

Katja Riihimäki & Mari Sippu

POTILASTURVALLISUUS POTILAAN NÄKÖKULMASTA KARHULAN SAIRAALASSA

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma

Lokakuu 2016



KYAMK
University of Applied Sciences

Tekijät	Tutkinto	Aika
Katja Riihimäki & Mari Sippu	Sairaanhoitaja	Lokakuu 2016
Opinnäytetyön nimi		
Potilasturvallisuus potilaan näkökulmasta Karhulan sairaalassa		53 sivua 10 liitesivua
Toimeksiantaja		
Kotkan kaupunki		
Ohjaaja		
Lehtori Sari Engelhardt		
Tiivistelmä		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää potilaiden käsityksiä potilasturvallisuudesta Karhulan sairaalassa. Tutkimus toteutettiin laadullisin menetelmin potilaille suunnatulla yksilöidyllä teemahaastattelulla Karhulan sairaalan tiloissa. Materiaalit litteroitiin nauhoitusten perusteella ja analysoitiin sisällönanalyysin menetelmin. Tutkimukseen valittiin sairaalasta 12 potilasta, joista 10 suostui haastatteluun.</p> <p>Tutkimuksesta selvisi, etteivät monet potilaat tienneet, mitä potilasturvallisuus tarkoittaa. Yli puolella oli jonkinlainen käsitys potilasturvallisuudesta. Joillakin potilaista oli ajatus aiheesta, mutta se ei juurikaan vastannut määritelmää, jolla tässä tutkimuksessa potilasturvallisuus määriteltiin. Potilaat myös luettelivat useita asioita, jotka sopivat käytettyyn määritelmään potilasturvallisuudesta. Kukaan ei kuitenkaan osannut täysin selittää käsitettä. Useat potilaat toivat esille, että turvallinen olo hoidossa kuuluu potilasturvallisuuteen.</p> <p>Lisäksi haluttiin selvittää, kokivatko potilaat pystyvänsä vaikuttamaan omaan potilasturvallisuuteensa. Monet kokivat, että potilasturvallisuus on joko hoitohenkilökunnan tai korkeamman voiman käsissä. Osa koki pystyvänsä vaikuttamaan potilasturvallisuuteensa esimerkiksi omalla käyttäytymisellään. Erityisen tärkeäksi potilaat kokivat hoito-ohjeiden noudattamisen. Lääke- ja laiteturvallisuutta potilaat eivät tuoneet esille. Selvisi myös, että osa potilaista haluaisi saada tietää lisää potilasturvallisuudesta.</p> <p>Tuloksia voidaan hyödyntää Karhulan sairaalan toiminnan kehittämisessä. Lisäksi hoitohenkilökunnan työskentely helpottuu, kun he tietävät potilaiden käsityksiä potilasturvallisuudesta. Näin hoitajat tietävät, miten heidän tulee puhua potilaille aiheesta, sekä he voivat halutessaan ottaa potilaiden antamia kehitysehdotuksia käyttöön potilasturvallisuuden kehittämiseksi.</p>		
Asiasanat		
potilasturvallisuus, potilas, vuodeosasto, laadullinen tutkimus, potilaan näkökulma		

Author (authors) Katja Riihimäki & Mari Sippu	Degree Bachelor of Health Care	Time October 2016
Thesis Title Patients' Perspectives Towards Patient Safety in Karhula Hospital		53 pages 10 pages of appendices
Commissioned by Kotka City		
Supervisor Sari Engelhardt, Senior Lecturer		
Abstract <p>The meaning of this thesis was to find out about patients' perspectives towards patient safety in Karhula hospital. The study was conducted as qualitative research in the identified theme interview for patients in Karhula hospital premises. Materials transcribed on the basis of the recording, and analyzed using content analysis methods. 12 patients, of whom 10 agreed to an interview in the study, were selected from the hospital.</p> <p>The study showed that many patients did not know what patient safety means. More than half had the understanding of patient safety. Some of the patients had an idea on the subject, but it hardly met the definition, which in this study was defined as patient safety. Patients also listed the number of things that fit the definition. No one, however, could not fully explain the concept. Several patients highlighted that a safe feeling in the treatment is an important factor in patient safety.</p> <p>In addition, it was also tried to find out whether the patients experienced that they could influence in their patient safety. Many felt that patient safety is either in medical personnel's or higher power's hands. Some felt the ability to influence in their patient safety, for example, their own conduct. Particularly important patients experienced compliance with treatment guidelines. Medical device and the safety of patients did not emerge from the interviews. It was also found out that the majority of patients would like to get to know more about patient safety.</p> <p>The results can be utilized in the development of Karhula hospital operations. In addition, the nursing staff's work will be easier when they know the patients' perceptions of patient safety. The nurses will know better how to talk to patients about the subject and they can choose to take the suggestions given by patients for the development of patient safety.</p>		
Keywords patient safety, patient, ward, qualitative research, patients' perspective		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	POTILASTURVALLISUUS	7
2.1	Lääketurvallisuus	9
2.1.1	Lääkemääräys.....	10
2.1.2	Lääkkeiden jakaminen ja antaminen	11
2.1.3	Lääkepolitiikka 2020.....	11
2.1.4	Lääkkeiden haittavaikutuksista ilmoittaminen.....	13
2.2	Laitteiden turvallisuus	13
2.2.1	Laiteturvallisuuden valvonta	14
2.2.2	Laatukriteerit.....	14
2.3	Hoidon turvallisuus	15
2.4	Potilasturvallisuuskulttuuri	16
2.5	Potilaan oikeudet	17
2.6	Potilaan osallistuminen potilasturvallisuuteen.....	18
2.6.1	Potilaiden voimaannuttaminen	20
2.6.2	Hoidon suunnitteluun osallistuminen	21
2.6.3	Potilaan velvollisuudet potilasturvallisuuden edistämässä	21
2.6.4	Potilaan oma halu edistää turvallisuuttaan	23
2.6.5	Haittatapahtumien käsittely	24
2.6.6	Potilaan tunne turvallisuudestaan.....	28
2.6.7	Turvallisuuden tunnetta edistävä tieto	29
2.7	Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta.....	30
2.8	Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013 – Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä	31
2.8.1	Riskien ja laadun hallinta.....	32
2.8.2	Potilasturvallisuuden systemaattinen edistäminen	33
2.8.3	Valtakunnalliset linjaukset	34
3	YHTEENVETO TEOREETTISISTA LÄHTÖKOHDISTA.....	34

4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	36
5	TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	36
6	AINEISTON ANALYYSI.....	38
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	39
7.1	Potilaiden käsitykset potilasturvallisuudesta	40
7.2	Potilaiden arviot mahdollisuuksistaan vaikuttaa omaan potilasturvallisuuteensa..	41
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	42
9	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	44
10	TUTKIMUKSEN EETTISYYS.....	47
11	HYÖDYNNETTÄVYYS JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET	49
	LÄHTEET.....	51

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Haastatteluteemat

Liite 3. Saatekirje hoitajille

Liite 4. Tietoisien suostumuksen lomake

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuus on suuri hoitotyön kokonaisuus, joka on jatkuvasti läsnä hoitotyötä tehdessä ja siitä löytyy jatkuvasti kehitettävää. Aihe valittiin, koska potilasturvallisuutta on tutkittu paljon, mutta potilasturvallisuudesta potilaan näkökulmasta ei juurikaan ole tehty tutkimuksia. Varsinkin suomenkielinen aineisto aiheesta on vähäistä.

Aihe on ajankohtainen, koska potilasturvallisuus on keskeinen osa hoidon laatua (Potilasturvallisuus 2015). Kuolemaan johtavia haittatapahtumia on arviolta vuosittain 700 – 1700. Haittatapahtumista aiheutuneet pidemmät hoitoajat taas koskettavat huomattavasti suurempaa määrää potilaista. Sen lisäksi haittatapahtumat aiheuttavat valtiolle vuosittain jopa miljardin euron kustannukset, vaikka jopa puolet niistä olisi kansainvälisten arvioiden mukaan vältettävissä. (Vaaratapahtumat 2013).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Karhulan sairaalan potilaiden käsityksiä potilasturvallisuudesta. Lisäksi selvitettiin heidän ajatuksiaan omista vaikuttamisen mahdollisuuksistaan potilasturvallisuuteen. Tarkoitus oli myös saada selville, miten potilaat käsitteen ymmärtävät ja mikä heille on potilasturvallisuudessa tärkeää. Tavoitteena oli selvittää potilaan näkökulmasta, miten potilasturvallisuutta voitaisiin Karhulan sairaalassa kehittää.

Tutkimuksesta on hyötyä Karhulan sairaalan henkilökunnalle. He saavat tietää, miten potilas käsittää potilasturvallisuuden, ja voivat sitä kautta kehittää toimintaansa. Potilasturvallisuuden toteutuminen on tärkeää jokaisessa hoidon vaiheessa. Potilaalla on oikeus hyvään ja turvalliseen hoitoon. Kysymällä aiheesta suoraan potilaalta itseltään voidaan varmistaa, että potilas ymmärtää potilasturvallisuuden käsitteen ja pystyy esimerkiksi antamaan mahdollisia kehitysehdotuksia tulematta tunnistetuksi. Potilaiden, joilla saattoi olla esimerkiksi huono näkö tai eivät muuten halunneet antaa palautetta sairaalalle kirjallisesti, oli haastattelun avulla helppo kertoa näkemyksiään anonyymisti.

Tutkimus suoritettiin kvalitatiivisin menetelmin potilaille kohdistuvalla teemahaastattelulla. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysia käyttäen.

Potilasturvallisuudesta on olemassa paljon tutkittua teoretietoa. Tämän tutkimuksen tavoite oli saada mukaan potilaan näkökulmaa aiheeseen. Merja Sahlström on julkaissut vuonna 2011 pro gradu -tutkielman, joka käsittelee potilaiden näkökulmia potilasturvallisuudesta. Tutkimus on toteutettu kvantitatiivisena tutkimuksena kyselylomakkeen avulla, kun taas tämä tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena haastattelututkimuksena.

2 POTILASTURVALLISUUS

Potilasturvallisuus tarkoittaa terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumiselta.

Potilasturvallisuus käsittää hoidon, josta ei koidu vaaraa potilaalle lipsahduksen, erehdyksen tai unohduksen vuoksi. Se sisältää myös hoitoyksikön käytännöt ja prosessit, joilla kyetään ennakoimaan ja estämään vaaratilanteita hoidossa. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus on sitä, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (THL 2015c.)

Potilasturvallisuutta on pyritty parantamaan useilla laeilla. Lain potilaan asemasta ja oikeuksista 1. luvun 3. pykälän mukaan potilasturvallista hoitoa toteutettaessa on huomioitava potilaan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun. Lisäksi saman lain 1. luvun 5. ja 9. pykälä määrittää potilaan tiedonsaantioikeudet, sekä 6. pykälä määrittää potilaan itsemääräämisoikeuden. (Ks. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Kaikissa terveydenhuollon yksiköissä tapahtuu kuitenkin useita virheitä. Takautuvissa tutkimuksissa on todettu, että yksi tapaus kymmenestä johtaa haittaan, ja vakavaan haittaan tai kuolemaan johtaa yksi tapaus sadasta. Etenevien seurantatutkimusten tulosten luvut ovat olleet tätä suurempia. Useimmiten virheet johtuvat järjestelmän heikkouksista tai häiriöistä, ja valtaosa niistä olisi ollut estettävissä vahinkoihin johtaneiden tekijöiden perusteellisella kartoituksella. (Pasternack 2006.) THL:n artikkelin Mitä on potilasturvallisuus? (2014) mukaan yli puolet potilasvahingoista voitaisiin estää inhimillisiä virheitä vähentämällä. Hoidon laatua voidaan parantaa

keskustelemalla avoimesti virheistä ketään syylistämättä. Potilaan luottamus säilyy parhaiten, mikäli tapahtunut virhe myönnetään ja paljastetaan avoimesti. Avoin ja aito potilaalta anteeksi pyytäminen on tärkeää potilaalle, ja se auttaa häntä selviytymään paremmin tapahtuneen synnyttämästä ahdistuksesta sekä itsesyytöksistä. Merja Sahlströmin tutkimuksessa ”Potilaiden arviot potilasturvallisuudesta” (2011, 74) kuitenkin todettiin, että vain 3 %:lta kyselyyn osallistuneista oli pyydetty anteeksi sattuneita virheitä.

Hoitovahinko on potilaalle sekä hänen omaisilleen järkyttävä kokemus. Sitä se on myös hoitavalle lääkärille ja hoitohenkilökunnalle. Elämä menee kuitenkin eteenpäin, ja tilanteesta on selvitettävä. (Pasternack 2006.) Parasta on pyrkiä oppimaan tilanteista yhdessä ketään syylistämättä. Hoitovahinkojen ehkäisemisen tulisi olla koko hoitoyksikön yhteinen asia, joka kuuluu jokaiselle potilasta hoitavalle taholle. (THL 2015c.)

Potilasturvallisuus voidaan jaotella erilaisiin osiin. Suurimpia osa-alueita ovat hoidon turvallisuus, joka sisältää hoitomenetelmien ja hoitamisen turvallisuuden, sekä lääkehoidon turvallisuus ja lääkinnällisten laitteiden turvallisuus. Lääkehoidon turvallisuutta käsitellessä ajatellaan lääkkeiden ja lääkityksen yleistä turvallisuutta. Laiteturvallisuuteen taas kuuluu laitteiden sekä niiden käytön turvallisuus hoitotyössä. (THL 2015c.)

Potilasturvallisuuden vaaratapahtuma voi olla joko niin kutsuttu läheltä piti -tilanne tai haittatapahtuma. Läheltä piti -tilanteessa potilaalle vaarallinen tilanne vältetään havaitsemalla turvallisuusuhka ajoissa, jolloin potilaalle ei aiheudu haittaa. Vaaratapahtumaa, jossa potilaalle aiheutuu eriasteista hoitoon kuulumatonta haittaa, kutsutaan haittatapahtumaksi. (THL 2015c.) Tässä työssä on keskitytty yleiseen potilasturvallisuuteen käsittäen kaikki sen osa-alueet suurpiirteisesti. Ohessa on selvennetty hieman, mitä mihinkin osa-alueeseen kuuluu.

Suurin osa (94 %) Sahlströmin (2011, 46) pro gradu -tutkielman kyselyyn vastanneista potilaista piti suomalaista terveyden- ja sairaanhoitoa turvallisena. Kuitenkin samassa todetaan, että 71 % kyselyyn osallistuneista piti vahingoittumisen mahdollisuutta todennäköisenä.

2.1 Lääketurvallisuus

Lääkitysturvallisuus tarkoittaa lääkkeiden käytön turvallisuutta. Se sisältää kaikki organisaation periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa potilaan lääkehoidon turvallisuus. Lääketurvallisuus puolestaan tarkoittaa lääkevalmisteen turvallisuutta. Siihen liittyvät lääkkeen farmakologiset ominaisuudet sekä lääkkeen valmistusprosessi, merkitseminen ja muu lääkeinformaatio. Lääkeseuranta jatkuu myyntiluvan myöntämisen jälkeen. Tuoteturvallisuutta valvoo Fimea. Havaituista sekä epäillyistä haittavaikutuksista on tehtävä ilmoitus haittavaikutusrekisteriin. (THL 2015b.)

Sairauksien parantaminen, ehkäiseminen ja niiden etenemisen hidastaminen, niiden aiheuttamien komplikaatioiden ehkäiseminen sekä sairauden oireiden lievittäminen ovat lääkehoidon ja lääkkeiden käytön tavoitteina. Lääkehoidon toteuttaminen vaatii hoitohenkilöstöltä lääkehoidon eri vaiheiden ja kokonaisuuksien hallintaa. Lääkintöhallituksen yleiskirjeellä (1929/1987) ohjattiin lääkehoidon toteuttamista aina vuoteen 2004 asti, jonka jälkeen sosiaali- ja terveysministeriö asetti Lääkehoidon toteuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa -työryhmän laatimaan ohjeet lääkehoidon toteuttamisesta. (Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa 2006, 11.)

Lääkehoidon kehittymisen ja monipuolistumisen myötä myös hoitohenkilökunnan vastuu ja osaamisen vaatimukset ovat kasvaneet. Onnistuneen lääkehoidon haasteita lisää myös se, että suuri osa lääkehoidosta toteutetaan muualla kuin jossakin terveydenhuollon toimintayksikössä. Tämä vaatii hoitohenkilöstön osaamisen varmistamista ja jatkuvaa päivittämistä. Tutkimukset ovat osoittaneet, että sairaanhoitajaksi, terveydenhoitajaksi ja lähihoitajiksi valmistuvien lääkeosaamisessa on puutteita, ja eri terveydenhuollon yksiköissä lupakäytännöt ovat usein puutteellisia ja sekavia. (Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa 2006, 13.)

Lääkehoidon koko kaari (syy lääkkeen antamiseen, oikea lääke, oikea antoreitti ja -tapa sekä hoidon vaikuttavuuden arviointi) on ymmärrettävä lääkehoitoa toteutettaessa, jotta myös lääkkeiden haittavaikutuksia voidaan arvioida. Myös lääkkeiden oikeanlainen säilyttäminen, käsittelyminen,

hankkiminen ja hävittäminen ovat tärkeä osa lääkitysturvallisuutta. (Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa 2006, 46–47.)

Kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon yksityisille sekä julkisille sektoreille on olemassa samat lääkehoidon toteuttamista koskevat periaatteet, jotka sisältävät toimintatavat, osaamisen varmistamisen, henkilöstön velvollisuudet sekä lupakäytännöt. Ohjeet ovat olemassa myös lääkehuoltoon, lääkkeiden jakamista ja antamista, potilaan informointia, vaikuttavuuden seurantaan sekä dokumentointia ja tiedonkulkua varten. Lääkehoitoa toteuttaa ja vastuun siitä voivat ottaa pääsääntöisesti vain lääkehoidon koulutuksen saaneet laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt. Vastuu lääkehoitosuunnitelmasta sekä seurannasta on sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikön johdolla. Hyvin organisoitu lääkehuolto tuo kustannussäästöjä. (THL 2015b.)

2.1.1 Lääkemääräys

Laillistetulla lääkärillä on oikeus taudinmääritykseen ja lääkkeiden määräämiseen, mutta myös sairaanhoitajalla, jolla on riittävä kokemus ja valtioneuvoston asetuksella määrätty lisäkoulutus suoritettuna, on oikeus määrätä tiettyjä lääkkeitä hoitamalleen potilaalle. Lääkkeen tarpeen on perustuttava lääkärin tekemään taudinmääritykseen tai sairaanhoitajan toteamaan lääkityksen tarpeeseen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559/, 22. §, 23 b §.) Yleisesti ottaen lääkemääräyksen tulee olla kirjallinen. Lääkemääräyksen tulee olla niin selvästi kirjattu, ettei väärintulkittamisen mahdollisuutta ole. Lääkkeen mahdolliset käyttösuositukset ja -rajoitukset on huomioitava määräystä tehdessä. (Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa 2006, 24). Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen lääkkeen määräämisestä 3. luvun 9. pykälän mukaan lääkettä määräävän terveydenhuollon ammattihenkilön on tarvittaessa oltava yhteydessä potilaan yleensä käyttämän apteekin henkilökuntaan, jotta apteekin henkilökunta pystyy neuvomaan potilasta lääkkeen turvallisesta ja taloudellisesta käytämisestä sekä turvatakseen mahdollisimman tehokkaan lääkehoidon.

2.1.2 Lääkkeiden jakaminen ja antaminen

Lääkkeiden jakamisessa on otettava huomioon, että lääkkeenjaossa käytettävät tilat ovat asianmukaiset. Työtilan on oltava rauhallinen sekä hyvin valaistu. Lääkkeiden jakamiseen tulee varata riittävästi aikaa, ja työvälineet on hyvä varata lähettyville valmiiksi. Aseptiikkaan tulee kiinnittää huomiota, sekä lääkkeiden jakamiseen käytettävät välineet on puhdistettava ennen lääkkeiden jakoa. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 289.) Suositeltavaa on, että lääkkeitä tarjottimelle jaettaessa käytetään kaksoistarkastusta (Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa 2006, 58).

Potilaan henkilöllisyys varmistetaan aina lääkettä annettaessa, eikä lääkkeitä saa jättää potilaspöydälle tai ruokatarjottimelle. Hoitajan on varmistettava, että potilas saa otettua lääkkeensä. Lääkkeenannon yhteydessä kerrotaan, mitä lääkettä potilaalle annetaan sekä mihin lääkettä käytetään. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 295–296.)

2.1.3 Lääkepolitiikka 2020

Sosiaali- ja terveysviranomaiset ovat asettaneet yhteisiä tavoitteita lääkehoidolle julkaisussa Lääkepolitiikka 2020. Siinä halutaan muun muassa saattaa lääkehuolto osaksi terveys- ja palvelujärjestelmää sekä tehdä lääkehuollosta vaikuttavaa ja kustannustehokasta. Sen lisäksi halutaan panostaa myös lääketutkimukseen sekä eläinlääketutkimukseen. Yksi viidestä tavoitteesta on rationaalisen lääkehoidon sekä lääkitysturvallisuuden kehittäminen. Sillä pyritäisiin lisäämään väestön hyvinvointia ja pienentämään terveydenhuollon kustannuksia. Turvallisuutta pyritään lisäämään tehostamalla esimerkiksi farmaseutilta ja muilta terveydenhuollon ammattilaisilta saatavaa neuvontaa. Lisäksi Käypä hoito -suositusten noudattamista pyritään edistämään. Ammattilaisten luotettavan lääketiedon saanti on varmistettava.

Toimivat terveydenhuollon tietojärjestelmät, myös eReseptit, parantavat potilasturvallisuutta. Nykyisin potilaskertomus lääkitystietoineen laaditaan pääasiassa sähköisesti. Hyvin toimivat sähköiset järjestelmät parantavat tiedonkulkua terveydenhuollossa. (Lääkepolitiikka 2020. Kohti tehokasta,

turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä 2011, 15 – 16.)

Lääkehoitoa ei aina saada toteutettua ohjeiden mukaisesti. Tavoitteena on, että vuoteen 2020 mennessä pyritään lisäämään potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa ja lisäämään hoitotaholta saatua neuvontaa lääkkeenottovirheiden välttämiseksi ja täten potilasturvallisuuden parantamiseksi. Virheellinen lääkkeenkäyttö voi heikentää lääkehoidon tulosta ja aiheuttaa mittavia haittoja potilaalle. Tämä myös lisää terveystalouden kustannuksia. Potilas tulisi saada sitoutumaan hoitoonsa. Suunnitelmallisuus parantaa lääkehoidon turvallisuutta. Etenkin Internetissä on tarjolla runsaasti erilaatuista informaatiota niin sairauksista kuin lääkkeistäkin. Toisaalta terveydenhuollon on vaikea tiedottaa asioista vain Internetissä, sillä osa asiakkaista ei käytä tietokonetta lainkaan eikä näin ollen saa tietoa. Luotettavan lääkeinformaation puutteen uhkina ovat lääkkeiden käytön turha lisääntyminen, medikalisaatio, haitalliset lääkeyhteisvaikutukset ja muu epäasiallinen lääkkeiden käyttö. Lääkkeitä voi nykyisin tilata suoraan Internetistä, ja liikkeellä on runsaasti lääkeväärännöksiä. (Lääkepolitiikka 2020. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä 2011, 23 - 28).

Erityisesti useaa lääkevalmistetta samanaikaisesti käyttäville potilaille, kuten iäkkäille ihmisille, tulisi tehdä kunnollinen lääkehoitosuunnitelma ja arvioida lääkehoidon tarve säännöllisesti. Lääkitysturvallisuutta kehittämällä edistetään kansanterveyttä. Lääkitysturvallisuudella tarkoitetaan lääkkeiden käyttöön liittyvää turvallisuutta, joka kattaa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa lääkehoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Turvallisuutta uhkaavat lääkehoidon koordinoimattomuus ja potilaan osallistumattomuus hoitoonsa. Turvallisuutta voidaan parantaa esimerkiksi lääkehoitosuunnitelmilla, lääkityshaittatapahtumien raportoinnilla sekä selkeästi merkityillä tietokannoilla. Myös lääkitysturvallisuuden tutkiminen parantaa riskilääkkeiden tunnistamista. (Lääkepolitiikka 2020. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä 2011, 27).

2.1.4 Lääkkeiden haittavaikutuksista ilmoittaminen

Suomessa Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea valvoo lääkkeiden tuoteturvallisuutta. Ennen lääkkeen myyntiluvan myöntämistä lääkeyrityksen lisäksi lääkkeen ovat tutkineet ja arvioineet viranomaiset. Luvan saamisen jälkeenkin lääkkeen turvallisuutta arvioidaan jatkuvasti esimerkiksi haittavaikutusilmoitusten avulla. Tietoa kerätään Fimean haittavaikutusrekisteriin. Haittavaikutusilmoituksessa tulisi kuvailla vaikutusta, lääkkeenkäyttäjän tietoja, tapauksen kulkua sekä antaa ilmoittajan tunnistetiedot. Ilmoituksen voi tehdä Fimean verkkosivujen sähköisellä lomakkeella tai tulostettavalla pdf-lomakkeella, jonka voi palautuskuorineen tilata Edita Prima Oyj:stä. Käyttäjät voivat ilmoittaa lääkkeen haittavaikutuksista Fimean haittavaikutusrekisteriin. Ensisijaisesti haittavaikutuksesta tulisi kertoa hoitavalle lääkärille tai hammaslääkärille. Tarvittaessa lääkäri voi tehdä ilmoituksen varsinkin silloin, jos haitta on vakava tai odottamaton. Vakavat lääkeilmoitukset ilmoitetaan suoraan Euroopan lääkevirastolle (EMA). (Haittavaikutuksista ilmoittaminen 2014.)

2.2 Laitteiden turvallisuus

Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa käytettävien laitteiden turvallisuutta säätelee laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista. Lakia sovelletaan laajasti laitteiden ja tarvikkeiden käsittelyyn markkinoinnista käyttöön ja huollattamiseen. Suomen markkinoille tuotavien terveydenhuollon laitteiden on täytettävä lain asettamat vaatimukset. Ennen markkinoille saattamista valmistajan on todistettava tuotteensa turvallisuus sekä toimivuus. Laitteen tulee saavuttaa sille suunniteltu toimivuus ja suorituskyky. Laite on annettava potilaan käyttöön siinä kunnossa, jossa valmistaja on tarkoittanut laitetta käytettävän. Laitteen on oltava asianmukaisesti huollettu. (Laitteiden turvallisuus. Laatu ja potilasturvallisuus 2015). Myös potilaille on kerrottava hoidossa käytettävien laitteiden käyttötarkoitus, ja miten hän voi osaltaan edistää laitteen turvallista käyttöä. Sahlströmin (2011, 15–16) mukaan potilaiden tiedonsaanti lääkintälaitteista vaihtelee huomattavasti. Osa tutkimukseen osallistuneista potilaista koki, ettei laitteiden toiminnasta ollut helppoa kysyä eikä se aina ollut mahdollistakaan lääkkeiden sivuvaikutusten takia. Osa potilaista ei tiennyt,

miten toimia infuusiopumpun hälyttäessä. He eivät myöskään tienneet leikkauksen yhteydessä laitettavasta kipupumpusta, vaikka 92 % kyselyyn vastanneista oli sitä mieltä, että hoitohenkilökunnan velvollisuuksiin kuuluu kertoa hoidossa käytettävistä laitteista.

2.2.1 Laiteturvallisuuden valvonta

Lääkintälaitteiden käyttö ei saa vaarantaa potilaan, ammattihenkilöstön tai muun henkilön turvallisuutta. Sosiaali- ja terveystieteiden valvontavirasto Valviran tehtävä on valvoa laitteiden ja tarvikkeiden vaatimustenmukaisuutta. Vaaratilanteesta on heti tehtävä ilmoitus Valviralle. Myös läheltä piti -tilanteet on ilmoitettava, jos ne johtuvat laitteen ominaisuuksista, suorituskyvyn poikkeamasta, puutteellisesta merkinnästä tai käyttöohjeesta. Ilmoituksesta on käytävä ilmi valmistajan tai valtuutetun edustajan nimi, toimipaikka, käyttötarkoitus, toimintaperiaate ja tunnistetiedot. Merkittävän terveysriskin laitteista on lisäksi ilmoitettava tiedot merkinnöistä ja käyttöohjeista. Myös maahantuoja on ilmoitusvelvollinen. Valvira määrittää tarkat ohjeet vahingoista ilmoittamiseen. Vakavasta vaaratilanteesta on ilmoitettava 10 päivän kuluessa ja läheltä piti -tapauksesta 30 päivän kuluessa, kuitenkin parasta olisi tehdä aina ilmoitus niin pian kuin mahdollista. Kiireellisissä tapauksissa ilmoituksen voi tehdä puhelimitse, mutta muuten on käytettävä Valviran omia lomakkeita ja lähetettävä ne kirjallisena postitse. (Ilmoitus vaaratilanteesta 2013.)

2.2.2 Laatuksiteerit

Suomessa saa tuoda markkinoille ja ottaa käyttöön ainoastaan sellaisia terveydenhuollon laitteita ja tarvikkeita, jotka täyttävät vaatimukset turvallisuudesta, käyttötarkoituksesta ja suorituskyvystä. Laitteilla on oltava CE-merkintä muutamia poikkeustapauksia lukuun ottamatta. Myös tietojärjestelmien on täytettävä vaatimukset tietosuojan, tietoturvan, yhteensopivuuden ja toiminnallisuuden suhteen. Terveydenhuollon henkilöstön velvollisuus on huolehtia käyttämiensä terveydenhuollon laitteiden sekä potilastietojärjestelmien toimintakunnosta, käyttöohjeiden saatavuudesta sekä käyttökoulutuksesta. (Terveysteknologia 2009.)

2.3 Hoidon turvallisuus

Pelkästään laitteet eivät aiheuta vaaratilanteita; usein niitä sattuu esimerkiksi hoitoa toteutettaessa inhimillisten erehdysten takia. Potilas voi myös itse unohtaa jotakin tai esimerkiksi kaatua. Vaaratilanteet voivat olla ongelmia hoidon toteuttamisessa tai työn kulussa. Kiireessä potilaan paperit saattavat mennä sekaisin tai potilas saattaa törmätä johonkin vääränlaisen valaistuksen takia. Usein haittoja tapahtuu myös puutteellisen tiedonkulun takia. Jokaisen terveydenhuollon toimijan tulisi pyrkiä tunnistamaan ja ymmärtämään inhimillisen toiminnan vaaroja. Jokaisen hoitoon välillisesti sekä välittömästi osallistuvan hoitajan tulisi saada tietää oman hoitoyksikkönsä toiminnan vaaratilanteista. Hoidon laatu voi kasvaa, kun virheistä opitaan. Johdon tulisi pyrkiä luomaan työpaikalle syyllistämätön ja avoin ilmapiiri, jossa jokaisen on helppo työskennellä ja jossa vaaroja voidaan ennakoida. Ihmisen toimintaan liittyy aina erehtymisen mahdollisuus, vaikka kaikki tahot toimisivat parhaan osaamisensa mukaan. Tämä tulee huomioida toiminnan suunnittelemisessa ja käytännön työssä. Onnistunut virheiden hallinta ei tarkoita sitä, ettei virheitä koskaan tapahtuisi, vaan että virheet huomataan ajoissa ja niiden vaikutuksia voidaan hallita. Toimivalla raportoinnilla ja raporttien tarkoituksenmukaisella käsittelyllä voidaan edistää toimivan potilasturvallisuuskulttuurin kehittymistä. (Kinnunen, Keistinen, Ruuhilehto & Ojanen 2009, 10.)

Haittatapahtumat kohdistuvat sekä potilaaseen että hänen omaisiinsa. Ne kohdistuvat usein myös hoitohenkilökuntaan, hoito-organisaatioon ja koko yhteiskuntaan. Vahingon sattuessa potilasta ja omaisia on informoitava. Ammattihenkilöitä on tuettava ja organisaation täytyy selvittää haittatapahtuman taustat. Haittatapahtumat aiheuttavat pahimmillaan potilaan kuoleman ja johtavat usein pidentyneisiin hoitoaikoihin. Lisäksi ne lisäävät tuntuvasti terveydenhuollon kustannuksia. Kansainvälisen arvion mukaan noin puolet tapahtumista voitaisiin välttää. Vaaratapahtumista ilmoittaminen perustuu työntekijän aloitteellisuuteen. Ammatillisuuteen kuuluu keskeisesti vastuu potilaista ja heidän turvallisuudestaan sekä sitoutuminen oman osaamisensa ja työn turvallisuuden edistämiseen. Ilmoittamalla vaaratapahtumista voidaan ehkäistä toisten työntekijöiden tai potilaiden joutuminen samaan tilanteeseen. Kokonaisvastuu turvallisuudesta kuuluu

organisaation johdolle. Johdon tulisi luoda työpaikalle oppimista edistävä ilmapiiri ja kannustaa työntekijöitään tuomaan poikkeamia ja vaaratilanteita esiin. (Kinnunen ym. 2009, 11.)

2.4 Potilasturvallisuuskulttuuri

Potilasturvallisuuskulttuuri tarkoittaa sitä, että terveydenhuollon yksiköt ja yhteisö pyrkivät aina toimimaan niin, että potilaan hoidon turvallisuus varmistuu. Se sisältää tätä edistävän systemaattisen toimintatavan, sekä sitä tukevat arvot ja asenteet. Riskit tulee arvioida, tehdä ehkäiseviä ja korjaavia toimenpiteitä ja toimintaa jatkuvasti kehittää. Tässä onnistuminen edellyttää yhteisen vastuun ottamista. Poikkeamat, läheltä piti -tapahtumat ja haittatapahtumat tulee voida käsitellä avoimesti ilmapiirissä ja turvallisuutta uhkaaviin tekijöihin puuttua. Asioista keskustellaan avoimesti ja potilaalle sekä omaisille on tarjottava tukea tapahtuman osuessa kohdalle. Toimintaa kehitetään jatkuvasti ja pohja luodaan jo ammattihenkilöiden koulutuksessa. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013, 14.)

Potilasturvallisuuskulttuuri nähdään monitasoisena asiana, jossa yhdistyvät henkilöstön kokemukset ja näkemykset, työyhteisön sosiaaliset ilmiöt ja organisaation oppimisprosessit. Hyvässä turvallisuuskulttuurissa on keskeistä, että potilasturvallisuutta pidetään organisaatiossa tärkeänä arvona ja sitä edistetään systemaattisesti. Potilasturvallisuuskulttuuri muodostuu sekä koko organisaation että yksittäisen työntekijän arvoista, asenteista, toimintaperiaatteista ja -tavoista. Toiminnassa korostuu aito halu oppia ja edistää turvallisuutta. Tapahtumia käsitellään syyllistämättä ja järjestelmän näkökulmasta. Samalla muistetaan yksittäisen työntekijän henkilökohtainen vastuu toiminnan laadusta ja turvallisuudesta. (Helovu, Kinnunen, Peltomaa, Pennanen 2011, 92–93.)

Suomalaisessa potilasturvallisuusstrategiassa sosiaali- ja terveydenhuollon turvallisuuskulttuuri on määritelty yksilöiden ja yhteisön tavaksi toimia siten, että potilaiden saaman hoidon turvallisuus varmistetaan (Helovu ym. 2011, 177). Potilasturvallisuuskulttuuriin kuuluu potilaiden turvallista hoitoa edistävä systemaattinen toimintatapa, sitä tukeva johtaminen, arvot ja asenteet. Lisäksi

käsitteeseen sisältyy riskien arviointi, ehkäisevät toimenpiteet ja jatkuva toiminnan kehittäminen. Vahvistamalla turvallisuuskulttuuria vähennetään hoitoon liittyviä riskejä ja potilaille aiheutuvia haittoja. (Helovuori ym. 2011, 93).

2.5 Potilaan oikeudet

Potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Jos potilaan hoidossa tapahtuu jotain odottamatonta, hänellä on oikeus kuulla siitä mahdollisimman pian. Vaaratilanteesta voi jäädä potilaalle pitkäaikainen tai pysyvä haitta, joten on ymmärrettävää, jos potilas tai hänen omaisensa on tapahtumasta tuottunut. Luottamus voi olla vaikea saada takaisin. Mahdollisimman perusteellinen tieto tapahtuneesta voi vähentää potilaan kiukkua ja epäluottamusta hoitohenkilöstöä kohtaan. Se voi myös mahdollistaa hoidon jatkumisen. (Halila 2013, 226.)

Suomen perustuslakiin kirjatut perusoikeudet pohjautuvat kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin. Oikeuksiin kuuluvat mm. oikeus vapauteen ja koskemattomuuteen sekä oikeus riittäviin sosiaali- ja terveystalouteihin. Lisäksi potilaslain mukaan potilaalla on oikeus hyvään hoitoon, kohteluun ja tiedonsaantiin. Hänellä on myös itsemääräämisoikeus ja oikeus tehdä muistutus ja kantelu. Henkilöstölain mukaan hänellä on oikeus yksityisyydensuojaan. Potilaalla on oikeus valita hoitopaikkansa julkisessa terveydenhuollossa ja oikeus päästä kiireettömään hoitoon kohtuujassa. (Halila 2013, 226 – 227.)

Lain mukaan potilaalla on oikeus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja hoidon on tapahduttava hänen kanssaan yhteisymmärryksessä. Itsemääräämisoikeuteen perustuen hänellä on oikeus saada tietoa terveydentilastaan sekä hoidon riskeistä ja hyödyistä. Potilaalla on oikeus kuulla hänelle tapahtuneesta vahinkotapahtumasta heti ja oikeus sen jälkeen päättää, kieltäytykö hän jatkohoidosta. Hänellä on oikeus tietoon päätöksensä seurauksista. (Halila 2013, 227.)

Potilasturvallisuuden näkökulmasta potilaan oikeudet toteutuvat, kun hänen kanssaan toimitaan yhteistyössä ja yhteisymmärryksessä. Vahingon, hoitovirheen tai läheltä piti -tilanteen tapahtuessa potilasta on informoitava niin

pian kuin mahdollista. Potilas tekee sitten itse päätökset siitä, mitä haluaa tehdä. Hoitoyksikön olisi pyrittävä informoimaan potilasta hänen oikeuksistaan. Potilas voi tehdä hoidostaan muistutuksen tai hakea korvausta Potilasvakuutuskeskuksesta. Joissakin tapauksissa voi olla aiheellista jopa tehdä kantelu terveydenhuollon valvontaviranomaisille. Potilaalla ei Suomen lainsäädännössä ole oikeutta ns. toiseen mielipiteeseen, kuten esimerkiksi Norjassa. Tällaisen mahdollisuuden antaminen olisi kuitenkin hyvän hoitokäytännön mukaista. (Halila 2013, 228–229.)

Potilaan oikeuksien edistäminen parantaa potilasturvallisuutta. Tieto hoidon periaatteista ja riskeistä voi auttaa potilasta tunnistamaan vaaratilanteita, valmistautumaan paremmin toimenpiteisiin, raportoimaan poikkeavuuksista ja kertomaan havaitsemistaan puutteista. Tämä voi lisätä potilaiden kriittisyyttä ja kantelujen määrää. Vakava suhtautuminen kritiikkiin, asiallinen palautekäytäntö ja systemaattinen virheisiin puuttuminen lopulta lisäävät luottamusta sekä kyseiseen yksikköön että terveydenhuoltoon yleisesti. (Halila 2013, 233 – 234.)

2.6 Potilaan osallistuminen potilasturvallisuuteen

Helena Leino-Kilpi kirjoittaa artikkelissaan Tieto edistää potilaan turvallisuutta (2010) terveystalouden korostavan ennaltaehkäisyn sekä potilaiden oman vastuun ja aktiivisuuden merkitystä terveydenhoidossa. Potilas voidaan nähdä keskeisenä potilasturvallisuustekijänä. He voivat itse tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä terveydenhuollon henkilökunnan tuella. Useat potilaat myös hakevat oma-aloitteisesti tietoa esimerkiksi Internetistä. Terveydenhuollon ammattilaisten on tärkeää varmistaa tiedon oikeellisuus ja tukea potilasta käyttämään sitä omassa hoidossaan. Potilaan oman tiedon ja toiminnan merkitys on jäänyt potilasturvallisuuskeskustelussa vähäiselle huomiolle. (Leino-Kilpi 2010, 173–174.) Potilaiden aktiivista roolia haittatapahtumien ehkäisyssä on kuitenkin korostettu kansainvälisissä potilasturvallisuussuosituksissa. Suomessa ei vielä varsinaisia potilasturvallisuussuosituksia ole, mutta on tutkittu, että potilaiden omien arvioiden mukaan parhaita keinoja edistää omaa turvallisuutta ovat entuudestaan tutut turvallisuussuositukset, sekä potilaan perinteistä roolia

vahvistavat suositukset. Toisaalta potilaan liiallisen osallistumisen oman turvallisuutensa parantamiseen on nähty siirtävän liikaa vastuuta potilaalle itselleen. On myös todettu, että hoitajat pystyvät omilla asenteillaan ja käyttäytymisellään vaikuttamaan potilaan halukkuuteen osallistumaan omaan hoitoonsa. (Sahlström 2011, 29–30.) Tämän vuoksi onkin tärkeää, että hoitava henkilökunta keskustelee potilaan kanssa erilaisista hoitovaihtoehdoista, lääkityksestä, sekä kannustaa tätä kysymään mieltä askarruttavia kysymyksiä. Vuoden 2007 artikkelissa *Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients* Angela Coulter ja Jo Ellins tutkivat potilaiden tietoa mahdollisuuksistaan vaikuttaa hoitoonsa ja terveyteensä terveydenhuollossa. Tarkoituksena oli selvittää, lisäisikö potilaiden suurempi sitoutuneisuus ja vastuu hoidostaan myös potilasturvallisuutta. Tutkimuksessa potilaille tarjottiin enemmän tietoa hoidosta lehtisten, terveystietopakettien, kirjallisuuden, mediakampanjoiden ja internettiedon avulla. Heitä myös ohjattiin kysymään enemmän kysymyksiä hoitohenkilökunnalta.

Tutkimuksessa todettiin, että on tärkeää saada potilaat sitoutumaan hoitoonsa tarjoamalla heille enemmän tietoa, sillä se parantaa potilasturvallisuutta. Suositeltiin erityisesti terveystietämisen kehittämistä. Potilaiden terveystietämystä pystyttäisiin parantamaan ainakin yksilötasolla. Potilaat, joilla on akuutteja tai kroonisia sairauksia hyötyvät siitä, että heidät otetaan mukaan paremmin hoitoaan koskeviin ratkaisuihin. Potilaat eivät voineet ymmärtää uusia potilasturvallisuuden mahdollisuuksia, jolleivät he ymmärtäneet, mitä heille kerrotaan. Potilaat pystyisivät esimerkiksi auttamaan tarkempien diagnoosien tekemisessä, tarkkailemaan omaa tilaansa parantumisvaiheessa ja seuraamaan hoitajien työtä, kuten käsihygienian toteutumista.

Vuonna 2005 julkaistun tutkimuksen mukaan 21 % tutkituista potilaista ei pitänyt itseään kovinkaan kykeneväisenä ehkäisemään haittatapahtumia. 52 % arvioi itsensä kohtalaiseksi ja 27 % ajatteli pystyvänsä todella hyvin ehkäisemään haittatapahtumia. Mikäli potilaan omainen oli ollut sairaalassa viimeisen vuoden aikana tai jos vastaaja oli lukenut haittatapahtumista, he ajattelivat pystyvänsä paremmin ehkäisemään niitä. (Hibbard, Peters, Slovic & Tusler 2005, 601 – 616.)

2.6.1 Potilaiden voimaannuttaminen

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 3. §:n mukaan suunnitelmassa on sovittava tavoista, joilla potilaille ja heidän läheisilleen tiedotetaan suunnitelmasta sekä potilaiden ja heidän läheistensä mahdollisuudesta edistää ja vaikuttaa laadunhallintaan ja potilasturvallisuuden toteutumiseen (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 3. §).

Vaikka Suomessa on jo pitkään ollut voimassa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785), potilasta ei ole usein otettu riittävästi huomioon hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa tai toteutuksessa. Voimaan tullut terveydenhuoltolaki ja siihen liittyvä asetus edellyttävät potilaiden osallisuuden korostamista terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden kehittämisessä. (Kansallisen potilasturvallisuusstrategian asiantuntijaryhmä 2011, 17.)

Potilaan voimaannuttaminen edellyttää potilaan tiedonsaantia ja neuvontaa. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että potilaan hoitoon liittyvät riskit pyritään tunnistamaan ja arvioimaan heti hoidon alkuvaiheessa. Riskeistä kerrotaan potilaalle ja niistä keskustellaan ja niitä käsitellään yhteistyössä potilaan kanssa. (Kansallisen potilasturvallisuusstrategian asiantuntijaryhmä 2011, 17.)

Helovuo, Kinnunen, Peltomaa ja Pennanen ovat laatinut teoksessaan Potilasturvallisuus - potilasturvallisuuden kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti (2011) potilaan muistilistan asioista, jotka varmistamalla potilas voisi parantaa omaa turvallisuuttaan. Potilaan tulisi muun muassa varmistaa, että hoitohenkilökunnalla on tiedossa potilaan oikea henkilöllisyys, tiedot allergioista sekä mahdollisesta raskaudesta ja imetyksestä. Potilas voi itse etsiä tietoa sairaudestaan ja hoitovaihtoehtoistaan. Hän voi kysyä hoitovaihtoehtoista ja pyytää selventämään hänelle epäselvät termit. Potilaan on hyvä pyytää lääkäriä tarkistamaan lääkelistan ajantasaisuus vähintään kerran vuodessa ja hänen tulee itse tutustua hoito-ohjeisiin huolellisesti. Omasta sekä omaisten käsienpesusta huolehtiminen on tärkeää. Jos potilas huomaa puutteita turvallisuudessaan, asia tulisi ottaa puheeksi hoitohenkilökunnan kanssa. (Helovuo ym. 2011, 180.)

2.6.2 Hoidon suunnitteluun osallistuminen

Potilasta tulee kuunnella ja hänen on hyvä osallistua hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Potilas tuo esille tarvittavat taustatiedot, vaikkei hänelle olisi aina selvää, millä tiedoilla on merkitystä hoidon onnistumisen kannalta. Lainsäädäntö antaa potilaalle aktiivisen roolin hoidon suunnittelussa. Potilaalla ei kuitenkaan ole päävastuuta potilasturvallisuudesta, vaan se on aina henkilöstöllä ja viime kädessä johdolla. (Kansallisen potilasturvallisuusstrategian asiantuntijaryhmä 2011, 17.) Sahlströmin (2011, 43–44) mukaan 90 % potilaista on halukkaita osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun. Osallistumishaluun vaikutti kuitenkin potilaan ikä sekä koulutustaso: vanhempi ikäluokka ja matala-asteisemmän koulutuksen saaneet olivat muita haluttomampia osallistumaan hoitonsa suunnitteluun. Myös suurin osa potilaista oli halukkaita oppimaan lisää oman turvallisuutensa parantamisesta.

Hoitosuunnitelma on potilasturvallisuuden kannalta keskeinen asiakirja, jolla turvataan potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa ja sen riskien ymmärtäminen sekä potilaan omahoidon onnistuminen. Hoitosuunnitelman avulla voidaan koordinoida sairauksien hoidot turvallisesti ja varmistaa hoitojen yhteensopivuus sekä toteutus. Potilas ja terveydenhuollon ammattihenkilö laativat suunnitelman yhteistyössä ottaen huomioon lääkärin osuuden esimerkiksi taudinmäärittämisessä. Toisaalta potilaalla on oikeus kieltäytyä tarjotusta hoidosta. Silloin häntä hoidetaan muulla lääketieteellisesti hyväksytyllä tavalla. (Kansallisen potilasturvallisuusstrategian asiantuntijaryhmä 2011, 18.)

2.6.3 Potilaan velvollisuudet potilasturvallisuuden edistämiseksi

Ensisijaisesti potilasturvallisuudesta on vastuussa terveydenhuollon henkilöstö (Potilasturvallisuuden työkalut -työvaliokunta 2010, 189). Jokaisella sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevällä ammattihenkilöllä on vastuu hoidon turvallisuudesta ja laadusta, johon kuuluu pyrkimys virheettömään toimintaan. Ammattihenkilöt osaavat parhaiten kertoa, miten potilasturvallisuuden

vaarantanut tapahtuma ilmeni ja miksi ammattihenkilöt toimivat valitsemallaan tavalla. Organisaation turvallisuus ei voi perustua kokonaan siihen, että potilaat tai omaiset toimivat varmistajina, vaan se voi ainoastaan tuoda lisäsuojaa. (Helovuo ym. 2011, 177.) Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman ohjeen mukaan potilaan tulee kuitenkin varmistaa, että hoitohenkilökunnalla on hänestä oikeat tiedot ja että hänelle kerrotaan hoitomahdollisuuksista. Potilaan tulisi myös itse aktiivisesti etsiä tietoa sairaudestaan. (Leino-Kilpi 2010, 174.)

Potilas voi auttaa hoitohenkilökuntaa tilanteen arvioinnissa ja ongelman tunnistamisessa. Usein huono kommunikaatio henkilökunnan ja potilaan välillä on myötävaikuttanut virheen syntymiseen. Ammattihenkilöiden täytyy huomioida, että potilaan kanssa on puhuttava samaa kieltä. Potilas voi ymmärtää ammattisanastoa väärin. Potilaalle täytyy suoda tarpeeksi aikaa kertoa sairaudestaan ja sen etenemisestä. Useimmiten potilas on paras tiedonlähde omasta itsestään ja terveysongelmistaan. Uuden lainsäädännön myötä potilaan vaikutusmahdollisuudet esimerkiksi palveluiden tarjoajan suhteen ovat parantuneet Suomessa. Tulevaisuudessa palveluiden laatua koskevien tietojen, kuten kaatumisten määrän ja infektioiden, merkitys korostuu. (Helovuo ym. 2011, 178 – 179.) Potilasta kehoitetaan myös ottamaan avoimesti puheeksi henkilökunnan kanssa, jos hän huomaa puutteita potilasturvallisuudessa. Terveystieteiden tutkimusten mukaan vanhainkodeille tehdyn selvityksen mukaan potilaita oli kuitenkin otettu mukaan potilasturvallisuuden edistämiseen vain 23 prosentissa tapauksista. (Leino-Kilpi 2010, 174.) Ammattihenkilöiden tulisi kannustaa potilaita seuraamaan ja ilmoittamaan havaitsemistaan puutteista. Potilas on aina läsnä ja tuntee ensimmäisenä terveydentilansa muutokset. Huonokuntoisena tai tajuttomana potilas ei kuitenkaan pysty näistä asioista kertomaan. (Helovuo ym. 2011, 179.)

Potilaan rooli on sikäli tärkeä potilasturvallisuuden kehittämisessä, että ainoastaan hän on läsnä hoitoprosessin jokaisessa vaiheessa. Lisäksi potilaalle kuuluu suurin hyöty turvallisesta hoidosta. (Helovuo ym. 2011, 177.)

Potilaan vaikuttamismahdollisuuksiin vaikuttavat muun muassa ikä, sukupuoli, koulutustaso, päätöksentekoa vaativan asian merkityksellisyys, potilaan sairaus ja sen vaihe, potilaalle annettava hoito, omiin kykyihin luottaminen ja

halukkuus osallistua virheiden ehkäisyyn. Potilas voi vaikuttaa hoidon onnistumiseen. Potilaalla on esimerkiksi joissakin tapauksissa mahdollisuus estää lääkehoitovirhe. Lisäksi he voivat huomata sivuvaikutuksia tai vaaratapahtumia. (Helovuori ym. 2011, 177.)

Potilasta tulisi ottaa yhä aktiivisemmin mukaan potilasturvallisuuden edistämiseen. Se lienee hyvä peruste tutkimukselle potilaan ajatuksista potilasturvallisuuden edistämisestä. Samalla saadaan tietoa siitä, millaiseksi potilas itse kokee turvallisuuden sairaalan vuodeosastolla ja miten hän käsitteen ymmärtää.

2.6.4 Potilaan oma halu edistää turvallisuuttaan

Potilaalla ja omaisilla voi olla aktiivinen rooli potilasturvallisuuden edistämässä, mutta on tärkeää ottaa huomioon potilaan lähtökohdat. Kaikki eivät halua osallistua potilasturvallisuuden edistämiseen, ja siksi vastuu turvallisuudesta ei voi olla täysin potilailla. Potilasjärjestöjen edustajien mukaan ottaminen työryhmiin muuttaa toiminnan kehittämistä potilaslähtöisemmäksi. (Helovuori ym. 2011, 179.)

Potilaalta vaaditaan nykyisin yhä enemmän vastuunottoa ja aktiivisuutta hoidostaan ja tilanteensa seurannasta. Useat hoidot ovat siirtyneet kotiin. Sen takia epäusko ja epäluottamus omaan kykyyn hoitaa itseään voi ahdistaa ja vaikuttaa myös siihen, miten potilas kykenee ymmärtämään hoitoonsa liittyviä asioita. (Kettunen & Gerlander 2013, 296.)

Tutkimuksen mukaan potilaat olivat valmiita sitoutumaan turvallisuutensa kehittämiseen, mutta tulosten saavuttamiseksi henkilökunnan tuki ja kannustus olivat avainasemassa. Kaikki vastaajat olivat yksiselitteisesti sitä mieltä, että potilaat voivat osallistua potilasturvallisuutensa parantamiseen. Potilaat kuvailivat turvallisuutensa kehittämistä oppimisprosessiksi ja korostivat ennakkoinnin, kyselemisen ja avoimuuden tärkeyttä. (Schwappach & Wernli 2010.)

Erään toisen tutkimuksen mukaan valtaosa potilaista oli sitä mieltä, että potilaat voisivat auttaa potilasturvallisuuden edistämässä. Melkein kaikki voisivat ajatella kysyvänsä lääkkeiden tarkoitusta, esittää yleisiä

lääketieteellisiä kysymyksiä tai varmistaa henkilöllisyytensä. Potilaista tuntui epämiellyttävältä kysyä hoitotyön ammattilaisilta, olivatko he pesseet kätensä. Sairaalassa ollessaan monet olivat kyselleet hoidostaan (85 %) ja lääkityksen tarkoituksesta (75 %). Vain harvat olivat varmistaneet henkilöllisyytensä (38 %), auttaneet merkkamaan leikattavaa puolta (17 %) tai kysyneet käsien pesusta (5 %). (Waterman, Gallaghe, Garbutt, Waterman, Fraser & Burrough 2006, 368 – 369.)

Potilas ja organisaatio saattavat tarkastella hoidon laatua ja turvallisuutta eri näkökulmista. Potilaalle on tärkeää, että hän saa parhaan mahdollisen ja turvallisen hoidon. Organisaation päämielenkiintona taas on, kuinka hoidossa on onnistuttu ja kuinka toimintaa voidaan kehittää tulevaisuudessa. (Kansallisen potilasturvallisuusstrategian asiantuntijaryhmä 2011, 17 – 18.)

2.6.5 Haittatapahtumien käsittely

Sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 1. §:n mukaan suunnitelmassa on sovittava menettelytavat, joilla potilas ja hänen läheisensä voivat antaa palautetta laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden puutteista, sekä menettelytavat, joilla potilaalle ja hänen läheisilleen annetaan tietoa ja tukea potilasta kohdanneen haittatapahtuman jälkeen (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 1. §).

On tärkeää, että potilaat ja heidän läheisensä otetaan mukaan turvallisuuden kehittämiseen kannustamalla heitä tuomaan julki turvallisuudessa havaitsemansa puutteet. Potilaiden riittävä informoiminen sekä heidän kuuntelemisensa omaa hoitoaan koskevissa asioissa edistävät hoidon turvallisuuden toteutumista. Potilaita tuleekin kannustaa ilmaisemaan kysymyksensä ja huolensa hoitoonsa liittyvissä asioissa. (Potilasturvallisuuden työkalut –työvaliokunta 2010, 189.)

Potilaat voivat osallistua hoitoon antamalla palautetta. Organisaation näkökulmasta palautteen tulisi olla olennainen osa toiminnan laadun ja turvallisuuden arviointia. Palautteen keruutavat vaihtelevat. Potilaille ja

omaisille voidaan tehdä ajoittain tai jatkuvasti kyselyitä, joilla arvioidaan toimintaa. Palautetta voidaan kerätä aktiivisesti puhelimen välityksellä tai kutsumalla potilaita ja omaisia keskustelemaan hoidosta. Useat tekijät vaikuttavat potilaan osallistumiseen: henkilökunnan asenne ja käyttäytyminen ovat todella tärkeitä, ja ne korostuvat myös haittatapahtumatilanteissa. On tärkeää, että potilas kertoo taustatietonsa. (Helovuo ym. 2011, 179.)

Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan potilaat raportoivat eniten tapahtumista, jotka koskivat potilas–lääkäri-suhdetta ja lääkärille pääsyä. Lisäksi rasismista tehtiin ilmoituksia. 70 % aiheutuneesta harmista oli psykologista ja vain 21 % fyysistä. Tutkimuksen perusteella voitaisiin ajatella, että huono suhde lääkäreihin tai heidän saavuttamattomuuteensa voi olla merkittävämpi haitta potilaille kuin diagnoosi- ja hoitovirheet. Potilaat raportoivat helposti tapahtumista, joissa heidän mielensä pahoittui. Siksi nykyinen potilasturvallisuusliike, jossa keskitytään lääkepoikkeamien ja kirurgisten vahinkojen ilmoittamiseen, saattaa kirjoittajien arvion mukaan aliarvioida joitakin muita potilaiden tarpeita. (Kuzel, Woolf, Gilchrist, Engel, LaVeist & Vincent 2004, 333.) Toisen aiheesta julkaistun tutkimuksen mukaan tutkimuksia potilasraportoinnista ei ole vielä tehty niin paljon, että osattaisiin sanoa parasta menetelmää potilasvahinkoraportoinnille. Tähänastisten tulosten perusteella potilaiden raportit ovat kuitenkin osoittautuneet luotettaviksi. (King, Daniels, Lim, Cochrane, Taylor & Ansermino 2010, 148 – 149.)

On myös tutkittu, että joka neljäs erään tutkimuksen virheitä raportoineista potilaista oli sitä mieltä, ettei riskejä ollut selitetty täysin. Joka viides kertoi huonosta kivunhoidosta. Monet myös kertoivat saaneensa infektion hoidon aikana. Potilaat kertoivat kommunikoinnin katkeamisesta, aukoista. Joka kolmas ei saanut ohjeita siitä, mitä tarkkailla itse eikä tiennyt keneen ottaa yhteyttä, mikäli kysyttävää ilmenee. Lisäksi potilaista 17–22 % uskoi joutuneensa lääkitysvirheen kohteeksi viimeisimmän kahden vuoden aikana. Suurimmalle osalle (61–83 %) ei ollut lainkaan kerrottu tapahtuneesta virheestä. (Schoen, Osborn, Huynh, Doty, Zapert, Peugh & Davis 2005, 513 – 515.)

Toisen potilasraportointia tutkineen tutkimuksen mukaan 17 potilaalle (8 %) oli tullut yhteensä 20 haittatapahtumaa, joista yksi oli vakava. 8 potilaalle (4 %)

tuli 13 läheltä piti -tapahtumaa, joista 5 oli vakavaa tai henkeä uhkaavaa. 11 (55 %) 20 haittatapahtumasta oli dokumentoitu sairaalan potilastietoihin, mutta yhtäkään ei ollut ilmoitettu potilasvahinkojärjestelmään. Potilaat, joilla oli kolme tai useampia lääkeaineallergioita, raportoivat helpommin potilasvahingoista. (Aronson, Davis, Bates & Phillips 2005, 832 – 834.)

Organisaatiossa on oltava menettelytavat, joiden avulla potilaan on mahdollista kertoa havaitsemistaan turvallisuuspuutteista. Potilaalle kerrotaan, kehen ottaa yhteyttä potilasturvallisuutta koskevissa asioissa.

Luottamuksellisessa ilmapiirissä potilaat uskaltavat tuoda esille hoidon puutteita. Näin ongelmiin voidaan puuttua nopeasti. Järjestelmällisen potilaspalautteen osana tulee kerätä myös potilasturvallisuuteen liittyviä havaintoja. Potilaiden palautetta toiminnan laadusta ja potilasturvallisuudesta on hyvä käsitellä rinnakkain muiden organisaation keräämien seurantatietojen kanssa. (Kansallisen potilasturvallisuusstrategian asiantuntijaryhmä 2011, 18.)

Erehdykset ja haitat tulee välittömästi ottaa avoimesti puheeksi potilaiden ja omaisten kanssa (Potilasturvallisuuden työkalut –työvaliokunta 2010, 189). Haittatapahtumasta tulee kertoa potilaalle potilasturvallisuussuunnitelmassa yhteisesti sovittujen menettelytapojen mukaan. Tapahtuma ja sen mahdolliset seuraamukset käydään läpi sekä potilaan että myös läheisten kanssa hänen niin toivoessaan. Potilaalle on kerrottava, että hänellä on oikeus tehdä asiasta muistutus, mikäli hän on tyytymätön saamaansa kohteluun ja hoitoon. Se tehdään terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle tai muulle turvallisuudesta vastaavalle henkilölle. (Kansallisen potilasturvallisuusstrategian asiantuntijaryhmä 2011, 19.)

Avoimessa ilmapiirissä, jossa myös erehdyksistä ja haitoista puhutaan osana toiminnan kehittämistä, potilaat uskaltavat puuttua toiminnassa ja ympäristössä havaitsemiinsa puutteisiin ja ottaa esille myös henkilöstön käyttäytymisessä ja suhtautumisessa havaitsemansa puutteet, jotka uhkaavat potilasturvallisuutta. On olemassa sekä kotimaisia että kansainvälisiä esimerkkejä potilaille suunnatuista ohjeista, joiden avulla he voivat varmistaa hoitonsa turvallisuutta. (Potilasturvallisuuden työkalut –työvaliokunta 2010, 189.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää, että jokaisella terveydenhuollon toimintayksiköllä on potilasasiamies, joka antaa tietoa potilaalle tämän oikeuksista ja toimii edistääkseen potilaan oikeuksia. Hänen tehtävänsä on neuvoa ja avustaa potilasta, jos tämä on tyytymätön saamaansa hoitoon. (Kansallisen potilasturvallisuusstrategian asiantuntijaryhmä 2011, 19.)

Potilaan lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöt raportoivat huomaamistaan haittatapahtumista. Potilasvahinkoraportointi toteutetaan paikallisesti yksikössä, mutta ohjeet pohjautuvat kansalliseen potilasturvallisuusstrategiaan ja WHO-, OECD-, ja EU-tason määrittämiin. (Kinnunen ym. 2009.) Kansainvälisesti on olemassa useita vaaratapahtumien malleja, joista yleisin Suomessa on HaiPro-luokitus. Se on käytössä yli 200:ssa sosiaali- ja terveysalan yksikössä ja kokonaiskäyttäjämäärä on yli 140 000. HaiPro tehdään sähköisesti nimettömänä, ja ne käsitellään myöhemmin monivaiheisessa prosessissa. Kerättyä tietoa hyödynnetään valtakunnallisesti yhä parempien potilasturvallisuuskäytäntöjen kehittämisessä. (HaiPro. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä 2015.)

On olemassa valtakunnallinen lakisääteinen hoitoilmoitusten rekisteröinnin työkalu Hilmo. Rekisteristä saatava tieto jalostetaan kehitystyövälineeksi. Global Trigger Tool -mittarilla (GTT) tunnistetaan ja arvioidaan vaaratapahtumia. Arviointia varten kootaan pieniä, satunnaisia otoksia ja tuloksia tutkitaan organisaatiokohtaisesti. On olemassa myös Potentiaalisten ongelmien analyysi (POA) sekä Root cause analysis eli RCA, joilla tutkitaan vaaratapahtumia. (THL 2015d.)

Artikkelissa Errors, near misses and adverse events in the emergency department: What can patients tell us? Friedman, Provan, Moore ja Hanneman (2008) selvittivät, kuinka hyvin potilaat ja heidän perheenjäsenensä kykenivät tunnistamaan haittatapahtumia ensiavussa. Potilaiden ilmoituksia vertailtiin terveydenhuollon ammattilaisten tekemiin ilmoituksiin. Potilaat pyydettiin standardoituun haastatteluun 24 tunnin sisällä ensiavusta poispääsystä ja uudelleen 3–7 päivän päästä.

292 potilaasta 201:tä haastateltiin 24 tunnin sisällä poispääsystä ja seuraavassa vaiheessa haastateltiin 143 potilasta. Haastatteluiden perusteella

löydettiin 10 haittatapahtumaa, 8 läheltä piti -tilannetta eikä yhtään lääkevahinkoa. 10 haittatapahtumasta kuusi luokiteltiin estettävissä oleviksi tapahtumiksi. Hoitohenkilökunta katkaisi neljä kahdeksasta läheltä piti -tilanteesta. Tunnistetut haittatapahtumat liittyivät lähinnä viivästyneeseen tai puutteelliseen kivunhoitoon. Yhtäkään haittatapahtumista ei ollut kirjattu sairaalan haittatapahtumaohjelmaan tai ensiavun potilastietoihin. (Friedman, Provan, Moore & Hanneman, 2008.)

2.6.6 Potilaan tunne turvallisuudestaan

Potilasturvallisuuden tunteeseen sisältyy sekä tunne turvallisuudesta että tieto siitä. Usein pelkkä tieto ammattilaisten läsnäolosta rauhoittaa potilasta. Tieto ammattihenkilöiden osaamisesta ja koulutustuneisuudesta saa potilaan ajattelemaan, että riskit ovat hallittavissa. (Leino-Kilpi 2010.) Potilaalla on oikeus saada turvallista ja vaikuttavaa hoitoa (Helovuo ym. 2011). Tämän takia potilaan kuuleminen potilasturvallisuutta kehittäessä on tärkeää.

Potilaille suoritetun kyselytutkimuksen mukaan 94 % potilaista piti terveydenhuoltoa Suomessa turvallisena. Noin neljäsosa vastaajista arvioi, että potilas voisi vahingoittua sairaalahoidon aikana. 22 % potilaista oli kokenut virheen hoitajaksonsa aikana, joka koski lääkitystä, infektiota tai hoitoon pääsyä. Kahdeksalle prosentille potilaista oli kerrottu virheestä ja anteeksi oli pyydetty kolmelta prosentilta. Yli 65-vuotiaiden miesten ja vuodeosastopotilaiden mielestä hoitohenkilökunnalla ei ollut tarpeeksi aikaa heille. Kuitenkin suurimmaksi osaksi potilaat arvioivat potilasturvallisuutensa joko erinomaiseksi tai erittäin hyväksi hoitajaksonsa aikana. (Sahlström 2011, 73–74, 82–83.)

Lisäksi potilaan aikaisemmat kokemukset sekä läheisten kokemukset riskeistä vaikuttavat (Leino-Kilpi 2010, 175). Potilaita ja heidän omaisiaan tulee kannustaa avoimeen kanssakäymiseen terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Ammattihenkilöiden on osattava suhtautua potilaalta ja hänen läheisiltään tuleviin kysymyksiin ja palautteisiin luonnollisena ja arvokkaana osana potilasturvallisuuden kehittämistä. (Helovuo ym. 2011.) Potilaita tulisi kannustaa ilmaisemaan huolensa tai kysymyksensä hoitoon liittyvissä asioissa. Erehdykset tulee välittömästi ottaa puheeksi potilaan ja hänen

omaistensa kanssa. Avoimessa ilmapiirissä potilaat uskaltavat puuttua toiminnassa tai ympäristössä havaitsemiinsa puutteisiin ja ottaa esille havaitsemansa turvallisuutta uhkaavat puutteet. (Potilasturvallisuuden työkalut -työvaliokunta 2010, 189.) Huonosti kulkeva tieto, eri yksiköiden välisen toiminnan niveltyttömyys ja epämääräinen tai suppea tiedottaminen saavat aikaan turvattomuuden tunnetta. Potilaan on voitava luottaa siihen, että hänelle kerrotut asiat ovat totta eikä niitä ole kaunisteltu tai vääristelty. (Leino-Kilpi 2010, 175.)

2.6.7 Turvallisuuden tunnetta edistävä tieto

Turvallisuutta edistävää tietoa on ainakin kahdenlaista: ideologista ja operatiivista. Ideologinen tieto on pitkäaikaisemmän vaikutuksen tietoa. Kyse on esimerkiksi terveystieteistä, jossa tavoitellaan elinikäisiä terveyttä edistäviä elämäntapamuutoksia. Operatiivinen tieto taas on tiettyyn tilanteeseen ja toimintaan, kuten haavanhoitoon liittyvää. Tiedon tulisi myös olla sisällöllisesti moniulotteista. (Leino-Kilpi 2010, 177.) Potilaan aktiivisuuteen vaikuttaa potilasturvallisuuteen vaikuttaa myös tieto potilasturvallisuuskysymyksistä. Haittatapahtumista tiedottaminen väestölle kannustaa potilaita ja omaisia "valppauteen". Toisaalta ei ole hyvä pelotella liikaa, koska se voi aiheuttaa epäluottamusta ja johtaa sairaalaan saapumisesta kieltäytymiseen. (Helovuori ym. 2011, 178.)

Potilasaineistosta kerätyssä kyselytutkimuksessa kävi ilmi, että vajaa puolet arvioi, että heille kerrottiin hoitoon liittyvistä riskeistä. 15 % vastanneista ei saanut mielestään tietää tarpeeksi riskeistä ja joka kymmenes ei ollut saanut tietoa hoitovaihtoehtoista. Puolet potilaista koki saavansa osallistua hoitoonsa ja heitä rohkaistiin kysymään hoitoon liittyviä kysymyksiä. (Sahlström 2011, 63.)

Suurimmalle osalle tutkituista potilasturvallisuusoppaat olivat vieraita, mutta 41 % arvioi tietävänsä paljon potilasturvallisuudesta. Puolet potilaista ajatteli pystyvänsä tunnistamaan hoitovirheitä. Potilaat halusivat oppia lisäämään hoidon turvallisuutta ja arvelivat kykenevänsä auttamaan potilasturvallisuuden parantamisessa. Kaikki potilaat olivat sitä mieltä, että hoitohenkilöstö oli tehnyt parhaansa heidän turvallisuutensa eteen. (Sahlström 2011, 63.)

Erään tutkimuksen mukaan 11 % potilaista oli tietoisia lääkkeisiin liittyvistä virheistä hoitonsa aikana. Hoitohenkilökunnasta 29 % arveli, että ainakin yksi lääkitysvirhe onnistuttiin estämään, koska potilas tai hänen omaisensa huomasivat virheen. (Weingart, Toth, Eneman, Aronon, Sands, Ship, Davis & Phillips 2004.)

Terveystieteiden alan ammattilainen kohtaa työssään potilaiden tietämisen kirjon. Osalle potilaista terveydenhoidon termit ja käytänteet saattavat olla hyvinkin vieraita. Heidän voi olla vaikea kuvata oireitaan ja tuntemuksiaan. Osa puolestaan tietää kiinnostuksensa tai aikaisemman kokemuksensa vuoksi paljon ja pystyy kertomaan tilanteestaan tarkasti. Joillakin potilailla voi olla vahvat, muttei ehkä aina niin realistiset, näkemykset hoidostaan. On kuitenkin huomioitava, että ammattilaisen ja potilaan tietäminen on lähtökohdaltaan erilaista, mikä tekee suhteesta tiedollisesti epäsymmetrisen. Tätä ei tule ottaa negatiivisesti, eivätkä potilaat tai ammattilaiset yleensä kyseenalaistakaan toistensa tietoa. (Kettunen & Gerlander 2013, 296–297.)

2.7 Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta

Sosiaali- ja terveysministeriössä julkaistiin 6.4.2011/341 asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta, jossa sovittiin muun muassa laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden vastuuhenkilöistä sekä turvallisuutta tukevista henkilöstöjohtamisen periaatteista sekä avointa turvallisuuskulttuuria tukevista arvoista ja menettelytavoista. Lisäksi asetuksessa käsiteltiin potilaan mahdollisuuksia antaa palautetta sekä omaisten tiedottamista potilasta kohdanneista haittatapahtumista. Myös opiskelijoiden perehdyttämistä, riskien ennakoimista ja tunnistamista ja vaara- ja haittatapahtumien tunnistamista ja raportoimista käsiteltiin. Asetus tuli voimaan 1.5.2011. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 1. §.)

2.8 Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013 – Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä

Kyseessä on ensimmäinen suomalainen potilasturvallisuusstrategia. Sen toiminta-ajatuksena on, että potilasturvallisuutta edistetään yhdessä. Tavoitteena on, että hoito on vaikuttavaa ja turvallista vuoteen 2013 mennessä. Näihin tavoitteisiin pyritään pääsemään sillä, että potilas osallistuu potilasturvallisuuden parantamiseen, turvallisuutta hallitaan ennakoivasti ja oppimalla, vaaratapahtumista opitaan ja niitä ennakoidaan, turvallisuuden edistämiseen varataan riittävät voimavarat ja se otetaan huomioon tutkimuksessa ja opetuksessa. Potilasturvallisuusstrategian on valmistellut Sosiaali- ja terveysministeriön asettama potilasturvallisuuden edistämisyhmä aikana 11/2006–10/2009. Strategiassa potilasturvallisuutta käsitellään neljästä näkökulmasta; turvallisuuskulttuuri, johtaminen, vastuu ja säädökset. Tärkeimpiä tavoitteita ovat potilaan informointi, vaaratapahtumien raportointi, riskien ennakointi, henkilöstön osaaminen sekä riittävät voimavarat potilastyössä.

Terveydenhuollon lainsäädäntö edellyttää, että toiminta on ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista, näyttöön perustuvaa, laadukasta ja turvallista (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013, 15). Strategian keskeinen tavoite on, että potilas, asiakas ja hänen läheisensä ovat mukana potilasturvallisuuden parantamisessa. Potilaan kanssa on oltava yhteisymmärryksessä. Potilasta kuunnellaan, hän voi tuoda ilmi tarvittavat taustatiedot ja osallistua hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen sekä tuoda ilmi huoliaan ja ajatuksiaan. Tämä edellyttää, että hänelle suodaan riittävästi tietoa ja neuvontaa sairauden hoidosta sekä lääkehoidosta. Myös omaisia on potilaan niin halutessa informoitava. Potilaan täytyy voida tietää, kehen ottaa yhteyttä potilasturvallisuutta koskevissa asioissa. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013, 15.)

Haittatapahtuman sattuessa siitä sekä sen seurauksista on keskusteltava avoimesti sekä potilaan että hänen läheistensä kanssa. Anteeksiipyntö tukee avoimuutta. Potilaalla tulee olla mahdollisuus tuoda ilmi havaitsemiaan potilasturvallisuuspuutteita ja niihin on tartuttava muutoksen aikaansaamiseksi. Potilaan tulee saada palautetta. (Edistämme

potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013, 15 – 16.)

Tavoitteena on, että organisaatiolla tulisi olla yhteiset toimintakäytännöt haittatapahtumien jälkihoitoon. Henkilöstö tulee perehdyttää menettelytapoihin toimipaikkakoulutuksella. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013, 16.)

Potilasturvallisuuden kokonaisvastuu on organisaation johdolla. Toisaalta jokaisella sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöllä on vastuu omasta toiminnastaan. Heidän tulee sitoutua potilasturvallisuuden edistämiseen kehittämällä omaa työtään, osaamistaan ja toimintaansa. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013, 14.) Vastuuta ei voi delegoida ja olosuhteet on järjestettävä sellaisiksi, että hoito voidaan toteuttaa turvallisesti. Henkilökuntaa tulee olla riittävästi ja työntekijöillä tarpeeksi osaamista. Kaikki päätökset, myös taloudelliset sellaiset, tulee arvioida potilasturvallisuuden näkökulmasta. Johdolla on keskeinen vastuu riskien analysoimisesta sekä niihin varautumisesta. Johdon täytyy myös huolehtia, että seurantatietoa potilasturvallisuudesta hyödynnetään yksiköiden kehittämisessä. Työntekijöitä täytyy tukea mahdollisten seuraamusten kaikissa vaiheissa ja ilmapiiriin tulee olla syyllistämätön. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013, 14 – 15.)

2.8.1 Riskien ja laadun hallinta

Potilasturvallisuutta on pyrittävä hallitsemaan ennakoimalla, laadun- ja riskienhallinnan avulla. Piilevät riskit tulisi saada esiin jo ennen kuin haittoja pääsee syntymään. Tiedonhallintaan, organisaatiouudistuksiin sekä uuden teknologian ja hoitokäytäntöjen käyttöönottoon liittyy paljon potilasturvallisuusriskejä. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013, 16.)

Tavoite olisi, että organisaatiossa olisi laaja riskien- ja laadunhallintajärjestelmä. Henkilöstön osaamisesta täytyy huolehtia ja hyödyntää muiden toimijoiden hyväksi havaittuja potilasturvallisuuskäytäntöjä.

(Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013, 16.)

Laadukkaalla organisaatiolla on selkeät menetelmät haittatapahtumien ja poikkeamien käsittelyä, raportointia ja seuranta varten. Kerätty tieto on koottava paikallisesti, ja siitä on voitava keskustella henkilöstön ja johdon välillä avoimesti ja säännöllisesti. Matalan kynnyksen raportoinnin päämäärä on hoidon turvallisuuden jatkuva kehittäminen. Kaikki potilasvahingoista ja läheltä piti -tilanteista tuleva tieto on pyrittävä hyödyntämään toiminnan parantamisessa. Organisaatiolla tulee olla ohjeet seuraamuksiltaan merkityksellisten haittatapahtumien käsittelyyn, raportointiin ja palautteeseen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos kokoaa ja arvioi tietoa potilasturvallisuudesta kansallisten tietokantojen ja rekisterien avulla. Poikkeamien raportoinnin ja niistä oppimisen tulee kuulua kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutusohjelmaan, samoin ammattihenkilöiden toimipaikkakoulutukseen. Organisaatioissa tulisi noudattaa valtakunnallisen raportoinnin yleisiä linjauksia ja hyödyntää valtakunnallisia indikaatioita potilasturvallisuuden kehittämiseksi. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013, 16 – 17.)

2.8.2 Potilasturvallisuuden systemaattinen edistäminen

Potilasturvallisuutta tulisi edistää suunnitelmallisesti. Johdon vastuulla on potilasturvallisuussuunnitelman laatiminen, ja se on liitettävä osaksi suurempaa laadun- ja riskienhallinnan kokonaisuutta. Asiaa edistämään pitäisi nimetä koordinoivat henkilöt. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013, 17.)

Potilasturvallisuus tulee huomioida tutkimuksessa ja opetuksessa. Jokaisella työntekijällä on vastuu osaamisensa riittävydestä. Työnantajalla on vastuu työntekijän perehdytyksestä ja lisäkoulutuksesta. Myös oman osaamisensa rajat on kyettävä tunnistamaan ja myöntämään. Perehdytyksen on oltava riittävää, organisaatiossa harjoittelevat opiskelijat on perehdytettävä hyvin ja vakituisten sekä määräaikaisten työntekijöiden osaaminen tulee varmentaa. On uskallettava ilmoittaa, mikäli ei jotakin työtehtävää hallitse. Kaikkien henkilökuntaan kuuluvien tulisi osaltaan edistää potilasturvallisuutta. On

tärkeää ottaa oppia muilta riskialttiilta aloilta kuten esimerkiksi ilmailulta. Silti tulee hankkia tietoa myös terveydenhuollon piirissä suoritetujen potilasturvallisuustutkimusten kautta. Tutkimuksilla etsitään samalla kustannustehokkaita keinoja, jotka parantavat potilasturvallisuutta. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013, 18.)

2.8.3 Valtakunnalliset linjaukset

Potilasturvallisuuden kehittämiseen on määritetty valtakunnallisia linjauksia, joiden mukaan lainsäädäntö ja suositukset ohjaavat terveydenhuollon toimintaa. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee säädökset ja sen laitokset vastaavat valtakunnallisesta kehittämisestä ja koordinoinnista.

Potilasturvallisuuden kehittäminen ja sen jälkikäteen valvominen viranomaisvoimin on pidettävä aina hallinnollisesti erillään. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtävänä on tukea potilasturvallisuusstrategian käyttöönottoa, kehittää välineitä ja työtapoja sekä seurata turvallisuuden kehittymistä. Laitoksen tulee myös edistää tutkimusta ja olla mukana sekä kansallisessa että kansainvälisessä yhteistyössä. Potilasturvallisuus on sisällytettävä jokaiseen sosiaali- ja terveysalan tutkintoon sekä täydennyskoulutuksiin. Potilasturvallisuustutkimuksen laatua on edistettävä rahoittamalla sen tutkimista. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013, 19.)

3 YHTEENVETO TEOREETTISISTA LÄHTÖKOHDISTA

Potilasturvallisuuden osa-alueita ovat esimerkiksi lääkitysturvallisuus, lääketurvallisuus, laiteturvallisuus sekä hoidon turvallisuus. Laiteturvallisuus tarkoittaa terveydenhuollon laitteiden sekä niiden käytön turvallisuutta hoitotyössä. Laitteiden turvallista käyttöä säätelee laki. Hoidon turvallisuus tarkoittaa hoitomenetelmien ja hoitamisen turvallisuutta (THL 2015c.)

Potilaiden turvallisuuden edistämiseen liittyy keskeisesti myös potilasturvallisuuskulttuuri. Se on määritelty yksilöiden ja yhteisön tavaksi

toimia siten, että potilaiden saaman hoidon turvallisuus varmistetaan (Helovuo ym. 2011, 177.) Hyvässä potilasturvallisuuskulttuurissa potilasturvallisuutta pidetään organisaatiossa suurena arvossa, ja sitä pyritään edistämään systemaattisesti (Helovuo ym. 2011, 92).

Potilaat voivat osallistua potilasturvallisuuden edistämiseen. Heidän tulisi voida itse tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä hoitohenkilökunnan tuella ja hakea tietoa esimerkiksi Internetistä. Potilaan oman tiedon ja toiminnan merkitys on jäänyt potilasturvallisuuskeskustelussa kuitenkin vähäiselle huomiolle. (Leino-Kilpi 2010, 173–174.) On todettu, että hoitajat pystyvät omilla asenteillaan ja käyttäytymisellään vaikuttamaan potilaan halukkuuteen osallistumaan omaan hoitoonsa (Sahlström 2011, 29-30). Potilas voitaisiin nähdä keskeisenä potilasturvallisuustekijänä (Leino-Kilpi 2010, 173).

Potilaiden aktiivista roolia haattatapahtumien ehkäisyssä on korostettu kansainvälisissä potilasturvallisuussuosituksissa. Suomessa ei ole vielä varsinaisia potilasturvallisuussuosituksia. Toisaalta potilaan liiallisen osallistumisen oman turvallisuutensa parantamiseen on nähty siirtävän liikaa vastuuta potilaalle itselleen. (Sahlström 2011, 29–30.)

Potilaiden voimaannuttaminen edellyttää potilaan tiedonsaantia ja neuvontaa. Hoitoon liittyvät riskit tulisi ennakoida heti ja niistä keskustella potilaan kanssa. (Kansallisen potilasturvallisuusstrategian asiantuntijaryhmä 2011, 17.)

Helovuo on laatinut teoksessaan Potilasturvallisuus - potilasturvallisuuden kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti potilaan muistilistan asioista, jotka varmistamalla potilas voisi parantaa omaa turvallisuuttaan.

Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman ohjeen mukaan potilaalla on velvollisuus varmistaa, että hoitohenkilökunnalla on hänestä oikeat tiedot ja että hänelle kerrotaan hoitomahdollisuuksista (Leino-Kilpi 2010, 174).

Potilaalle täytyy suoda tarpeeksi aikaa kertoa sairaudestaan ja sen etenemisestä. Useimmiten potilas on paras tiedonlähde omasta itsestään ja terveysongelmistaan. (Helovuo ym. 2011, 178.) Potilasta kehoitetaan myös ottamaan avoimesti puheeksi henkilökunnan kanssa, jos hän huomaa puutteita potilasturvallisuudessa. Terveystenhuollon toimintayksiköille ja vanhainkodeille tehdyn selvityksen mukaan potilaita oli kuitenkin otettu mukaan potilasturvallisuuden edistämiseen vain 23 prosentissa tapauksista. (Leino-Kilpi 2010, 174.)

Kaikki potilaat eivät halua osallistua potilasturvallisuuden edistämiseen (Helovuori ym. 2011, 179). Potilaalta vaaditaan nykyisin yhä enemmän vastuunottoa ja aktiivisuutta hoidostaan ja tilanteensa seurannasta. Useat hoidot ovat siirtyneet kotiin. Sen takia epäusko ja epäluottamus omaan kykyyn hoitaa itseään voivat ahdistaa ja vaikuttaa myös siihen, miten potilas kykenee ymmärtämään hoitoonsa liittyviä asioita. (Kettunen & Gerlander 2013, 296.) Usean tutkimuksen mukaan valtaosa potilaista oli sitä mieltä, että he pystyisivät vaikuttamaan potilasturvallisuuteensa (Schwappach & Wernli 2010; Waterman, Gallaghe, Garbutt, Waterman, Fraser & Burrough 2006, 368 - 369).

Potilasturvallisuuden tunteeseen sisältyy sekä tunne turvallisuudesta että tieto siitä. Usein pelkkä tieto ammattilaisten läsnäolosta rauhoittaa potilasta. Tieto ammattihenkilöiden osaamisesta ja koulutustunneisuudesta saa potilaan ajattelemaan, että riskit ovat hallittavissa. (Leino-Kilpi 2010, 175.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää Karhulan sairaalan potilaiden käsityksiä potilasturvallisuudesta. Tavoitteena oli tutkia potilaan näkökulmasta, miten potilasturvallisuutta voitaisiin sairaalassa kehittää ja miten potilaat uskovat voivansa itse vaikuttaa turvallisuuteensa. Tutkimuksesta on hyötyä sekä Karhulan sairaalan potilaille että henkilökunnalle. Tutkimuksen avulla on mahdollisuus kehittää uusia toimintamalleja potilasturvallisuuden ja turvallisuudentunteen parantamiseksi.

Tutkimuksessa etsittiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten potilaat käsittävät potilasturvallisuuden?
2. Minkälaiseksi potilaat arvioivat omat mahdollisuutensa vaikuttaa potilasturvallisuuteensa?

5 TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisin eli laadullisin menetelmin. Pääsääntöisesti kvalitatiivinen tutkimus noudattaa yleistä tutkimusprosessia, mutta

aineistonkeruuvaiheen sykli on erilainen. Aineiston määrää ei voi tietää etukäteen, vaan määrän ratkaisee aineiston kylläntyminen eli saturaatio. Saturaatio tarkoittaa sitä, että uusi aineisto ei tuota enää uutta tietoa, vaan samankaltaiset vastaukset toistuvat. (Kananen 2015, 128.) Tässä tutkimuksessa pyrittiin saturaatioon, mutta tutkittavien rajallisesta määrästä johtuen aineisto olisi voinut saturoitua enemmän.

Laadullisen aineiston ongelmana voi olla esimerkiksi aineiston runsaus, laajuus tai moninaisuus. Usein vaaditaan aineiston jatkokäsittelyä, jotta aineiston pystyy analysoimaan. Tutkijan on löydettävä vastaus tutkimusongelmaan laajastakin aineistosta. (Kananen 2015, 129.) Aineisto käytiin kokonaisuudessaan läpi ja osa siitä jouduttiin rajaamaan pois tutkimuskysymyksiin liittymättömänä.

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoimatonta teemahaastattelua eli puolisuunniteltua haastattelua. Teemahaastattelussa edetään tiettyjen etukäteen valittujen teemojen pohjalta ja kysytään niihin liittyviä tarkentavia kysymyksiä. Teemahaastattelun kysymykset ovat puoliavoimia tai osittain avoimia. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 75.) Tämän työn tutkimuskysymysten pohjalta muotoiltiin haastatteluteemat (liite 2). Potilaita haastateltiin teemojen pohjalta ja heiltä kysyttiin tarkentavia kysymyksiä. Jos potilas ei ymmärtänyt käsitettä, se selvitettiin hänelle tarvittaessa. Keskustelun kulku on teemahaastattelussa vapaa, mutta ennakoteemoilla varmistetaan keskusteltavat aihekokonaisuudet (Kananen 2015, 145).

Teemahaastattelussa korostetaan haastateltavien tulkintoja asioista, asioiden merkityksen syntyä vuorovaikutuksessa ja ihmisten asioille antamia merkityksiä. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 75). Myös tässä tutkimuksessa jokainen haastattelu oli tunnelmaltaan erilainen, ja potilaat toivat hyvin erilaisia merkityksiä käsitteille.

Haastattelut toteutettiin Karhulan sairaalassa hoitajien valitsemissa paikoissa, jossa haastateltava pystyi olemaan rauhassa haastattelijoiden kanssa ilman pelkoa kuulluksi tulemisesta. Haastattelijat informoivat etukäteen osastonhoitajia tutkimuksesta ja sen ajankohdasta, osastonhoitajat välittivät informaation eteenpäin hoitajille ja hoitajat edelleen potilaille. Hoitajat etsivät potilaiden joukosta sopivat vapaaehtoiset vastaajat. Teemahaastattelun informantit valitaan niin, että tutkittava ilmiö koskettaa heitä (Kananen 2015,

145). Tutkijat menivät Karhulan sairaalaan yhtenä päivänä keväällä 2016, jolloin sairaalan hoitajat valitsivat osastoilta 12 potilasta, joista 10 suostui haastatteluun. Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla. Haastateltavien henkilöllisyyksiä ei missään vaiheessa mainittu. Haastattelusta ei voitu saada selville, miltä osastolta potilas oli tai mitä hän sairastaa.

Vielä ennen haastattelua haastattelijat kertoivat potilaalle, keitä ovat sekä minkälaista tutkimusta ollaan tekemässä. Lisäksi kerrottiin anonymiteetin säilymisestä sekä kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Potilaat allekirjoittivat tietoisesti suostumuksen lomakkeen haastatteluun osallistumisesta (liite 4).

Teemahaastattelun voi suorittaa yksilö- tai ryhmähaastatteluna (Kananen 2015, 148). Tähän työhön valittiin yksilöhaastattelu, koska ryhmähaastattelu ei sovi haastatteluun, jossa käsitellään henkilökohtaisia tai arkaluontoisia tietoja. Ryhmähaastattelua ei myöskään voi käyttää, mikäli ryhmä koostuu tutkimusongelman kannalta saman kokeneista ihmisistä. Yksilöhaastattelun haasteena on materiaalien litteroinnin, analysoinnin ja tulkinnan aikaa vievyys. (Kananen 2015, 149.)

6 AINEISTON ANALYYSI

Materiaalit analysoitiin sisällönanalyysin menetelmin. Se on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Sen avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta, eikä sitä voi pitää pelkästään laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä. Ensiksi sisällönanalyysissä päätetään, mikä aineistossa kiinnostaa, ja pysytään päätöksessä. Sitten käydään aineisto läpi ja merkitään kiinnostavat asiat. Muut asiat eivät sisälly tutkimukseen. Poimitut asiat kerätään yhteen ja erotetaan muusta aineistosta. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 91 – 93.) Tässä tutkimuksessa haastattelut litteroitiin, minkä jälkeen litteroidut haastattelut käytiin läpi tutkimuskysymyksittäin. Vastaukset kysymykseen 1. ”Miten potilaat käsittävät potilasturvallisuuden?” merkittiin punaisella, ja kysymykseen 2. ”Minkälaiseksi potilaat arvioivat omat mahdollisuutensa vaikuttaa potilasturvallisuuteensa?” merkittiin keltaisella.

Seuraavaksi aineisto tyypiteltiin. Tyypittelyssä aineisto ryhmitellään tyypeiksi. Näkemyksille etsitään yhteisiä ominaisuuksia ja niistä muodostetaan eräänlainen yleistys eli tyyppiesimerkki. Lopuksi kirjoitettiin yhteenveto. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 91 – 93.) Ensimmäisestä tutkimuskysymyksestä muodostettiin kolme tyyppiä:

Tyyppi 1. Potilas ei tiedä, mitä potilasturvallisuus tarkoittaa.

Tyyppi 2. Potilaalla on oma käsityksensä siitä, mitä potilasturvallisuus on, mutta se ei sisältänyt niitä asioita, joilla tässä tutkimuksessa potilasturvallisuus on aiemmin määritelty (Ks. THL 2015c).

Tyyppi 3. Potilas tietää osan siitä, mitä potilasturvallisuus tarkoittaa.

Toisesta tutkimuskysymyksestä muodostettiin niin ikään kolme tyyppiä:

Tyyppi 1. Potilas ei koe pystyvänsä vaikuttamaan omaan potilasturvallisuuteensa.

Tyyppi 2. Potilas haluaisi voida vaikuttaa enemmän omaan potilasturvallisuuteensa.

Tyyppi 3. Potilas kokee pystyvänsä vaikuttamaan omaan potilasturvallisuuteensa.

Laadullisen tutkimuksen aineistosta paljastuu usein kiinnostavia asioita, joita ei olisi osannut etukäteen ajatella. On kuitenkin muistettava, ettei kaikkia mahdollisia asioita voi tutkia yhdessä tutkimuksessa. Asioista, joista tutkimuksessa on kiinnostuttu, pitäisi saada selvyys tutkimusongelmasta tai tutkimustehtävästä. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 92.) Myös tässä tutkimuksessa potilaat mainitsivat mielipiteitään esimerkiksi viihtyvyydestään sairaalassa sekä kertoivat avoimesti terveydenhuoltoon liittyvistä kokemuksistaan, mutta tästä tutkimuksesta nämä asiat rajattiin pois, sillä ne eivät liittyneet tutkimuskysymyksiin.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoitus selvittää Karhulan sairaalan potilaiden käsityksiä potilasturvallisuudesta. Lisäksi selvitettiin heidän ajatuksiaan omista

vaikuttamisen mahdollisuuksistaan potilasturvallisuuteen. Haastattelu suoritettiin yksilöhaastatteluina, ja haastattelutyylinä käytettiin teemahaastattelua. Haastatteluteemojen (liite 2) avulla etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin.

7.1 Potilaiden käsitykset potilasturvallisuudesta

Tässä tutkimuksessa käytettiin seuraavaa potilasturvallisuuden määritelmää:

”Potilasturvallisuus tarkoittaa terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumiselta.

Potilasturvallisuus käsittää hoidon, josta ei koidu vaaraa potilaalle lipsahduksen, erehdyksen tai unohduksen vuoksi. Se sisältää myös hoitoyksikön käytännöt ja prosessit, joilla kyetään ennakoimaan ja estämään vaaratilanteita hoidossa. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus on sitä, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (THL 2015c).” Potilaiden vastauksia analysoitaessa teoria otettiin huomioon ja joitakin vastauksia verrattiin teoriaan, mutta potilailla oli myös omia hyviä näkökulmia potilasturvallisuuteen.

Osa potilaista kertoi, ettei tiennyt, mitä potilasturvallisuus tarkoittaa.

Selityksenä tälle potilaat kertoivat kokevansa, että vain terveydenhuollon ammattilaiset voivat tietää, mitä käsite tarkoittaa. Muutama ei ollut kiinnostunut asiasta, eikä ollut tullut edes ajatelleeksi aihetta ennen haastattelua. Joidenkin mielestä käsite oli liian haastava. Toisaalta eräs potilaista ei ollut koskaan tuntenut turvallisuutensa vaarantuneen, eikä näin ollen ollut kokenut tarvetta tutustua käsitteeseen tarkemmin. Yksi potilaista taas mainitsi olevansa ensimmäistä kertaa sairaalahoidossa, eikä siitä syystä kokenut tietävänsä, mitä käsite tarkoittaa.

Joillakin potilailla oli oma käsityksensä siitä, mitä potilasturvallisuus tarkoittaa, mutta se ei ollut tutkimuksessa käytetyn määritelmän mukainen.

Eräs potilaista ymmärsi potilasturvallisuuden tarkoittavan sitä, että sairaus saadaan parannettua eikä potilaan tarvitse pelätä kuolevansa. Toinen taas ajatteli, että potilasturvallisuutta lisää sairaalan ulkopuolisten ihmisten

tapaaminen: *”Ei ole turvaton olo sosiaalisesti, kun omaiset käyvät. Toki liikunta ja pallopeliharrastukset ovat jääneet. Siinä mielessä olen sosiaalisesti turvaton.”* Osan mielestä potilasturvallisuus on yksinkertaisesti sitä, että potilaasta huolehditaan ja hoitajilla riittää aikaa potilaille. Lisäksi esille nousi yleisen siisteyden merkitys potilasturvallisuuden ylläpitämisessä.

Jotkut potilaat puolestaan tiesivät osan siitä, mitä potilasturvallisuus tarkoittaa. Muutaman mielestä potilasturvallisuus tarkoitti sitä, että potilaalla on hoidossa ollessaan turvallinen olo, potilas saa oikeanlaista hoitoa ja että hoidosta aiheutuu potilaalle mahdollisimman vähän haittaa. Toisten mielestä potilasturvallisuuden toteutumista edellytti se, että hoitohenkilökunta on pätevää, kun taas osan mielestä potilasturvallisuudessa on tärkeää, että potilas otetaan mukaan hoitoaan koskeviin päätöksiin. Kukaan potilaista ei tiennyt kaikkia potilasturvallisuuteen kuuluvia työssä esiintyviä määritelmiä, mutta moni tiesi yhden tai useamman. Lähes kaikki potilaat toivat esille sen, että turvallinen olo hoidossa kuuluu potilasturvallisuuteen.

7.2 2. Potilaiden arviot mahdollisuuksistaan vaikuttaa omaan potilasturvallisuuteensa

Osa potilaista ei kokenut pystyvänsä vaikuttamaan omaan potilasturvallisuuteensa. Parin potilaan mielestä oli vain tyydyttävä ”kohtaloonsa” esimerkiksi ison leikkauksen jälkeen eikä pyrittävä itse vaikuttamaan asioihin. Jotkut kokivat korkeampien voimien ohjailevan tapahtumia: *”Kaikki on yläkerran käsissä.”* Yksi potilaista ajatteli olevansa niin sairas, ettei pystynyt tai jaksanut yrittää vaikuttaa omaan potilasturvallisuuteensa. Useiden mielestä turvallisuudesta vastaaminen oli pelkästään hoitohenkilökunnan tehtävä. Osa taas ei kokenut tietävänsä tarpeeksi voidakseen vaikuttaa potilasturvallisuuteen. Jotkut vain kertoivat, etteivät ole pyrkineet vaikuttamaan turvallisuuteensa, eivätkä kertoneet erityistä syytä tähän.

Osa vastanneista taas haluaisi pystyä vaikuttamaan turvallisuuteensa nykyistä enemmän. He halusivat saada tietää enemmän aiheesta: *”Haluaisin saada tietää lisää potilaan oikeuksista, ne ovat kaikkein tärkeimmät.”* Toiset taas haluaisivat olla enemmän mukana hoitoaan koskevassa päätöksenteossa. Esille nousi myös lääketieteellisten termien käyttö: eräs

potilas ilmaisi, että haluaisi olla kuulemassa lääkäreiden ja hoitajien keskustelua hoidostaan ja diagnooseistaan paikan päällä selvällä suomen kielellä.

Pieni osa vastanneista koki pystyvänsä vaikuttamaan

potilasturvallisuuteensa esimerkiksi vaikuttamalla hoitoaan koskevaan

päätöksentekoon: *”Mie olen niin mie itte, ettei minun yli voi mennä. En tunne*

hätää.” Muutama taas kertoi pyrkivänsä lisäämään potilasturvallisuuttaan

noudattamalla hoito-ohjeita. Jotkut potilaat pyrkivät itse arvioimaan ohjeiden

paikkansapitävyyttä ja keskustelemaan siitä hoitohenkilökunnan kanssa. Yksi

vastanneista kertoi keskustelevansa muiden potilaiden kanssa ja jakavansa

tietoa hoitoon liittyvistä asioista. Muina keinoina vaikuttaa mainittiin hoitoon

liittyvistä asioista kysyminen, haittatapahtumista raportoiminen, riittävät tiedot

potilasturvallisuudesta sekä omalla käytöksellään vaikuttaminen. *”Vaan*

ainoastaan sillee, että sitä, jos on järkee vielä tallella sen verran, nii itse pitää

huolen, ettei mene mihinkää luvattomaan paikkaan ja (- -)”. ”No,

noudattamalla ohjeita, ja sitte tarvittaessa soittamalla apua.” Yksi potilaista

puolestaan koki, että sairauden kanssa on vain pakko pärjätä itse.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Sahlströmin tutkimuksessa (2011, 29–30) todetaan, että potilaiden aktiivista

roolia haittatapahtumien ehkäisyssä korostetaan kansainvälisissä

potilasturvallisuussuosituksissa. Kuitenkin potilaan oman tiedon ja toiminnan

merkitys on jäänyt potilasturvallisuuskeskustelussa vähäiselle huomiolle

(Leino-Kilpi 2010, 173–174). Tässä tutkimuksessa myös haastatellut potilaat

tuntuivat olevan pääosin sitä mieltä, ettei potilaan rooli potilasturvallisuudessa

ole merkittävä. Toiset kuitenkin kertoivat olevansa kiinnostuneita vaikuttamaan

potilasturvallisuuteensa.

Moni Karhulan sairaalan haastatelluista potilaista tiennyt, mitä

potilasturvallisuus tarkoittaa, eivätkä he myöskään olleet kiinnostuneita

aiheesta. Joillakin oli väärä käsitys siitä, mitä potilasturvallisuus tarkoittaa, kun

taas jotkut tiesivät osia siitä. Kukaan ei osannut täysin määritellä

potilasturvallisuutta, mutta noin puolella oli silti selkeästi käsitys aiheesta.

Vastauksissa korostui turvallisuuden tunteen tärkeys, johon liittyi esimerkiksi

se, ettei potilas koe olevansa yksin. Moni kaipasi enemmän aikaa hoitajilta ja ajatteli sen lisäävän turvallisuutta.

Kukaan potilaista ei tuonut esiin lääke- eikä laitehoidonturvallisuutta. Kukaan ei myöskään tuonut esille hoidon oikea-aikaisuuden tärkeyttä. Potilaiden mielestä tärkeintä oli tunne, että heistä välitetään ja pidetään huolta. Kuten Sahlströminkin (2011) tutkimuksesta tuli esille, myös tässä tutkimuksessa valtaosa potilaista koki potilasturvallisuuden toteutuvan sairaalassa ja koki olevansa turvallisissa käsissä. Moni halusi myös tuoda esille olevansa tyytyväinen saamaansa hoitoon, vaikkei asiaa tässä tutkimuksessa käsiteltykään.

Vastauksista korostui ehkä haastateltujen verrattain korkeasta iästä johtuen se, että moni koki olevansa kykenemätön vaikuttamaan potilasturvallisuuteensa. Potilaan vointi saattoi jo ennen sairaalaan tuloa olla ollut sellainen, että he tarvitsivat paljon apua muilta ihmisiltä. Silloin aktiivisen vastuun ottaminen itsestään ja hoidostaan saattoi siksi tuntua heille vieraalta. Jotkut potilaat vaikuttivat jopa hieman loukkaantuvan ajatuksesta, että vastuuta hoidosta siirrettäisiin potilaalle itselleen. Monet potilaat halusivat ottaa hoidon vastaan hoitohenkilökunnalta passiivisesti ja myöskin uskoivat asioiden olevan korkeamman voiman käsissä. Tärkeäksi omaa potilasturvallisuutta lisääväksi tekijäksi nousi hoito-ohjeiden noudattaminen. Kukaan potilaista ei maininnut seuraavansa hoitajien työskentelyä, esimerkiksi käsihygienian toteutumista eikä varmistavansa identiteettiään esimerkiksi lääkkeenjaossa.

Käsitys potilaan vaikuttamismahdollisuuksista potilasturvallisuuteensa ja hoitoonsa on muuttumassa. Tämän tutkimuksen haastateltavat eivät suurimmaksi osaksi vaikuttaneet innostuneen ajatuksesta, mutta joukossa oli myös muutama, jonka mielestä potilaan olisi hyvä päästä itse lisäämään potilasturvallisuuttaan. Samankaltainen tulos tuli esiin myös Sahlströmin (2011) tutkimuksessa. Kuitenkin mahdollisesti varsinkin nuorempi sukupolvi olisi kiinnostunut osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja turvallisuutensa edistämiseen. Lisäksi nykyään ihmiset lukevat tietoa paljon itse Internetistä, ja tietoa on paremmin saatavilla.

Jos potilaiden halutaan osallistuvan entistä enemmän hoitoonsa sekä auttamaan potilasturvallisuuden lisäämisessä, potilaan oma kiinnostuneisuus aihetta kohtaan on ensiarvoisen tärkeää. Se saa potilaan sitoutumaan ja ohjaa potilasta ottamaan selvää sekä oppimaan lisää potilasturvallisuudesta. Tässä tutkimuksessa jotkut potilaista ilmaisivat, ettei potilasturvallisuus käsitteenä kiinnosta heitä. Eräs potilas kertoi haastattelussa, ettei hänellä ole ollut kiinnostusta aiheeseen, koska se ei ole ollut esillä. Jatkossa olisi tärkeää saada potilaat kiinnostumaan potilasturvallisuudesta sekä saada heidät kokemaan, että potilasturvallisuus olisi enemmän esillä. Vain näin olisi mahdollista saada heidät sitoutumaan sen kehittämiseen ja kokemaan, että potilasturvallisuus kuuluu kaikille.

Jos potilaille kerrotaan hoidosta, sen tavoitteista ja esimerkiksi lääkityksen kohdalla siitä, mitä tulee tarkkailla mahdollisten haittavaikutusten varalta, he saattaisivat motivoitua paremmin hoito-ohjeiden noudattamiseen. Potilaat pystyvät myös paremmin ennaltaehkäisemään sairautta, jos heille kerrotaan siitä ja heitä kannustetaan siihen. Haittatapahtumia voitaisiin mahdollisesti vähentää, jos potilaat tietäisivät enemmän hoidostaan ja osaisivat seurata oikeaoppisen hoitamisen toteutumista. Potilas on itse itsensä paras asiantuntija, joten esimerkiksi varmistamalla identiteettinsä potilas voisi vähentää mahdollisuutta, että hoito annetaan väärälle henkilölle. He voisivat myös auttaa hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisyn varmistamisessa seuraamalla käsihygienian toteutumista. Myös Coulterin ja Ellinsin (2007) tutkimuksessa tuli esille, että potilaat haluaisivat saada tietää lisää hoidosta ja se edistäisi heidän osallistumistaan potilasturvallisuuden edistämiseen.

9 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta (trustworthiness) voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen eri menetelmiin liittyvillä luotettavuuskriteereillä tai yleisillä luotettavuuskriteereillä. Luotettavuuskriteereitä ovat muun muassa uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Uskottavuus (credibility) tarkoittaa tutkimuksen sekä tulosten uskottavuutta ja uskottavuuden osoittamista tutkimuksessa. Tutkijan on varmistettava, että

tutkimustulokset vastaavat tutkittujen käsitystä tutkimuskohteesta.

Laadullisessa tutkimuksessa ollaan erityisen kiinnostuneita tutkimukseen osallistujan näkökulmasta. Osallistujan näkökulman ymmärtäminen vaatii aikaa, siksi luotettavuutta vahvistaa se, että tutkija on riittävän pitkään tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Uskottavuutta voi vahvistaa myös tutkimuspäiväkirjalla, jossa tutkija kuvaa kokemuksiaan ja valintojaan. Yksi keino uskottavuuden lisäämiseen on triangulaatio, eli aihetta käsitellään yhdistelemällä eri näkökulmia. (Kylmä & Juvakka 2007, 128 – 129.) Tässä tutkimuksessa aihetta käsiteltiin rajatusti vain potilaan näkökulmasta. Tarkoituksena ei ollut siis saada välttämättä täydellistä totuutta kaikilta potilasturvallisuuden alueilta, vaan tiedustella potilaiden näkemyksiä ja heidän osallistumistaan potilasturvallisuuteen.

Vahvistettavuus (dependability, auditability) edellyttää koko tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voisi seurata prosessia pääpiirteissään. Tässäkin tutkimuspäiväkirjasta olisi hyötyä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tutkijat olivat perehtyneet hyvin aiheeseen ja aiheesta tehtyihin tutkimuksiin kirjoittaessaan teoreettista viitekehystä. Lähteet on merkitty niin, että teoriatieto on täysin jäljitettävissä ja keskeiset tutkimukset on kasattu tutkimustaulukkoon. Vahvistettavuus voi olla ongelmallinen kriteeri, sillä laadullisessa tutkimuksessa samankaan aineiston perusteella toinen tutkija ei välttämättä päädy samaan tulokseen (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tässä tutkimuksessakaan toinen tutkija ei välttämättä pääsisi samaan tulokseen, sillä haastateltavien määrä oli pieni, ja useilla oli eri näkemys asiasta.

Refleksiivisyys tarkoittaa, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan. Hänen on arvioitava, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tutkijat ovat arvioineet olevansa puolueettomia tutkimustulosten suhteen, koska heillä ei ole aikaisempaa työkokemusta Karhulan sairaalasta, eikä muitakaan kytköksiä sairaalaan. Tutkijat pyrkivät joka tilanteessa noudattamaan laadullisen tutkimuksen toteuttamisen ohjeita. Koska tutkijoita oli kaksi, he pystyivät myös arvioimaan toistensa työtä.

Siirrettävyys (transferability) tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimuksen osallistujista ja ympäristöstä on annettava siksi riittävästi informaatiota. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tässä

tutkimuksessa on selvennetty, missä tutkimus toteutettiin ja kuinka monta haastateltavaa tutkimukseen osallistui. Haastateltavista ei kuitenkaan ole voinut antaa tämän enempää informaatiota anonymiteetin säilyttämiseksi.

Tutkimuksen luotettavuutta saattaa vähentää se, että hoitajat valitsivat potilaat, eikä valinta välttämättä ollut aivan sattumanvarainen. Hoitajat eivät täysin tienneet, minkälaisia teemoja haastattelussa on, ja saattoivat luulla sen selvittävän potilailta esimerkiksi osaston haittatapahtumia. Tämä ei kuitenkaan ollut tutkimuksen tarkoitus. On mahdollista, että valituiksi saattoivat esimerkiksi tulla kaikkein tyytyväisimmät potilaat tai he, joihin hoitohenkilökunta oli mieltynyt. Toisaalta valinta ei edes voinut olla täysin sattumanvarainen, sillä haastateltavien poissulkukriteerinä toimi pitkälle edennyt muistisairaus tai potilaan erittäin heikko yleiskunto. Haastattelut suoritettiin eri kerroksessa suljetussa huoneessa, jonne potilaan piti pystyä tulemaan joko kävellen tai pyörätuolin avulla. Kaikki haastatellut potilaat kuitenkin vaikuttivat riittävän orientoituneilta vastaamaan haastatteluun, ja tutkijoiden silmiin otanta vaikutti sattumanvaraiselta poissulkukriteerit huomioiden.

Otanta oli melko pieni, vain 12 potilasta, joista 10 suostui haastatteluun. Sillä hetkellä sairaalan tilanne oli se, että muistisairaita tai vastaamaan kykenemättömiä oli melko paljon. Siksi vastaajien määrä jäi pieneksi. Neuvoteltaessa työn tilaajan kanssa ennen työn toteutuksen aloitusta oli myöskin puhetta noin kymmenestä potilaasta. Aineisto ei tämän takia kovin paljon päässyt satureitumaan, mikä heikentää tulosten luotettavuutta. Monet vastaukset poikkesivat jonkin verran toisistaan. Potilaat saattoivat pelätä tunnistetuiksi tulemista, mikä saattoi myös vaikuttaa heidän antamiinsa vastauksiin. He eivät välttämättä uskaltaneet vastata täysin rehellisesti peläten haastattelijoiden reaktioita. On mahdollista, että potilaat yrittivät miellyttää haastattelijoita antaessaan vastauksia. He saattoivat myös pelätä, ettei vaitiolovelvollisuus toteudu. Haastatteluun vastaamisen jälkeen jotkut kysyivät, olivatko he vastanneet ”oikein”. Tutkijat yrittivät korostaa, ettei vääriä tai oikeita vastauksia haastattelussa ole.

Haastattelijat saattoivat tietämättään ohjailta potilasta vastaamaan tietyllä tavalla esittämällä tiettyyn suuntaan ohjaavia tarkentavia kysymyksiä tai reagoinnillaan, mutta se ei missään tapauksessa ollut tarkoitus. Lisäksi

usealla haastatellulla oli heikko kuulo. On mahdollista, että he kuulivat tai ymmärsivät jotain keskustelusta väärin. Tarvittaessa asioita pyrittiin aina toistamaan, ja vieraita käsitteitä selvennettiin.

Haastattelumateriaaleja tulkittaessa on aina väärinymmärryksen mahdollisuus. Potilaat eivät tiedä hoitotieteellisten termien oikeita nimiä ja saattoivat vahingossa käyttää väärää käsitettä.

Tutkijat yrittivät käyttäytyä mahdollisimman neutraalisti haastattelutilanteissa. He pysyivät ennalta sovitussa haastatteluteemoissa sekä litteroivat materiaalit sana sanalta oikein, jotta virheiden mahdollisuus jäisi mahdollisimman pieneksi. Tutkijat tekivät tutkimusta ensi kertaa, joten virheet ovat aina mahdollisia tarkoista valmisteluista huolimatta. Työ on kuitenkin tehty tutkijoiden parhaan osaamisen mukaan.

10 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Suomen Akatemian tutkimuseettisten ohjeiden (2008) mukaan hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkijat noudattavat tiedeyhteisön toimintatapoja kuten rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta, tarkkuutta tutkimustyössä tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä tutkimusten arvioinnissa. Tutkimuksen tulee myös olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan. Tieteellistä käytäntöä loukkaavat esimerkiksi muiden tutkijoiden panoksen vähättely, puutteelliset lähdetiedot, tutkimustulosten tai menetelmien huono raportointi, tulosten puutteellinen kirjaaminen tai säilyttäminen tai samojen tulosten julkaiseminen uusina. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 132 – 133.)

Teemat muotoiltiin niin, ettei materiaaleista saatu missään vaiheessa selville, miltä osastolta potilas oli tai minkä syyn takia hän oli sairaalassa. Myöskään hoitohenkilökunta ei saanut tietää, miten kukin potilaista vastasi.

Haastattelumateriaalit ja nauhoitteet tuhottiin niiden analysoinnin jälkeen. Tarvittaessa haastateltavien vastaukset muutettiin yleiskielisemmäksi anonyymiteetin säilymiseksi.

Aiheen valinnassa on pohdittava sen oikeutusta. Uteliaisuus ei yksin riitä tutkimussyiksi, vaan tutkimuksen tulisi rakentaa terveystieteiden

tietoperustaa. Tämän takia on perehdyttävä aiempiin tutkimuksiin aiheesta. Tutkimuksesta tulisi olla hyötyä kanssaihmisille. (Kylmä & Juvakka 2007, 144.) Tästä tutkimuksesta on hyötyä niin Karhulan sairaalan henkilökunnalle kuin sen potilaillekin, sillä tutkimus tuottaa tietoa siitä, kuinka tietoisia potilaat potilasturvallisuudesta tosiasiaassa ovat.

Tutkimuksen sensitiivisyyttä olisi hyvä arvioida. Sensitiivinen tutkimus on tutkimus, joka voi aiheuttaa tutkimukseen osallistuville tai tutkijalle eritasoista uhkaa perustuen esimerkiksi ihmisten haavoittuvuuteen tai ilmiön arkaluontoisuuteen. Ihmisten haavoittuvuutta on aina arvioitava tutkimusta toteutettaessa. Sensitiivisiä ovat henkilöt, jotka ovat jollain tavoin alistettuja, voimattomia tai vähäosaisia. Terveystutkimuksessa sensitiivisiä voivat olla esimerkiksi potilaat sairautensa takia. Erityisen alttiita ovat heikossa sosioekonomisessa asemassa tai vähemmistöasemassa olevat perheet sekä palliatiivisessa hoidossa olevat potilaat. Muita haavoittuvia ryhmiä ovat lapset, kodittomat sekä vanhukset. Sensitiivisiä tutkimusteemoja voivat olla esimerkiksi traumaattiset elämäntilanteet. Myös arkisemmatkin teemat voivat olla sensitiivisiä. Myös tutkija voidaan leimata esimerkiksi tabuaiheisissa tutkimuksissa. Tutkimuksen tekijällä on oltava riittävästi taustatietoa voidakseen toimia oikein tutkimusprosessissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 144 – 146.) Tutkimukseen ei ainakaan tarkoituksellisesti valikoida edellä mainittuihin sensitiivisiin ryhmiin lukeutuvia potilaita. Jokaisen haastatteluun valitun on lisäksi mahdollista kieltäytyä haastattelusta. Tämän tutkimuksen kohderyhmä oli sensitiivistä, sillä tutkimuksen kohteena olivat pääasiassa ikääntyneet, jotka kärsivät vakavuudeltaan vaihtelevista sairauksista.

Lisäksi on ajateltava, ovatko tutkimusmenetelmät eettisesti oikeutettuja. Tutkimusetiikan tärkeitä periaatteita ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luotettavuus ja kunnioitus. Tutkimukseen osallistujia on informoitava siitä, että kyseessä on tutkimus. Lisäksi on kerrottava tutkimuksen tarkoituksesta, kestosta, menettelytavoista ja mihin tietoa aiotaan käyttää. On myös kerrottava tutkimuksen vastuuhenkilöstä ja millä perusteella osallistujat on valittu. Osallistujien on saatava tietoa tutkimuksen mahdollisista haitoista ja hyödyistä. Luottamuksellisuus, nimettömyys ja yksityisyys on taattava. Tutkittavien on halutessaan voitava vetäytyä tutkimuksesta ja tiedettävä, mihin raportoida

haitoista. Tutkimuksen jokaisessa vaiheessa on oltava mahdollisuus kysyä. (Kylmä & Juvakka 2007, 146 – 150.) Haastatteluun valittuja informoitiin huolellisesti ja heille annettiin mahdollisuus kysyä mitä tahansa milloin vain sekä kieltäytyä vastaamasta. Anonymiteetista huolehdittiin. Mitään haittaa potilaille ei aiheutettu, heitä kohdeltiin hyvin sekä eettisesti oikein.

Aineiston analyysiprosessissa on suojeltava haastateltuja. Ääninauhoissa, puhtaaksikirjoituksessa tai muistiinpanoissa ei saa käyttää haastateltavina olevien nimiä vaan esimerkiksi numeroita. Tulosten raportointi on tutkijan eettinen velvoite. Yksi merkityksellinen eettinen periaate on oikeudenmukaisuus, joka toteutuu, kun tärkeät tulokset raportoidaan. Eettisessä raportoinnissa vaaditaan avoimuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta. Henkilöiden kuvaus ilmiöstä tulee raportoida mahdollisimman totuudenmukaisesti, mutta suojellen haastateltavia. Eettisessä arvioinnissa on myös arvioitava tutkimuksen luotettavuutta. Tämä sitoo tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden jälleen yhteen. (Kylmä & Juvakka 2007, 150 – 155.) Tässä tutkimuksessa edes tutkijat eivät tienneet, eivätkä kysyneet, haastateltavien nimiä, sairautta tai muuta tietoa. Tietoisien suostumuksen lomakkeet säilytettiin sattumanvaraisessa järjestyksessä, jottei nimeä ja haastattelua voitu yhdistää. Raportoinnissa noudatettiin tarkkuutta, eikä mitään asiaa muutettu litteroitaessa.

11 HYÖDYNNETTÄVYYS JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Tämän opinnäytetyön aihe on konkreettinen, ajankohtainen ja työelämälähtöinen, mikä tukee tutkimuksen suoraa hyödynnettävyyttä työelämässä. Potilaiden näkökulmasta tehtyä potilasturvallisuustutkimusta ei ole juurikaan vielä tehty Suomessa. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa Karhulan sairaalalle potilaiden käsityksistä potilasturvallisuudesta, joita tämä tutkimus tuo hyvin esille. Käsitykset vaihtelivat jonkin verran, mutta tietyt asiat toistuivat vastauksissa. Karhulan sairaala voi tutkimuksen avulla mahdollisesti kehittää toimintaansa, ja hoitohenkilökunnan on helpompi työskennellä, kun he tietävät, mitä potilaat ajattelevat aiheesta.

Jatkotutkimuksena voisi esimerkiksi selvittää, miten potilaiden tietoa potilasturvallisuudesta voisi lisätä, sillä tämän tutkimuksen perusteella selvisi,

että useiden potilaiden tiedot potilasturvallisuudesta ovat varsin pienet. Voisi myös selvittää, kuinka paljon aikaa hoitajilla jää potilaan luona olemiseen muilta töiltä, esimerkiksi kirjaamiselta, koska potilaat kertoivat sen lisäävän turvallisuuden tunnetta. Lisäksi voisi selvittää hoitajien mielipiteitä potilasturvallisuudesta ja sen toteutumisesta, ja vastaako se potilaiden käsityksiä. Olisi myös mahdollista tutkia potilaiden käsityksiä potilasturvallisuudesta ja potilaan mahdollisuuksia lisätä potilasturvallisuuttaan akuuttihoiton piirissä, sillä tutkimustulokset voisivat olla erilaisia tähän tutkimukseen verrattuna.

LÄHTEET

- Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009:3. Helsinki. Verkkojulkaisu. Saatavissa https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111806/potilasturvallisuus_julkaisu_2009_3_verkko_UP.pdf?sequence=1 [viitattu 18.11.2015].
- HaiPro. 2015. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportointijärjestelmä. Awanic Oy. Tampere. Saatavissa: <http://awanic.com/haipro/> [viitattu 19.11.2015].
- Haittavaikutuksista ilmoittaminen. 2014. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Helsinki. Fimea. Saatavissa: http://www.fimea.fi/ammattilaiset/laakkeiden_turvallisuus/haittavaikutuksista_ilmoittaminen [viitattu 18.11.2015].
- Halila, R. 2013. Potilaan oikeudet. Teoksessa Potilasturvallisuuden perusteet, toim. Aaltonen, L.-M. & Rosenberg, P., 26 - 229, 233 - 234. Tampere: Duodecim.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus - potilasturvallisuuden kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. 92 - 96, 177 - 180. Helsinki: Edita.
- Ilmoitus vaaratilanteesta 2013. Päivitetty 9.6.2015. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Helsinki. Valvira. Saatavissa: <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/terveysteknologia/valviralle-tehtavat-ilmoitukset/ilmoitus-vaaratilanteesta> [viitattu 18.11.2015].
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu 202.
- Kettunen, T. & Gerlander, M. 2013. Viestintä terveydenhuollon vuorovaikutussuhteissa. Teoksessa Potilasturvallisuuden perusteet, toim. Aaltonen, L.-M. & Rosenberg, P. 296-297. Tampere: Duodecim.
- Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K. & Ojanen J. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportointijärjestelmä. Helsinki. Verkkojulkaisu. Saatavissa: <https://www.thl.fi/documents/10531/104889/Opas%202009%204.pdf> [viitattu 18.11.2015].
- Kylmä, J., Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.
- Leino-Kilpi, H. 2010. Tieto edistää potilasturvallisuutta. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin, toim. Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2. painos. Hoitotyön vuosikirja 2009, 173 - 178.

Lääkepolitiikka 2020. 2011. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2011:2. Helsinki. Verkkojulkaisu. Saatavissa: <https://julkari.fi/handle/10024/111974> [viitattu 18.11.2015].

Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim-lehti 20/2006. Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=hoitovirheet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo96057 [viitattu 18.11.2015].

Potilasturvallisuuden työkalut -työvaliokunta. 2010. Potilasturvallisuuden edistämisen yksityiskohtia. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin, toim. Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2. painos. 189.

Potilasturvallisuus. 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavissa: <http://stm.fi/potilasturvallisuus> [viitattu 16.3.2016].

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013. Lääkehoidon käsikirja. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sahlström, M. 2011. Potilaiden arviot potilasturvallisuudesta - kyselytutkimus yleisistä näkemyksistä ja viimeisimmästä hoitajaksosta. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 6.4.2011/341

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. 17 - 19. Tampere: Juvenes Print - Tampereen Yliopistopaino Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015a. Laitteiden turvallisuus 2015. Päivitetty 30.6.2015. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus/laitteiden-turvallisuus> [viitattu 18.11.2015].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015b. Lääkehoidon turvallisuus 2015. Päivitetty 30.6.2015. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus/laakehoidon-turvallisuus> [viitattu 18.11.2015].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015c. Mitä on potilasturvallisuus? 2014. Päivitetty 26.8.2014. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus> [viitattu 18.11.2015].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015d. Vaaratapahtuman tunnistaminen. 2015. Päivitetty 30.6.2015. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tyokalut/vaaratapahtuman-tunnistaminen> [viitattu 18.11.2015].

Terveysteknologia. 2009. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. 2015. Päivitetty 9.6.2015. Saatavissa: <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/terveysteknologia> [viitattu 18.11.2015].

Tideiksaar, R. 2005. Vanhusten kaatumiset - opas hoidosta vastaaville. 26 - 27, 42 - 47. Helsinki: Edita.

Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Helsinki. STM: hallinnonalan avoin julkaisuarkisto. Saatavissa: http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/113244/opp_0532_laakehoito_verkko_korjattu.pdf?sequence=1 [viitattu 14.10.2015].

Vaaratapahtumat 2013. Laatu ja potilasturvallisuus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 30.9.2013. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus/potilasturvallisuuden-vaaratilanteet> [viitattu 16.3.2016].

Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. STM:n hallinnonalan avoin julkaisuarkisto. Saatavissa: http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/113244/opp_0532_laakehoito_verkko_korjattu.pdf?sequence=1 [viitattu 14.10.2015]

TUTKIMUSTAULUKKO

Aikaisempia tutkimuksia potilasturvallisuudesta potilaan näkökulmasta.

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
Coulter, A. & Ellins, J. (2007) Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. <i>British Medical Journal</i> , 335, 24 – 27.	Tarkoituksena oli kartoittaa tämänhetkistä näyttöä potilaskeskeisistä interventioista.	132 tutkimusta, joissa käsiteltiin potilaiden tietoa tilastaan, hoitokokemuksistaan, palveluiden ja kustannusten vaikutuksesta sekä terveystietäytyksiä	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Tutkimuksessa todettiin, että on tärkeää saada potilaat sitoutumaan hoitoonsa tarjoamalla heille enemmän tietoa. Se parantaa potilasturvallisuutta. Suositeltiin erityisesti terveyskirjallisuuden kehittämistä. Potilaiden terveystietämystä pystyttäisiin parantamaan aina-kin yksilötasolla. Potilaat, joilla on akuutteja tai kroonisia sairauksia hyötyvät siitä, että heidät otetaan mukaan paremmin hoitoaan koskeviin ratkaisuihin. Potilaat eivät voineet ymmärtää uusia potilasturvallisuuden mahdollisuuksia, jolleivät he ymmärtäneet, mitä heille kerrotaan. Potilaat pystyisivät esimerkiksi auttamaan hoitohenkilöstöä tarkempien diagnoosien tekemisessä, tarkkailemaan omaa tilaansa parantumisvaiheessa ja seuraamaan hoitajien työtä, kuten käsihygienian toteutumista. Terveystietämystään vaikuttaa erittäin keskeisesti potilaiden hoitoa koskeviin ratkaisuihin mukaan ottamiseen.
Friedman, S., Provan, D., Moore, S. & Hanneman, K. (2008). Errors, near misses and adverse events in the emergency department: What	Tarkoituksena oli tutkia, voisivatko potilaat ja heidän omaisensa tunnistaa haittatapahtumia ja läheltä piti –tilanteita ensiavussa. Haluttiin verrata potilaiden	Pyydettiin 348 potilasta, mutta 56 suljettiin pois. He olivat alaikäisiä, juovuksissa tai eivät voineet kommunikoida	Prospektiivinen kohortti tutkimus. Potilaita haastatettiin 0 - 24 tuntia ensiavusta poispääsyt	Haastatteluiden perusteella löydettiin 10 haittatapahtumaa, 8 läheltä piti – tilannetta

<p>can patients tell us? <i>The Journal of the Canadian Association of Emergency Physicians</i>, 421 – 427.2</p>	<p>laatimia selvityksiä hoitajien ja lääkäreiden tallentamiin potilastietoihin.</p>	<p>englanniksi eikä heillä ollut tulkkia.</p>	<p>jälkeen ja toisen kerran 3 – 7</p>	<p>eikä yhtään lääkevahinkoa. 10 haittatapahtumasta kuusi luokiteltiin estettävissä oleviksi tapahtumiksi. Hoitohenkilökunta katkaisi neljä kahdeksasta läheltä piti - tilanteesta. Tunnistetut haittatapahtumat liittyivät lähinnä viivästyneeseen tai puutteelliseen kivunhoitoon. Yhtäkään haittatapahtumista ei ollut kirjattu sairaalan haittatapahtuma-ohjelmaan tai ensiavun potilastietoihin. Suurin osa läheltä piti –tapahtumista oli vaikutukseltaan vähäisiä, paitsi yksi, jossa potilaalle määrättiin lääkettä (kodeiini), josta hän oli aikaisemmin saanut allergisen reaktion.</p>
<p>Hibbard, J.H., Peters, E., Slovic, P. & Tusler, M. (2005). Can Patients Be Part of the Solution? Views on Their Role in Preventing Medical Errors. <i>Medical Care Research and Review</i>, 62, 601 – 616.3</p>	<p>Tarkoitus oli selvittää, millaisena kuluttajat näkivät hoitovirheiden riskin, miten he ymmärtävät toimenpiteiden tehokkuuden ja kuinka kykeneväksi he arvioivat itsensä hoitovirheiden ehkäisyssä.</p>	<p>Osallistui 195 henkilöä Oregonin yliopiston henkilökunnasta . Henkilöt eivät olleet työskennelleet terveydenhuollossa.</p>	<p>Kyselytutkimus, jossa kuluttajat arvioivat 14 suosituksen tehokkuutta sekä arvioivat 29 mahdollisen hoitovirheen todennäköisyyttä, haitallisuutta ja estettävyyttä.</p>	<p>Vastaajien mielestä potilasturvallisuus oli vähemmän vakava ongelma kuin lääkevahingot. Vastaajat eivät todennäköisesti hahmottaneet, että potilasturvallisuus ja lääkevahingot viittaavat samaan aiheeseen. Vastaajat pitivät vanhempia ja tutumpia vaihtoehtoja potilasturvallisuuden varmistamiseen tehokkaimpina. Lisäksi he eivät mielellään kysyisi asioita suoraan lääkäriltä. 21% ei pitänyt itseään kovinkaan kyvykkäänä auttamaan haittatapahtumien</p>

				<p>ehkäisyssä, 52% piti itseään kohtalaisen kyvykkäänä ja 27% todella kyvykkäänä. . Jos sairaalassa oli ollut perheenjäsen viimeisen vuoden aikana tai jos vastaaja oli lukenut haittatapahtumista, hän arvioi itsensä kyvykkäämmäksi estämään niitä.</p>
<p>King, A., Daniels, J., Lim, J., Cochrane, D., Taylor, A. & Ansermino, J. (2010). Time to listen: a review of methods to solicit patient reports of adverse events. <i>Quality & Safety in Health Care</i>, 19, 148–157. 4</p>	<p>Selvitettiin, minkälaisia potilaan raportointijärjestelmiä, raportointimenetelmiä, kannustimia ja millaista terminologiaa käytetään alan tutkimuksissa.</p>	<p>17 artikkelia</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus MEDLINE OvidSP ja PubMed - tietokannoista</p>	<p>Potilasraportointia koskevia tutkimuksia on julkaistu vähän, joten tarkkoja johtopäätöksiä ei voida vielä tehdä. Potilaiden tekemät raportit ovat kuitenkin osoittautuneet luotettaviksi. Potilaan tekemä raportti vaaratapahtumista on vielä terveydenhuollolle melko vieras, joten kaikkein menestyksekkäintä ja tehokkainta tapaa raportointiin ei vielä tiedetä. Standardoidut metodit ja ohjeet niiden tekemiseen täytyy vielä kehittää.</p>
<p>Kuzel, A., Woolf, S., Gilchrist, V., Engel, J., LaVeist, T., Vincent, C. & Frankel R. (2004). Patient Reports of Preventable Problems and Harms in Primary Care. <i>Annals of family Medicine</i>, 2, 333–340. 5</p>	<p>Tarkoitus oli kehittää potilaslähtöinen luokittelu potilasvahingoille ja haittatapahtumille ja selvittää mitkä haitat ja virheet olivat kaikista merkityksellisimpiä.</p>	<p>38 henkilöä, jotka saivat hoitoa yleislääkäriltä tai perhelääkäriltä tai joiden lapsia nämä olivat hoitaneet. Alueena olivat Ohion ja Virginian maalais-, kaupunki-, ja esikaupunkialueet.</p>	<p>Laadullinen tutkimus, puhelinhaastattelu</p>	<p>38 ihmistä kertoi 221 hankalasta tapauksesta, joista valtaosa koski lääkäri-potilassuhdetta (37 %) ja lääkärille pääsyä (29%). Osa ilmoituksista käsitteli rasismia. Tapahtumista 170 aiheutti harmia, josta 70 % oli psykologista (vihaa, turhautumista, väheksyntää, hoitosuhteen puutetta ja luottamuspulaa). Fyysistä haittaa oli 21 prosentissa tapauksista. Niihin liittyi mustelmia, kipua, yleistilan laskua ja haitallisia lääkereaktioita. Tutkimuksen perusteella voitaisiin ajatella, että huono suhde lääkäriin tai heidän saavuttamattomuutensa voi olla merkittävämpi haitta potilaille kuin</p>

				diagnoosi- ja hoitovirheet. Potilaat raportoivat helposti tapahtumista, joissa heidän mielensä pahoittui. Siksi nykyinen potilasturvallisuusliik, jossa keskitytään lääkepoikkeamien ja kirurgisten vahinkojen ilmoittamiseen, saattaa kirjoittajien arvion mukaan ylenkatsoa joitakin muita potilaiden tarpeita.
Longtin, Y., Sax, H., Leape, L., Sheridan, S., Donaldson, L. & Pittet, D. (2010). Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. <i>Mayo Clinic Proceedings</i> , 85, 53–62. 6	Koota näyttöä potilaan osallistumisesta, keskustella sen tehokkuudesta ja tehdä yhteenveto asioista, jotka vaikuttavat potilaan osallistumisen käytäntöön viemiseen.	115 artikkelia Allied Health Literature, MEDLINE, Cochrane Library, Cumulative ja Index to Nursing-tietokannoista.	Kerronnallinen katsaus (narrative review)	Potilaan osallistuminen voi parantaa päätöksentekoprosessia ja auttaa kroonisen sairauden hoidossa. Silti monet potilaisiin ja terveydenhuollon työntekijöihin liittyvät syyt voivat vaikuttaa potilaan osallistumisajatuksen käyttöönottoon ja toimivuuteen. Lisätutkimuksia tarvitaan vielä.
MacPherson, H., Scullion, A., Thomas, K. & Walters, S. (2004). Patients reports of adverse events associated with acupuncture treatment: a prospective national survey. <i>Quality & Safety in Health Care</i> , 13, 349–355. 7	Kerätä akupunktipotilaiden kokemuksia heitä kohdanneista haittatapahtumista, selvittää tapausten tyyppi ja määrä	9408 potilasta antoi suostumuksensa ja 6348 osallistui tutkimukseen.	Kyselytutkimus, joka analysoitiin tilastollisilla menetelmillä.	682 potilasta raportoi jostakin haittatapahtumasta kolmen kuukauden sisällä. Kolme potilasta raportoi vakavasta potilasvahingosta. Useimmin raportoitiin väsymyksestä, uupumuksesta, kivusta kohdassa, jossa neulat olivat ja päänsärystä.
Sahlström, M. (2011). Potilaiden arviot potilasturvallisuudesta. Pro gradu – tutkielma. Suomi 8	Kuvata potilaiden yleisiä näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja potilaiden kokemuksia potilasturvallisuuden eri osa-alueista viimeisimmällä hoitajaksolla.	Sairaalan kolmen osaston ja kolmen terveyskeskuksen vuodeosastolta kotiutuvat potilaat keväällä 2011. Tutkimukseen osallistui 368 potilasta ja vastausprosentti oli 47,6.	Kehitettiin mittari, kyselylomake, joka tuottaa tietoa potilasturvallisuudesta potilaan näkökulmasta. Mittarin nimi oli PAPT eli Potilaan arviot potilasturvallisuudesta.	94% potilaista iti terveyden- ja sairaanhoitoa turvallisena. Neljännes arvioi voitavansa vahingoittua sairaanhoidon aikana. 46% arvioi tietävänsä paljon potilasturvallisuudesta, mutta suurimmalle osalle (61%) potilasturvallisuusoppaat eivät olleet tuttuja. Potilaat uskoivat voitavansa auttaa virheiden ehkäisemisessä, ja he halusivat oppia toiminnallaan

				parantamaan hoidon turvallisuutta. Joka kymmenes ei ollut saanut tietoa hoitovaihtoehtoista ja 15% koki, ettei heille ollut kerrottu hoitoon liittyvistä riskeistä. Potilaat arvioivat turvallisuutensa tason erittäin hyväksi tai erinomaiseksi viimeisimmällä hoitajaksollaan.
Schoen, C., Osborn, R., Huynh, T., Doty, M., Zapert, K., Peugh, J. & Davis, K. (2005). Taking The Pulse Of Health Care Systems: Experience Of Patients With Health Problems In Six Countries. Health Affairs, 3, 509–525.	perehdyttiin potilaisiin, jotka olivat australialaisia, kanadalaisia, saksalaisia, uusi-seelantilaisia tai Iso-Britannian tai Yhdysvaltojen kansalaisia. Potilaat olivat äskettäin olleet sairaalassa, leikkauksessa tai raportoineet terveysongelmista.	Tutkittavia oli yhteensä 6957. Heitä oli Australiasta 702, Kanadasta 751, Uudesta Seelannista 704, Yhdysvalloista 1527, Saksasta 1503 ja Britanniasta 1770.	Käytettiin kyselylomakkeen perustuvaa haastattelua. Muiden maiden kansalaisia haastateltiin 17.3.-19.5.2005 ja saksalaisia 9.5.-12.6.2005.	Jokaisessa maassa suuri osa potilaista raportoi hoitovirheistä. Kokemukset sairaalahoidosta olivat samankaltaisia. Joka neljäs oli sitä mieltä, ettei riskejä ollut selitetty täysin. Joka viides kertoi huonosta kivunhoidosta. 7-10 % kaikkien maiden paitsi Saksan potilaista kertoi saaneensa infektion hoidon aikana. Potilaat kertoivat kommunikoinnin katkeamisesta, aukoista. Joka kuudes olisi halunnut osallistua enemmän hoitoonsa. Joka kolmas ei saanut ohjeita siitä, mitä tarkkailla itse eikä tiennyt keneen ottaa yhteyttä mikäli kysyttävää ilmenee. Moni sai lähtiessään uuden lääkityksen. Kuitenkin kaikkialla paitsi Saksassa joka neljäs ei kokenut sairaalaan tarkistaneen mitä lääkkeitä potilas oli käyttänyt ennen sairaalaan tuloa. Potilaista 17–22 % uskoi joutuneensa lääkitysvirheen kohteeksi viimeisimmän kahden vuoden aikana. Suurimmalle osalle (61–83 %) ei ollut lainkaan kerrottu tapahtuneesta virheestä.
Schwappach, D. & Wernli, M. (2010). Am I (un)safe	kemoterapiapotilaiden näkemyksiä potilasturvallisuudesta	30 kemoterapiahoito	Puolistrukturoitu haastattelututkimus. Suljetut	Selvisi, että vaikka potilaat olivat kokeneet hoitovirheitä

<p>here? Chemotherapy patients' perspectives towards engaging in their safety. Quality and Safety in Health Care, 19, 1-6.</p>	<p>a ja heidän asenteitaan virheitä ennaltaehkäisevää toimintasuunnitelmaa kohtaan.</p>	<p>oa saavaa potilasta</p>	<p>kysymykset ja kvantitatiivinen aineiston analyysi</p>	<p>sairaalassaoloaikanaan, he olivat vain kohtalaisen huolissaan turvallisuudestaan, virheiden riskistä ja vahingon mahdollisuudesta. Kaikki vastaajat olivat yksiselitteisesti sitä mieltä, että potilaat voivat osallistua potilasturvallisuutensa parantamiseen. Potilaat kuvailivat turvallisuutensa kehittämistä oppimisprosessiksi ja korostivat annakoinnin, kyselemisen ja avoimuuden tärkeyttä. Yleisesti suositellut potilasvahinkostrategiat arvioitiin erittäin tehokkaiksi. Hoitajien ohjeita pidettiin keskeisinä potilaille, mutta perustelut vaihtelivat. Kaikenkaikkiaan potilaat olivat valmiita sitoutumaan turvallisuutensa kehittämiseen, mutta henkilökunnan tuki ja kannustus oli avainasemassa tulosten saavuttamiseksi.</p>
<p>Waterman, A.D., Gallagher, T.H., Garbutt, J., Waterman, B.M., Fraser, V. & Burroughs, T.E. (2006). Brief report: Hospitalized Patients' Attitudes About and Participation in Error Prevention. Journal of General Internal Medicine, 21, 367– 370.</p>	<p>Selvitettiin potilaiden halukkuutta virheiden ennaltaehkäisemiseen, kuinka usein he onnistuivat ennaltaehkäisemään virheen ja vaikuttiko se heidän tyytyväisyyteensä.</p>	<p>2078 potilasta</p>	<p>Puhelinhaastattelun elu 10 päivän päästä kotiutuksesta, joka analysoitiin tilastollisin menetelmin.</p>	<p>91% olivat sitä mieltä, että potilaat voisivat auttaa virheiden ehkäisyssä. 91% voisi kysyä lääkkeiden tarkoitusta ja 89% yleisiä lääketieteellisiä kysymyksiä. 84% oli valmis vahvistamaan henkilöllisyytensä. Potilaista tuntui epämiellyttävältä kysyä hoitotyön ammattilaisilta, olivatko he pesseet kätensä. Sairaalassa ollessaan monet olivat kyselleet hoidostaan (85%) ja lääkityksen tarkoituksesta (75%). Vain harvat olivat varmistaneet henkilöllisyytensä (38%), auttaneet merkkamaan</p>

				leikattavaa puolta (17%) tai kysyneet käsien pesusta (5%).
Weingart, S.N., Pagovich, O., Sands, D.Z., Li, J.M., Aronson, M.D., Davis, R.B., Bates, D.W. & Phillips, R.S. (2005). What Can Hospitalized Patients Tell Us About Adverse Events? Learning from Patient-Reported Incidents. <i>Journal of General Internal Medicine</i> , 20, 830–836.	Selvitettiin, tunnistivatko potilaat ja heidän omaisensa haittatapahtumia ja läheltä piti -tilanteita. Lisäksi verrattiin potilailta saatuja raportteja sairaalan haittatapahtumarekisteriin.	228 aikuista potilasta opetussairaala-asta Bostonista.	Prospektiivinen kohortti tutkimus. Potilaita haastateltiin 2-3 kertaa viikossa heidän sairaalassaoloaikanaan. Kysymykset olivat samat. Potilaita haastateltiin 10 päivän kuluttua kotiutuksesta.	17 potilaalle (8%) oli tullut yhteensä 20 haittatapahtumaa, joista yksi oli vakava. 8 potilaalle (4%) tuli 13 läheltä piti -tapahtumaa, joista 5 oli vakavaa tai henkeä uhkaavaa. 11 (55%) 20 haittatapahtumasta oli dokumentoitu sairaalan potilastietoihin, mutta yhtäkään ei ollut ilmoitettu potilasvahinkojärjestelmään. Potilaat, joilla oli kolme tai useampi lääkeaineallergia, raportoivat helpommin potilasvahingoista.
Weingart, S.N., Toth, M., Eneman, J., Aronson, M.D., Sands, D.Z., Ship, A.n., Davis, R.B. & Phillips, R.S. (2004). Lessons from a patient partnership intervention to prevent adverse drug events. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> , 16, 499–507.	Selvitettiin, halusivatko potilaat osallistua lääketurvallisuuden parantamiseen ja onnistuttaisiinko käytettyä interventiolla parantamaan lääketurvallisuutta.	209 potilasta Bostonin opetussairaala-asta, joista 107 oli interventiopotilaita ja 102 kontrollipotilaita.	Interventioryhmässä potilaat saivat joka kolmas päivä uuden listan senhetkisestä lääkityksestään ja lääketurvallisuusinformaation. Kontrolliryhmä sai vain lääketurvallisuusinformaation. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	11 potilaalle tuli 12 haittatapahtumaa ja 16 potilaalle tuli 18 läheltä piti -tilannetta. Kontrolliryhmä ja interventioryhmä eivät juurikaan eronneet toisistaan haittatapahtumailmoitusten määrän mukaan. 11% potilaista oli tietoisia lääkkeisiin liittyvistä virheistä hoitonsa aikana. Hoitohenkilökunnasta 29% arveli, että ainakin yksi lääkitysvirhe onnistuttiin estämään, koska potilas tai hänen omaisensa huomasivat virheen.

HAASTATTELUTEEMAT

Teema 1. Potilaan käsitys potilasturvallisuudesta

Jos potilas ei ymmärrä, mitä potilasturvallisuus tarkoittaa, haastattelijat selventävät käsitteen pääpiirteittäin: Potilasturvallisuus tarkoittaa kaikkia toimia, joilla pyritään suojaamaan potilasta vahingoittumasta. Turvallisuuteen sisältyy mm. lääketurvallisuus, laiteturvallisuus ja hoidon turvallisuus. Tämän jälkeen siirrytään teema numero 2:een.

Teema 2. Potilaan vaikuttaminen omaan potilasturvallisuuteensa

Teema 3. Potilaan omat ehdotukset potilasturvallisuuteen liittyen.

SAATEKIRJE HOITAJILLE

Arvoisa vastaanottaja,

opiskelemme sairaanhoitajaksi Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa ja teemme opinnäytetyötä aiheesta "Potilasturvallisuus Karhulan sairaalassa potilaan näkökulmasta". Aiheen olemme saaneet Karhulan sairaalasta ja tutkimuksen suorittamiseen on myönnetty asianmukaiset tutkimusluvut.

Tutkimus toteutetaan kvalitatiivisin eli laadullisin menetelmin. Aineistonkeruumenetelmänä käytetään potilaiden haastattelua.

Tulemme Karhulan sairaalaan suorittamaan haastattelut 26.5.2016 kello 8. Tarkoituksena olisi, että hoitajat valitsevat osastoilta 5-10 potilasta, jotka kykenevät vastaamaan kysymyksiin luotettavasti. Hoitajat valitsevat myös sopivan haastattelupaikan, jossa ulkopuoliset eivät kuule käytyä keskustelua.

Karhulan sairaala saa tutkimuksella tietoa mm. siitä, miten potilaat käsittävät potilasturvallisuuden ja mahdollisia potilasturvallisuuteen liittyviä kehitysehdotuksia potilaiden näkökulmasta. Tulosten analysoinnin jälkeen niiden hyödyntämismahdollisuuksia pohditaan lisää sekä mahdollisia jatkotutkimusehdotuksia esitetään. Pyydetessä tulemme mielellämme esittelemään tutkimuksen tulokset Karhulan sairaalaan.

Haastateltavilta pyydetään suostumus haastatteluun osallistumisesta tietoisien suostumuksen lomakkeella. Haastattelut nauhoitetaan haastateltavien luvalla. Haastateltavien henkilöllisyyksiä ei missään vaiheessa mainita. Haastattelusta ei voida saada selville, miltä osastolta potilas on tai mitä hän sairastaa.

Ohjaava opettajamme on lehtori Sari Engelhardt (sari.engelhardt@kyamk.fi).

Vastaamme mielellämme mahdollisiin tutkimukseen liittyviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin,

Katja Riihimäki

Mari Sippu

riihikatja@gmail.com

mari.sippu@student.kyamk.fi

TIETOISEN SUOSTUMUKSEN LOMAKE

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Kyseessä on opinnäytetyön laadullisen tutkimuksen teemahaastattelu aiheesta potilasturvallisuus potilaan näkökulmasta Karhulan sairaalassa. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja haastattelusta saa poistua milloin vain.

Haastattelusta saatuja tietoja käsittelevät vain opinnäytetyön tekijät. Tutkimuksessa käytetään haastattelussa antamianne tietoja niitä muuntelematta. Tietoja työhön ei hankita mitenkään muuten kuin tämän suostumuksen perusteella.

Tulokset julkaistaan nimettöminä opinnäytetyössä. Opinnäytetyö tulee yleisesti luettavaksi Theseus-arkistoon Internetiin, ja sairaalan henkilökunnan niin halutessa tutkimuksen tuloksia esitellään Karhulan sairaalalle.

Aukikirjoituksen jälkeen kaikki haastattelumateriaalit tuhotaan asianmukaisesti. Henkilötietojen käytölle annettu suostumus on lähtökohtaisesti peruutettavissa milloin tahansa.

Olen saanut tiedon suoritettavasta tutkimuksesta ja sen vapaaehtoisuudesta. Annan luvan vastausteni käyttöön tätä tutkimusta varten. Henkilöllisyyteni ei paljastu missään vaiheessa.

Paikka ja aika: _____

Allekirjoitus: _____