomaan, minä en tiedä miltä se tuntuu.”

Palautteen antamisen vaikeus

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kertoivat kuinka vaikeaa palautteen antaminen toisinaan oli. Palautteen antamisessa haluttiin huomioida toisen tunteet, ei haluttu loukata toista. Osa hoitajista koki palautteen antamisen kiusalliseksi, muttei ylipääsemättömäksi.

”Onhan se kiusallista mennä toiselle sanomaan, mutta ei ole ollut ylipääsemättömää tai hankalaa tai se olisi jotenkin huonosti otettu vastaan, ei.”

6.6.4. Palautteen hyödyntämistä helpottavia tekijöitä

Yläkategoria Palautteen hyödyntämistä helpottavia tekijöitä muodostui kahdesta alakategoriasta, jotka olivat a) Asiallinen käyttäytyminen ja b) Asian esille ottaminen.

Asiallinen käyttäytyminen

Suurimmalla osalla sairaanhoitajia oli kokemuksia virheen kertomisesta kollegalle. Ellei tilanteeseen liittynyt mitään erityistä, niin palaute annettiin asiallisesti. Hoitajilla oli kokemuksia lääkäreiden asiallista kehotuksesta hoitajalle olla lääkehoidossa täsmällisempi. Hoitajilla oli myös kokemuksia, kun lääkäri itse teki ilmoituksen virheestään sairaanhoitajalta saamansa asiallisen palautteen perusteella. Hoitajat kertoivat, että etiikan mukaisesti virheen huomanneen oli kerrottava asiasta virheen tehneelle henkilölle. Asialliseen palautteeseen kuului suoruus ja avoimuus.

” Hän oli hirveän asiallinen ja kun minä pyysin siinä anteeksi ja selitin hänelle...”

Sairaanhoitajien mukaan luonteva, normaali käyttäytyminen, tasapuolisuuden ja tasa-arvon huomioiminen helpottivat heidän kokemuksensa mukaan palautteen antamista tai saamista yleensä. Varsinkin tapahtuneen lääkityspoikkeaman jälkeen palautteen antamisessa hoitajat muistuttivat, että on hyvä harkita tapaa miten palautteen toiselle antaa.

” Täytyy tietysti vähän miettiä kuinka sanansa asettaa. Eihän voi maailma siihen kaatua. Yrittää se asia esittää, ettei toinen ihan hermostu tai pillastu.”

” Lääkäreidenkin vähän miettiä kuinka kohdellaan, kun kysyy tarvittavia lääkkeitä.”

Asian esille ottaminen

Osalla hoitajia oli kokemuksia rohkeista tilanteista, joissa hoitaja on kohdannut vaihtelevassa mielialassa olevia lääkäreitä ja kertonut heille heidän lääkityspoikkeamastaan. Lääkityspoikkeamailmoituksen tekemisen kertominenkin rohkaisee toisia hoitajia antamaan ja ottamaan vastaan palautteita. Kokemuksiensa perusteella haastateltavat kannustivat kysymään lääkäreiltä rohkeasti epäselvissä tilanteissa. Sairaanhoitajat olivat kokeneet helpotusta, kun olivat kertoneet poikkeamasta esimiehelleen. Varsinkin vakavan virheen jälkeen keskustelu esimiehen kanssa oli auttanut haastateltuja hoitajia. Lääkityspoikkeamiin liittyvien asioiden esille ottaminen auttaa toiminnan arvioinnissa, suunnittelussa ja toteuttamisessa eli toiminnan kehittämisessä. Toiminnan läpinäkyvyys ja systemaattisuus estävät epäselvyyksiä ja rohkaisevat edelleen laadukkaan lääkehoidon ylläpitämiseen.

” Minun mielestäni pitäisi tietenkin kertoa, en suosi sellaista, että jätetään kertomatta, se vaan pitäisi jotenkin selvittää.”

” Reilumpaa nostaa kissa pöydälle ja puhua asia auki kuin kyräillä sen selän takana, että juoru kulkisi.”

7. POHDINTA

7.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkija on vastuussa tutkimuksensa eettisistä ratkaisuksista itselleen ja yhteiskunnalle. Tutkimustyön eettiset kysymykset ovat tärkeitä hoitotieteen tutkimuksissa, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26–33). Tämän tutkimuksen aihe on tärkeä, sillä lääkityspoikkeamia tapahtuu sairaanhoitajille ja heidän kokemuksiinsa poikkeamista voidaan hyödyntää potilaan hoidossa ja sairaanhoitajien työssä, koulutuksessa ja johtamisessa. Aihe nousi esille tutkijan toimiessa esimiehenä isolla monen erikoisalain vuodeosastolla. Sairaanhoitajien työssä korostui haastava lääkehoito poikkeamiseen.

Tutkimusetiikkaa noudattaen tutkija anoi tutkimuslupaa tutkimukseen osallistuvien organisaatioiden ylihoitajilta lähettämällä heille tutkimussuunnitelmat ja lupa-anomukset (Liite 3.). Eettisen toimikunnan lupaa ei tarvinnut anoa, koska tutkimus ei kohdistunut potilaisiin. Tutkimusluvan saamisen jälkeen tutkija lähetti sähköpostitse kaikille erikoissairaanhoidon osastonhoitajille suunnatun tiedotteen tutkimuksesta (Liite 4.). Sähköpostin liitteenä oli kunkin yksikön sairaanhoitajille välitettäväksi tarkoitettu ja heille suunnattu haastattelukutsu (Liite 5.). Perusterveydenhuollon puolella tutkija informoi osastonhoitajia heidän ylihoitajansa välityksellä lähettämillään tiedotteilla. Lisäksi tutkija informoi henkilökohtaisesti mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen ylihoitajan ja osastonhoitajien kokouksessa maaliskuussa 2008. Haastateltavien tulee Vehviläisen - Julkusen (1997) mukaan saada riittävästi tietoa, mutta annettu tieto ei kuitenkaan saa vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkija oli huomionnut tämän seikan laatiessaan tutkimustiedotteen ja sairaanhoitajien kutsun.

Tutkija painotti tutkimukseen osallistuneille sairaanhoitajille tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta ja takasi tiedonantajien nimettömyyden. Ennen varsinaista haastattelua kukin haastateltava sai allekirjoitettavakseen suostumuksen haastatteluun (Liite 6.). Suostumukset allekirjoitettiin kahtena kappaleena ja allekirjoituksen jälkeen kukin haastateltava sai oman kappaleensa, josta löytyi tutkijan yhteystiedot mahdollista yhteydenottoa varten. Tutkija kertoi haastateltavalle mahdollisuudesta perua tutkimukseen osallistumisensa niin halutessaan missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Tutkijan yhteystiedot olivat edellä mainittujen seikkojenkin vuoksi tärkeitä tiedonantajille. Tutkija huomioi tiedonantajien nimettömyyden myös käyttäessään suoria lainauksia tutkimustuloksien esittelyn yhteydessä.

Alkuperäisilmaisut muutettiin yleiskielelle, jotta tiedonantajia ei tunnistettaisi. Tutkimukseen osallistuneiden nimiä tai tunnistetietoja ei ollut esillä tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkimusaineistoa haastattelunauhoineen tutkija käsitteli tutkimuseettisesti asianmukaisella tavalla.

Tutkija pyrki tietoisesti haastateltavan kanssa tasavertaiseen suhteeseen haastattelutilanteessa. Tutkija oppi tutkimuksen aikana haastattelutekniikkaa, antamaan tilaa haastateltavalle ja kuuntelemaan häntä. Tietojen käsittelyssäkin kaksi keskeistä tekijää olivat luottamuksellisuus ja nimettömyys. Tutkija sai ammattitaitoista ohjausta ja neuvoja tutkimuksen ohjaajalta ja asettui tietoisesti kritiikille alttiiksi. Tutkija pyrki noudattamaan mahdollisimman hyvin tutkimuseettisiä periaatteita koko tutkimusprosessin ajan.

Virheiden ja poikkeamien tunnustaminen ja käsitteleminen ovat vielä arkoja asioita terveydenhuollossa. Tutkijan tulee raportoida tuloksensa avoimesti ja rehellisesti huomioiden kuitenkin tiedonantajien tietosuojan. (Vehviläinen - Julkunen 1997, 26–33.) Raportissa ei tule paljastaa sellaista, mikä aiheuttaa tutkimukseen osallistujalle mahdollisesti hankaluuksia tai paljastaa tutkimukseen osallistuneen yksilön näkemyksiä.

Mahdollisia haittoja haastatellulle tutkimukseen osallistumisesta voisi olla leimatuksi tulemisen tai hoitajan tunnustamisen pelko. Nämä pelot olivat aiheettomia, sillä tutkija toimi niin, että nimettömyys toteutui ja leimatuksi tulemisen pelko oli aiheeton. Tutkimukseen osallistumisen hyöty haastatellulle voisi olla tilaisuus kertoa kokemuksistaan lääkityspoikkeamista aiheesta kiinnostuneelle tutkijalle. Kertominen voisi helpottaa tiedonantajaa ja antaisi samalla mahdollisuuden olla mukana kehittämässä hoitotyötä.

Tutkija tiedosti myös vaateen mahdollisimman suureen objektiivisuuteen tutkimuksessaan koko prosessin ajan. Tutkija arvioi omaa käyttäytymistään ja reaktioitaan haastattelujen aikana kirjoittamalla haastattelujen jälkeen muistiin ajatuksiaan ja tuntemuksiaan, joita hän sitten myöhemmin arvioi.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole luotu yhtä selkeitä kriteerejä kuin määrällisen tutkimuksen kohdalla. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteerit kohdistuvat tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. (Nieminen 1997, 215.) Luotettavuuskriteereitä Eskolan ja Suorannan (2005) mukaan ovat uskottavuus, siirrettävyys, varmuus, vahvistuvuus, aineiston riittävyys ja analyysin kattavuus sekä analyysin arvioitavuus ja toistettavuus.

Haastateltavia valittaessaan tutkijan tulisi huomioida, että heillä olisi esimerkiksi suhteellisen samanlainen kokemusmaailma, omaisivat tutkimusongelmasta tekijän tietoa ja olisivat kiinnostuneita itse tutkimuksesta. (Eskola & Suoranta 1998, 66, Åstedt-Kurki & Nieminen 1997, 152–163.) Tämä vaade toteutui tässä tutkimuksessa kiitettävästi, sillä haastateltavat olivat kaikki sairaanhoitajia ja he osallistuivat potilaan lääkehoidon toteutukseen, joten oli todennäköistä, että he tiesivät tutkittavasta ilmiöstä paljon. Tämän tutkimuksen uskottavuutta lisäsi se, että haastateltavista suurin osa oli kokeneita sairaanhoitajia. Vain muutama sairaanhoitaja oli vastavalmistunut. Tiedonantajat osallistuivat haastatteluun vapaaehtoisesti, joten tutkija oletti heidän olevan motivoituneita kehittämään omalta osaltaan hoitotyötä suostumalla asiantuntijaksi tutkimukseen. Tutkija oli tavannut aikaisemmin vain muutamien haastatelluista sairaanhoitajista. Tutkija uskoi edellä mainitun seikan myös haastateltavien kohdalla toimivan luotettavuutta lisäävänä tekijänä, koska kummallakaan osapuolella ei ollut aikaisempia yhteisiä kokemuksia tai ennakkoluuloja.

Laadullisen tutkimuksen aineisto ei pyri olemaan edustava otos perusjoukosta. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1997, 152–163.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen ja tästä syystä aineiston laatu on tärkeä. (Nieminen 1997, 215–220.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmasta tämän tutkimuksen osallistujamäärä oli hyvä ja haastateltujen sairaanhoitajien kokemukset olivat monipuolisia. Tutkimuksen sairaanhoitajat edustivat aikuisten ja lasten sairaanhoidon sektoreita sekä perus- että erikoissairaanhoidon. Heillä oli kokemuksia akuutissa - ja pitkäaikaissairanhoidossa toteutetusta lääkehoidosta. Edellä mainittujen seikkojen vuoksi kokemuksia lääkityspoikkeamista voidaan pohtia muissakin hoitotyön organisaatioissa tämän tutkimusten valossa. Saatujen tulosten siirrettävyyttä lisää tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien taustatietojen esittäminen.

Tässä tutkimuksessa haastateltavista sairaanhoitajista osa kertoi tutkimusilmiöön liittyvistä kokemuksistaan niukkasanaisemmin kuin toiset. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi kuitenkin se, että tutkijalla oli mahdollisuus haastattelun aikana tehdä heti tarkentavia kysymyksiä aiheesta. Kaikki haastateltavat sairaanhoitajat ilmaisivat hyvin itseään haastattelun aikana. Tiedonantajat saivat ilmaista tutkittavan ilmiön kannalta heidän mielestään tärkeimmät seikat. Tutkija varmisti vielä haastattelun lopussa, että haastateltavat oli saanut kertoa kaikki haluamansa seikat. Lisäksi tutkija kehotti hoitajia olemaan yhteydessä tutkijaan, jos heille tulisi mieleen tärkeää kerrottavaa. Kukaan haastateltavista ei ottanut myöhemmin yhteyttä tutkijaan.

Tässä tutkimuksessa ei käytetty ryhmähaastattelua, koska tutkija epäili tutkimusaiheen olevan niin arkaluontoisen, etteivät sairaanhoitajat haluaisi keskustella lääkityspoikkeamista ryhmässä ja tiedonantajien määrä olisi voinut jäädä alhaiseksi. Toisaalta ryhmähaastattelun tuoma ryhmän tuki olisi voinut olla osallistujille mahdollisuus läpikäydä yhdessä kokemuksiaan lääkityspoikkeamista. Ryhmähaastattelu olisi voinut lisätäkin tutkimukseen osallistuneiden avoimuutta kertoa kokemuksistaan. Toisaalta tutkija tulkitisi tiedonantajien luottavan tutkijaan ja haastattelutilanteeseen, koska he kertoivat myös negatiivisia ja arkaluotoisiakin lääkityspoikkeamakokemuksiaan. Tutkija arvosti tiedonantajien osoittamaa luottamusta tutkijaa kohtaan.

Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että tutkija suoritti haastattelut itse, jolloin tutkija tutustui aineistoon heti haastattelutilanteessa. Tutkija litteroi kaikki haastattelut myös itse, mikä lisäsi edelleen tutkimuksen luotettavuutta. Haastattelut olivat onnistuneet hyvin. Haastattelunauhoja kuunnellessaan tutkijalla oli mahdollisuus hidastaa haastateltavan puhetta niin, että litterointi oli helpompaa ja joissakin epäselvissä kohdissa tutkija sai näin varmuuden haastateltavan ilmaisusta. Yksi haastattelu oli selvästi kaikkia muita haastatteluja pitempi ja tutkija huomasi haastattelun keston vaikuttavan tutkijan omaan keskittymiseensä. Tällä seikalla ei kuitenkaan ollut vaikutusta tuloksiin. Kyseisen haastattelun litterointi tapahtui kahdessa osassa, joten kirjoitettu teksti oli täysin alkuperäisen haastattelun kanssa yhtenevä.

Haastateltavan kokeman tapahtuman ja tutkijalle tapahtumasta annettavan kertomuksen välillä on aina aikaviive (Nieminen 1997, 215–220). Tutkija arveli tällä olevan jonkin verran merkitystä. Esimerkiksi vuosia sitten lääkityspoikkeaman kokeneen sairaanhoitajan koke-

maa pelkoa, kauhua tai ahdistusta sairaanhoitaja olisi kuvannut ehkä vielä voimakkaampana kuin mitä hän nyt sitä kuvasi. Tämän tutkimuksen haastatteluajankohdalla oli mahdollisesti merkitystä, sillä Suomessakin on viime aikoina käsitelty julkisuudessa potilasturvallisuutta ja lääkityspoikkeamia. Asenne virheen tehnyttä kohtaan on muuttumassa suopeammaksi, joten tämän tutkimuksen tiedonantajat mahdollisesti uskalsivat kertoa kokemuksistaan avoimemmin kuin esimerkiksi viisi vuotta sitten tehdyssä tutkimuksessa olisivat kertoneet.

Tutkija pohti olisiko hän saanut sairaanhoitajien lääkityspoikkeamokokemuksia vielä paremmin ja jäsennellymmin esiin, jos hän olisi käyttänyt erilaisia tutkimusmenetelmiä. Eri-laisten menetelmien samanaikaiseen käyttöön tarvitaan kuitenkin niiden käytännöllistä hallintaa, aikaa, kokemusta ja kriittisyyttä (Leino-Kilpi 1997, 230).

Eskola ja Suoranta (1998, 87) suosittelevat, että haastattelijalla on jonkinlainen tukilista käsiteltävistä asioista haastattelun aikana. Tässä tutkimuksessa teemat muodostivat kehikon, jonka avulla tutkija lähestyi haastatteluaineistoa jäsenytyneesti. Tämän tutkimuksen kohteena olevan ilmiön luonne oli tiedonantajille henkilökohtainen ja perustui heidän omiin kokemuksiinsa. Laadullisessa tutkimuksessa ei päästä täydelliseen objektiivisuuteen. Tämän vuoksi tutkijan on harjoitettava jatkuvaa itsereflektiota, jotta hän ei sekoittaisi omia kokemuksiaan tutkittavien kokemuksiin. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1997, 152–163.) Tutkija tiedosti riskin johdatella haastateltavia haastattelujen aikana. Tutkija tiedosti omat ennakkokäsityksensä ja kokemuksensa tutkittavasta ilmiöstä niin sairaanhoitajana kuin esimiehenäkin.

Tässä tutkimuksessa tutkija ei määrännyt mikä oli tärkeää, vaan vapaaehtoisesti tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat määräsivät sen. Tutkija oli tietoisesti jättänyt oman yksikkönsä sairaanhoitajat pois tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Tutkijan mielestä luotettavuuden säilyttäminen olisi ollut vaikeampaa, jos hän olisi haastatellut oman yksikkönsä sairaanhoitajia. Haastateltavien sairaanhoitajienkin kannalta olisi ollut ehkä hankalaa kertoa lääkityspoikkeamokokemuksistaan omalle osastonhoitajalleen.

Niemisen (1997) mukaan aineiston analyysivaiheessa tutkijan on arvioitava omaa esiymmärrystään, jolloin aineiston analysointi ja teoreettiset lähtökohdat saattavat lomittua. Tutkija analysoi tutkimusaineistoa mahdollisimman luovasti ja useista eri näkökulmista arvioi-

den. Analyysin tukena tutkija käytti tiedonantajien suoria lainauksia. Tutkija muodosti aineiston ylä- ja alaluokat mahdollisimman hyvin toisensa poissulkeviksi. Selkeä ja riittävä dokumentointi antaa lukijalle mahdollisuuden arvioida luokittelun onnistuneisuutta (Niemi-
nen 1997, 215–220). Kyngäs ja Vanhanen (1999) varoittavat, että analyysin perusteella muodostettu lopputulos voi näyttää teoriassa hyvältä, mutta jos yhteyttä aineistoon ei voi osoittaa, tulosta ei voi pitää luotettavana. Tulos voi sopia aineistoon, mutta ehkä osaa kategorioista ei voikaan sijoittaa käsitejärjestelmään. Tutkija pyrki tietoisesti välttämään nämä tiedossa olevat riskit tutkimusprosessin aikana.

Tutkija pyrki tutkimustulosten vahvistettavuuteen tutkimusprosessin tarkalla kuvauksella. Tässä tutkimuksessa tutkimusaineisto ja analyysin kattavuus oli riittävä, sillä viimeiset haastatellut sairaanhoitajat eivät enää ilmaisseet tutkimuksen kannalta oleellisesti uutta tietoa. Analyysin tutkija pyrki tekemään läpinäkyvästi ja tarkasti. Kokemukset lääkityspoikkeamista on muuttuva ilmiö, joten täysin samaa tulosta ei voida saada samasta aineistosta toistettaessa esille.

7.3 Tutkimustulosten tarkastelua

Sairaanhoitajien kokemuksia lääkityspoikkeamista

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli kuvata millaisia kokemuksia sairaanhoitajille oli lääkityspoikkeamista. Tutkimuksessa ilmeni, että sairaanhoitajilla oli kokemuksia itselleen tai kollegalle, lääkärille tai opiskelijoille tapahtuneista poikkeamista. Tutkimuksessa ei eroteltu toteutuivatko poikkeamat potilaille saakka vai jäivätkö ne läheltä piti – tilanteiksi. Tämän tutkimuksen tuloksien perusteella sairaanhoitajien kokemat poikkeamat eivät eronneet aikaisemmissa tutkimuksissa esitetyistä lääkityspoikkeamatapahtumista. (Andersonin, 2001, 34–41, Balas, 2004, 223–230, Banning, 2006, 27–32, Koivunen, 2006, 32–40, Mustajoki 2005, 2623–2625.) Merkillepantavaa on, että niin tässä tutkimuksessa kuin aikaisemmissa kotimaisissa kuin ulkomaisissa tutkimuksissakaan ei ole noussut yhtään poikkeamaa liittyen potilaalle tai muille hoidon toteuttajalle annettuun lääkeneuvontaan ja -ohjaukseen, vaikka ne ovat osa lääkehoidon prosessia.

Tämän tutkimuksen merkittävin tulos oli, että lääkityspoikkeamat aiheuttivat sairaanhoitajille monenlaisia tunteita ja reaktioita. Tunteet vaihtelivat lievästä huolesta pelkoon tehdä potilaalle pahaa lääkkeenannon yhteydessä. Tutkimuksessa nousi vahvasti esille, että sairaanhoitajat eivät halunneet tehdä minkäänlaisia virheitä lääkehoidossa, joten jo pelkkä ajatus mahdollisesta lääkityspoikkeamasta aiheutti osalle sairaanhoitajia pelkoa ja kauhua. He olivat huolissaan mahdollisen poikkeaman aiheuttamasta riskistä potilaan terveydelle. Potilaalle saakka toteutuneen poikkeaman kokeneet sairaanhoitajat olivat olleet järkyttyneitä ja paniikissa. Sairaanhoitajien kokemia tunteita helpottavia tekijöitä olivat oman inhimillisyyden tunnistaminen ja yleensä keskusteleminen tapahtuneesta tai läheltä piti – tilanteesta. Jos potilaalle ei aiheutunut terveydellistä haittaa poikkeamasta, niin seikka näytti helpottavan jonkin verran hoitajaa.

Tässä tutkimuksessa ilmeni myös, että välittömästi tapahtuneen poikkeaman jälkeisten tunteiden ja reaktioiden lisäksi sairaanhoitajat olivat kokeneet myöhäisreaktioita. Pitkäkestoinen ahdistus ja vaikeudet unohtaa tapahtuma kuormittivat sairaanhoitajia jopa vuosia lääkityspoikkeaman jälkeen. Myöhäisreaktioita aiheuttaneita poikkeamatapahtumia ei käsitelty näiden hoitajien kohdalla koskaan millään tavalla ja sen tähden poikkeamat saattoivat ahdistaa vielä vuosienkin kuluttua. Tuo hoitajan kokema ahdistus saattoi olla myöhemmin jopa esteenä lääkityspoikkeamailmoitusten tekemiselle. Hoitotyön johtamisen kannalta tämä tulos on erittäin tärkeä ja merkillepantava seikka, koska sairaanhoitajan tunteet ja reaktiot vaikuttavat sairaanhoitajan työhyvinvointiin ja voivat lisätä kuormitusta hoitotyöhön. Jo sairaanhoidon koulutuksessa tulisi ottaa edellä mainitut seikat huomioon ja valmentaa tulevia hoitoalan ammattilaisia kokemaan virheitä ja niiden käsittelemisen jälkeen selviämään niistä, niin etteivät ne jää ahdistamaan ja painamaan mieltä vuosikausiksi.

Useilla tässä tutkimuksessa haastatelluilla sairaanhoitajilla oli kokemuksia myös poikkeamiin liittyvistä tilannekohtaisista reaktioista, joissa heidän oman arviointinsa jälkeen tapahtuman vakavuus ja merkityksellisyys vaikuttivat reaktioiden voimakkuuteen ja reaktiotapaan. Sairaanhoitajien mahdollisesti tietoinen puuttumattomuus lääkkeiden toistensa yhteis- ja imeytymisvaikutuksiin nousi esille tutkimuksessa myös lääkäreiden kohdalla. Merkittävää tämän tutkimuksen tuloksissa oli, että haastateltavat sairaanhoitajat uskalsivat tuoda esille myös lääkehoidon toteuttamiseen liittyviä negatiivisia seikkoja. Tutkimuksessa nousi esille joidenkin sairaanhoitajien kokemuksia, joissa ilmeisesti tietoisesti laiminlyötiin lääkehoitoon liittyviä toimenpiteitä. Rohkea ja avoin toimintapuutteiden ilmaiseminen oli

tärkeää tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Tulokset haastavat hoitotyön esimiehiä käyttämään syyllistämättömiä ja kannustavia johtamiskeinoja niin sairaanhoitajien työhyvinvoinnin kuin potilasturvallisuuden lisäämiseksikin. Esimiehen kannattaa varautua pitkäjännteeseen ja tavoitteelliseen toimintaan, sillä luottamuksen saavuttaminen aikaisempien mahdollisesti traumaattisten lääkityspoikkeamakokemusten jälkeen voi olla sairaanhoitajille vaikeaa. On tärkeää kehittää toimintaa rehelliseltä ja avoimelta pohjalta.

Tämän tutkimuksen sairaanhoitajilla oli kokemuksia muidenkin potilaan hoitoon osallistuneiden henkilöiden reaktioista lääkityspoikkeamiin. Opiskelijoiden reaktioita olivat pelko ja syyllisyys. Lääkäreitä oli hätkähtänyt tai hätäntynyt lääkityspoikkeaman tapahduttua. Osa hoitajista oli kokenut, että osa lääkäreistä oli ollut välinpitämättömiä lääkityspoikkeamia kohtaan.

Kun omaiset tai vanhemmat saivat tiedon toteutuneesta lääkityspoikkeamasta, heidän reagointinsa poikkeamia kohtaan vaihtelivat. Osa omaisista suhtautui tapahtuneeseen poikkeamaan ymmärtäväisesti, osalla nousi esiin negatiiviset reaktiot, jotka ilmenivät esimerkiksi huutamisena hoitajille. Hoidettavana olleet potilaat suhtautuivat pääosin asiallisesti heille tapahtuneeseen lääkityspoikkeamaan. Osa potilaista hermostui, koska he olivat huolissaan poikkeaman mahdollisista vaikutuksista heidän terveydentilaansa. Näitä tutkimustuloksia voisi tutkijan mukaan hyödyntää erityisesti hoitotyön koulutuksessa, jotta opiskelijat harjaantuisivat vastaanottamaan ja käsittelemään ja jopa ymmärtämään omien, toisen ammattilaisen, omaisen ja erityisesti potilaan reaktioita toteutuneen lääkityspoikkeaman jälkeen.

Tässä tutkimuksessa ilmeni myös, että lääkityspoikkeamien syyt liittyivät edellä mainittuihin lääkehoitoon osallistuneisiin ammattiryhmiin, itse sairaanhoitajiin ja lääkäreihin ja alan opiskelijoihin. Opiskelijoiden lääkehoidon osaamattomuus ja harkitsematon toiminta olivat mahdollisia syitä toteutuneille tai läheltä piti – tilanteille. Sairaanhoitajien kuormittuneisuus ja kokemattomuus aiheuttivat osan lääkityspoikkeamista. Jokin inhimillinen virhe, ajatuskatko tai sovittujen asioiden tarkistamattomuus ennen lääkehoidon toteutusta aiheuttivat edelleen sairaanhoitajille tapahtuneista poikkeamista. Veräjänkorvan (2003) tutkimuksessa lääkehoidon oppimisessa ja syventämisessä oli puutteita sekä sairaanhoitajaopiskelijoilla että ammatissa olevilla sairaanhoitajilla. Tässä tutkimuksessa ei noussut puutteita sai-

raanhoitajien lääkehoidon osaamisesta, mutta havainnot opiskelijoiden osaamattomuudesta tukivat Veräjänkorvan tutkimustuloksia.

Lääkäreistä johtuvia syitä poikkeamille sairaanhoitajien kokemuksen mukaan olivat lääkemääräyksien epäselvyydet ja virheelliset määräykset. Lääkärit vaihtuivat usein ja heidän osaamistasoissaan oli eroja. Nämä seikat yhdistettynä kiireeseen lisäsivät riskiä lääkityspoikkeamiin. Samoin lääkäreiden mahdollinen huono suomenkielen taito kuormitti sairaanhoitajia. Sairaanhoitajat tiedostivat kieliongelman riskiksi potilaiden lääkityspoikkeamille, joten heidän täytyi olla tarkkaavaisempia tehdessään yhteistyötä tällaisen lääkärin kanssa. Tämän tutkimuksen tulokset ovat yhteneviä Deanin (2002) ja Thomasin (2005) tutkimustuloksiin, joissa ilmeni, että kommunikointia vaikeuttavat mm. kieliongelmat ja epäselvä käsiala. Potilasturvallisuuden sanaston hallinta ei noussut suoraan esille tässä tutkimuksessa. Yhteinen sanasto selkeyttäisi Stakesin ja Rohdon oppaan (2006) mukaan kommunikaatiota eri ammattiryhmien välillä, vähentäisi väärinkäsityksiä ja varmistaisi yhdenmukaisen ymmärryksen eri käsitteiden sisällölle ja merkitykselle.

Tämän tutkimuksen mukaan myös potilaiden sairauksiin ja lääkityksiin liittyvät seikat vaikuttivat toteutuneiden poikkeamien tai läheltä piti - tilanteiden syntymiseen. Potilaat vaihtuivat yksiköissä tiheään tahtiin ja olivat yhä iäkkäämpiä. Sairaanhoitajia hämmästytti muutoin valveutuneiden potilaiden jonkinasteinen tietämättömyys omasta lääkehoidostaan. Potilaiden käyttämät lääkkeet itsessään olivat suuri riski lääkityspoikkeamatapahtumissa, sillä lääkkeiden suuri määrä ja rinnakkaisvalmisteiden vaihtuvuus kuormittivat niin terveydenhuollon ammattihenkilöstöä kuin potilaita itseäänkin.

Potilaan siirtyminen osastolta toiselle tai hoitolaitoksesta toiseen oli riskialtis tilanne potilaan turvallisen lääkehoidon kannalta. Hoitajien kirjaamisessa lääkelistoissa saattoi olla virheitä, mikä kuormitti potilaan vastaanottavaa yksikköä. Potilaiden virheelliset lääkelistat aiheuttivat monenlaisia ongelmia potilaan sairaanhoidon alussa tämän tutkimuksen mukaan. Hoitajien kokemuksen mukaan osa lääkäreistä tarkistaa potilaan lääkelistan hoitajakson alussa. Lääkkeiden tarkistamattomuus aiheutti lisätehtäviä sairaanhoitajille, koska he joutuivat keräämään potilaan lääketiedot monesta eri lähteestä. Mahdollisesti sähköistä potilastietojärjestelmää ei organisaatioissa vielä hyödynnetty parhaalla mahdollisella tavalla. Tämä on selvä epäkohta potilaan turvallisen lääkehoidon takaamisessa. Toisaalta Kau-

kosen (2006) tutkimuksesta ilmeni, ettei sähköinen järjestelmä poista kaikkia riskejä virheille, vaan myös itse järjestelmässä piilee riskejä lääkityspoikkeamille.

Tämä tutkimus ei tukenut Thomasin (2005) tutkimustuloksia, joissa lääkityspoikkeamille nousi tiettyjä toisintoja mahdollistaen näin poikkeamien ennaltaehkäisemisen. Ennakoimattomat tekijät vaikeuttivat lääkityspoikkeamien ehkäisemistä monella tavalla. Tässä tutkimuksessa ei noussut säännöllisyyttä poikkeamien tapahtuma-ajankohdissa kuten viikonpäivän tai sairaanhoitajien työvuorojen osalta.

Inhimilliset tekijät toivat omat haasteensa toimintaohjeiden laiminlyöntien lisäksi poikkeamien syntymisessä. Resurssien puute nousi myös tässä tutkimuksessa poikkeamien syiksi kuten aikaisemmissa kotimaisissa ja ulkomaisissa tutkimuksissakin. Monenlaiset häiriötekijät, kuten lääkehuoneen rauhattomuus ja potilaspuhelut kesken lääkkeiden jakamisen tarjottimille, voivat romuttaa kaikki muut lääkehoitoprosessin onnistuneet vaiheet ja johtaa lääkityspoikkeamaan.

Lääkehoidon poikkeamien ehkäiseminen vaatii moniammatillista yhteistyötä. Lääkäreiden, sairaanhoitajien ja farmaseuttien on hyvä toimia yhteistyössä potilaiden ja omaisten kanssa. Mikäli virheet ehkäistään, vältetään inhimillisiltä tragedioilta. Virheistä aiheutuvien haittojen korvaamisen tai korjaamisen sijaan henkilöstövoimavaroja säästyy hyödylliseen. (Snellman, 2009, 31). Osa sairaanhoitajista näytti oivaltaneen edellä mainitun seikan, sillä he olivat motivoituneita tekemään poikkeamailmoituksia. He näyttivät luottavan, että raportointi vähentää tulevaisuudessa turhaa työtä ja virheiden toistumista. Tässä tutkimuksessa ilmeni, että Turvallisen lääkehoito-oppaan (2005) työkalut olivat tiedossa haastateltavien sairaanhoitajien työyksiköissä. Lääkehoitosuunnitelma, lääkkeiden kaksoistarkastukset ja lääkityspoikkeamailmoitukset (sähköiset tai paperiversiot) olivat käytössä. Kaksoistarkastus nähtiin yhtenä tehokkaana keinona havaita inhimillinen virhe. Tämän tutkimuksen mukaan lääkkeiden kaksoistarkastus oli rutiinia suurimmassa osassa haastatteluun osallistuneiden työyksiköitä. Kaksoistarkastamisen osalta tutkimuksen sairaanhoitajat kokivat suurimpana haasteena lääkkeiden rinnakkaisvalmisteiden ja ulkomuodon vaihtumisen, mikä hidasti ja vaikeutti kaksoistarkastuksen toteuttamista. Tämä seikka ei tule aikaisemmissa tutkimuksissa esille.

Tämän tutkimuksen perusteella tiedonantajien työyksiköissä reagoitiin poikkeamiin analysoimalla syitä ja muuttamalla toimintaa. Vastuunjako eri ammattiryhmien välillä selkiytettiin ja terveydenhuollon opiskelijoille oli virallinen lääkehoidon toimintaohje. Riskien analysoiminen auttoi tavoittamaan potilaan mahdollisimman turvallista lääkehoitoa. Lääkehoidon jakovirheisiin voidaan vaikuttaa esimerkiksi parantamalla olosuhteita, joissa lääkkeitä laitetaan käyttökuntoon. Tilan tulisi olla rauhallinen ja asianmukainen.

Poikkeamien normalisoituminen tarkoittaa Kinnusen mukaan (2009) sitä, että usein toistuvat häiriöt aletaan vähitellen mieltää osaksi organisaation normaalia arkea eikä juuri kukaan kiinnitä niihin enää huomiota. Tässä tutkimuksessa nousi esille, että lääkkeiden yhteis- ja imeytymisvaikutuksia sekä osa lääkäreistä että osa sairaanhoitajista katsoi läpi sormiensa. Osalla sairaanhoitajista oli kokemus, että eri syihin perustuen tietoista lääkityspoikkeamien raportoimattomuutta tapahtui. Poikkeamien normalisoitumisen estämisen kannalta edellä mainittujen seikkojen havaittsijoita tulisi kannustaa raportoimaan ja puuttumaan niihin potilasturvallisuuden takaamiseksi ja parantamiseksi tulevaisuudessakin.

Sairaanhoitajat tiesivät seikat, jotka vaikuttivat turvallisen lääkehoidon mahdollistamiseen. Lääkehoidon varmistaminen, poikkeamien raportoiminen, riskienhallinta, työolosuhteiden rauhoittaminen ja myönteisen ilmapiirin luominen mahdollistavat hyvät lähtökohdat turvallisen lääkehoidon toteuttamiselle. Haastateltavat näyttivät tietävän potilasturvallisuuden rakentuvan oikeasta toiminnasta, asenteista ja avoimesta kulttuurista.

Tämän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kokivat saavansa hyvin ja monipuolista tukea. Tutkimuksessa nousivat esille kollegan, lääkärin, esimiehen, työyhteisön ja jopa läheisen tuen positiiviset vaikutukset. Sairaanhoitajat toivoivat saavansa tukea esimieheltään sekä toteutuneen että läheltä piti - lääkityspoikkeamien jälkeen. Sairaanhoitajien mukaan tuen tarve riippui itse sairaanhoitajasta henkilönä ja hänen yksilöllisestä tarpeestaan. Tämän lisäksi tarve esimiehen tuesta oli riippuvainen lääkityspoikkeaman vakavuudesta. Mitä vakavammasta poikkeamasta oli kyse, sitä tärkeämpää esimiehen antama tuki oli osalle sairaanhoitajista. Tämä tutkimus ei tue suoraan Nuikan (2002) tutkimustuloksia, jossa esimies oli vain tarvittaessa tuki osaavalle sairaanhoitajalle, mutta aloittelevalle hoitajalle hän on aikaa antava opastaja ja kannustaja.

Tämän tutkimuksen mukaan avoin ja jopa lohduttava sairaanhoitajien kollegiaalinen tuki mahdollisti virheestä oppimisen. Tutkimustulos tuki Nuikan (2002) tutkimusta, jonka mukaan hoitotilanteiden aiheuttamia tunteita puretaan läheiselle työtoverille ja pyydetään palautetta omasta käyttäytymisestä. Avoimuus mahdollisti myös lääkityspoikkeamien läpinäkyvän käsittelyn haastateltujen sairaanhoitajien yksiköiden kokouksissa. Tämän tutkimuksen mukaan haastateltuja sairaanhoitajia ei rankaistu, vaan he saivat hyvin tukea lääkityspoikkeamien jälkeen. Kun sairaanhoitajia oli tuettu, niin he osasivat puolestaan tukea vastaavan tilanteen kokenutta hoitajaa tai lääkäriä.

Suurimmalla osalla tämän tutkimuksen haastatelluista sairaanhoitajista oli kokemuksia siitä, että sairaanhoitajat ovat vastuullisia ja voivat kertoa omalta osaltaan mitä on tapahtunut, miten on toiminut ja miksi. Kansallisen tavoite- ja toimintaohjelman (2003) mukainen lähtökohta, että jokaisella työntekijällä on vastuu omasta tehtävästä ja potilaan hyvästä hoidosta toteutui suurimmassa osassa haastateltujen sairaanhoitajien kokemusten mukaan.

Tutkimuksen sairaanhoitajilla ei ollut helppoa antaa palautetta kollegalleen tai lääkärille lääkityspoikkeaman jälkeen, jonka seurauksena poikkeama voitiin jättää kirjaamatta potilaspapereihin tai ei tehty poikkeamailmoitusta potilaalle saakka toteutuneesta tai läheltä piti - tilanteesta. Tietojen kirjaamattomuus on yksi syy poikkeamille myös Frank-Strombergin (2001) tutkimuksen mukaan. Leino-Kilpi (2003) toteaa, että kollega voi joskus toimia epäeettisesti ja laiminlyödä velvollisuuksiaan lääkehoidossa, tehdä virheitä ja salaila niitä. Tässä tutkimuksessa osalla haastatelluilla sairaanhoitajilla oli vastaavanlaisia kokemuksia.

Tämän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat oppivat parhaiten omista ja toisten poikkeamista ja niiden käsittelystä. Toimintaa kehitettiin lääkityspoikkeamien käsittelyjen myötä yhdessä useissa haastateltavien työyhteisöissä. Suurimmassa osassa yksiköitä lääkärit eivät olleet vielä varsinaisissa käsittelytilanteissa mukana, mutta he ottivat kantaa mm. poikkeamien vakavuuteen. Osa lääkäreistäkin raportoi jo omista tai toisten poikkeamista. Selvät vastuujaoit ja opiskelijoista huolehtiminen tehostuivat poikkeamien toteamisen ja käsittelyn jälkeen. Poikkeamien haitat minimoitiin puuttamalla virheisiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Riskienhallinnan näkökulmasta erityisesti henkilöriskien tunnistaminen ja ennaltaehkäisy nousevat keskeisiksi haasteiksi hoitotyön johtajille. Enberg (2002) mainitsemiin riskeihin verrattuna tässä tutkimuksessa nousi samoina ammattiosaamisen vanheneminen lisääntyneenä tarpeena saada yksikkökohtaisempaa koulutusta. Tähän tutkimukseen osallistuneet ilmaisivat arvostavansa työntäjän panostamia iv- ja lääkelaskukoulutuksia niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin. Haastatelluilla sairaanhoitajien kokemukset koulutuksista olivat positiivisia. Lisäkoulutusta kaivattiin kuitenkin lääkkeiden vaikuttavista aineista ja yksikkökohtaisempana.

Terveydenhuollon organisaatioissa tapahtuva kulttuurimuutos potilasturvallisuuden pysyväksi parantamiseksi on hidas prosessi. Kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten tulisi yhdessä hyödyntää moniammatillista osaamista potilaiden parhaaksi. Tässä tutkimuksessa ilmeni, että useimpien haastateltavien työyksiköiden kulttuuri oli muutoksen alla. Haastateltujen mukaan yhteistyö ja tasavertainen työskentelyilmapiiri oli lisääntynyt selvästi eri ammattiryhmien välillä. Erityisesti yhteistyö sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä oli muuttunut potilasturvallisuuden ja henkilökunnan työhyvinvoinnin näkökulmasta parempaan suuntaan. Hyvällä tiimityöllä ja sujuvalla kommunikoinnilla voidaan välttyä monelta vaaratilanteelta. Tämä tutkimus tuki Nuikan (2002) tuloksia.

Kun epäillään lääkityspoikkeamaa tai poikkeama toteutuu, niin asian selvittämiseksi käydään erilaisia keskusteluja eri ammattilaisten välillä. Keskusteluissa joudutaan ottamaan asiaan kantaa ja antamaan palautetta puolin ja toisin. Palautteilla ja niihin suhtautumisella näytti olevan merkitystä haastatelluille sairaanhoitajille ja siihen miten niitä hyödynnettiin. Palautteen antajaan ja palautteen saajaan liittyvät ominaisuudet ja mahdollinen yhteistyö vaikuttivat myös edellä mainittuun seikkaan. Palautteiden hyödyntämistä saattoivat vaikeuttaa antamaton palaute yleensä tai kokemattomuus palautteen vastaanottamisessa. Reimanin ja Oedewaldn (2009) mukaan turvallisuuden kannalta ryhmätoiminnan ymmärtäminen on olennaista muuan muassa siksi, että ryhmän normit vaikuttavat siihen, miten turvallisuuteen ja riskeihin suhtaudutaan, pidetäänkö vanhemman asiantuntijan tai työntekijän kyseenalaistamista soveliaana ja minkälaisista asioista saa puhua ja mistä on vaiettava. Osa haastateltavista toi esille, että palautetta pystyi antamaan kollegoille ja lääkäreille avoimemmin kuin aikaisemmin.

7.4 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan esittää seuraavia johtopäätöksiä:

Toteutuneet ja läheltä piti – lääkityspoikkeamat nostattavat sairaanhoitajissa monenlaisia tunteita. Pelkkä ajatus mahdollisesta virheestä voi kuormittaa ja heikentää hoitajan työhyvinvointia ja vaikuttaa näin myös potilaiden lääkehoidon laatuun. Lääkityspoikkeamat voivat aiheuttaa hoitajassa välittömien tunteiden ja reaktioiden lisäksi myös myöhäisreaktioita. Lääkityspoikkeamat vaikuttavat myös potilaisiin, omaisiin, lääkäreihin ja opiskelijoihin. Reagoimalla hoitotyön johtamisen keinoilla poikkeamatilanteiden tarjoamiin mahdollisuuksiin oppia yhdessä virheistä ehkäistään lääkityspoikkeamien haittoja.

7.5 Jatkotutkimusehdotuksia

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan esittää seuraavia jatkotutkimusehdotuksia:

α Yksikköön tuleva vastavalmistunut henkilö tai uusi sijainen voi tunnistaa mahdollisia lääkityspoikkeamiin liittyviä riskejä kyseenalaistamalla yksikön käytäntöjä. Olisi tärkeä tutkia miten lähiesimies voisi kannustaa näitä henkilöitä ilmaisemaan lääkehoidon riskeihin liittyviä havaintoja ja ehkäistä ne ennen kuin poikkeama toteutuu.

α Sairaaloissa toimii kaksoislinjaorganisaatio hoitajien ja lääkäreiden muodostaessa omat linjansa. Lääkärit kiertävät eri osastoilla ja toisaalta yhdellä osastolla toimii lääkäreitä eri toimialoilta. Lääketurvallisuuden kehittäminen vaatii lähiesimiehen ja työryhmän yhteistä sitoutumista. Olisi mielenkiintoista tutkia yksiköiden lähiesimiesten kokemuksia lääkäreiden ja muun hoitohenkilökunnan työryhmien lääkehoitoon liittyvistä toimintamalleista ja saada hyviä malleja muidenkin organisaatioiden hyödynnettäviksi.

α Tässä tutkimuksessa ei noussut yhtään poikkeamaa liittyen potilaalle tai muille hoidon toteuttajille annettuun lääkeneuvontaan ja ohjaukseen, vaikka ne ovat osa lääkehoidon prosessia. Suomen potilasturvallisuuden strategian mukaan potilaat ja omaiset tulisi ottaa paremmin mukaan lääkehoitoon. Potilaiden lääkehoito on valvottua sairaaloissa ja silti tapahtuu poikkeamia. Lääkeneuvontaan ja ohjaukseen liittyviä poikkeamia olisi tärkeä tutkia tarkemmin, jotta ohjausta ja neuvontaa voitaisiin kehittää.

⌘ Lääkityspoikkeamista raportoidaan, mutta miten poikkeamat kirjataan potilastiedostoihin ja – papereihin. Dokumentoimalla poikkeamat potilaan hoitokertomukseen estetään vahingon toistuminen. Olisi mielenkiintoista tutkia mitä haasteita dokumentoinnin varmistaminen tuo terveydenhuollon lähiesimiehille.

⌘ Sairaanhoidajien työhyvinvoinnin kannalta esimieheltä saadun tuen merkitys näyttää olevan tärkeä. Olisi hyvä tutkia miten lähiesimiehet tukevat sairaanhoitajia lääkityspoikkeamisen jälkeen ja millaista tukea itse lähiesimies tarvitsisi onnistuakseen tässä johtamisen osa-alueella.

LÄHTEET

Anderson, DJ & Webster, CS. 2001. A Systems approach to the reduction of medication error on the hospital ward. *Journal of Advanced Nursing* 35 (1), 34 – 41.

Balas, MC, Scott, LD & Rogers, AE. 2004. The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses. *Applied Nursing Research* 17 (4), 224 – 230.

Banning, M. 2006. Medication errors: professional issues and concerns. *Nursing older people* 18 (3), 27 -32.

Christensen, A. 2002. Legal and ethical issues confronting oncology nursing. *Seminars in Oncology Nursing* 18 (2), 86 – 98.

Croke, EM. 2003. Nurses, negligence and malpractice. *American Journal of Nursing* 103 (9), 54 – 63.

Dean, B, Schachter, M, Vincent, C & Barker, N. 2002 . Causes of prescribing errors in hospital inpatients: a prospective study. *The Lancet* 359, 1373 – 1378.

Enberg, M. 2002. Kuntien riskienhallinta. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
<http://www.google.fi/search?hl=fi&sa=X&oi=spell&resnum=0&ct=result&cd=1&q=suomen+kuntaliitto,+riskienhallinta+2000,+enberg&spell=1>. Luettu 5.1.2008.

Eskola, J & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Eskola, J & Suoranta, J. 2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Eskola, J & Vastamäki, J. 2001. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa: Aaltola, J & Valli, R (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Jyväskylä: Gummerus.

Frank-Stomborg, M, Christensen, A & Do, D 2001. Nurse documentation: Not done or worse, done the wrong way – part II. *Oncology nursing forum* 8 (5), 841 – 846.

Fry, S. T.1994. *Etiikka hoitotyössä. Eettisen päätöksenteon opas*. Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto (International Council of Nurses, INC). Tampere.

Giordano, K. 2003. Examining nursing malpractice: A defence Attorney's perspective. *Critical care nurse* 23 (2), 1 - 8

Grandell-Niemi, H. 2005. *The medication calculation skills of nursing students and nurses. Developing a medication calculation skills test*. Väitöskirja. Turun yliopisto.

HaiPro. <http://haipro.vtt.fi/muistiot/haipro-tavoitteet.pdf>. Luettu 17.10.2007 ja 13.5.2009.

Hallila, L. (toim.). 2005. *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Heikkala, J. 2001. *Järjestön strategia*. Tampere University Pres. Tampere: Copyoffset Oy.

Heikkilä, J. 2004. *Urakehitys sairaanhoitajan työhyvinvoinnin edistämiseksi*. Kirjassa *Hoitotyön vuosikirja 2004. Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi*. 2003. Toimituskunta Peiponen, A, Koivisto, T, Muurinen, S & Rajalahti, E. Hygieia. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2001. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S, Remes, P & Sajavaara, P. 2005. *Tutki ja kirjoita*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hughes, RG & Ortiz, E. 2005. Medication errors: Why they happen and how they can be prevented. *American Journal of Nursing* 105 (3), 14–24.

Järvinen, P. 2001. *Onnistu esimiehenä*. Helsinki: WSOY.

Kalkas, H & Sarvimäki, A. 1996. Hoitotyön etiikan perusteet. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.

Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004 - 2007. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Kaukonen, M. 2006. Lääkitysvirheet tehohoidossa. Finnanest 3 (1), 36 -38.

Keepnews, DJ. 2000. A systems approach to health care errors. American Journal of Nursing 100 (6), 77 – 78.

Kinnunen, M. 2009. Vaaratapahtumien raportoinnista elävään turvallisuuskulttuuriin. Teoksessa: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Graafiset palvelut oy.

Kivelä, S. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityshenkilön raportti 2006: 30. Helsinki.
http://www.med.utu.fi/yleislaak/kivela/STM_selvitys_2006_30.pdf.
Luettu 11.5.2009.

Kivimäki, R, Karttunen, A & Yrjänheikki, L. 2003. Hoitotyöntekijä työssään ja ympäristössään ja ympäristössään. Uusia näkökulmia tasapainoiseen työelämään. Työntekijöiden elämäkokonaisuuden tukeminen työssä selviytymisen ja työelämän laadun parantajana hoitoalalla. Työelämän tutkimuskeskus. Tampereen yliopisto. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työsuojeluosasto. Työsuojelujulkaisuja 77. Tampere.

Kivimäki, R, Karttunen, R, Yrjänheikki, L & Hintikka, S. 2006. Hyvinvointia sairaalatyöhön. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:69. Helsinki.

Koivunen, E. 2005. Hoitohenkilöstön kuvaus hoitovirheiden ilmoittamisesta. Opinnäytetutkimus. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Krause, K & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä. Hygieia. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kyngäs, H & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1 (11), 3-12.

Laine, M. 2005. Hoitajana huomennakin: hoitajien työpaikkaan ja ammattiin sitoutuminen. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C 233. Turun yliopisto. Turku

Laine, M, Wickström, G, Pentti, J, Elovainio, M, Kaarlela-Tuomaala, A, Lindström, K, Raitoharju, R & Suomala, T. 2005. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla 2005. Työterveyslaitos. Tampere.

Latvala, E & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S & Nikkonen, M (toim.). 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.

Leino-Kilpi, H. 1997. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen? Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY.

Lindqvist, M. 2001. Terveysthuollon arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE julkaisuja 1. Helsinki.

<http://www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf>. Luettu 5.1 2008.

Maunula, R. 1996. Kirje esimiehelle. Aavaranta-sarja nro. 37. Johtamistaidon opisto JTO. Helsinki: Edita.

Mee, C.L. 2007. Should human error be a crime? Nursing 37 (2), 6.

Merasto, M. 1998. Läheltä piti - vielä tämän kerran. Selvityksiä 10 /1558. Tehy ry.

Murtola, E. 1999. Lääkehoidon osaaminen. Kartoitus valmistuvien sairaanhoitaja – ja terveydenhoitajaopiskelijoiden lääkehoidon osaamisesta. Licensiaattitutkimus. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Mustajoki, P. 2005. Hoitoon liittyvät virheet ja niiden ehkäisy. Peijaksen sairaalan projekti. Suomen lääkärilehti 23 (960), 2623 – 2625.

Nebeker, JR, Barach, P & Samone, MH. 2004. Clarifying adverse drug events: A clinician's guide to terminology, Documentation and reporting. Annals on internal medicine 140, 795 – 801.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Niinistö, L. 2002. Käypä hoito – suositukset erehdysten estäjinä. Kunnallislääkäri 6 (17), 29 – 32.

Nuikka, M. 2002. Sairaanhoitajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitas Tampereensis, vol.849. Tampere University Press. Tampere.

Oedewald, P. & Reiman, T. 2009. Terveysthuollon organisaatiot turvallisuuskriittisinä organisaatioina. Teoksessa: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Graafiset palvelut oy.

Partanen, P, Heikkinen, T & Vehviläinen-Julkunen, K. 2005. Sairaanhoitajien työbarometri 2004. Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n jäsenkysely. Raportti. Helsinki.

Pelkonen, R. 2003. Viisas oppii virheistä. Sairaanhoidossa sattuvia virheitä pitäisi pohtia avoimesti. Duodecim 119, 281 – 283.

Pelttari, P. 1997. sairaanhoitajien nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiot. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopistollinen sairaala. Stakes. Tutkimuksia 80.

Reason, J. 2000. Human error: models and management. *British Medical Journal* 320(18), 768–770.

Rosenthal, MM, Cornett, PL, Sutcliffe, KM & Lewton, E. 2005. Beyond the medical record. Other modes of error acknowledgment. *Journal of General Internal Medicine* 20 (5), 404 – 409.

Silvennoinen, M. 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. *Terveydenhuollon ammattilaiset*. Helsinki: Talentum.

Sintonen, H, Pekurinen, M & Linnakko, E. 1997. *Terveystaloustiede*. Porvoo: WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkeshoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön op-paita 2005:32. Helsinki.

Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Potilasturvallisuus ensin. *Hoitotyön vuosikirja 2009*. Helsinki: Suomen Graafiset palvelut oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Sosiaali- – ja terveysministeriön selvityksiä 2008: 16. Helsinki. http://www.stm.fi/julkaisut/selvityksia-sarja/nayta/_julkaisu/1065027#fi. Luettu 11.5.2009.

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuus-sanasto. Stakes. Stakesin työpapereita 28/ 2006. Helsinki: Valopaino Oy.

Suomen lääkäriliitto. 2004. Potilasturvallisuus, riskienhallinta, virhetilanteiden käsittely ja virheistä oppiminen terveydenhuollossa. Lääkäriliiton laatuneuvoston muistio 28.10.2004. Lääkäriliiton hallitukselle. <http://www.laakariliitto.fi/files/potilasturvallisuus.pdf>. Luettu 5.1.2008.

- Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. SS. Helsinki.
- Thomas, EJ & Brennan, TA. 2000. Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. *BMJ* 320, 741 – 744.
- Thomas, D. 2005. Lessons learned: Basic evidence-based advice for preventing medication errors in children. *Journal of Emergency Nursing* 31 (5), 490 – 493.
- Telaranta, S. 1999. Esimiestyö terveydenhuollossa. Kirjayhtymä. Studia. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vahtera, J, Kivimäki, M & Virtanen, P. 2002. Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa. Tutkittua tietoa ja haasteita. Työterveyslaitos. Helsinki: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Vapola, A. 2002. Onnistu kehityskeskustelussa. Helsinki: WSOY.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Veräjänkorva, O. 2003. Sairaanhoitajien lääkehoitotaidot. Lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, osa-toim. Väitöskirja. Turku. 12 – 13, 17, 19.
- Veräjänkorva, O, Paltta, H & Erkkö, P. 2008. Hoitotyön opettajien valtakunnallinen foorumi. Tavoitteena turvallinen lääkehoito. *Sairaanhoitaja* 81 (2), 7.
- Åstedt-Kurki, P. & Nieminen, H. 1997. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Zhan, C, Hicks RW, Blanchette, CM, Keyes, MA & Cousins, DD. 2006. Potential benefits and problems with computerized prescriber order entry: Analysis of voluntary medication error-reporting database. *American Journal of Health – system pharmacy* 63 (4), 353 -358.

LIITTEET

Liite 1. Kotimaiset ja ulkomaiset tutkimukset taulukossa

Tekijä(t), vuosi, maa	Näytön aste	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmät	Keskeiset tulokset
1. Anderson ym. 2001 Uusi Seelanti	D	Keskustella miksi sairaalassa tapahtuvissa virheissä rankaiseva lähestymistapa ei toimi.	Hoitotyön kirjallisuus.	Katsaus. Sisällöllinen analyysi.	Lääkkeiden jakaminen näyttää olevan korkeariskisin toimenpide missä hoitaja voi tehdä virheen. Suurin osa vahingoista aiheutuu monen tekijän yhteisvaikutuksesta. Huonolla lääketarralla, lääkehuoneen epäjärjestyksellä, epäselvällä lääkemääräyksellä ja tehtäviin nähden epäpätevällä henkilöstöllä on yhteyttä virheisiin, muttei yksittäiseen hoitajaan. Suurin osa virheistä ei ole merkki yksittäisen hoitajan heikkoudesta tai ammattitaidon puutteesta, vaan inhimillinen erehdys on joskus väistämätön ja johtaa osastolla virheisiin lääkkeiden jakamisessa. Virheiden takana on usein järjestelmä (suunnittelu, välineet, menetelmät, toimijat ja ympäristö). Virheen syynä ei useinkaan ole yksi syy, vaan usean tekijän yhteisvaikutus. Pitkäjänteinen jatkuva kehittäminen on vaikuttavin ja hallittavissa oleva tapa saada turvallisuutta laajeneviin monimutkaisiin työskentelyolosuhteisiin.
2. Balas ym. 2004 USA	C	Kuvailla virheiden ja läheltä piti -virheiden luonnetta ja esiintyvyyttä suhteessa henkilöstön työaikaan.	Eri sairaaloista satunnaisesti valittua hoitajaa (n=393) piti paperista ja sähköistä päiväkirjaa 28 vuorokautta.	Narratiivinen, prospektiivinen tutkimus	Suurin osa virheistä ja läheltä piti – virheistä esiintyivät lääkkeiden jaossa, osa lääkehoidon muissa prosesseissa. Lääkitysvirheet käsittelivät usein morfiinia ja insuliinia. Virheiden määrä on huomattavasti korkeampi sairaalassa työskentelevillä hoitajilla, jotka tekevät töitä enemmän kuin 12 tuntia peräkkäin. Hoitajat raportoivat virheistä, silloin kun he tuntevat turvallisuutta ja raportointisysteemi ei ole vaivalloinen.

3. Banning 2006 UK	C	Kuvata lääkitysvirheitä ja niiden syitä.		Kaksois-sokko-katsaus.	<p>Hoitajien lääkkeenmääräystaidot ovat riski potilaalle.</p> <p>Inhimilliset erehdykset ja riittämätön koulutus selvittävät osan lääkemääräyksissä tapahtuvista virheistä. Potilaat ovat yhä vanhempia ja käyttävät yhä useampia lääkkeitä. Lääkkeenjako, lääkelaskut ja lääkelyhennykset aiheuttavat hoitajille erehdyksiä. Lääkitysvirheiden riskejä on monia ja ne liittyvät lääkemääräykseen, lääkkeen jakamiseen/ käyttöön saattamiseen ja lääkkeen antoon potilaalle. Artikkelissa mainitaan 24 syytä lääkitysvirheeseen (mm. henkilökunnan liiallinen työmäärä, uupumus, ympäristöstä johtuvat syyt).</p> <p>Hoitajilla on merkittävä rooli riskien vähentämisessä, sillä he ovat mukana lääkehoitoprosessin eri vaiheissa.</p>
4. Christensen 2002 USA	C	Selventää ja vetää yhteen juridisia ja eettisiä kysymyksiä syöpähoitajien käytännöstä.	Lait, Medline, hallituksen päätökset ja sanakirjat(hoito- ja lääketiede).	Kirjallisuuskatsaus.	<p>Hoitajat kohtaavat sairaalassa erilaisia eettisiä ja juridisia kysymyksiä, mm. ei saa elvyttää – kieltoon, yleensä dokumentointiin, potilaan yksityisyyteen, lääkitysvirheisiin ja kipuun liittyviin asioihin. Hoitajan on kirjattava vähintään potilaan taustatiedot, fyysiset muutokset, lääkitykset, sivuvaikutukset, kipuun liittyvät seikat, komplikaatiot, omaisten yhteystiedot ja puhelinkeskustelut. Hoitajat, jotka noudattavat näitä kirjaamisohjeita, ei kutsuta laininlyönneistä oikeuteen.</p>
5. Croke 2003 USA	B	Selvittää, millaiset asiat ja toiminnat aiheuttavat syytöksiä hoitajia vastaan.	Tutkija analysoi National Practitioner Data Bankille tulleita valituksia (n = 350) ja analysoi aiheutuneet päätökset (n = 252).	Sisälön analyysi	<p>Seitsemän yleisintä syytä näytti olevan epäonnistuminen hoitotyön normien noudattamisessa, hoitovälineiden oikeaoppisessa käytössä, kommunikaatiossa, kirjaamisessa, arvioinnissa ja seurannassa sekä epäonnistuminen toimimisessa potilaan haluamalla tavalla.</p> <p>Jos hoitoa ei ole dokumentoitu, lain tulkinta on, ettei jotakin ole toteutettu.</p>
6. Dean ym. 2002 UK	C	Selvittää lääkemääräyksissä tapahtuvien virheiden syitä.	550 – paikkasessa opetussairaalassa, jossa mahdollisten vakavien lääkemääräysvirheiden tekijöitä (n = 44) haastatettiin ja tuloksia analysoitiin inhimillisen erehtymisen teoriolla.	Prospektiivinen pilottitutkimus. Virheteoria analyysi.	<p>Lääkemääräysten yhteydessä syntyneet virheet ovat yleisimmin estettävissä olevista. Tärkeimmät riskitekijät virheille olivat työolosuhteet, suuri työmäärä, riittämätön henkilökuntamäärä, organisaatiotekijöistä johtuva tarkoitukseton harjoittelu, lääkemääräyksien tekemistä ei arvostettu ja hierarkkinen lääketyöryhmä. Työryhmätekijät kuten kommunikointi tai epäselvä käsiala ja tietojen kirjaamattomuus potilaan huomiontilomakkeelle aiheuttavat riskin potilaan turvallisuudelle.</p>

7. Frank- Stromborg ym. 2001 USA	D	Tarkastel- laan hoito- työn kirjaa- mista ja mi- ten sen puut- teelli- suus voi joh- taa syytee- seen laimin- lyön- nistä.	Erittelemättö- miä lähteitä.	Katsaus. Sisällön analyysi.	Välttääkseen vastuun epäadekvaatin tai riittämättömän kirjaamisen hoitajien täytyy olla tietoisia miten he kirjaavat. Laiminlyöntitapauksien ratkaisuun vaikuttaa usein miten asiat on dokumentoitu. Hyvä hoitotyön kirjaaminen toimii hoitajan parhaana puolustajana. Virheet lääkehoidossa ovat usein virheellisen tai puutteellisen kirjaamisen tulosta. Hoitajilla on eettinen ja ammatillinen velvollisuus raportoida omat lääkevirheensä välittömästi.
8. Grandell- Niemi 2005 Suomi	B	Arvioida sair- raanhoita- jaopiskelijoi- den ja sair- raanhoita-jien lääkelasken- ta-taitoja ja kehittää näi- den taitojen arviointiin mittari.	N = 1134 sairaanhoi- don opiskeli- jaa ja sair- raanhoita-jaa. Kolme erilais- ta lääkelasku- testiä.	Usean vai- heen tut- kimus. Tilastolli- set mene- telmät.	Vastaajat selvisivät vähennyslaskuista, mutta muu osaaminen vaihteli. Neljä peruslaskua selvitti opiskelijoista noin kaksi kolmesta. Samaan ylsi neljä viidestä työssä olevista sairaanhoitajista. Sanallisista lääkeannoslaskuista selvisi kaksi opiskelijaa kolmesta ja neljä hoitajaa viidestä. Farmakologisen testiosuuden selvitti oikein alle 70 % opiskelijoista ja alle 80 % sairaanhoitajista.
9. Giordano 2003 USA	C	Tarkastelee hoitajien aiheuttamia laiminlyöntejä ja dokumen- toin-nin mer- kitystä.	Institute of Medicinen raportit lää- kevirhei- den aiheut- tamista kuo- lemanta- pauksista. 7 vuotta, 6646 asia- kasta vaati ja 2 195 sai korvauksia.	Tilastol- liset ja laadulliset menetel- mät.	Virheet lääketapahtumassa sisälsivät väärän annoksen tai väärän lääkkeen antamisen, epäkorrektin tavan jakaa lääkkeitä ja lääkkeen aiheuttamien sivuvaikutuksien ja myrkytysoireiden seuranta oli epäonnistunut. Kirjaaminen on erittäin tärkeä potilaan ja hoitajan oikeusturvan kannalta; mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole tehty. Jokaisessa hoitotyön prosessissa tulee näkyä potilaan hoidon tarpeen määrittäminen, ongelmien ja tarpeiden erittely, hoidon suunnittelu, toteuttaminen ja lopuksi arvioiminen.

10. Hudges ym. 2005 USA	C	Selvittää mitä tiedetään lääkkeiden antamisessa tapahtuvista virheistä, mitä esteitä on turvallisen käytännön toteutuksessa, nykyiset ja potentiaalit mekanismit lääkkeiden antamisen parantamisessa.	Tutkijat analysoivat tutkimuksia, määrää ei ole ilmoitettu.	Katsaus.	Estettävissä olevia virheitä tapahtuu lääkkeiden määräämisessä, määräysten siirtämisessä, lääkkeiden jakamisessa, antamisessa ja seurannassa. Kyseiset virheet voivat sattua hoitajille, lääkäreille, farmaseuteille sekä potilaalle itselleen. Syiksi mainittiin toimintaan liittyvät asiat, kuten epäsuhte henkilökuntamäärässä, liian suuri työtaakka ja päätöksenteon monimutkaisuus. Henkilötasolla pelättiin rangaistusta ja toisen virheitä ei uskallettu ilmoittaa. Teknologian esim. CPOE- ohjelman avulla virheitä voidaan vähentää (mm. elektroniset reseptit, elektronisesti kirjoitetut määräykset, esteiden huomioiminen ja automatisoitu lääkkeenjako).
11. Keepnews 2000 USA	D	Tarkastella organisaation lähestymistapaa hoitovirheisiin.	Kaksi The Institute of Medicinen (IOM) tekee tutkimusta sekä muutama pienempi tutkimus.	Katsaus. Sisällön analyysi.	Tutkimuksista nousi organisaatioon ja kulttuuriin liittyviä seikkoja. 1990-luvulla ehdotettu lähestymistapaa, jossa tarkastellaan organisaation osuutta virheiden syntymiseen ja siirtymistä pois syyttävästä kulttuurista. Toiminnasta johtuvia syitä ovat mm. epäselvät ohjeet, lääkepakkaukset liiaksi samannäköisiä ja lääkkeiden nimet samantapaisia, vaarallisia lääkkeitä säilytetään avoimesti, kaksoistarkastus puuttuu, pitkät työvuorot, vähän henkilökuntaa ja potilaita liikaa. Ehdotettiin pakollista virheilmoitusta ja täsmällistä tilastointia.
12. Kaukonen 2006 Suomi	D	Tarkastella lääkitysvirheitä teho- hoidossa.	Asiantuntija – artikkeli.	Katsaus.	Lääkitysvirheiden poikkeamailmoituksen avulla löytyi vain 4 % kaikista lääkitysvirheistä. Virheistä 50 % löytyi, kun koulutettu tutkimushenkilökunta (sairaanhoitaja tai farmaseutti) seuloi lääkemääräykset ja kirjaukset potilasasiakirjoista. Tehokkain tapa olisi koulutettu tarkkailija. Paperiton työskentely ei takaa virheettömyyttä. Sähköiseen lääkemääräämiseen liittyviä riskitekijöitä ovat tiedon hajanaisuus järjestelmässä, annoksen määrittely konetiedon perusteella, lääkitysten lopettamisen epäselvyys, laimennusnesteiden virheet, allergiatiedot muualla, ei-yhteensopiva lääkitys, koneen sisäinen logiikka ei tue hoitokäytäntöjä, määräys väärälle potilaalle, väärän lääkkeen valinta, lääkitysten aktivointi potilassiirtojen jälkeen, tietojärjestelmäkato ja jäykkä lääkemäärääminen. Potilaiden ja lääkkeiden tunnistaminen viivakoodilla parantaa tarkkuutta lääkitysten käytössä. Pilottiprojektin perusteella 28 %:lle potilaista sattuu virheitä ja joka viidennen tutkimuspotilaan hoidossa dokumentoitiin yksi lääkitysvirhe ja n. 10 %: lla potilaista useampi.

13. Kivimäki ym. 2006 Suomi	D	Etsittiin hyviä käytäntöjä työntekijöiden työhyvinvoinnin lisäämiseksi.	N=9 keskussai-raalan ja yhden yksityisen yrityksen henkilökunta, esimiehiä, työterveyshuollon ja työsuojelun edustajia, n=1050.	Raportti. Tilastollinen tutkimus.	Kehittämistyö sai aikaan parannusta tiedonkulussa, yleisessä vuorovaikutuksessa ja yhteistyössä, toiminnan ja työn yleisessä sujumisessa, työpaikan ilmapiirissä, työntekijöiden kuuntelemisessa ja työntekijöiden mielipiteiden huomioimisessa sekä pienryhmien välisissä suhteissa.
14. Koivunen 2005 Suomi	D	Kuvata hoitohenkilöstön käsityksiä hoidossa tapahtuvien virheiden ja poikkeamien ilmoittamisesta, syitä virheiden ja poikkeamien syntymiseen.	N = 404 lääkäriä, sairaanhoitajaa, osastonsihteerä, perus- ja lähihoitajaa ja lääkintävahtimestaria.	Kyselytutkimus. Tilastolliset menetelmät.	Hoitohenkilöstö arvioi tärkeimmiksi syiksi virheiden syntymiseen kiireen ja liian vähäisen henkilökunnan määrän.
15. Laine 2005 Suomi	D	Työhyvinvointia ja työelämän vetoisuutta lisäävien hyvien käytäntöjen löytäminen työpaikka-kohtaisella kehittämistyöllä erit. sairaalaosastoilla.	2004- 2006 v kehittämisspäiviä 33, osallistujia 1050 päiviin.	Työterveyslaitoksen raportti. Tilastollinen tutkimus.	Hyvä johtaminen edellyttää toimivia ja turvallisia työmenetelmiä sekä työkaluja riskien ja vaarojen tunnistamisessa, arvioinnissa ja poistamisessa. Työilmapiiri parantuisi olemalla avoimempi, puhumalla nykyistä enemmän myös negatiivisista asioista sekä "yhteen törmäämisistä". Tällainen ilmapiiri lähtee kustakin työntekijästä itsestään. Työntekijöille pelkoa aiheuttivat "läheltä piti" - tilanteet käytäisiin heti läpi. Pelkoa herättivät huoli mm. omasta jaksamisesta ja terveyden kestämisestä kuormittavissa töissä ja huoli potilaiden turvallisuudesta riittämättömien resurssien vuoksi.
16. Merasto 1998 Suomi	D	Selvittää hoitovirheiden ja läheltä piti – tilanteiden määrää.	Osastonhoitajat. Vastausprosentti 32 %.	Kyselytutkimus	Suurimpia syitä virheille oli kiire ja kova työpaine. Eniten virheitä sattui lääkehoitoon liittyvissä tilanteissa. Hoitovirheet ja läheltä piti – tilanteet pitää kirjata ja ne on käsiteltävä organisaation sisällä.

17. Murtola 1999 Suomi	C	Selvittää valmistuvien sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden lääkehoitoon liittyviä taitoja / valmiuksia.	N = 332 sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijaa kahdeksasta sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksesta.	Strukturoitu kyselytutkimus. Tilastolliset menetelmät.	Sairaanhoitaja – ja terveydenhoitajaopiskelijat tiesivät melko vähän lääkehoitoon liittyvistä säädöksistä ja määräyksistä. Lääkkeiden käsittelyn ja farmakologisen sanaston sairaanhoitajaopiskelijat osasivat paremmin. Lääkelaskuista oli laskettu oikein 68 %. Eniten virheitä oli lääkeinfuusion tiputusnopeuden laskemisessa. Potilaskohtaiset lääkkeisiin liittyvät merkinnät ovat hoitajan jokapäiväistä työtä. Opiskelijoista kymmenen (3 %) arvioi, ettei tiennyt merkintöihin liittyvistä määräyksistä lainkaan.
18. Mustajoki 2005 Suomi	C	Tarkoitus edistää potilasturvallisuutta tutkimalla ja analysoimalla poikkeamia, joista aiheutui haittaa potilaalle.	Yhden sairaalan kymmenen yksikköä henkilökuntaan osallistui tutkimukseen huhtikuusta heinäkuuhun vuonna 2004.	Tilastollinen kyselytutkimus.	Virheitä voidaan parhaiten ehkäistä, kun yksilön sijasta kiinnitetään huomiota systeemiin. Poikkeamailmoituksista yli puolet tehtiin sisätautien osastoilla. Lääkityspoikkeamista 20 % liittyi lääkkeen määräämiseen, 34 % kirjaamiseen, 15 % jakeluun ja 30 % lääkkeen antoon. Syiksi mainittiin toimintaprosessin heikkous, inhimillinen erehdys, ruuhkatilanne, puutteellinen informaatio, rauhaton työympäristö, puutteellinen perehdytys ja puuttuva ohje. Sairaalassa käynnistettiin mm. kirjaamisen kehitysprojekti ja kotilääkkeiden kirjaaminen ohjeistettiin uudelleen.
19. Nebeker ym. 2004 USA	C	Selvittää lääkitystapahtuman termistöä, dokumentointia ja raportointia.	Potilastapaus	Sisällön analyysi.	Vakavien lääkitystapahtumien dokumentoinnin tarkoitus potilaan hoitokertomukseen on auttaa estämään vahingon toistuminen. Tarkoituksenmukaisesta ja käytännöllisestä kirjaamisesta löytyy; tapahtuman vakavuus, syyseurauksen arviointi ja tieto lääkeannoksesta. Dokumentointi vakavista lääkitystapahtumista potilastiedostoihin ja raportointiin lääkkeen aiheuttamasta reaktiosta viranomaisille aktiivisuus vaihtelee. Hoitotyön kirjaaminen on hyvä tiedonlähde lääkitystapahtuman jälkeen potilaan voinnin seuraamisessa. Terveydenhuollon täytyy integroida allergiatiedot ja vakavat lääkitystapahtumat hoitoprosessiin potilaan turvallisen hoidon takaamiseksi.

20. Niinistö 2002 Suomi	D	Selvittää käypä hoito – suositusten mahdollisuutta erehdysten ehkäisijänä.	Asiantuntija-artikkeli.	Katsaus.	Potilaan korkea ikä, ongelmallinen hoito, hengenvaarallinen tila ja pitkittynyt sairaalassaolo altistavat virheisiin. Noin puolet haitallisista tapahtumista on yhteydessä operatiivisiin toimenpiteisiin. Toinen puoli on yhteydessä tavallisimmin lääkkeisiin, hoitotapahtumiin ja diagnoosin tekoon. Paremmalla koulutuksella, riittävällä henkilöstöllä, käyttämällä teknisiä keinoja varoitaman lääkkeiden yliannostuksesta, yhteisvaikutuksista ja erityisohjeista sekä paremmilla sairaskertomusmerkinnöillä voidaan selvitysten mukaan estää syntyviä haittoja. Virheiden takana on etenkin huonosti suunniteltuja potilasasiakirjoja tai ylikuormittanut, huonosti toimiva hoitojärjestelmä. Myös hoitajien virheiden suurimpina syinä pidetään kiirettä ja kovaa työpainetta.
21. Nuikka 2002 Suomi	C	Määrittää sairaanhoitajien kuormittumista hoitotilanteissa ja selvittää yksilöllisten ominaisuuksien yhteyksiä niihin.	N=43 sairaanhoitajaa vastasi kysymyksiin ja N= 23 teema-haastateltiin	Tilastollinen kysely- ja laadullinen teema-haastattelu.	Sairaanhoitajat kuormittuivat pesemisen, ravitsemuksessa, erittämisen ja liikkumisessa avustamisen, injektio-antamisen, verenpaineen mittaamisen, erikoishoitotilanteiden, potilaan toimenpideyksikköön kuljetamisen aikana, hoitosuunnittelun ja potilaan havainnoinnin hoitotilanteessa. Kuormitus oli korkeampi samoissa hoitotilanteissa aamuvuorossa kuin ilta- ja yövuoroissa etenkin perushoitotilanteissa ja kuljettaessaan potilasta toimenpideyksikköön. Erilaiset ohjaustilanteet, kuolevan potilaan hoito ja epävarmuus omasta osaamisesta kuormittivat hoitajia, sekä jos ei ollut toimintaedellytyksiä hoitaa hyvin potilaita.
22. Partanen ym. 2005 Suomi	C	Kuvata kliinistä hoitotyötä tekevien sairaanhoitajien työolosuhteita Suomessa.	N = 3000 satunnaisesti valittua Suomen sairaanhoitajaliiton jäsentä. Vastausprosentti oli 40.	Postikysely. Tilastolliset menettelmät.	Sairaanhoitajan asiantuntemusta vaatiin tehtäviin jää liian vähän aikaa. Potilasvahingot raportoidaan huolellisesti potilasasiakirjoihin, mutta niistä ei mene tietoa hallintoon. Potilasvahinkojen syyt ovat liian vähäinen henkilökuntamäärä, runsaasti hoitoa vaativia potilaita paljon ja kiire. Viidesosa vastaajista arvioi myös puutteelliset asenteet sekä puutteellisen ammattitaidon hoitovirheiden syiksi.

23. Pelkonen 2003 Suomi	D	Tarkoitus kannustaa pohtimaan avoimesti sairaanhoidossa sattuvia virheitä.	Asiantuntija-artikkeli.		Hoitovirheiden epidemiologia tunnetaan huonosti, sillä aiheesta ei ole tehty laaja-pohjaisia eteneviä tutkimuksia. Suomen epidemian laajuutta ja vakavuutta ei tunnetta. Tekniikka mutkistuu ja lääkintätaidon tavoitteet käyvät kunnianhimoisimmiksi. Virheiden mahdollisuus kasvaa, koska potilaat ovat entistä iäkkäämpiä, monisairaita ja he käyttävät monia lääkkeitä. Kiire, hoitoaikojen minimoiminen ja vaihtuva henkilökunta lisäävät riskiä virheisiin. Lipsahduksia sattuu eniten, kun henkilö on stressaantunut, väsynyt, ympäristön häiritsemä tai toimii vieraassa ympäristössä. Huolimattomuus, taitamattomuus ja välinpitämättömyys ohjeiden noudattamisessa lisäävät riskiä tehdä virheitä. Suurin osa virheistä syntyy hoitoprosessiin ja järjestelmän infrastruktuuriin piiloutuneissa monentasoisista ansoista. Olennaista on oppia dokumentoimaan sattuneet erehdykset, sillä vain tuntemalla epidemian luonne voidaan vaikuttaa sen kulkuun.
24. Rosenthal ym. 2005 USA	C	Selvittää miten virheitä oli dokumentoitu potilasasiakirjoihin.	600 paikkaisen sairaalan erikoistumijaksolla työskentelevää lääkäriä (n = 26), jotka olivat tehneet jonkin virheen.	Puolistrukturoitu haastattelu-tutkimus. Etnografinen ja perinteinen sisällön analyysi.	Tapaukset luokiteltiin dokumentoituihin, keskusteltuihin ja epävarmoihin. Lähes puolet virheistä oli tunnustettu ja kirjattu potilastietoihin, kolmasosa ei ollut kirjattu mitenkään, mutta virheestä oli keskusteltu. Loput olivat epäselviä. Lääkitysvirheitä oli 12, joista vain 2 oli dokumentoitu. Lääkitysvirheiden kirjaamattomuus estää systemaattisen virheiden tutkimuksia ja sen myötä niihin puuttumista.
25. Thomas ym. 2000 UK	C	Selvittää ikäihmisten kohtaamia, estettävissä olevien hoitovirheiden yleisyyttä.	Hoitajat ja lääkärit kävivät läpi satunnaisotantana potilastiedoista (N = 15 000, 28 eri sairaalasta kotiutettua) mahdollisia hoitovirheitä. Kaksi tutkijaa päätti, mitkä hoitovirheet olisi ollut estettävissä.	Tilastollinen. Retrospektiivinen.	Estettävissä olevia hoitovirheitä löytyi 65 ja >yli 65 vuotiaiden kohdalla enemmän kuin nuorempien potilaiden. Estettävissä olevia hoitovirheitä olivat kaatumisia ja lääketieteellisiä tapahtumia. Syy voi olla ikäihmisten tarvitsemat monimutkaiset hoidot, määrällisesti enemmän lääkkeitä, sairaalassaoloajat ovat pitkiä ja oireet ovat yleensä erilaisia kuin nuoremmilla.

26. Thomas 2005 USA	D	Näyttöön perustuva neuvo estää lasten lääkitysvirheitä.	Asiantuntija-artikkeli.		Suurin osa lääkevirheistä tapahtui ilta tai yövuoroissa ja viikonloppuina lasten päivystyksyksikössä. Harjoittelijoilla oli suuri riski tehdä virheitä ja vakavimmin sairaat olivat suuremmissa riskissä joutua virheen kohteeksi. Lasten lääkeannokset määrätään lasten painon mukaan, kiireessä päivystysaikana toimii yhä vähemmän henkilökuntaa ja kriittisesti sairaille potilaille lääkitys pitää antaa nopeasti. Kaksoistarkistuksen järjestäminen on vaikea järjestää ja lääkkeiden vahvuudet vaihtelevat suuresti. Lääkevirheisiin vaikuttavina tekijöinä mainitaan lisäksi: sijaiset ja harjoittelijat, hoitoaikojen lyhyys ja hoitajien kokemattomuus, paljon potilaita kerralla, stressi, dokumentoinnin puute kiireen vuoksi, suulliset määräykset, kieliongelmat ja farmaseutin puute. Riskilääkkeinä hepariini, insuliini ja narkoottiset lääkkeet.
27. Veräjänkorva 2003 Suomi	C	Kuvata lääkehoitotaitoja ja selvittää täydennyskoulutuksen vaikutuksia lääkehoitotaitoihin.	N= 365 terveyden- ja sairaanhoitajaa alkukysely. N= 101 intervention jälkeen.	Kaksivaiheinen tilastollinen tutkimus.	Sairaanhoitajien lääkehoitotaidot olivat keskimäärin hyvät. Vastaajien ikä, sukupuoli, ammatillinen koulutus, terveydenhoitajaksi valmistumisaika, täydennyskoulutus, työkokemus nykyisessä toimipaikassa, lääkehoidon helpoksi kokeminen, lääkehoidon oppaan säännöllinen käyttö, selkeän ohjeiston saatavuus ja lääkehoidon osuus päivittäisessä työpanoksessa todettiin olevan tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä lääkehoitotaitoihin.
28. Zhan ym. 2006 USA	C	Selvittää mahdollisia hyötyjä ja ongelmia, kun lääkemääräykset kirjoitetaan tietokoneella erityisellä ohjelmalla (CPOE).	Verrattiin CPOE -ohjelmaa käyttäneitä ja käyttämättömiä toisiinsa.	Tilastollinen ja laadullinen tutkimus.	CPOE- ohjelmaa käyttäneet raportoivat vähemmän lääkevirheitä sairaalapotilailla kuin kyseistä ohjelmaa käyttämättömät. Tulos ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkittävä. CPOE- ohjelman käyttökään ei ollut virheetöntä. Tavallisimmat CPOE virheet olivat annosteluvirheet (väärä annos, väärä annosmuoto tai ylimääräisiä annoksia).

Liite 2. Haastattelun runko

Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
Irene Sipola-Kauppi
TtM-opiskelija
puh.040 5920591
irene.ylianttila@uta.fi

HAASTATTELURUNKO
7.3.2008

TAUSTATEKIJÄT:

- ☐ Mitä haluat kertoa itsestäsi sairaanhoitajana?
- ☐ Mitä haluat kertoa työstäsi?

LÄÄKITYSPOIKKEAMA

- ☐ Mitä haluat kertoa kokemuksestasi lääkityspoikkeamatilanteesta?
- ☐ Mitä haluat kertoa muiden suhtautumisesta lääkityspoikkeamaan?
- ☐ Mitä haluat kertoa kokemuksestasi lääkityspoikkeaman jälkeen?

Kiitos

Liite 3. Tutkimuslupahakemus

Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
Irene Sipola-Kauppi
TtM-opiskelija

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS
11.2.2008

Arvoisa ylihoitaja

Opiskelen Tampereen yliopistossa hoitotieteen laitoksella terveystieteiden maisteriksi johtamisen koulutusohjelmassa. Pro gradu - tutkielman tarkoituksena on saada käsitys sairaanhoitajien kokemuksista lääkityspoikkeamista. Tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön kehittämisessä eriasteisissa yksiköissä, sairaanhoitajakoulutuksessa sekä hoitotyön johtamisessa turvallisen lääkehoidon takaamiseksi.

Pro gradu - tutkielman aineiston keräisin haastattelemalla xxxxxxxxxxxx sairaanhoitopiirissä ja xxxxxxxx xxxxxxxxxxxx työskenneviä sairaanhoitajia. Pyydän Teiltä lupaa saada haastatella 10 sairaanhoitajaa helmi – huhtikuun 2008 aikana. Luvan jälkeen lähetän haastattelukutsun jokaiselle sairaanhoitajalle sähköpostitse. Kutsussa pyydän tiedonantajaa ottamaan yhteyttä minuun haastatteluajan – ja paikan sopimiseksi.

Haastateltavien osallistuminen on vapaaehtoista. Haastateltavilta pyydetään erillinen henkilökohtainen lupa vielä ennen haastattelutilaisuutta ja he voivat tutustua haastattelurunkoon etukäteen. Haastatteluissa saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti eikä haastateltavien henkilöllisyys paljastu missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkimustulokset julkaistaan sellaisessa muodossa, että haastateltuja ei voida tunnistaa.

Tutkielman ohjaajina toimivat Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselta TtT, lehtori Meeri Koivula ja TtM, lehtori Tiina Mäenpää.

Irene Sipola-Kauppi
Osastonhoitaja
TtM-opiskelija
puh. 040 592 0591
irene.ylianttila@uta.fi

Meeri Koivula
TtT, lehtori

Tiina Mäenpää
TtM, lehtori

Tutkimusluvan myöntäjä _____

Luvan myöntämisaika – ja aika _____

Liite 4. Tutkimuslupatiedote

Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
Irene Sipola-Kauppi
TtM-opiskelija, osastonhoitaja
puh. 040 592 0591
irene.ylianttila@uta.fi

TUTKIMUSTIEDOTE
07.03.2008

Arvoisa osastonhoitaja

Opiskelen Tampereen yliopistossa hoitotieteen laitoksella terveystieteiden maisteriksi johtamisen koulutusohjelmassa. Pro gradu - tutkielmani tarkoituksena on saada käsitys sairaanhoitajien kokemuksista lääkityspoikkeamista. Tutkielmani tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön kehittämisessä eriasteisissa yksiköissä, sairaanhoitajakoulutuksessa sekä hoitotyön johtamisessa turvallisen lääkehoidon takaamiseksi.

Aineiston pro gradu - tutkielmaani keräisin haastattelemalla xxxxxxxxxxxx sairaanhoitopiirissä ja xxxxxxxx xxxxxxxxxxxx työkenteleviä sairaanhoitajia. Pyydän Teiltä apua tavoittaakseni lääkehoitoa toteuttavia sairaanhoitajia haastateltavakseni. Sairaanhoitajien haastattelu tapahtuisi maaliskuis – huhtikuun 2008 aikana. Tiedotteeni liitteenä on sairaanhoitajille tarkoitettu tiedote. Pyytäisin Sinua lähettämään haastattelukutsun joko sähköpostitse tai kirjallisesti yksikkösi jokaiselle sairaanhoitajalle. Kutsussa pyydän tiedonantajaa ottamaan yhteyttä suoraan minuun haastatteluajan – ja paikan sopimiseksi.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Pyydän haastateltavilta erillisen henkilökohtaisen luvan vielä ennen haastattelutilaisuutta ja he voivat tutustua haastattelurunkooni etukäteen. Haastatteluissa saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti eikä haastateltavien henkilöllisyys paljastu missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkimustulokset julkaistaan sellaisessa muodossa, että haastateltuja ei voida tunnistaa.

Tutkielmani ohjaajina toimivat Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselta TtT, lehtori Meeri Koivula ja TtM, lehtori Tiina Mäenpää.

Yhteistyöstä etukäteen kiittäen

Irene Sipola-Kauppi

Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
Irene Sipola-Kauppi
TtM-opiskelija

HAASTATTELUKUTSU HOITAJALLE
7.3.2008

Tervehdys Sinulle lääkehoitoa toteuttavalle sairaanhoitajalle

Opiskelen Tampereen yliopistossa hoitotieteen laitoksella terveystieteiden maisteriksi johtamisen koulutusohjelmassa. Pro gradu - tutkielmani tarkoituksena on saada käsitys erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksista lääkityspoikkeamista. Lääkehoitovirheitä ja läheltä piti - tilanteista sattuu todennäköisesti jokaiselle sairaanhoitajalle työuran aikana. Tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön kehittämisessä eriasteisissa yksiköissä, sairaanhoitajakoulutuksessa sekä hoitotyön johtamisessa turvallisen lääkehoidon takaamiseksi.

Pro gradu - tutkielman aineiston kerään haastattelemalla yhtä sairaanhoitajaa kerrallaan. Haastattelut on tarkoitus toteuttaa helmi – huhtikuun 2008 aikana. Haastattelu tulee olemaan vapaamuotoista keskustelua. Kokemuksesi ja näkemyksesi ovat erittäin tärkeitä, jotta tutkimuksen avulla saataisiin mahdollisimman monipuolinen käsitys sairaanhoitajien kokemuksista lääkityspoikkeamista ja tuesta lääkehoidon toteuttamiseen liittyvissä tilanteissa.

Nauhoitan haastattelut, jotta pystyn analysoimaan niitä myöhemmin luotettavasti. Osallistuminen haastatteluun on täysin vapaaehtoista. Pyydän Sinulta erillisen henkilökohtaisen luvan vielä ennen haastattelutilaisuutta ja saat tutustua haastattelurunkoon etukäteen. Kaikki haastattelutiedot käsitellään luottamuksellisesti eikä kenenkään haastateltavan henkilöllisyys paljastu missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkimustulokset julkaistaan sellaisessa muodossa, että haastateltuja ei voida tunnistaa.

Toivon, että suostut haastateltavakseni ja annat oman arvokkaan osuutesi turvallisen lääkehoidon kehittämiseksi. Ota rohkeasti yhteyttä minuun sopiaksemme haastatteluajasta ja – paikasta.

Yhteistyöstäsi etukäteen kiittäen ja yhteydenottoasi odottaen

Irene Sipola-Kauppi
TtM-opiskelija
puh. 040 592 0591
irene.ylianttila@uta.fi

Liite 6. Haastattelusuostumus

Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
Irene Sipola-Kauppi
TtM-opiskelija
puh.040 5920591
irene.ylianttila@uta.fi

SUOSTUMUS HAASTATTELUUN
7.3.2008

Suostun osallistumaan haastatteluun, jonka tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajien kokemuksia lääkityspoikkeamista.

Olen tutustunut hoitajille osoitettuun pro gradu - tutkielmasta kertovaan tiedotteeseen. Ymmärrän, että osallistumiseni haastattelututkimukseen on täysin vapaaehtoista ja voin perua osallistumiseni missä haastattelunvaiheessa tahansa. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Tiedän, että tulokset julkaistaan sellaisessa muodossa, että haastateltuja ei voida tunnistaa.

Suostumuksen antajan allekirjoitus ja ammattinimike

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus ja ammattinimike

Paikka ja aika _____.

Suostumusasiakirja on laadittu kahtena (2) kappaleena, yksi kullekin allekirjoittaneelle.