

# **GAS-POTILAAN TURVALLINEN JATKOHOITOON SIIRTYMINEN**

**- Hoitajien kokemuksia**



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Forssa, hoitotyö

Kevät, 2017

*Pirjo-Riitta Salmela*

Pirjo-Riitta Salmela

Hoitotyön koulutusohjelma  
Forssa

---

<b>Tekijä</b>	Pirjo-Riitta Salmela	<b>Vuosi</b> 2017
<b>Työn nimi</b>	GAS-potilaan turvallinen jatkohoitoon siirtyminen – hoitajien kokemuksia	
<b>Työn ohjaaja</b>	Heta-Maija Leino	

---

## TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten kirurgian, gastroenterologian ja syövänhoidon toimialueilta siirtyvien gastroenterologisia sairauksia sairastavien potilaiden potilassiirrot olivat toteutuneet ja mitä mahdollisia potilasturvallisuutta vaarantavia riskitekijöitä henkilökunta oli edellä mainituissa potilassiirroissa havainnut. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan parantaa potilasturvallisuutta kirurgian, gastroenterologian ja syövänhoidon toimialueelta siirtyvien potilaiden jatkohoitoon siirtymisessä. Toimeksiantajana opinnäytetyölle oli Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvan sairaalan operatiivinen vuodeosasto.

Tutkimusta varten kerättiin teoretietoa hoitotieteellisistä tutkimuksista ja alan kirjallisuudesta. Aineistoa kerättiin teemahaastatteluin, jotka toteutettiin yksilöhaastatteluina. Haastateltavina oli kahdeksan operatiivisella vuodeosastolla työskentelevää sairaanhoitajaa. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Sairaanhoitajien kokemusten mukaan eniten potilasturvallisuutta vaarantavia riskitekijöitä oli raportoinnin, kirjaamisen ja lääkityksen osa-alueilla. Potilaan lääkehoidon toteutukseen liittyviin kysymyksiin hoitajat toivoivat selvyyttä hyvällä kirjaamisella tai lääkkeiden antokirjauksella.

Kehittämiskohteita haastatteluiden perusteella olisi hoitajien lisäkoulutus raportoinnissa, kirjaamisessa ja eri toimintatapojen tunnistamisessa.

**Avainsanat** Hoitoprosessi, potilasturvallisuus ja turvallinen jatkohoito.

**Sivut** 24 s. + liitteet 4 s.

Bachelor of Health Care  
Registered Nurse  
Forssa

---

<b>Author</b>	Pirjo-Riitta Salmela	<b>Year</b> 2017
<b>Subject</b>	GAS-patient`s safe follow-up care transition – told by nurses	
<b>Supervisor</b>	Heta-Maija Leino	

---

ABSTRACT

The purpose of this Bachelor`s thesis was to sort out, how the transfers of gastroenterological patients to the operative department were carried out and what kind of patient safety risks the operative department`s nurses found out. The work was commissioned by an operative department in Pirkanmaa Hospital District. The aim was to find out knowledge to improve patient safety.

Data for this study were collected from literature and reliable sources. The data were collected by theme interviews, which were carried out individually. The interviewees were eight nurses working in the operative department. The data were analyzed with inductive content analysis.

According to the experience of the nurses, the biggest risk factors for patient safety were in the areas of reporting, recording and medication. The nurses hoped for clarification on when the patient has been given the medicine and what medicine. Good recording of medication delivery is important in nursing.

The development targets that came out based on the interviews are the development of nurses' additional training in reporting, recording and raising awareness of the functions of the client.

**Keywords** Treatment process, patient safety and safe follow-up care.

**Pages** 24 p. + appendices 4 pages

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	HOITOTYÖN PROSESSI .....	2
2.1	Hoitoprosessin turvallisuus .....	2
2.2	Hoitotyön yhteenveto .....	4
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS.....	5
4	OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSPROSESSI JA TOTEUTUS.....	5
4.1	Tiedonhaun kuvaus .....	6
4.2	Aineiston keruu .....	6
4.3	Aineiston analysointi .....	8
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	9
5.1	Raportoinnin haasteet .....	9
5.1.1	Hoidon järjestämiseen vaikuttavat asiat .....	10
5.1.2	Potilaan psyykinen tarve.....	11
5.1.3	Potilaan fyysinen tarve .....	11
5.1.4	Raportoinnin osapuolet.....	12
5.2	Kirjaamisen haasteet.....	12
5.2.1	Hoitotyön kirjaaminen.....	13
5.2.2	Hoito-ohjeet .....	14
5.2.3	Hoitotyön yhteenveto .....	16
5.3	Lääkehoito .....	16
5.3.1	Kipulääkitys.....	17
5.3.2	Hoitotyön eri käytännöt .....	18
5.3.3	Lääkityksen tarkistus .....	19
5.4	Vaaratilanteiden ennalta ehkäisy.....	19
5.5	Palaute lähettävälle taholle .....	20
6	TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS .....	20
7	POHDINTA.....	21
7.1	Johtopäätökset.....	22
7.2	Jatkotutkimusehdotukset.....	24
	LÄHTEET .....	25

## Liitteet

Liite 1	Teemahaastattelu
Liite 2	Saatekirje hoitajille
Liite 3	Analyysin esimerkkikaavio

## 1 JOHDANTO

Pirkanmaan erikoissairaanhoidon strategian vuosille 2016–2025 mukaan jokainen kohtaaminen potilaan kanssa on ainutlaatuinen palvelutilanne. Potilasta kuullaan ja kohdellaan ystävällisesti ja kunnioittavasti sekä luotamusta synnyttäen. Varmistetaan, että potilas tavoittaa mahdollisimman helposti tarvitsemansa palvelun ja varmistetaan turvallinen jatkohoito sekä opastetaan potilasta omahoidossa. Läheiset otetaan potilaan toiveiden mukaan osalliseksi hoitoon. Potilaita palvellaan joustavasti ja oikea-aikaisesti. Potilaan kysymyksiin vastataan nopeasti ja asiantuntevasti potilaan ymmärtämällä tavalla. Yhtenäisiä palvelukokonaisuuksia kehitetään ja pyritään palveluun ilman viiveitä. Hoidon sujuvuutta, työnjakoa sekä hoitoketjuja kehitetään yhteistyökumppaneiden kanssa. Potilaan turvallinen hoito toteutuu suunnitellusti, oikea-aikaisesti ja vaikuttavin menetelmin. (PSHP 2015a.)

Tämän opinnäytetyön toimeksiantaja oli eräs pirkanmaalainen terveydenhuollon organisaation operatiivinen vuodeosasto. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten kirurgian, gastroenterologian ja syövänhoidon toimialueilta toimeksiantajasairaalan operatiiviselle osastolle jatkohoitoon siirtyvien gastroenterologisia sairauksia sairastavien potilaiden eli GAS-potilaiden potilassiirrot olivat toteutuneet ja mitä mahdollisia potilasturvallisuutta vaarantavia riskitekijöitä operatiivisen vuodeosaston henkilökunta oli potilassiirroissa havainnut. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan parantaa potilasturvallisuutta kirurgian, gastroenterologian ja syövänhoidon toimialueelta siirtyvien potilaiden jatkohoitoon siirtymisessä. GAS-potilaalla tarkoitetaan potilasta, jolla on vatsaelimiin kuten esimerkiksi ruokatorveen, maksaan, haimaan, mahaan, vatsanpeitteisiin ja suolistoon liittyviä vakavia ja pitkittyneitä oireita ja sairauksia. (PSHP 2016a.)

Keskeiset käsitteet ovat hoitoprosessi, palveluprosessi, potilasturvallisuus ja turvallinen jatkohoito.

## 2 HOITOTYÖN PROSESSI

Hoitoprosessi on sarja sairaanhoitopiirin sisällä tehtyjä toimia, jotka tuottivat määritellyn lopputuloksen. Hoitoprosessi on hoito-ongelman määrittelyssä, hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa käytetty ajattelumalli. Prosessiajattelussa hoitoprosessi on itse asiassa palveluprosessi. Palveluprosessilla tarkoitetaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvien palveluiden kokonaisuutta, johon kuuluu vireillepano (esimerkiksi lähete), toteutus ja lopettaminen, jotka kukin voivat sisältää useita palvelutapahtumia. Palveluprosessi päättyy asiakkaan palvelun lopettamiseen tai palveluketjun jatkumiseen toisessa hoitoyksikössä. (Holmberg-Marttila, Palvanen, Kuusisto & Salunen 2015, 2–3.)

Erikoissairaanhoidossa potilaan hoitoprosessi käynnistyy poliklinikakäynnillä, jonne potilas on saanut lähetteen esimerkiksi perusterveydenhuollosta. Poliklinikakäynti osaltaan muodostuu useasta eri vaiheesta, joista keskeisenä on lääkärin tapaaminen. Useilla poliklinikoilla toimivat myös sairaanhoitajien vastaanotot. Tullessaan poliklinikalle lääkärille varatulla ajalla, hoitaja voi vielä antaa lisäohjeita potilaalle sekä tarvittaessa varata uuden vastaanotto- ja tutkimusajan. Potilas on myös voinut käydä laboratoriossa tai röntgenissä. Potilaan terveystarpeiden tunnistaminen ja ensivaiheen hoito kuuluvat polikliiniseen hoitotyöhön. (Eloranta 2006.)

### 2.1 Hoitoprosessin turvallisuus

Potilasturvallisuus sisältää terveydenhuollon yksiköiden ja organisaatioiden kaikki ne periaatteet ja toiminnot, jotka varmistavat potilaan turvallisen hoidon ja ennalta ehkäisevät potilasvahinkoja. Potilasturvallisuus käsittää hoito-, lääkitys- ja laiteturvallisuuden. Hoidon turvallisuuteen sisältyy hoitomenetelmien turvallisuus ja niiden turvallinen toteuttaminen sekä toteuttamisprosessin turvallisuus. Lääkehoidon turvallisuus kattaa kaikki ne tilanteet, joissa potilaan lääkehoito ei toteudu suunnitellusti, kuten esimerkiksi lääkkeen mahdollisen haittavaikutuksen, potilaalle antamisen tai mahdollisen potilaalle antamatta jättämisen välillä. Laiteturvallisuuteen kuuluvat kaikki laitteiden käyttöön liittyvät tilanteet, jotka vaarantavat potilasturvallisuutta. (Helovuori, Kinnunen, Peltola & Pennanen 2011, 13.)

Kinnunen & Peltola (2009) mukaan potilasta hoitavan organisaation toimintaan ja toiminnan turvallisuuteen vaikuttavat myös organisaation ulkopuolelta tulevat vaatimukset. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) velvoittaa, että potilaalle tulee taata hänen tarvitsemansa laadukas ja hyvä hoito. Osaltaan laadukkaan ja hyvän hoidon tunnusmerkkejä ovat potilasturvallisuus ja hoidon jatkuvuus. Terveystieteiden ammattilainen pätevyys ja koulutus sekä riittävä hoitajamitoitus ovat keskeisiä tekijöitä, joilla varmistetaan turvallinen potilashoito. Terveystieteiden

huollon suurin turvallisuushaaste on työn resursointi ja työn heikko hallittavuus. Hoitohenkilöstö työskentelee ajoittain jatkuvan paineen ja työstressin alaisuudessa. Toisin kuin hetkellisestä stressistä, niin lähes jatkuvaksi muuttuneesta työpaineesta seuraa, että hoitajat raportoivat, etteivät kykene hoitamaan työtään niin hyvin kuin pitäisi. Potilasturvallisuuden kannalta tämä vaatii välitöntä työn ja riittävän hoitajamitoituksen uudelleen suunnittelua.

Riittäväällä tiedonsaannilla voidaan turvata laadukas hyvä hoito ja potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden turvaamisessa korostuu ajantasaisen kirjatun tiedon merkitys ja tiedon siirtäminen potilaan tulevaan hoitopaikkaan. Ajantasainen kirjaaminen on tärkeää myös hoitotyön raportoinnissa. Käytettävissä oleva tiedon laatu vaikuttaa hyvän hoidon toteuttamiseen. Hoitotietojen välityksessä potilaskertomuksesta ilmenee potilaalle suunniteltu hoito, hoidon toteuttaminen ja hoidon antaja. Sähköisiin potilasasiakirjoihin tulee kirjata yhdenmukaisella rakenteella ja sovittuja luokituksia käyttäen. Tämä edesauttaa löytämään oleelliset tiedot suuristakin tietomääristä. Sisällöltään vakioidut asiakirjat edistävät potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta. (Saranto & Ikonen 2007, 157.)

Arvola, Pommelinen, Inkinen, Väyrynen ja Tammela (2012) ovat tutkimuksensa perusteella todenneet, että potilastietojärjestelmien aiheuttamat vaaratilanteet ovat liittyneet potilasjärjestelmien toimintakatkoksien tai yhteensopimattomuuden lisäksi lääkesovellusten virheisiin ja määräyksien kirjaamiseen väärille potilaille. Tutkimuksessa todettiin potilaan hoitoon liittyvänä riskitekijänä olevan sähköisten potilastietojen tarkastelun estyminen, tietojärjestelmän toimintakatkoksen tai esimerkiksi hoitajan käyttäjätunnuksien puuttumisen myötä. Etukäteen tiedossa oleviin toimintakatkoksiin voitiin varautua ottamalla paperikopioita potilastietojärjestelmästä. Tällöin jouduttiin muistiinpanot tekemään paperille ja siirtämään siitä potilastietojärjestelmään. Potilaan lääkityksestä potilastietojärjestelmän lääkesovelluksessa lääkärin määräämä, esimerkiksi tilapäinen lääkitys jatkuu, kunnes lääkäri lääkityksen lopettaa. Ellei lääkäri muista lääkitystä lopettaa tai hoitajat eivät asiaa huomaa, tästä voi aiheutua suurta vaaraa potilaalle hänen siirtyessään jatkohoitopaikkaan. Tiedonsiirrossa potilasjärjestelmästä toiseen aiheutuu virheitä, koska potilaan hoidon seurantaan liittyvät kaavakkeet voivat olla vain paperimuotoisena. Tämä lisää riskiä potilastietojärjestelmän ja kaavakkeen välisten tietojen ristiriitaisuuksiin. Yksi keskeinen ongelma on käytössä olevien potilastietojärjestelmien ja niiden ominaisuuksien suuri määrä. Tiedot eivät siirry eri järjestelmien välillä.

Mustajoki, Kinnunen & Aaltonen (2014) ovat todenneet hoitopaikasta toiseen tapahtuvissa potilassiirroissa piilevän suuren riskin tiedonkulun katkoksille. Tällaisia tilanteita voidaan ennalta ehkäistä organisaatiossa laadituilla tarkastuslistoilla, joita veloitetaan kaikki noudattamaan. Tällaisissa

tiedonkulun katkoksissa ovat tavallisempia ja haitallisempia seurauksia potilaan hoitoketjun katkeaminen. Erityisen riskialtista tiedonkulun katkok- sille on potilaan siirtyminen eri organisaatioiden välillä. Sähköinen ja yhte- näinen potilastietojärjestelmä ja sinne tallennettu hoitosuunnitelma hel- pottavat hoitoketjun saumatonta sujumista. Nykyään on käytössä suuri määrä erilaisia potilastietojärjestelmiä, niiden ominaisuuksien erilaisuus on yksi ratkaisematon ongelma. Tiedonsiirron potilasjärjestelmästä toi- seen tulisi tapahtua automaattisesti ja järjestelmien yhteensopivuuden olla lakisääteistä.

Ruuskasen (2007) mukaan potilaasta annettavan raportin tulisi olla loogi- nen, selkeällä ammattikielellä annettu kokonaiskuvaus potilaan tilan- teesta. Hyvä raportti on potilaslähtöinen, jossa huomioidaan potilaan yksi- lölliset hoidontarpeet.

Valtioneuvoston tarkastusvaliokunnan (2008) mukaan terveydenhuollon useat erilaiset ja yhteen sopimattomat tietojärjestelmät aiheuttavat ongel- mia tiedonkulussa. Samoja tietoja ylläpidetään monissa tietojärjestel- missä, aiheuttaen virhemahdollisuuksien lisääntymisen tietojen syöttö- ja kopiointivaiheessa. Näin terveydenhuollon voimavaroja käytetään turhaan ja päällekkäiseen työhön. Tiedonhallintaan kuuluu jopa 60 % erikoissairaan- hoidon työtunneista.

Kokkola (2010) toteaa potilassiirtojen hoitoyksiköstä toiseen ja vastuun- siirtotilanteiden sekä jaetun vastuun olevan potilasturvallisuuden kannalta haastavia tilanteita. Tiedonkulun puutteellisuus, siirtymävaiheet sähköisiin potilasasiakirjoihin sekä työn- ja vastuunjaon epäselvyydet ovat vaarata- pahtumien taustalta löytyviä tekijöitä. Organisaation odotuksien, liittyen henkilöstön osaamiseen ja työmäärään, todettiin myös aiheuttaneen vaa- ratapahtumia.

## 2.2 Hoitotyön yhteenveto

STM:n (2009) asetuksen mukaan, jokaisesta potilaan osastohoitojaksosta tulee laatia loppulausunto, jota voidaan hyödyntää hoitovastuun siirtyessä potilaan jatkohoitopaikkaan. Lausunnosta tulee ilmetä yhteenveto anne- tusta hoidosta ja selkeät ohjeet potilaan seurannasta ja jatkohoidosta. Yh- teenvedosta tulee käydä ilmi mahdolliset poikkeavuudet potilaan toipumi- ssa ja potilaan sen hetkinen vointi hoidon päättyessä. Yhteenveto tulee kirjoittaa hoitotyön näkökulmasta, käyttäen hoitotyön käsitteitä lyhyesti ja ytimekkäästi.

Kuusisto, Asikainen & Saranto (2014, 318–319) ovat todenneet hoitotyön yhteenvedon turvaavan potilaan hoidon jatkuvuutta ja hoitotyön ammat- tilaisten välistä yhteistyötä. Ammattiryhmien- ja organisaatioiden välisen yhteistyön koettiin olevan sujuvampaa ja potilaan kokonaistilanne hahmo- tettiin paremmin, kun potilaan siirtävältä taholta vastaanotettiin hoitotyön



yhteenvedo. Tutkimuksessa todetaan tehokkaan tietojenvaihdon siirtotilanteessa edistävän hoidon turvallista jatkumista. Hoitotyön yhteenvedo koostuu keskeisistä hoitotyön tiedoista kuten hoitotyön tarpeista, toiminnoista ja hoidon tuloksista. Hoitotyön yhteenvedon tavoitteena on turvata hoidon jatkuvuus potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen ja koota keskeisimmät tiedot helposti luettavaan ja tiiviiseen muotoon.

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Tutkimuksen aihe löytyi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin opinnäytetyöpankista. Toteuttamisnäkökulma oli prosessinäkökulma, koska potilaisiin kohdistuva tiedonkeruu ei ollut sairaanhoitopiirin sääntöjen mukaan mahdollista. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin toimeksiantajaorganisaatiossa työskentelevien sairaanhoitajien teemahaastattelua.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten kirurgian, gastroenterologian ja syövänhoidon toimialueilta toimeksiantajasairaalan operatiiviselle vuodeosastolle jatkohoitoon siirtyvien gastroenterologisia sairauksia sairastavien potilaiden eli GAS-potilaiden potilassiirrot olivat toteutuneet ja mitä potilasturvallisuutta vaarantavia riskitekijöitä operatiivisen vuodeosaston henkilökunta oli potilassiirroissa havainnut.

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan parantaa potilasturvallisuutta kirurgian, gastroenterologian ja syövänhoidon toimialueelta siirtyvien potilaiden jatkohoitoon siirtymisessä.

### 4 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSPROSESSI JA TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineiston keruu toteutettiin toimeksiantajaorganisaation henkilökunnan teemahaastatteluna. Tarkoituksena oli selvittää kirurgian, gastroenterologian ja syövänhoidon toimialueelta siirtyvien GAS-potilaiden siirtymävaihetta jatkohoitoon toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta katsottuna.

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina teemahaastattelurunkoa mukailten (Liite 1.). Haastattelun teemat liittyivät potilasturvallisuuteen potilaan siirtotilanteissa. Haastatteluin saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

#### 4.1 Tiedonhaun kuvaus

Tiedonhakuja toteutettiin kahdella eri tavalla. Systemaattisella tiedonhauella pyrittiin löytämään aihetta koskevia aikaisempia tutkimuksia. Systemaattinen tiedonhaku tehtiin Cinahl- ja Medic-tietokannoista. Haut rajattiin vuosina 2006–2017 ilmestyneisiin julkaisuartikkeleihin, jotka olivat saatavina kokonaisuudessaan. Tiedonhaussa käytettiin erilaisia hoitoprosessia koskevia hakusanoja. Hakusanoja yhdisteltiin eri tavalla esimerkiksi termien esiintyvyydellä samassa lähteessä tai termien synonyymimerkityksen avulla. Ulkomaisia hakusanoja olivat patient safety, treatment process ja follow-up care. Kotimaisia hakusanoja olivat hoitoprosessi, hoitopolku, hoitoketju, hoidon laatu, ennakoitu ja turvallinen. Kriteerit täyttäneet julkaisut valikoituivat ja ne käytiin otsikkotasolla läpi. Otsikoiden perusteella valikoitui luettaviksi abstraktit ja abstraktien perusteella luettiin jäljelle jääneistä koko teksti. Myös manuaalista tiedonhakuja tehtiin ja kirjastosta haettiin aineistoa. Pyrittiin löytämään aiheesta relevanttia tietoa, jota systemaattisessa tiedonhaussa ei hakusanojen turvin tullut esille. Hoitotiede ja Tutkiva hoitotyö lehden vuosikertoja käytiin läpi manuaalisesti.

#### 4.2 Aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmänä oli Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvan länsisuomalaisen sairaalan operatiivisen vuodeosaston hoitohenkilökunta. Osastolla on maanantaista perjantaihin 18 potilaspaikkaa ja lauantaista sunnuntaihin 10 potilaspaikkaa. Osastolla hoidetaan tutkimusten ja toimenpiteiden jälkeen osastohoitoa tarvitsevia aikuispotilaita. Potilas saapuu osastolle suunnitellusti leikkaus- tai tutkimuspäivänä tai jatkohoitoon tehdyn toimenpiteen jälkeen. Potilaan jatkohoito tapahtuu kotona, oman alueen terveyskeskuksessa tai sairaalan toisella osastolla. Yksikössä on käytössä vuorokohtainen omahoitaja-järjestelmä.

Tiedonantajiksi valittiin henkilöitä, joilla oli mahdollisimman paljon tietoa ja kokemusta tutkittavasta aiheesta. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että haastateltavat henkilöt tietävät mahdollisimman paljon tutkittavasta ilmiöstä tai heillä olisi kokemusta asiasta. Heidän valintansa tulee olla harkittu ja tarkoitukseen sopivaa. Tutkimuksessa pyrittiin haastattelemaan henkilöitä, joilla oli mahdollisimman paljon kokemusta käsiteltävästä aiheesta. Tästä voidaan käyttää opinnäytetyössä termiä tarkoituksenmukainen otanta. Tutkimukseen osallistuminen haastateltavana oli vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistujalla oli oikeus missä tahansa vaiheessa tutkimuksesta olla osallistumatta. Tutkimukseen osallistujille pidettiin tiedotustilaisuus tutkimuksesta osastotunnin yhteydessä. Näin he saivat tilaisuuden tutustua tutkimukseen ja kysyä lisätietoja tutkimuksesta. Tässä yhteydessä he pystyivät antamaan suostumuksensa osallistumisestaan tutkimukseen. Opinnäytetyön tekijä antoi haastateltaville tiedotteen haastattelun teemasta (Liite 1.) ja heiltä pyydettiin allekirjoitettu suostumus tutkimukseen (Liite 2.). (Ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 112.)

Kankkusen & Vehviläinen-Julkusen (2013, 111) mukaan tutkittavan ilmiön luonne vaikuttaa aineiston kokoon. Kun aihe on selkeä, on haastateltavien helppo jakaa tietoa aiheesta ja haastateltavia tarvitaan vähemmän. Aineiston laatu vaikuttaa otoksen kokoon. Haastateltavilta, jotka tietävät paljon tutkittavasta aiheesta ja jotka jakavat tietoa hyvin, saadaan hyvin tietoa. Haastateltaville on tärkeää varata aikaa vastata kysymyksiin, näin saatava informaatio on laajempaa ja syvällisempää.

Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä eivät ole tilastolliset yleistykset, vaan pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä tai kuvaamaan tapahtumaa. Tiedonantajien valinnan tulee olla harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. Tutkimuksen tekijä voi kussakin tapauksessa päättää, mitä harkinnanvaraisuus ja sopivuus tarkoittavat. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 84–85.) Tähän perustuen haastateltaviksi pyrittiin saamaan hoitajia, joilla oli mahdollisimman pitkä työkokemus työskentelystä toimeksiantajan yksikössä. Yksikössä on 28 sairaanhoitajaa. Osa heistä työskentelee erikoisalan tai muun alan poliklinikalla operatiivisella osastolla työskentelyn lisäksi.

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, havainnointi ja dokumentteihin perustuva tieto. Eri menetelmiä voidaan käyttää yksittäin, rinnakkain tai yhdistettynä eri tavoin ongelmaan, jota tutkitaan ja tutkimusresurssien mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 71.)

Teemahaastattelussa käytetään teemoja ja haastatteluja. Haastattelu sopii aineistonkeruumenetelmäksi, kun tutkittavaa ilmiötä ei tunneta tarpeeksi tarkasti eikä voida esittää ilmiöön liittyviä yksityiskohtaisia kysymyksiä. Laadullisen haastattelututkimuksen etuna on joustavuus eli tutkimuskysymyksien esitysjärjestystä voidaan vaihtaa tilanteen mukaan, lisäksi voidaan tarvittaessa esittää selventäviä lisäkysymyksiä. Haastateltaville voidaan antaa haastattelukysymykset etukäteen tutustuttaviksi, jotta saadaan mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta asiasta. On suositeltavaa, että haastateltavat voivat tutustua kysymyksiin tai ainakin aiheeseen etukäteen, tämä vaikuttaa haastattelun onnistumiseen. Eettisesti on perusteltua kertoa haastateltavalle haastattelun aihe. Tässä tutkimuksessa annettiin kysymykset etukäteen haastateltaville. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 73.)

Koska kaikkia osaston sairaanhoitajia ei voitu ottaa tutkimukseen mukaan, päätettiin tutkimusta varten haastatella 8 sairaanhoitajaa. Valintaperusteena pidettiin hoitajien työkokemusta toimeksiantajaosastolla vuosissa mitattuna.

Haastattelut tapahtuivat toimeksiantajaorganisaation tiloissa, haastateltaville sopivina ajankohtina. Haastattelut tapahtuivat yhden viikon aikana ja koehaastattelu tehtiin ensimmäisenä päivänä. Koska koehaastattelu sujui hyvin, eikä haastatteluteemoihin ollut tarvetta tehdä muutoksia, otettiin koehaastattelu mukaan tutkimukseen. Haastattelutilanteiden kestoksi oli varattu aikaa noin puoli tuntia, tarvittaessa enemmänkin. Haastattelut saatiin suoritettua varatun ajan puitteissa.

Tämän opinnäytetyön teemahaastattelun teemana oli potilasturvallisuus jatkohoitoon siirryttäessä. Teemahaastattelu toteutettiin ennalta laadittujen haastattelukysymyksien pohjalta (Liite 1.), joita täydennettiin aiheeseen liittyvillä lisäkysymyksillä haastattelun edetessä. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina työn tilaajaorganisaation tiloissa, kullekin haastateltavalle sopivana ajankohtana. Tutkimusluvan saatuaan opinnäytetyön tekijä toteutti haastattelun esitestauksen, esitestaus lisäsi tutkimuksen luotettavuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 205). Haastattelun esitestaus toteutettiin haastateltavalle sopivana ajankohtana. Esitestauksen perusteella teemahaastattelun kysymyksiä ei ollut tarvetta muuttaa, tarkentavia kysymyksiä tehtiin haastattelussa ilmi tulleiden asioiden perusteella. Esitestauksessa saatu materiaali otettiin varsinaiseen tutkimusaineistoon mukaan. Haastattelut nauhoitettiin digitaalisella äänitalentimella, aineiston myöhempää litterointia ja analysointia varten. Opinnäytetyön tekijä litteroi ja analysoi aineiston itse, näin aineisto pysyi koko ajan vain opinnäytetyön tekijällä. Litteroitua aineistoa saatiin 53 sivua, käyttäen Calibri-fonttia koko 12, rivivälillä 1 ja marginaalit olivat 2 cm molemmissa sivuissa.

### 4.3 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä. Induktiivinen sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen: aineiston pelkistämiseen, ryhmittelyyn ja käsitteiden luomiseen. Tutkimustehtävä ohjasi auki kirjoitetun haastatteluaineiston pelkistämistä, tässä aineistosta poimittiin oleelliset ilmaisut, jotka listattiin. Ennen tätä vaihetta määriteltiin yksikkö, jota analyysissä käytettiin. Yksikkönä käytettiin sanaa. Ryhmittelyvaiheessa käsitteet, jotka tarkoittivat samaa asiaa, yhdistettiin luokiksi, jotka nimettiin sisältöä kuvaaviksi. Tällä menetelmällä aineistoista löydettiin alaluokkia, joista muodostettiin vielä ylä- ja pääluokkia. Viimeinen vaihe oli luokkien muodostaminen käsitteistä. Edellä kuvattuja vaiheita toistettiin niin kauan kuin tutkimusaineisto sen mahdollisti. Induktiivinen sisällönanalyysi perustuu aineistolähtöiseen päättelyyn, jota ohjaa tutkimuksen ongelmanasettelu. Mikäli asiasta ei tiedetä paljoakaan tai aikaisempi tieto on hajanaista, induktiivisen lähtökohdan käyttö on aiheellista. Aineistosta johdetaan kategoriat tutkimusongelmien ohjaamana. Teoreettinen kokonaisuus pyritään luomaan niin, etteivät aikaisemmat tiedot, teorit tai havainnot ohjaa analyysia. Yksittäistä sanaa tai lausetta voidaan käyttää analyysiyksikkönä. Analyysiyksikön määrittämistä ohjaavat aineiston laatu ja tutkimustehtävät. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.)

Aineiston analysointiin liittyen, ensin saatu aineisto tarkistettiin, jotta saatiin selville, sisältyikö siihen virheitä, puuttuiko tietoja ja oliko kaikki aineisto hyväksymiskelpoista. Aineistosta rajattiin pois kohdat, jotka käsitelivät eri toimialueen alaisuuteen kuuluvan potilasta lähettävän tahon toimintaa. Koska aineiston täydentämiselle ei ollut tarvetta, niin seuraavaksi

aineisto järjestettiin tiedon tallennusta ja analysointia varten. Aineiston käsittely ja analysointi aloitettiin heti aineiston keruuvaiheen jälkeen. Materiaalia saatiin haastatteluilla runsaasti ja aineisto myös kylläntyi, eli lopulta alkoivat samat asiat toistua.

Saatua aineistoa luettiin läpi useita kertoja ja aineiston analyysiyksikkönä käytettiin sanoja, jotka nousivat haastatteluissa esille potilasturvallisuutta uhkaavina tekijöinä. Sanat luokiteltiin aiheensa perustella omiin ryhmiin, jotka nimettiin, näin muodostui alaluokkia. Alaluokista muodostettiin edelleen sisältönsä perusteella nimetyt yläluokat ja yläluokista muodostui edelleen kolme pääluokkaa, jotka myös vastasivat tutkimustehtävään, joten analyysi lopetettiin. Asian käsittelyn ja havainnollistamisen helpottamiseksi pääluokista tehtiin kaaviokuvat. Sisällön analyysissä muodostuneet kolme pääluokkaa olivat raportointiin, kirjaamiseen ja lääkitykseen liittyvät asiat. Hoitajien kokemuksia palautteen antamisesta potilaan lähettävälle taholle käsitellään omana kappaleena ja miten mahdollisia potilasturvallisuutta uhkaavia vaaratilanteita voitaisiin ennalta ehkäistä.

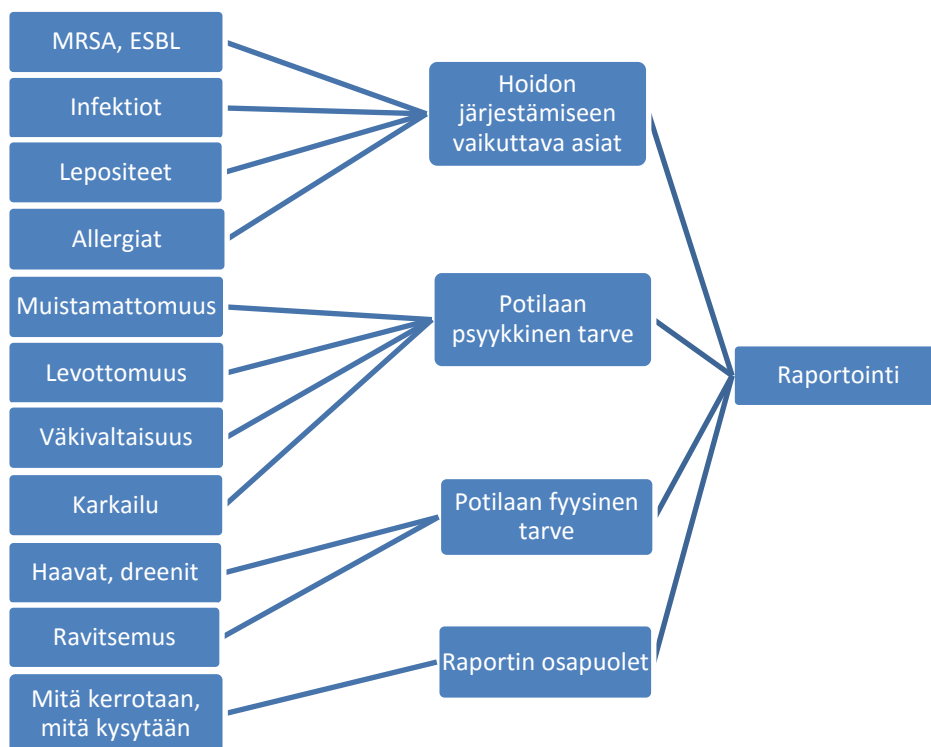
Aineiston käsittelyssä korostui ehdoton luottamuksellisuus. Aineistoa analysoitiin niin, ettei yksittäisen tiedonantajan tietoja voitu tunnistaa. Kenenkään tutkimukseen osallistuvan henkilöllisyys ei tullut esiin missään tutkimuksen vaiheessa.

## 5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyön tulokset muodostuivat GAS-potilaiden potilassiirroissa potilasturvallisuutta vaarantavista tekijöistä käsittäen raportoinnin, kirjaamisen, lääkehoidon ja palautteen lähettävälle taholle. Raportoinnista, kirjaamisesta ja lääkehoidosta muodostui kolme pääluokkaa. Pääluokkien sisältö vastaa teemahaastattelun kysymyksiin. Pääluokat jaettiin edelleen yläluokkiin ja alaluokkiin. Alaluokat johdettiin pelkistetyistä ilmauksista, joista liitteeksi tehtiin esimerkkikaavio (Liite 3.).

### 5.1 Raportoinnin haasteet

Siirtotilanteissa raportointiin liittyviä potilasturvallisuutta vaarantavia riskitekijöitä havaittiin hoidon järjestämiseen liittyen, potilaan psyykkiseen tarpeeseen, potilaan fyysiseen tarpeeseen ja raportin osapuoliin liittyen. Raportoinnilla tarkoitetaan suullista raportointia, joka annetaan potilaan jatkohoitoon ennen tulevaa potilassiirtoa. (Kuva 1, s. 10.)



Kuva 1. Raportointiin liittyvät potilasturvallisuutta vaarantavat asiat.

### 5.1.1 Hoidon järjestämiseen vaikuttavat asiat

Potilaan hoidon järjestämiseen vaikuttavien asioiden kohdalla oli ollut epäselvyyttä potilaalla olevasta eristystä vaativasta sairaalabakteerista, kuten MRSA ja ESBL. Kaikkia MRSA-kantajia hoidetaan osastohoidossa ollessaan kosketusvarotoimen mukaisesti sekä nykyisten hygieniasääntöjen mukaan vain virtsassa kasvavan ESBL-Klebsiella kannan kantajia. Sairaalabakteerista ei ole potilasta lähettävä taho aina raportoinut toimeksiantajaorganisaation hoitajille, vaan hoitajat ovat asian huomanneet potilastietojärjestelmästä puhelun loputtua. Tämä on aiheuttanut ylimääräistä työtä, jos eristyshuonetta ei ole ollut vapaana. On jouduttu siirtämään potilaita huoneesta toiseen, jotta eristystä vaativa potilas on osastolle saatu sijoitettua.

Monestikin raporttia soittaessa kysytään, onko eristyspotilas, tosin kyllä myöskin ilmoitetaan aika usein, että on mutta ei ole. Haastattelu 2.

Potilaalla hoidossa käytetyistä lepositeista ei ole aina raportoitu. Somaattisessa hoidossa on lepositeiden käyttö perusteltua poikkeuksellisesti potilaan ollessa hyvin levoton, aiheuttaen vakavaa vaaraa itselleen, muille potilaille tai henkilökunnalle. Lepositeiden käyttö vaatii aina lääkärin luvan ja perusteet toiminnalle sekä nimetyn hoitajan potilasta valvomaan. Tämä ei osaston normaalilla hoitajamitoituksella onnistu.

On unohdettu mainita jatkohoitoon tulevasta potilaasta, että on lepositeet ollut käytössä. Ja sehän vaatii aina hoitajan vierelle, että se on sitten jo resurssikysymys. Haastattelu 3.

Potilaan allergioiden ja infektioiden raportoinnissa on ollut epäselvyyttä ja ne pitäisi aina huomioida raportoitaessa, sillä ne vaikuttavat potilaan paikkasijoitteluun osastolla. Sairaanhoidopiiri määrittelee leikkaushaavan puhtaaksi, kun operaation jälkeen ei tule verenvuotoa tai infektiota komplikaationa ja haava sulkeutuu 24 tunnissa, niin etteivät ulkopuoliset mikrobit pysty tunkeutumaan haavaan. (PSHP 2015b.)

Infektiopotilasta ei laiteta minkään puhtaan leikkaushaava-potilaan kanssa samaan huoneeseen. Haastattelu 6.

### 5.1.2 Potilaan psyykkinen tarve

Saadessaan potilaasta raporttia hoitajat toivoivat lisää tietoa potilaan psyykkisestä tilasta. Usein jää mainitsematta potilaan muistamattomuus, levottomuus, väkivaltaisuus tai potilaan karkailu. Edellä mainitut seikat pyritään ottamaan huomioon potilaspaikkasijoittelussa. Hoitajat kokevat, että potilaasta annetaan parempi kuva kuin todellisuudessa on.

Hoitajat kertoivat, että raporttia potilaasta vastaanottaessaan heillä on lupa katsoa potilaan tietoja. Osa hoitajista näin menetteleekin ja osa tarkistaa tiedot mahdollisimman pian puhelun loputtua. Tämä riippuu tilanteesta, sillä itse puhelutilanteessa ei ehdi tai ei ehkä ole tietokoneen ääressä puhelimeen vastatessaan. Kun hoitaja on vastaanottanut raportin tulevasta potilaasta, hän kirjaa tiedot ylös paperille, suunnittelee potilaalle paikan, katsoo, riittääkö tilattu ruoka / tilaa ruoan ja huolehtii käytännön seikat valmiiksi.

En koe, että siinä tilanteessa tarvis ihan niin kauhean pitkälti kertoa, mutta ihan tällaiset perusasiat. Haastattelu 3.

On tärkeää, että monesko päivä leikkauksesta on ja mitä lääkkeitä menee, saako syödä, miten liikkuu ja just nää avuntarpeet, muistamattomuudet sun muut. Haastattelu 3.

### 5.1.3 Potilaan fyysinen tarve

Potilaan fyysiseen hoitoon liittyvistä seikoista toivottiin lisää tietoa jo raportointivaiheessa. Potilaalla saattaa olla erilaisia haavahoitoja. Harvinaisempia haavahoitoja kuten VAC ja Renasys on monia erilaisia. Toivottavaa olisikin, että lähettävä taho laittaisi harvinaisempiin hoitoihin liittyviä hoitotarvikkeita potilaan mukaan. Oikeiden tarvikkeiden hankkiminen saattaa välillä olla työlästä ja aikaan vievää.

Me ollaan saatu ne kyllä aina niin järjestettyä...siihen on saat-  
tanut mennä tosi paljon työaika, kun niitä tarvikkeita on  
hankittu. Tilattu välillä taksilla ja pikatoimituksella ja milloin  
mitenkin, että vähän epätarkoituksen mukaista se joskus on  
sen vuoksi ollut. Haastattelu 5.

Hoitotarvikkeita pitäisi antaa niin, että me pärjätään ainakin  
viikko eteenpäin. Haastattelu 3.

Jatkohoitoon tulevilla potilailla on erilaisia dreenejä ja aina osastolla ei ole  
riittävän monipuolista tarvikevalikoimaa, vaan niitäkin olisi hyvä olla poti-  
laan matkassa mukana.

TAYS:ssa ei ymmärretä miten tällöinen pieni sairaala toi-  
mii. Monesti ovat ihmeissään, ettei meillä oo kaikkia näitä  
hoitotarvikkeita saatavilla. Haastattelu 3.

Hoitajat toteavat, että ravitsemukseen liittyvät asiat olisi hyvä mainita po-  
tilaasta raportoitaessa, varsinkin, jos siinä on jotain normaalista poikkea-  
vaa. Potilaalle on voitu tehdä vatsan alueen toimenpide, jolloin on tärkeää  
saada tieto ruokailun mahdollisista rajoituksista. Potilaalla voi olla peg-ra-  
vitseminen, johon on monenlaisia omia ravitsemusliuoksia, joita kaikkia on  
mahdoton pitää varastossa. Kun asia tulee ilmi raportointivaiheessa, hoi-  
tajat voivat heti tarkistaa, onko potilaan tarvitsemaa ravitsemusliuosta  
osastolla, ellei ole, he pyytävät lähettävää tahoa laittamaan tuotetta poti-  
laan mukaan.

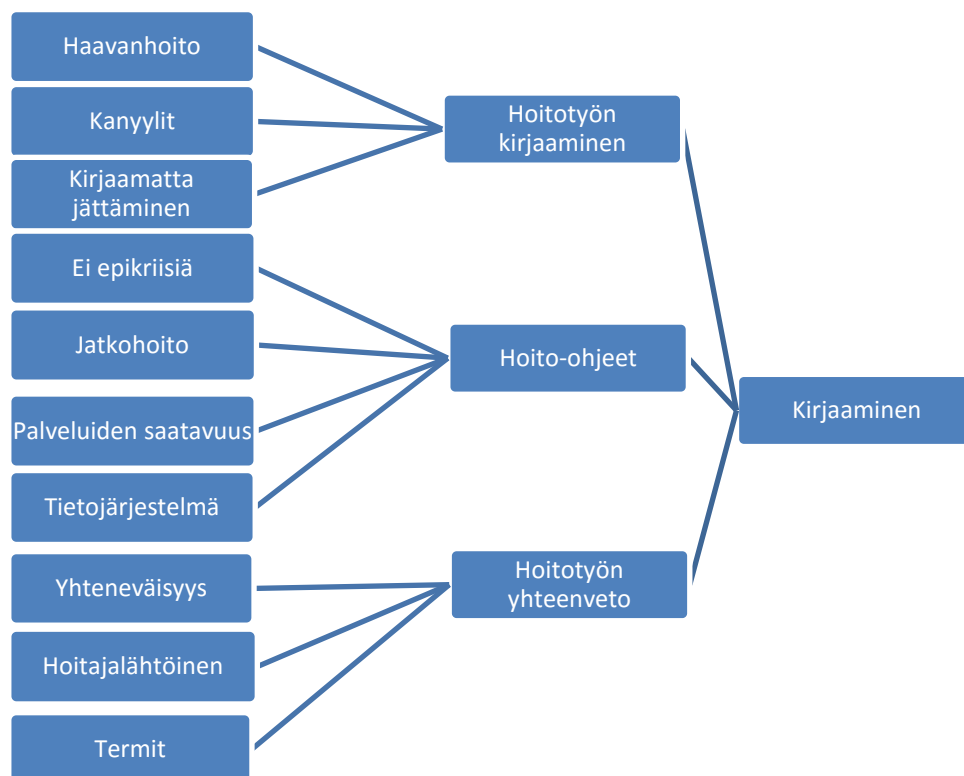
#### 5.1.4 Raportoinnin osapuolet

Hoitajat kertoivat raportoinnin sisällön riippuvan raportoijasta sekä rapor-  
tin vastaanottavasta hoitajasta. Mitään varsinaista yhtenäistä käytäntöä ei  
ole, minkä mukaan tietoa välitetään. Raportin sisältö riippuu ilmoittajasta,  
mitä hän kertoo ja mitä raportin vastaan ottava kysyy. Osa raportoijista  
kertoo kaikki aikaisemmat diagnoosit tarkasti, mutta on ylimalkaistakin ra-  
portointia.

#### 5.2 Kirjaamisen haasteet

Siirtotilanteissa kirjaamiseen liittyviä potilasturvallisuutta vaarantavia ris-  
kitekijöitä havaittiin hoitotyön kirjaamiseen, hoito-ohjeisiin ja hoitotyön  
yhteenvedoon liittyen. (Kuva 2, s. 13.)





Kuva 2. Kirjaamiseen liittyvät potilasturvallisuutta vaarantavat asiat.

### 5.2.1 Hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyön kirjaamiseen liittyviä havaintoja oli tehty haanvanhoidosta, kanyyleista ja kirjaamatta jättämisestä. Hoitajat ovat havainneet haavanhoidon kirjaamisessa ajoittain epätarkkuutta. Monesti hoitopäivälle on kirjattu ”haava hoidettu”, mikä ei anna mitään kuvaa siitä, miten haavaa on hoidettu, mitä sidostarpeita on käytetty, miltä haava näyttää ja kuinka usein haavaa on hoidettu.

Olisihan se hyvä tietää, millä ne on sitä hoitanut, kuka on hoitanut ja koska ja mitä on laitettu. Niitä tietoja saa monesti metsästä potilaitten tiedoista. Haastattelu 2.

Kanyyleista yksi hoitaja kertoi potilaiden tulevan kanyyliin liitetyn 3-tiehan kanssa ja on epäselvyyttä siitä, onko kanyylissä keittosuolaa vai hepariinia. Asiasta ei ole mitään kirjausta ja molempia käytäntöjä on käytössä. Kanyylin laittopäivämäärää ei ole myöskään aina selvästi mihinkään kirjattu tai jos kanyyleja on useampia, mitä on käytetty. Näitäkin tietoja hoitajat joutuvat etsimään hoitopäivistä, ellei potilas itse satu asiaa muistamaan.

...antibiootti menee kolme kertaa päivässä, että onko ne huuhdellu pelkällä keittosuolalla vai onko siellä peräti hepariinit. Että siitä ei ole niinku tietoo missään. Haastattelu 2.

Juuri kanyyleita saattaa olla useampia, no kumpaa on käytetty, potilas ehkä tietää siitä, ehkä ei. Haastattelu 2.

Tietoa välittyy myös pelkästään suullisesti raportoinnin yhteydessä.

Varmasti on sellaista mitä raportissa ehkä kerrotaan juuri, mutta ei ehkä ole tullut kirjattua. Mutta minulla ei ole mitään konkreettista esimerkkiä mikä olis jääny... Haastattelu 2.

### 5.2.2 Hoito-ohjeet

Hoito-ohjeisiin liittyviä haasteita olivat epikriisin puuttuminen, jatkohoito, palveluiden saatavuus ja tietojärjestelmät. Jotta potilas voi siirtyä osastolle jatkohoitoon ja hänen hoitoaan voidaan osastolla potilasturvallisuutta vaarantamatta jatkaa, hänelle pitää olla tehtynä lähettävän lääkärin lausunto eli epikriisi. Joskus potilas on siirretty ilman epikriisiä.

Ei niitä kovin montaa ole, no on niitä jonkun verran. Haastattelu 6.

Jatkohoitokohtaan on tässä luokiteltu hoitajien havaitsemat ongelmat koskien potilaiden tulevia jatkohoitoaikoja eri poliklinikoilla, kuten haavapoliklinikalla. Potilaan jatkohoito-ohjeissa on ollut puutteita, joita hoitajat ovat joutuneet puhelimitse selvittämään potilaan lähettäneeltä taholta tai osaston omalta lääkäriltä, mikäli mahdollista.

Hoitajat toteavat myös, että ollaan samaa sairaanhoitopiiriä ja käytössä on sama potilastietojärjestelmä. Lähettävän tahon on turhaa tulostaa kaikkia papereita, koska samat tiedot näkyvät potilastietojärjestelmästä. Poikkeuksen tekevät paperiset lomakkeet, kuten verensokeriarvojen seurantalomake ja nestelista, joiden tietoja ei aina potilastietojärjestelmästä löydy.

...siinä mielessä soisi tiedon lisääntyvän...he kuluttavat omaa aikaansa siinä ihan turhaan ja käyttää turhaan resursseja siihen, että tulostetaan niitä lippuja ja lappuja, jotka me täällä nähdään aivan selvästi Mirandasta. Haastattelu 5.

Hoitajat kokevat lähettävän tahon suunnalla olevan välillä epätietoisuutta toimeksiantajatahosta, sen toiminnasta ja siitä, ollaanko sairaala vai terveyskeskus. On käynyt niin, että potilaalle on kysytty paikkaa osastolta ja annettu hänestä puhelinraportti. Potilas ei ole saapunut ja asiaa on selvitetty, on ilmennyt, että potilas on lähetetty terveyskeskukseen.

Palveluiden saatavuudella tässä tarkoitetaan röntgen- ja laboratoriotutkimusten rajallista saatavuutta. Edellä mainittuja palveluita ei ole saatavilla ympäri vuorokauden vaan palvelut ovat rajoitettuja, varsinkin viikonvaihteisin. Arkisin röntgen on avoinna virka-aikana ja viikonvaihteisin tehdään vain päivystystutkimuksia. Laboratoriopalveluja on saatavilla viikonvaihteisin vain klo 11.00 asti. Nämä seikat hankaloittavat välillä jatkohoito-ohjeissa olevien tutkimusten ja mahdollisten verensiirtojen toteuttamista.

...meillä ei röntgen ole täällä 24/7 auki eikä myöskään laboratorio... Haastattelu 6.

Vaikka lähettävällä taholla ja osastolla onkin käytössään sama potilastietojärjestelmä, niin siinäkin on eroavaisuuksia esimerkiksi niin sanotun kuumekurvan kohdalla. Lähettävällä taholla on siellä kohta kestopatetri, mihin he merkkäavat paljonko virtsaa on erittynyt. Tätä kohtaa haastateltujen hoitajien käyttämässä kuumekurvassa ei ole, he tosin näkevät tiedon potilaan hoitopäivästä.

Jos on merkattu tähän kestopatetri-kohtaan vaan, niin se ei näy meidän kurvassa elikkä me ei nähdä takautuvasti kokonaisseritysmäärää...Niissä täytyy olla tarkkana, tämmöinen lähinnä tekniseen juttuun liittyvä on tää. Haastattelu 1.

Teknisten eroavaisuuksien lisäksi potilaan sisään kirjaus potilastietojärjestelmään ei aina suju ongelmitta. Tämä aiheuttaa ylimääräistä työtä ja puhelinsoittoja. Hoitajat eivät pysty kirjoittamaan potilasta sisään osastolle, ennen kuin potilas näkyy tietojärjestelmän huoneentaulussa sijoittamattomissa. Lähettävän tahon pitää viedä potilastietojärjestelmään tiedot potilaan poistumisesta osastolta ja laittaa toimeksiantajatahon osasto vastaan ottavaksi osastoksi. Mikäli tässä tapahtuu virhe, potilas ei näy potilastietojärjestelmän sijoittamattomissa.

...että sitten saa monta kertaa soittaa sinne osastolle, että laittakaa kun me ei pystytä sitä sisään kirjottaa... Haastattelu 3.

...hoitajat ei osaa siirtää tänne meille potilasta...siirtyy minne sattuu... joudutaan soitteleen ja neuvomaan..., että tehkää tällain ja tällain niin se siirtyy meille oikein. Että siinä on ongelmaa, kohtalaisen useinkin. Haastattelu 4.

Edellä mainittu saattaa viivästyttää hoidon aloitusta tai jos tulee hätätilanne, on hoitajien vaikea toimia.

### 5.2.3 Hoitotyön yhteenveto

Hoitotyön yhteenveto on tehty pääsääntöisesti kaikille osastolle jatkohoittoon siirtyville potilaille ja sen tekemiseen on panostettu, hoitajat kertoivat. Heidän mielestään hoitotyön yhteenveto antaa hyvän kuvan siitä, mitä potilaalle on tehty. Välillä on ilmennyt tietojen ristiriitaa hoitajan tekemän hoitotyön yhteenvedon ja lääkärin saneleman epikriisin kesken. Eroavaisuuksia teksteissä on ollut antikoagulanttihoidossa.

Kunhan ne sitten ovat yhteneväiset ne tiedot siinä...Oli ihan eri ohjeet sekä hoitajan että sitten lääkärin teksteissä. Haastattelu 3.

...kun yhteenvetokin pyritään pitämään mahdollisimman lyhyenä ja sitten sieltä saattaa jäädä niitä olennaisia asioita pois... Haastattelu 2.

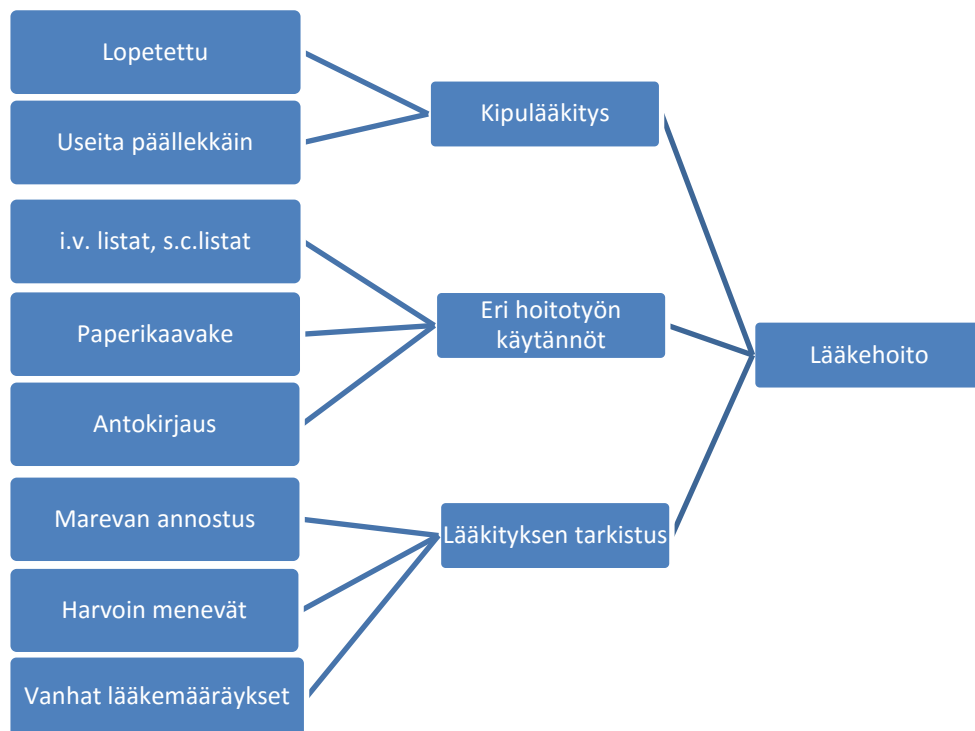
Hoitajien mielestä hoitotyön yhteenvetojen tulisi olla hoitajalähtöisempiä ja suomalaisilla termeillä kirjoitettuja, jotkut hoitajat kokivat niiden olevan vielä liian lääketieteellisiä. Lisäksi hoitotyön yhteenvedossa toivottiin olevan enemmän potilaan päivittäiseen hoitoon liittyviä tietoja kuten ruokavalio, nesteytys, vatsan toiminta, käytännön haavanhoito, suihkussa käynti ja potilaan liikkuminen. Hoitotyön yhteenvetoon olisi hyvä merkitä, mitä lääkkeitä potilas on jo sinä päivänä saanut ennen siirtoa.

...ihan vaan suomalaisilla termeillä sinne kirjattais ja semmoisia potilaan päivittäiseen hoitoon liittyviä asioita... Haastattelu 1.

...enemmän se pitäisi olla se hoitotyön yhteenveto olla niinku käytäntöperäinen tai siihen käytäntöön liittyvä. Haastattelu 2.

### 5.3 Lääkehoito

Lääkitykseen voi liittyä monilla eri osa-alueilla erilaisia potilasturvallisuutta uhkaavia vaaratilanteita. Koska jokaisessa hoitajan haastattelussa nousi esiin lääkitykseen liittyviä uhkatekijöitä, käsitellään lääkitykseen liittyvät asiat tässä työssä omana pääluokkana. Pääluokka on jaoteltu kolmeen alaluokkaan, jotka ovat: kipulääkitys, eri hoitotyön käytännöt ja lääkityksen tarkistus. (Kuva 3, s. 17.)



Kuva 3. Lääkitykseen liittyvät potilasturvallisuutta vaarantavat asiat.

### 5.3.1 Kipulääkitys

Hoitajat kokivat lääkehoitoon liittyvinä vaaratekijöinä lääkehoidon liian aikaisen lopettamisen ja monet samalla vaikuttavalla aineella määrätyt lääkkeet. Potilaan kipulääkitys on joissain tapauksissa lähettävän tahon lääkärin toimesta lopetettu ennen siirtoa. Potilaan siirtyessä jatkohoitoon iltapäivään, osastolla ei ole lääkäreitä paikalla. Sairaalan oma takapäivystävä lääkäri on vain puhelimitse tavoitettavissa. Perusterveydenhuollon päivystävän lääkärin tavoittaa myös puhelimitse, mutta tarvittaessa hän tulee osastolle potilaan tutkimaan. Talon oma yöpäivystäjä tulee klo 22 käymään osastolla ja päivystää aamuun asti, häneltäkin voi tarvittaessa lääkityksestä kysyä. Potilaan kivunhoito saattaa viivästyä kipulääkemääräyksen saamisen viedessä aikaa.

Meillä ei ole täällä lääkäreitä enää paikalla...soitetaan päivystävälle lääkärille, joko tonne Sotesiin tai sitten takurille, mikä on meillä omalääkäri... Haastattelu 4.

Potilaan lääkelistalla saattaa olla monta eri nimistä, mutta samalla vaikuttavalla aineella olevaa kipulääkettä sekä säännöllisesti että tarvittaessa annettavissa lääkkeissä.

...oli Ibumaxia, Panadolia, Paracetamolia ja Panacodia kahta erilaista grammasta säännöllisiin ja kahta sinne tarvittaviin laitettu... Haastattelu 7.

### 5.3.2 Hoitotyön eri käytännöt

Eri käytännöt lähettävän ja vastaanottavan taholla saattavat aiheuttaa vaaratilanteita, on tärkeää tietää lähettävän tahon käytännöt. Lääkelistojen tulostuskäytännöissä on eroa, mikä täytyy muistaa potilaalle uutta lääkelistaa tulostettaessa. Lähettävä taho tulostaa i.v. ja s.c. lääkkeet eri listalle kuin suun kautta annettavat lääkkeet. Näiden lääkkeiden kohdalle täytyy lääkelistalle laittaa tieto ”näytä tarjotinkortilla” jotta ne tulostuvat tarjotinkortille toimeksiantajatahon käytännön mukaan. Ellei lääkkeen edessä ole ”täppää” kohdassa ”näytä tarjotinkortilla”, lääkkeet eivät tulostu lääkelistalle ja on vaara, että lääke jää potilaalle antamatta. Asia on aina muistettava tarkistaa potilaan lääkelistaa tulostettaessa.

Pitää huomata kattoo, että siinä on se tulostushärpäke kaikkien lääkkeiden edessä, niin sitten ne tulostuu täällä meillä, kun me tulostetaan kaikki lääkkeet samalle listalle eli meillä on eri systeemi... Haastattelu 1.

Paperisena versiona voi olla potilaan verensokerin seurantakaavake, jonka käyttöön on haastateltujen hoitajien osastolla siirrytty. Pääsääntöisesti potilaan papereiden mukana on ollut kopio verensokerin seurantakaavakkeesta.

Epätietoisuutta saaduista lääkkeistä aiheuttaa lääkelistan mukaiset iltapäivän klo 14 ja klo 16 lääkkeet, koska potilaiden siirrot ajoittuvat usein juuri tuohon aikaan. Tietoa potilaan viimeksi saamasta lääkkeestä hoitaja joutuu etsimään potilastietojärjestelmästä. Tieto voi löytyä lääkelistalta, hoitotyön yhteenvedosta tai tietoa ei ole kirjattu. Potilaan siirtyessä jatkohoittoon, on tärkeää kirjata, milloin viimeksi potilas on lääkkeet saanut ja mitä lääkkeitä.

...klo 16 lääkkeet on hyvin monesti sitä, että onko saanut vai eikö ole saanut? Että Marevanit ja i.v.antibiootit. Vaikka olisi saanut tai ei olisi saanut, olisi kuitenkin selkeä tieto siitä. Haastattelu 3.

Että se on semmonen asia mistä tosiharvoin on kirjaus, että on saanut antibiootin tai saanut klo 16 lääkkeet. Haastattelu 4.

Ne pitäisi aina johonkin järkevästi kirjoittaa, että tietää sitten onko se neljän antibiootti mennyt vai eikö se ole mennyt? Haastattelu 6.

### 5.3.3 Lääkityksen tarkistus

Marevanin annostuksen ja varsinkin kotiannostuksen selvittämisen koettiin aiheuttavan lisätyötä. Potilaan siirtyessä jatkohoitoon, lääkelistassa on maininta ”menee kotiannoksella”, mutta mistään ei selviä kotiannoksen määrä. Kotiannos olisi hyvä selvittää siinä vaiheessa, kun potilas tulee suunnitellusti toimenpiteeseen, näin olisi kotiannos valmiina tiedossa lääkityksen tauon loppuessa.

Se on tauolla ja sit tulee se aika, kun se jatkuu täällä meillä ja sitten lääkäri sanoo jatkuu kotiannoksella ja missään ei sanoa mikä se on...selvittäis sen, että mikä se Marevan annostus on. Haastattelu 8.

Harvemmin annettavien lääkkeiden kuten B12-vitamiin, joka annetaan 3 kuukauden välein, viimeinen antopäivä olisi hyvä selvittää. Kirjaamalla seuraava antoajankohta selvästi ylös, ei seuraavan jatkohoitopaikan tarvitse asiaa selvittää. Jos antopäivämäärä on tiedossa, annetaan lääke hoitajakson aikana osastolla.

Potilaan lääkelistaa ei aina ole tarkistettu vaan lääkelistasta on löytynyt vanhoja lääkkeitä, joita lääkäri on määrännyt joskus jopa vuosia sitten. Hoitajat tarkistavat asian potilaalta, mikäli potilas on kykenevä asiaan vastaamaan, onko hänellä vielä tämä lääkitys tai tarvittaessa soittavat potilaan omaiselle, kotihoitoon tai muulle taholle, joka mahdollisesti potilaan lääkityksestä voisi jotain tietää.

...en mä ole semmosta käyttäny enää vuosiin... Haastattelu 7.

...siä roikkuu niitä vanhoja lääkkeitä... Haastattelu 7.

### 5.4 Vaaratilanteiden ennalta ehkäisy

Hoitajien mukaan hyvällä ja ajantasaisella kirjaamisella ja puhelinraportoinnilla voidaan ennalta ehkäistä vaaratilanteiden syntymistä. Tärkeää on saadun puhelinraportin hyvä kirjaaminen, näin varmistetaan tiedon kulku seuraavana vuoroon tulevalle hoitajalle. Puhelinraportin vastaanottanut hoitaja on voinut olla eri työvuorossa kuin potilasta vastaanottava hoitaja.

Että sinne on ne päivittäiset merkinnät hyvin sitten merkitty. Haastattelu 1.

Lääkehoidon yhtenäisillä käytännöillä voisi vaaratilanteita ennalta ehkäistä. Osastot ovat erilaisia ja näin korostuu käytäntöjen eroavaisuuksien ymmärtäminen ja tietäminen. Hoitajat kokevat raportoinnin olevan tässä merkittävässä asemassa.

## 5.5 Palaute lähettävälle taholle

Hoitajien havaitessa potilasturvallisuutta uhkaavia vaaratilanteita potilassiirroissa, heidän tulee tehdä asiasta HaiPro-ilmoitus. Haastatellut hoitajat totesivat HaiPro-ilmoitusten jäävän joskus tekemättäkin.

...HaiPro jos tulee jotain ja sitä kautta sitten menee tieto, mutta en sitten tiedä meneekö oikeasti? Haastattelu 2.

Kun hoitaja on tehnyt HaiPro-ilmoituksen, hänelle tulee myöhemmin sähköpostiin tieto: asia käsitelty. Tästä hoitajat toivoivat enemmän tietoa, eli siitä miten HaiPro on käsitelty, onko asialle tehty jotain ja onko vaikuttanut toimintaan.

Hoitajat soittavat suoraan lähettävälle taholle ja kysyvät asiasta sekä mahdollisista virheistä. Tällaisissa tapauksissa hoitajat ovat kokeneet, että puheluun vastannut hoitaja on ottanut asian henkilökohtaisena arvosteluna itseään ja omaa työtään kohtaan. Tällöin on herännyt epäily siitä, meneekö tieto eteenpäin vai jääkö se vain puheluun vastanneen hoitajan tietoon.

## 6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkijan arviota kirjallisuuden käytettävyydestä kutsutaan lähdekritiikiksi. Sen tavoitteena on tiedon alkuperän, luotettavuuden, käyttökelpoisuuden ja iän selvittäminen. Kirjoittajan tai julkaisijan tunnettavuus, arvostettavuus ja uskottavuus ovat tarkasteltavia seikkoja. Tässä työssä on otettu edellä mainitut asiat huomioon lähdemateriaalien valinnassa. Lähteinä käytetään alle 10 vuotta vanhaa kirjallisuutta. Tietoa etsittiin myös erilaisista tietokannoista kuten Cinahl ja Medic. Jotta lähdemateriaali on tunnistettavissa ja jäljitettävissä, teksti- ja lähdeviitteiden oikeaa merkitsemistapaa noudatetaan tarkasti. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 145–146; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 113–114, 369.)

Tutkimuksen tekijän tarkka kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta lisää tutkimuksen luotettavuutta. Edellä mainittu käsittää tutkimuksen kaikki vaiheet. Totuudenmukaisesti ja selkeästi kerrotaan tutkimusaineiston tuottamisen olosuhteet. Haastattelututkimuksen aineiston keräämisen paikat, haastatteluihin käytetty aika, häiriötekijät, mahdolliset virhetulkinnat sekä tutkijan omaa itsearviointia tilanteesta (Hirsjärvi ym. 2009, 232).

Aineiston analysointiin liittyvää luotettavuutta lisää analysoijan tekemän tulkinnan mahdollisimman tarkka kuvaus siitä, mihin päätelmät perustuvat ja millä perusteella tulkintoja esitetään. Myös lukijaa helpottavilla suorilla haastattelulainauksilla voidaan rikastuttaa tutkimusselostusta. (Hirsjärvi ym. 2009, 233.)



Tuomen & Sarajärven (2012) mukaan tutkimuksen uskottavuus perustuu tutkijoiden noudattamaan hyvään tieteelliseen käytäntöön sekä tunnustettujen toimintatapojen noudattamiseen. Tutkimustyössä tulee noudattaa rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta niin tutkimustyössä kuin tulosten tallentamisessa, arvioinnissa ja esittämisessä. Huomioidaan muiden tutkijoiden työ ja saavutukset kunnioittaen heidän työtään ja arvostaen heidän saavutuksiaan asianmukaisella tavalla. Sovelletaan eettisiä ja kriteerien mukaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä noudatetaan avoimuutta tutkimuksia julkaistaessa. Hyvä tieteellinen käytäntö ja tieteelliselle tiedolle asetetut vaatimukset edellyttävät, että tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan yksityiskohtaisesti. Tutkijan asema, oikeudet, vastuut ja velvollisuudet koskien aineistojen säilyttämistä sekä tutkimustulosten omistajuutta määritellään ja kirjataan osapuolten hyväksymällä tavalla. Tutkijalla on vastuu tutkimuksen rehellisyydestä ja vilpittömyydestä sekä hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta.

Opinnäytetyön toteuttamiselle haettiin lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin opetusylihoitajalta. Saatuaan luvan opinnäytetyön toteuttamiselle opinnäytetyön tekijä piti toimeksiantajatahon osastotunnilla tiedotustilaisuuden tulevasta opinnäytetyöstä. Tässä yhteydessä mahdollisilla haastateltavilla oli mahdollisuus allekirjoittaa suostumuslomake (Liite 1.) haastatteluja varten ja he saivat myös opinnäytetyöstä tiedotteen (Liite 2.). Haastattelut perustuivat vapaaehtoisuuteen ja haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus (Liite 1.). Saatekirjeessä (Liite 2.) tuotiin esille opinnäytetyön tausta, tarkoitus ja toteuttamistapa. Kerrottiin osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja nimettömyyden säilymisestä kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa.

Eettisestä näkökulmasta olisi saattanut muodostua ongelmaksi se, että haastattelija on itsekin työskennellyt toimeksiantajatahona olevalla osastolla ja näin ollen haastateltavat olivat haastattelijalle tuttuja. Haastateltavien anonyymiteettiin oli kiinnitettävä erityisesti huomiota. Omat mielipiteet ja tiedot osaston toiminnasta ja käytänteistä tuli pitää erillään haastattelutilanteista. Tuttu haastateltava saattoi myös herättää haastateltavissa luottamusta ja helpottaa asioiden esille tuomista. Haastateltavat kokivat aiheen olevan tärkeä ja tämä myös motivoi heitä myös osallistumaan haastatteluihin.

## 7 POHDINTA

Sisällön analyysin luokittelun olisi voinut tehdä monella eri tavalla. Kirjaiminen ja raportointi liittyvät tiiviisti toisiinsa ja moni esille noussut asia olisi sopinut kummankin kategorian alle, tässä työssä ne on käsitelty omina pääluokkina. Hoitotyön yhteenveto on käsitelty opinnäytetyön tuloksissa

kirjaamisen yhteydessä omana alaluokkanaan, vaikka tehdyn hoitotyön yhteenvedon pohjalta on myös hyvä pitää siirtoraportti jatkohoitopaikkaan.

Hoitajien haastatteluista ilmenee, että sairaanhoitopiirin tasolla on kiinnitetty huomiota kirjaamiseen ja hoitajat kokevatkin kirjaamisen kehittyneen.

Haastateltavat olivat haastattelijalle tuttuja, mikä osaltaan edesauttoi runsaan haastattelumateriaalin kertymistä haastattelutilanteessa ja lievitti haastatteluiden aiheuttamaa jännitystä.

Opinnäytetyön tekeminen oli pitkä, opettavainen mutta myös mielenkiintoinen prosessi. Minulla oli jonkin verran kokemusta työskentelystä toimeksiantajaorganisaation yksikössä, mikä osaltaan auttoi työn tekemisessä ja tutkittavan asian ymmärtämisessä. Tutkimuksen tekemisen myötä olen kiinnittänyt enemmän huomiota myös omaan kirjaamiseen ja sen laadukkuuteen sekä hoitotyön yhteenvedon laadintaan. Tutkimus on vahvistanut käsitystä niistä tiedoista, joita tulee käydä ilmi jatkohoitopaikkaan laadittavasta hoitotyön yhteenvedosta, unohtamatta hyvää raportointia potilaasta. Raportoinnista puhuttaessa ei aina ole kyseessä raportointi potilaan jatkohoitopaikkaan, vaan se voi pitää sisällään raportoinnin hoitajalta toiselle työvuoron vaihtuessa.

Potilasturvallisuus on asia, johon kaikki hoitajien tekemät päätökset työssä liittyvät. Hoitajilla on valtava vastuu toimistaan, koska kyseessä saattaa olla ihmisen elämä. Hoitajan tekemä virhe saattaa muodostua kohtalokkaaksi. Tämä on syytä muistaa varsinkin lääkehoidon kohdalla. Lääkkeen antanut hoitaja on vastuussa antamastaan lääkkeestä ja lääkkeen oikeasta annosmäärästä toteuttaessaan lääkärin määräystä. Virheisiin ei ole varaa.

## 7.1 Johtopäätökset

Hoitajien kokemuksen perusteella potilaan jatkohoitoon siirtovaiheen potilasturvallisuutta uhkaavat tekijät liittyvät raportointiin, kirjaamiseen ja lääkehoitoon.

Hoitajien haastatteluista käy ilmi raportoinnin osalta parannettavaa olevan potilaan mahdollisen sairaalabakteerin tai infektion kertomisessa. Hoitajat toivoivat lisää tietoa raportoinnin yhteydessä myös potilaan psyykkisestä tilasta kuten muistamattomuudesta ja levottomuudesta. Kaikki edellä mainitut seikat vaikuttavat potilaan paikkasijoitteluun osastolla. Sairaalabakteerin kantajaa, erityisesti MRSA-kantajaa hoidetaan kosketusvaroimin eli eristyksessä yhden hengen huoneessa. Osastolla on kaksi yhden hengen eristysruokkua, joihin joudutaan ajoittain potilasmäärästä riippuen sijoittamaan muitakin potilaita kuin eristyspotilaita. Oikean tiedon välittäminen mahdollisimman ajoissa jatkohoitopaikkaan varmistaa kaikkien potilaiden mahdollisimman turvallisen hoidon.

Raportointivaiheessa toivottiin tietoa potilaan fyysiseen hoitoon liittyvistä seikoista. Mikäli potilaalla on haavanhoito, jossa on imu, on tärkeää mahdollisimman varhain saada siitä tieto. Näin vastaanottava taho voi tarkistaa, että heillä on hoidossa käytettäviä välineitä saatavilla tai niitä saadaan mahdollisimman pian hankittua. Liikkumiseen ja päivittäisiin toimiin liittyvistä avuntarpeista toivoivat hoitajat enemmän tietoa, unohtamatta ravitsemukseen liittyviä asioita, kuten peg-ravitseminen ja muut erikoisruokavaliot.

Hoitajien kokemuksen mukaan kirjaamisessa on kehitytty, mutta siinäkin tarvitaan vielä lisää koulutusta. Harjaantumisen myötä yhtenäiset kirjaimiskäytännöt parantavat potilaiden hoidon laatua ja turvallisuutta. Kirjaaminen on sitä työtä millä tehdään hoitajien tekemä työ näkyväksi, on hyvä muistaa sanonta ”mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole tehty”.

Hoitotoimien kirjaamiseen kuten haavanhoitoon, toivottiin lisää yksityiskohtaisuutta siitä, miten haavaa on käytännön tasolla hoidettu. Toivottiin lisää tietoa haavan koosta, erityksestä, väristä ja siitä, millainen haava on. Mikäli mahdollista haavasta tulisi ottaa valokuva aina haavahoidon yhteydessä. Kuvasta saa paremman käsityksen haavasta ja sen paranemisprosessista, kuvaan ei vaikuta hoitajan omat mielipiteet ja käsitykset.

Kanyyleistä tulisi vieläkin selvemmin kirjata, onko kanyyli hepariinisoitu vai huuhdeltu pelkällä keittosuolalla. Käytäntö, jossa merkitään potilastietojärjestelmän hoitopäivän keskeisiin tietoihin kanyylin laittopäivämäärä, helpottaisi huomattavasti tiedon löytymistä.

Hoitotyön yhteenvetojen osalta tulisi niidenkin kirjaamisen olla käytännönläheisempää ilman lääketieteellisiä termejä. Niistä toivottiin löytyvän enemmän tietoa potilaan päivittäisistä toimista, kuten liikkumisesta, ruokailusta, erittimisestä, nukkumisesta ja peseytymisestä. Tärkeää olisi kirjata, mitä lääkkeitä potilas on päivän aikana saanut ennen siirtoa. Hoitajat kokivat hoitotyön yhteenvedon antavan hyvän kuvan siitä mitä potilaalle on tehty ja hoitotyön yhteenveto turvaa hoidon jatkuvuutta kuten myös Kuusisto, Asikainen & Saranto (2014) ovat tutkimuksessaan todenneet.

Potilaan lääkelistaa ei ole aina tarkistettu, vaan listalla on ollut vanhentuneita lääkemääräyksiä. Lääkelista tulisi tarkistaa potilaan tullessa hoitoon ja siirtyessä uuteen hoitopaikkaan. Näin toimimalla ei lääkelistalle jää vanhentuneita tai sen hetkiselä hoitojaksolla käytössä olleita lääkkeitä. Näin tulisi toimia myös Arvolan, Pommelinin, Inkisen, Väyrysen ja Tammelan (2012) tekemän tutkimuksen mukaan. Lisäksi he toteavat, että ellei lääkäri muista potilaan tilapäistä lääkitystä lopettaa hoitajakson päättyessä, lääkitys jatkuu automaattisesti ja voi aiheuttaa potilaalle vaaraa tämän joutuessa uudelleen sairaalaan.

Lääkehoidon osalta nousi esiin epäselvyydet siitä, mitä lääkkeitä potilas on viimeksi saanut. Vaikka muuten ei osastolla lääkelistalla meneviä peruslääkkeitä kirjata annetuiksi, niin potilaan siirtovaiheessa näin voisi toimia, jotta potilaan vastaanottava taho näkisi lääkkeet, joita potilas viimeksi on saanut. Potilaan Marevanin kotiannostus tulisi selvittää heti hoidon alussa tai, jos potilas tulee suunnitellusti leikkaukseen, operaatiota edeltävällä käynnillä sairaanhoitaja voisi kotiannostuksen selvittää ja kirjata sen potilaan lääkitysosioon.

Kipulääkityksen osalta tulisi lähettävän tahon lääkärin varmistaa, että potilaalle on määrätty riittävä kipulääkitys ja sen lisäksi mahdollisesti tarvittava kipulääkitys. Lähettävänä ja potilasta hoitaneena lääkärinä, hänellä on parempi kuva potilaan kipulääkkeen tarpeesta kuin potilasta tuntemattomalla päivystävällä lääkärillä, jolle hoitaja joutuu soittamaan lääkitysoissa, mikäli potilas saapuu ilta-aikaan ilman tarvitsemaansa kipulääkitystä.

Lähettävän tahon ja vastaanottavan tahon toimintatapojen ja käytäntöjen ymmärtäminen ja tietäminen ovat tärkeitä asioita. Koska toimeksiantajataholla ei aina viikonvaihteisin ja viikolla iltaisin ole oman alan lääkäriä takapäivystäjänä, tämäkin seikka olisi lähettävän tahon hyvä ottaa huomioon potilasta jatkohoitoon lähetettäessä. Jatkohoito-ohjeiden ja lääkityksien tulee olla kunnossa, jotta potilaan hoito voi turvallisesti jatkua. Tietojen tulisi siirtyä automaattisesti, mutta kuten Mustajoki, Kinnunen & Aaltonen (2014) ovat todenneet muun muassa potilastietojärjestelmiin liittyvät erillaisuudet ovat ongelma.

Palautetta potilasturvallisuutta vaarantavista tekijöistä hoitajat antoivat käytössä olevan HaiPro-järjestelmän kautta tai soittamalla suoraan potilaan lähettäneelle taholle. Hoitajat toivoivat lisää palautetta siitä, miten HaiPro on käsitelty ja onko sen tekemisestä ollut hyötyä. Osa hoitajista myönsi, ettei aina HaiProa tule tehtyä, vaikka aihetta olisi. Yhtenä syynä tekemättä jättämiseen oli ajoittainen kiire hoitotyössä.

## 7.2 Jatkotutkimusehdotukset

Vaikka kirjaamisessa on kehitytty parempaan suuntaan, hoitajien haastatteluissa tuli ilmi hoitajien lisäkoulutuksen tarve kirjaamisessa ja raportoinnissa. Kirjaamis- ja raportointikäytäntöjä tulisi kehittää ja yhtenäistää. Potilaan lähettävälle taholle tulisi lisätä tiedotusta toimeksiantajatahoin toimintatavoista ja myös toisin päin. Molemminpuolisella tiedon lisäämisellä voidaan ennalta ehkäistä potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä potilaan siirtotilanteissa. Tulevaisuudessa voisi selvittää, onko tilanne parantunut kirjaamisen ja raportoinnin osalta.

## LÄHTEET

Arvola, T., Pommelin, P., Inkinen, R., Väyrynen, S. & Tammela, O. 2012. Potilastietojärjestelmien turvallisuusriskit hallintaan. Suomen Lääkärilehti 12 (67).

Eloranta, A.-M. 2006. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla hoitohenkilökunnan arvioimana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 16.2.2017. [http://tampub.uta.fi/bitstream/hadle/10024/93350/gradu\\_01022.pdf?sequence=1](http://tampub.uta.fi/bitstream/hadle/10024/93350/gradu_01022.pdf?sequence=1)

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Fioca Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holmberg-Marttila, D., Palvanen, M., Kuusisto, L. & Salonen R. 2015. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Hoitoketjuopas 14.1.2015. <http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoketjut>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kokkola, T. 2010. Potilasturvallisuus hoidon siirtymävaiheessa. Helsingin Yliopisto. Käyttäytymistieteellinen tiedekunta. Käyttäytymistieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kuusisto, A., Asikainen, P. ja Saranto K. 2014. Hoitotyön yhteenveto potilaan hoidon jatkuvuuden turvaajana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Hoitotiede 26 (4), 310–321.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Mustajoki, P., Kinnunen, M. & Aaltonen, L.-M. 2014. Katkennut hoitoketju. Suomen Lääkäri-lehti 15 (69).

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. 1. Painos. Helsinki: Edita.

PSHP 2015a. Pirkanmaan erikoissairaanhoidon strategia vuosille 2016–2025. Viitattu 6.1.2017. Saatavissa: [http://www.pshp.fi/fiFI/Sairaanhoitopiiri/Toiminta\\_ja\\_talous/Strategia](http://www.pshp.fi/fiFI/Sairaanhoitopiiri/Toiminta_ja_talous/Strategia)

PSHP 2015b. Leikkaushaavan käsittelyn aseptiikka. Viitattu 8.4.2017. Saatavissa:

[http://www.pshp.fi/fi-l/Ohjeet/Sairaalahygieniaohjeisto/Aseptiikka\\_hoitotoimenpiteissa/Leikkaushaavan\\_kasittelyn\\_aseptiikka\(48508\)#puhdas](http://www.pshp.fi/fi-l/Ohjeet/Sairaalahygieniaohjeisto/Aseptiikka_hoitotoimenpiteissa/Leikkaushaavan_kasittelyn_aseptiikka(48508)#puhdas)

PSHP 2016. Vatsaelinsairaudet. Viitattu 6.1.2017. Saatavissa:

<http://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Vatsaelinsairaudet>

Palokoski, M.-R. 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 23.2.2017.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94271/gradu01622.pdf?sequence=1>

Ruuskanen, S. 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.

STM:n asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 9. uud. laitos. Helsinki: Tammi.

Valtion tarkastusvaliokunta. 2008. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 217/2011. Dnro 341/54/2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten IT-hankkeiden toteuttaminen. Verkkojulkaisu. Viitattu 6.1.2017. Saatavissa:

[https://www.vtv.fi/files/2435/217\\_2011\\_netti.PDF](https://www.vtv.fi/files/2435/217_2011_netti.PDF)

## TEEMAHAASTATTELU

**Teemahaastattelu****1 Haastattelutilannetta koskevat tiedot:**

1. Hoitajan tunnusnumero \_\_\_\_\_
2. Aika \_\_\_\_\_
3. Paikka \_\_\_\_\_
4. Haastattelun kesto \_\_\_\_\_

**2 Hoitajaan koskevat esitiedot**

1. Työkokemus vuosina \_\_\_\_\_
2. Työkokemus operatiivisella osastolla \_\_\_\_\_

**Haastatteluteemat**

1. Oletko havainnut potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratilanteita työyksikköosi jatkohoitoon siirtyvien potilaiden kohdalla?
2. Miten potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratilanteita voitaisiin ennalta ehkäistä työyksikköosi jatkohoitoon siirtyvien potilaiden kohdalla?
3. Raportoidaanko potilaan lähettävälle / siirtävälle taholle siirtovaiheessa ilmi tulleista vaaratilanteista?

SAATEKIRJE HOITAJILLE

**Hyvä työyhteisön jäsen,**

Teen sairaanhoitajaopintoihini kuuluvaa opinnäytetyötä aiheesta Ennakoitu ja turvallinen jatkohoitoon siirtyminen. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää miten kirurgian, gastroenterologian ja syövänhoidon toimialueilta operatiiviselle osastolle jatkohoitoon siirtyvien gastroenterologisia sairauksia sairastavien potilaiden eli GAS-potilaiden potilassiirrot ovat tapahtuneet ja mitä mahdollisia potilasturvallisuutta vaarantavia riskitekijöitä edellä mainituissa potilassiirroissa on havaittu. Aineiston keruumuotona on haastattelu. Olen valinnut haastateltavat operatiivisen osaston tällä hetkellä työssä olevista sairaanhoitajista, jotka ovat työskennelleet vähintään 5 vuotta operatiivisella osastolla. Sinä olet yksi valituista.

Pyydän kohteliaammin lupaasi ja suostumustasi haastatteluun. Mikäli suostut haastatteluun, voit valita, suoritetaanko haastattelu työajallasi vai työajan ulkopuolella. Haastattelu voidaan suorittaa ennen iltavuoroa tai aamuvuoron jälkeen, työajalla tapahtuva haastattelu tapahtuisi osastollanne. Mikäli haluat, että haastattelu suoritetaan vapaaajalla, voit itse valita haastattelupaikan. Haastattelu aika sovitaan yhdessä. Haastattelu nauhoitetaan. Arvioitu haastattelu aika on noin ½-1 tuntia.

Kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa anonyymiteettisi säilyy tutkijan puolelta. Nimeäsi tms. ei tule missään tutkimuksen vaiheessa esiin ja sinua on mahdotonta tunnistaa tutkimusraportista.

Kerron mielelläni lisää opinnäytetyöstäni, mikäli haluat siitä lisää tietoa. Palauta minulle alla oleva suostumus / kieltäytyminen mahdollisimman pian.



## SAATEKIRJE HOITAJILLE

Ystävällisin terveisin

Pirjo Salmela

sairaanhoitajaopiskelija, HAMK

[pirjo-riitta.salmela@student.hamk.fi](mailto:pirjo-riitta.salmela@student.hamk.fi)

Leikkaa irti



**Merkitse valintasi ja palauta Pirjolle**

Suostun haastatteluun

En suostu haastatteluun

---

Päivämäärä

Allekirjoitus

Nimen selvennys

## ANALYYSIN ESIMERKKIKAAVIO

	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
-ei lääkettä mitä antaa -tehty viime hetken muutos -ei lääkäreitä paikalla	1a) LOPETETTU	1) KIPULÄÄKITYS	LÄÄKEHOITO
-eri lääke muodot -säännöllinen ja tarvit- tava lääkitys	1b) USEITA PÄÄLLEKKÄIN		
-käytäntöjen eroavai- suus -tulostetaan erikseen -ei tulostu tarjotinkor- tille	2a) I.V.LISTAT, S.C.LISTAT	2) ERI HOITOTYÖN KÄYTÄNNÖT	
-verensokerin seu- ranta -ei merkitä kurvaan -kopio mukaan	2b) PAPERIKAAVAKE		
-onko saanut lääkkeit -koska saanut lääkkeit -tieto nuijan taakse	2c) ANTOKIRJAUS		
-mikä kotiannos -tauon loppuminen -jatkuu kotiannoksella	3a) MAREVAN ANNOSTUS	3) LÄÄKITYKSEN TARKISTUS	
-koska seuraava anto- päivä -meneekö tällä hoito- jaksolla	3b) HARVOIN MENEVÄT		
-lääkekorttia ei tarkis- teta -ajantasainen lääkitys	3c) VANHAT LÄÄKEMÄÄRÄYKSET		