

Eija-Liisa Mäenpää ja Sari Orava

Potilasturvallisuuden kehittäminen-

Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen siirtovaiheessa perusterveydenhuollossa

Opinnäytetyö

Kevät 2017

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijä: Mäenpää Eija-Liisa ja Orava Sari

Työn nimi: Potilasturvallisuuden kehittäminen-

Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen siirtovaiheessa perusterveydenhuollossa

Ohjaaja: Salminen-Tuomaala Mari, TtT, Lehtori ja Koskela Tiina, TtM, päätoiminen tuntiopettaja

Vuosi: 2017 Sivumäärä: 56 Liitteiden lukumäärä: 4

Potilasturvallisuus on yksi tärkeimmistä aiheista terveydenhuollossa, jota määrää lainsäädäntö. Tiedonkulun katkeaminen tai väärin ymmärtäminen ovat yleisiä haittatapahtumien syitä potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Hoidon jatkuvuus on yksi hoitotyön periaatteista, sen turvaaminen on tärkeää potilaan kokonaisvaltaisen hoidon sekä hoitotyön onnistumisen kannalta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia tiedon välittymiseen vaikuttavista tekijöistä. Tavoitteena oli tuottaa laadukas tarkistuslista Ilmajoen terveyskeskuksen päivystyspoliklinikalle, Ilmajoen akuuttikuntoutusosastolle sekä Ilmajoen asumispalveluyksiköille. Sen tarkoituksena oli parantaa potilasturvallisuutta potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen sekä olla apuvälineenä hoitohenkilökunnalle raportin ja tiedonkulun selkeyttämiseksi sekä muistin tueksi.

Tutkimusmenetelmiksi valittiin sekä kvalitatiivinen että kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. Tutkimus toteutettiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimusaineiston avoimet kysymykset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tilastollinen analysointi toteutettiin Likert - asteikollisten kysymysten osalta PASW 24,0 tilastointiohjelmalla.

Tulosten mukaan hyvä tiedonkulku on tiedon välittämistä, vuorovaikutusta ja luotettavaa raportointia. Tulosten mukaan onnistunut potilaan siirto koostuu potilaslähtöisistä tekijöistä, hoitajan toiminnasta sekä tiedonkulusta eriyksiköiden hoitohenkilökunnan välillä. Jatkotutkimusehdotuksina olivat ”Onko tarkistuslista parantanut henkilökunnan työskentelyä ja parantanut potilasturvallisuutta?” Onko tarkistuslista tehostanut työaikaa?”

Avainsanat: potilas, potilasturvallisuus, hoidonjatkuvuus, tarkistuslista, tiedonkulku

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Nursing

Specialisation: Bachelor's Degree Programme in Nursing

Authors: Mäenpää Eija-Liisa and Orava Sari

Title of thesis: Development of Patient Safety – Ensuring Health Care Continuity during Transfers in Primary Health Care.

Supervisor(s): Mari Salminen-Tuomaala, PhD, Senior Lecturer, Tiina Koskela MNSc, Lecturer

Year: 2017

Number of pages: 56

Number of appendices: 4

Patient safety is one of the most important issues in health care. This is also determined in legislation. When a patient is transferred to a new department, interruptions and misunderstandings are common problems that can cause harm. Continuity of care is one of the principles in health care and it is important to ensure this to achieve successful treatment.

The objective of this thesis was to describe health care workers' experiences regarding the factors that affect communication. The target was to provide a high-quality checklist which can be used in Ilmajoki on the Emergency Department of Ilmajoki Health Centre, the Acute Rehabilitation Ward and the Housing Service Unit. The objective of the checklist is to improve patient safety when patients are transferred from one department to another. The checklist will also help health care workers to make communication clear, easier to remember things and to support reporting.

Qualitative and quantitative research methods were selected to be used in this thesis. This research was carried out by using a semi-structured questionnaire. Open questions were analysed by using an inductive content analysis. Statistical analysis of questions in Likert scale was carried out by using PASW Predictive Analytics SoftWare 24,0 program.

According to the results, good communication is transmission of information, interaction and reliable reporting. The results indicate that successful transition of a patient consists of factors which are related to the patient, the actions of health care workers, and communication between the personnel of different departments. Future research topics could be based on the following questions: Has the checklist improved work and increased patient safety? Has the checklist improved work efficiency?

Keywords: patient, patient safety, continuity of care, checklist, communication

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ	4
Kuvioluettelo	6
1 JOHDANTO.....	7
2 HOIDON TURVAAMINEN SIIRTOVAIHEESSA	10
2.1 Potilas	10
2.2 Potilasturvallisuus.....	10
2.3 Hoidon jatkuvuus	16
2.4 Tarkistuslista	16
2.5 Tiedonkulku	19
2.5.1 Raportointi.....	20
2.5.2 ISBAR JA HaiPro	21
3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	26
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	27
4.1 Aineiston keruu kvalitatiivisessa sekä kvantitatiivisessa tutkimuksessa....	28
4.2 Aineiston analyysi.....	30
5 HYVÄ OHJE	32
6 TULOKSET	33
6.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot.....	33
6.2 Vastaajien kokemukset tiedonkulkuun vaikuttavista tekijöistä	34
6.3 Vastaajien kokemukset hyvästä tiedonkulusta osana potilasturvallisuutta	39
6.4 Potilaan siirtovaiheen tiedonkulun osalta tärkeät asiat	40
6.5 Hyvään tiedottamiseen käytettävän lomakkeen ominaisuudet	42
6.6 HaiPro:n käyttökokemukset eri työyksiköissä.....	43
6.7 Opinnäytetyön tuotos	45
7 POHDINTA.....	47
7.1 Tutkimustulosten tarkastelua suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin	47
7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	48

7.3 Jatkotutkimusaiheita ja kehittämissuhteita.....	50
LÄHTEET	52
LIITTEET	56

Kuvioluettelo

Kuvio 1. Potilasturvallisuus 11

Kuvio 2. Potilasvakuutuksesta vuonna 2016 suoritettut korvaukset 15

Kuvio 3. Koulutusjakauma 33

Kuvio 4. Hyvä raportointi tapahtuu kirjallisesti 34

Kuvio 5. Hyvä raportointi tapahtuu suullisesti 35

Kuvio 6. Hyvä raportointi tapahtuu puhelimitse eri toimipaikoissa 36

Kuvio 7. Samanlaisten toimintamallien vaikutus tiedonkulkuun 37

Kuvio 8. Tarkistuslista tehostaa työaika 38

Kuvio 9. Hyvään tiedonkulkuun vaikuttavat tekijät 40

Kuvio 10. Potilassiirrossa vaikuttavat tekijät 41

Kuvio 11. Hyvän lomakkeen ominaisuudet 42

Kuvio 12. Tehdyt HaiPro -ilmoitukset 43

Kuvio 13. HaiPro -ilmoitusten jatkotoimenpiteet 44

1 JOHDANTO

Terveydenhuolto on moniulotteinen prosessien viidakko, jossa tutkimusten mukaan potilaan todennäköisyys vahingoittua hoitonsa aikana on noin kymmenen prosenttia. Näistä haittatapahtumista jopa puolet olisi ehkäistävissä yksinkertaisin menetelmin (Kinnunen & Peltomaa 2009, 13). Tiedonkulun katkeaminen tai väärin ymmärtäminen ovat yleisiä haittatapahtumien syitä prosessien eri rajapinnoissa, kuten potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Tiedonkulun onnistumisen ja hoidon saumattoman jatkuvuuden ehtona on, että hoitoketjussa toimivien kesken sovitaan yhteiset käytännöt tiedon jakamisessa. Suullisen raportoinnin sisältöön sekä systemaattisuuteen tulisi panostaa. (Helovuori ym. 2011, 72.)

Aaltonen ja Rosenberg (2013, 284-285) toteavat, että pitkä työkokemus, korkea koulutus ja huolellisuus eivät riitä takaamaan potilasturvallisuutta terveydenhuollossa, koska kaikki tekevät virheitä ja unohtavat asioita. Pelkkään muistiin ei voi luottaa. Tarkistuslista toimii muistin tukena ja rakentaa suojan inhimillisten virheiden ja hoidon haittojen välille. Sen avulla varmistetaan, että kaikki yksityiskohdat käydään läpi, jotka työpaineessa herkästi unohtuvat. Huonosti nukuttu yö, pitkät työvuorot, työ- ja yksityiselämän huolet, huonot suhteet työkavereihin tai liian itsevarma asenne työhön aiheuttavat pieniä tai suurempia unohduksia, joilla voi olla merkittäviä seurauksia. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 284-285.)

Kansainvälisesti potilasturvallisuuteen on kiinnitetty yhä lisääntyvää huomiota 90-luvun puolivälistä lähtien hoidosta aiheutuvien haittatapahtumien suuren määrän vuoksi. Suomen ensimmäinen potilasturvallisuusstrategia on luonut tavoitteet, joita kohti sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikköjen tulee pyrkiä. Sekä kansainvälisesti että Suomessa potilasturvallisuustyö jatkuu erilaisten hankkeitten ja projektien myötä. (Helovuori ym. 2011, 31).

Joskus tärkeitä asioita jää raportoimatta, jotka vaikuttavat potilasturvallisuuteen ja hoidon saumattomaan jatkuvuuteen. Siihen, ettei raportointi ole saumatonta, vaikuttavat inhimilliset unohdukset. Hoitovastuun siirtäminen työvuorojen vaihtojen yhteydessä altistaa virheille. Esimerkiksi omaisia ei ole saatu kiinni ja työvuoron päätyttyä

unohdetaan raportoida asia hoitoa jatkavalle hoitajalle. Kiireessä ei ehditä kertoa kaikkia potilaan hoitoon vaikuttavia tekijöitä. Opinnäytetyön kyselylomakkeen avulla haetaan keinoja, ratkaisuja ja ehdotuksia näihin ongelmiin. Potilasturvallisuuden kehittäminen nähdään myös tarpeellisena ja ajankohtaisena aiheena työpaikoillamme. (Helovuori 2009, 101; Aaltonen & Rosenberg 2013, 328.)

Tarkistuslista tuo hoitajalle apuvälineen, joka helpottaa ja nopeuttaa raportointia, on muistin tukena sekä parantaa potilasturvallisuutta. Tarkistuslista antaa turvaa hoitajalle sekä potilaalle. Tarkistuslistaa hyödynnetään ensin Ilmajoella muutamissa yksiköissä, ja myöhemmin koko JIK- peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän alueella, jos tämä tarkistuslista koetaan hyväksi. Tämä toisi hoitotyöhön yhtenäisen käytännön, selkeyttäen toimintaa potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Hyvällä tiedonkullalla turvataan hoidon jatkuvuus käyttämällä apuna ISBAR- sekä HaiPro -raportointimenetelmää, jolla hyödynnetään työyhteisön kehittämistä tuottamaan laadukasta hoitoa. (Helovuori ym. 2011, 208.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia tiedon välittämiseen vaikuttavista tekijöistä. Tavoitteena on tuottaa laadukas tarkistuslista Ilmajoen terveyskeskuksen päivystyspoliklinikalle, Ilmajoen akuuttikuntoutusosastolle sekä Ilmajoen asumispalveluyksiköille. Ilmajoen asumispalveluyksiköistä tutkimuksessa mukana ovat Niittykoti sekä Könninkoto. Tarkistuslistan tarkoituksena on parantaa potilasturvallisuutta potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen sekä olla apuvälineenä hoitohenkilökunnalle raportoinnin ja tiedonkulun selkeyttämiseksi sekä muistin tueksi.

Tiedonhaussa käytetään Medic-, Melinda-, Theseus-, Aleksi-, Arto- ja Cinahl -tietokantoja. Tiedonlähteet rajataan 2006 ja sitä uudempiin julkaisuihin tieteellisten tutkimusten ja artikkelien osalta. Käytetään yhtä Hoitotiede -lehden artikkeleita sisällön analyysistä vuodelta 1999, koska tieto sisällönanalyysistä ei ole muuttunut. Käytetään lähteinä Hyvärinen (2005) sekä Torkkola ym. (2002) hyvän potilasohjeen osalta, koska yleistieto siitä ei ole muuttunut.

Luetaan sekä käytetään mm. STM:n ja THL:n lakeja ja asetuksia sekä väitöskirjoja. Syvennytään hoitoalan ammattilehtiin, kuten Suomen Lääkärilehti, Systole, Sai-

raanhoitaja, Spirium, Tutkiva hoitotyö, Hoitotiede ja Finnanest. Käytetään tiedonhaussa myös hoitoalan teoksia. Huomioidaan, että samat tekijät ovat julkaisseet väitöskirjoja, artikkeleita sekä teoksia. Perehdytään aiheeseen liittyviin opinnäytteisiin, käyttämättä niitä kuitenkaan lähteinä. Opinnäytetyössä käytetään lähteinä muutamia laadukkaita pro gradu- tutkielmia, joissa on tutkittu potilasturvallisuutta, tiedonkulkua ja HaiPro -järjestelmää. Väitöskirjoissa ja tieteellisissä artikkeleissa käsitellään potilasturvallisuutta runsaasti erikoissairaanhoidon sekä lääketurvallisuuden näkökulmasta.

2 HOIDON TURVAAMINEN SIIRTOVAIHEESSA

2.1 Potilas

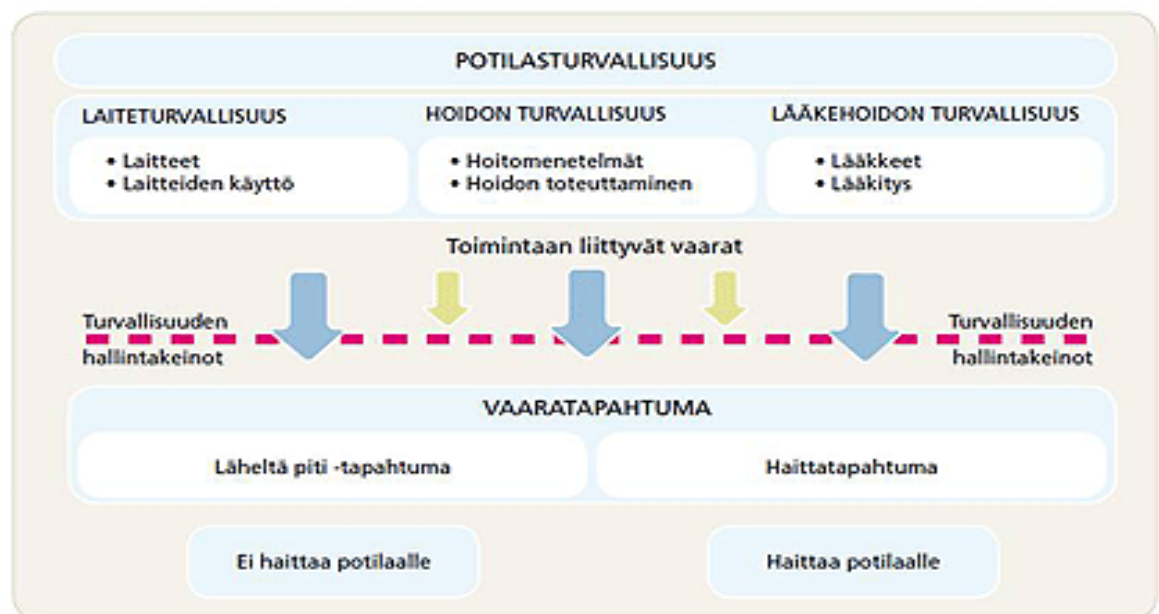
Potilas on sairas henkilö tai sairautta poteva, joka on lääkärin tai hoitajan asiakas (Suomisanakirja 2015). Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä on määriteltä potilas -käsite. Laissa potilaan oikeuksista potilaalla tarkoitetaan terveyden- tai sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä. Yli-Viljamon (2008, 8) tutkielman mukaan potilas on terveydenhuoltojärjestelmän tarjoamien erilaisten terveyst- ja sairaanhoitajapalveluiden vastaanottaja.

2.2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus tarkoittaa terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteita ja toimintoja. Tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus on sitä, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Potilasturvallisuuden määritelmä vaihtelee riippuen siitä, kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan potilasturvallisuus käsittää terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus tarkoittaa, ettei hoidosta aiheudu haittaa, mutta haitalta saatetaan välttyä, vaikka toiminta ei olisikaan edellisen määritelmän mukaan turvallista. Riski ei vain sillä kerralla toteutunut. Hoidon turvallisuuden varmistamisella tarkoitetaan, että toimintaan sisältyy sellaisia menettelytapoja tai järjestelyjä, joiden tehtävänä ei ainoastaan ole saavuttaa tavoiteltu hoitotulos vaan myös vahvistaa toiminnan sietokykyä erilaisille poikkeamille. Tällaisia ovat esimerkiksi tarkastusmenettely, joiden tehtävä on varmistaa, että asioita ei ole unohdettu tai että asiat on tehty oikein. (Helovuori ym. 2011, 13).

Potilasturvallisuus koostuu laiteturvallisuudesta, hoidon turvallisuudesta ja lääkehoidon turvallisuudesta. (Kuivio 1.) Hoidon turvallisuus käsittää hoitomenetelmien sekä hoitamisen turvallisuuden, kun taas lääkehoidon turvallisuus käsittää lääkkeiden sekä lääkityksen turvallisuuden. Lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuus koostuu laitteiden turvallisuuden sekä niiden käytön turvallisuuden. Vaaratapahtuma tai potilasturvallisuustapahtuma vaarantaa potilaan turvallisuutta. Se joko aiheuttaa tai saattaa aiheuttaa potilaalle haittaa. Potilasturvallisuuden vaaratapahtuma voi olla joko läheltä piti -tilanne tai haittatapahtuma. Läheltä piti -tilanteessa potilaalle vaarallinen tilanne vältetään havaitsemalla turvallisuushka ajoissa, jolloin potilaalle ei aiheudu haittaa. Vaaratapahtumaa, jossa potilaalle aiheutuu eriasteista hoitoon kuulumatonta haittaa, kutsutaan haittatapahtumaksi. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 5.)



Kuivio 1. Potilasturvallisuus. (Vaaratapahtumien raportointimenettely opas, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009)

Potilasturvallisuustyötä on tehty ulkomailla jo vuosia. Edelläkävijämaina ovat toimineet Yhdysvallat, Kanada, Australia, Uusi-Seelanti ja Iso-Britannia. Yhdysvalloissa valmistui vuonna 1983 tutkimus, Harvard Medical Study, jossa arvioidaan haittatapahtumien esiintyvyyttä New Yorkin alueella tarkastelemalla potilasasiakirjoja vuoden ajalta. Tutkimukseen osallistuu 51 somaattista sairaalaa. Tarkastelun kohteena

on 30 000 potilasasiakirjaa. Tulokset osoittavat, että 3,7 prosenttia kaikista sairaalahoidossa olleista potilaista kokee haittatapahtuman hoitonsa aikana. Kaikista haittatapahtumista 70,5 prosenttia aiheuttaa potilaan lievän vahingoittumisen, 2,6 prosenttia vakavan vammautumisen ja 13,6 prosenttia johtaa potilaan menehtymiseen. Hoidosta aiheutuviin haittatapahtumiin Yhdysvalloissa menehtyy arvioiden mukaan vuodessa enemmän ihmisiä kuin moottoriajoneuvo-onnettomuuksiin, rintasyöpään tai AIDSiin. (Peltomaa 2009, 13, 17-18.) Vuonna 1999 Institute of Medicine julkaisee raportin "To err is human", joka herättää huomiota sekä Yhdysvalloissa että kansainvälisesti. Raportissa todetaan, että noin joka kymmenes potilas kohtaa sairaalahoitonsa aikana jonkinasteisen haittatapahtuman. Näistä haittatapahtumista jopa puolet olisi ehkäistävissä yksinkertaisin menetelmin. Tämän tuloksena Yhdysvalloissa käynnistyy tilanteen tarkempi kartoitus sekä potilasturvallisuuden edistämisen suunnittelu, toteutus ja arviointi. (Peltomaa 2009, 18-19.)

Pohjoismaista Tanska on potilasturvallisuudessa ehdoton edelläkävijä. Tanskassa potilasturvallisuustyötä ohjaa yksi muista terveydenhuollon rakenteista erillinen yksikkö, jonka alaisuudessa toimivat alan ammattilaiset, potilasryhmien edustajat ja tutkijat. He aloittavat potilasturvallisuuden edistämisen kansallisen vaaratapahtumien raportointijärjestelmän kehittämällä ja käyttöönotolla. (Peltomaa 2009, 21.)

WHO:n vuonna 2004 perustama organisaatio World Alliance for Patient Safety luo edellytykset maailmanlaajuiselle potilasturvallisuustyölle. Tavoitteena on asettaa potilaat potilasturvallisuustyön keskiöön. Terveydenhuollossa tulisi tavoitella läpinäkyvää, syytösvapaata järjestelmää, jossa erehdysten, virheiden ja haittatapahtumien käsittely olisi nopeaa ja tehokasta. WHO on kehittänyt yhdeksän työkalua potilasturvallisuuden edistämiseksi ongelmallisiin tilanteisiin, joista yksi on tiedonkulku potilaita siirrettäessä. (Peltomaa 2009, 22- 23.)

Euroopan komission vuonna 2007 perustama EU:n sisäinen verkosto EUNetPaS (European Union Network for Patient Safety) mahdollistaa potilasturvallisuutta koskevan tiedon, kokemuksen sekä erityisosaamisen integroimisen jäsenvaltioiden kesken. EUNetPaS toimii foorumina verkostoitumiselle ja yhteistyölle eri jäsenmaiden, kansallisten ja kansainvälisten organisaatioiden sekä yhteiskunnan muiden edustajien, kuten potilaiden, hoitolaitosten ja terveydenhuollonammattilaisten välillä.

Verkosto yhdistää eri alojen ammattilaiset, kuten lääkärit, sairaanhoitajat, farmaseutit ja hallinnon edustajat. EUNetPaS tehtävänä on edistää potilasturvallisuuskulttuuria, organisoida potilasturvallisuuskoulutusta, ottaa käyttöön raportointi- ja palauttejärjestelmiä sekä suunnitella ja toteuttaa erilaisia pilottihankkeita. Tavoitteena on yhdenmukaistaa ja ajantasaistaa potilaskulttuuri kaikissa jäsenmaissa. Joint Action for Patient Safety- hanke jatkaa tätä työtä tukemalla hyvien käytäntöjen toimeenpanoa jäsenvaltioissa. (Peltomaa 2009, 24; Helovuori 2011, 27.)

Vaikka Suomessa on tehty laatutyötä pitkään, on potilasturvallisuustyö melko uusi asia. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013 julkaistiin tammikuussa 2009 ensimmäisen kansallisen potilasturvallisuuskonferenssin yhteydessä. (Kinnunen & Peltomaa 2009 13; Snellman 2009, 35.) Strategian tavoitteet ovat, että potilas osallistuu potilasturvallisuuden parantamiseen, potilasturvallisuutta hallitaan ennakkoivasti ja oppimalla, vaaratapahtumat raportoidaan sekä niistä opitaan. Potilasturvallisuutta edistetään suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin sekä potilasturvallisuus huomioidaan terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

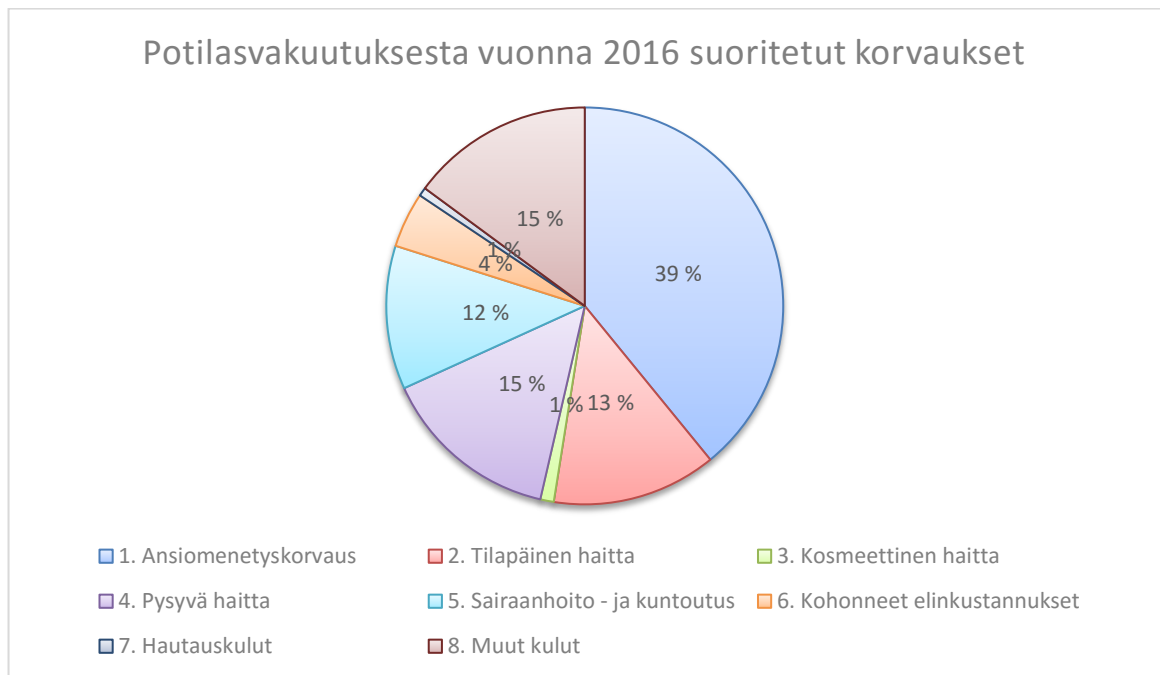
Potilasturvallisuuteen liittyvät keskeisimmät säädökset ovat terveydenhuoltolaki (L 30.12.2010/1326) sekä lain nojalle annettu STM:n asetus potilasturvallisuudesta ja laadunhallinnasta (L 6.4.2011/341). Terveydenhuoltolain lisäksi on infektioihin (L 25.7.1986/583), lääketurvallisuuteen (L 10.4.1987/395; L 2.12. 2010/1088), potilaan asemaan ja oikeuksiin (L 17.8.1992/785), terveydenhuollonammattihenkilöstöön (L 28.6.1994/559), lääketieteellisen säteilyn käyttöön (L 27.3.1991/592) sekä laitteisiin ja tarvikkeisiin (L 24.6.2010/629) liittyvässä lainsäädännössä potilasturvallisuusnäkökulma. Terveydenhuoltolain (L 30.12.2010/1326, 2§) tarkoituksena on mm. edistää väestön palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Lain (L 30.12.2010/1326, 8§) mukaan toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminta on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaista. (Aaltonen & Rosenberg, 2013, 146-147.)

Holkko (2012, 15, 25) jakaa tutkielmassaan potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät potilasturvallisuutta heikentäviin ja edistäviin tekijöihin. Potilasturvallisuutta heikentäviä tekijöitä ovat kiire, henkilökuntavaje, HaiPro raportoinnin seurausten pelko,

epäselvyydet tiedonkulussa, HaiPro -järjestelmän käyttö, potilaiden aiheuttamat vaaratilanteet, tiedon puute, ongelmat organisaation toiminnassa ja kuormittavuus. Potilasturvallisuutta edistäviä tekijöitä ovat potilasturvallisuuden korostaminen, HaiPro -järjestelmän systemaattinen käyttö, tyytyväisyys potilasturvallisuuteen, turvallisuutta parantavat toimenpiteet, vaaratapahtumien käsittely, kannustava työyhteisö, koulutus ja toiminnan kehittäminen.

Holkon (2012, 17-25) tutkielmassa potilasturvallisuutta heikentävistä tekijöistä kiire koetaan vaikuttavan huolellisuuteen, jolloin altistutaan virheille sekä riskien uhka lisääntyy. Kiire koetaan myös jatkuvana sekä aaltoilevana. Henkilökuntavaje koetaan siten, ettei sijaisia ole saatavilla, jolloin yhdelle hoitajalle tulee liian paljon vastuuta. HaiPro-ilmoituksia jätetään tekemättä syyllisyyden, tunnistamisen sekä leimatuksi tulemisen pelossa. Epäselvyydet tiedonkulussa johtuvat kirjallisen sekä suullisen raportoinnin puutteellisuutena. HaiPro -järjestelmän käyttö koetaan monimutkaiseksi, eikä sen käyttö ole luontevaa. Potilaiden aiheuttamat vaaratilanteet kohdistuvat henkilökuntaan, toisiin potilaisiin sekä sairaalan omaisuuteen. Potilasturvallisuutta heikentäviksi tekijöiksi koetaan myös tiedon puute, organisaation säästötoimet, yksiköiden erilaiset toimintatavat, huonot työskentelytilat sekä toimimaton tietotekniikkajärjestelmä. Työn kuormittavuudeksi koetaan vuorotyö, kiireinen työtahti, potilaiden suuri määrä sekä potilasvaihtuvuus.

Holkon (2012, 26-31) tutkielmassa potilasturvallisuutta edistävästä tekijöistä potilasturvallisuus on hoidon keskiössä, johon panostetaan ja kiinnitetään enemmän huomiota. Osa tutkimukseen vastanneista kokee HaiPro -järjestelmän käytön yksinkertaisena eikä syyllistävänä. Osa vastanneista kokee potilasturvallisuuden parantuneen viime vuosina lisääntyneen koulutuksen ansiosta. Turvallisuutta parantavina toimenpiteinä koetaan tarkistuslistojen käyttö leikkaussalissa, lääkkeiden kaksoistarkistus, potilaiden henkilöllisyyden tarkastaminen, riittävä henkilökuntamitoitus sekä yhteiset osastotunnit henkilöstön kesken. Vaaratapahtumien läpikäyminen sekä asianmukainen käsittely koetaan oppimistilanteeksi. Kannustava työyhteisö koetaan edistävän potilasturvallisuutta avoimen keskustelun sekä sallivan ilmapiirin ansiosta. Koetaan että, koulutuksella parannetaan potilasturvallisuutta sekä kehitetään toimintaa.



Kuvio 2. Potilasvakuutuksesta vuonna 2016 suoritettavat korvaukset. (Mukaan Potilasvakuutuskeskus 2017.)

Kuviossa 2 havainnollistetaan, miten korvauksia suoritetaan potilasvakuutuksesta vuonna 2016. Lakiin perustuva potilasvakuutusjärjestelmä turvaa potilaan ja hoitohenkilöstön oikeudet potilasvahingon sattuessa. Vuonna 2016 potilasvakuutuskeskukselle tehdään 8 834 potilasvahinkoilmoitusta eli noin 5 % edellisvuotta enemmän. Käsitellyistä tapauksista vajaa kolmannes johtaa korvausten maksamiseen. Vahinkoilmoitusten määrä on viime vuosina ollut kasvussa. Ilmoitettuja tapauksia ratkaistaan 7 537, joista 2 166 katsotaan korvattaviksi vahingoiksi. Yleisimmin korvauksia maksetaan tuki- ja liikuntaelinten leikkaustoimenpiteiden (469) sekä muiden leikkaus- tai anestesiatoimenpiteiden (466) yhteydessä sattuneista vahingoista. Eniten korvataan lonkan ja polven tekonivelleikkauksissa sattuneita vahinkoja, jotka ovat olleet useina vuosina vahinkotilastojen kärjessä. Vuonna 2016 maksetut korvaukset ovat yhteensä 40,9 miljoonaa euroa mukaan lukien korvaustoiminnan hoitokulut. Maksetuista korvauksista merkittävin osa on ansiomenetyskorvauksia (39,1 %). Lisäksi korvauksia maksetaan pysyvästä, tilapäisestä tai kosmeettisesta

haitasta (29,1 %), sairaanhoidosta ja kuntoutuksesta, hautauskuluista, kohonneista elinkustannuksista sekä muista kuluista (Potilasvakuutuskeskus 2017).

2.3 Hoidon jatkuvuus

Hoito on hoitamista, terveydentilan ylläpitämistä, sairauksien hoitoa lääketieteellisesti sekä terapiaa (Suomisanakirja 2015). Jatkuva määritellään seuraavasti; keskeytymätön, taukoamaton, katkeamaton, yhtämittäinen, yhtäjaksoinen, herkeämätön sekä alituinen (Kielitoimiston sanakirja 2016).

Hoidon jatkuvuus on hoidon katkeamattomuutta sekä hoidon keskeytymättömyyttä (Suomisanakirja 2015). Hoidon jatkuvuus on yksi hoitotyön periaatteista. Sen turvaaminen on tärkeää potilaan kokonaisvaltaisen hoidon sekä hoitotyön onnistumisen kannalta. Potilaan tiedot välittyvät muuttumattomina henkilöiltä toiselle, työvuorosta sekä yksiköstä toiseen. Hoidon jatkuvuus turvataan työvuorojen sekä hoitoyksiköiden vaihtuessa suullisella tiedottamisella ja hyvällä kirjaamisella. Potilaan hoitoon osallistuvien tulee tietää potilaan yksilöllisen hoitosuunnitelman sisältö. Hoitoon ja potilaan vointiin liittyvät huomiot sekä määräykset kirjataan selkeästi ylös potilaan hoitosuunnitelmaan. Näiden avulla potilaan hoidosta tulee yhtenäistä ja jatkuvaa. (Kassara ym. 2006, 15; Mykkänen & Huovinen 2011, 34; Rautava-Nurmi ym. 2013, 25.)

2.4 Tarkistuslista

Kansainvälisen asiantuntijaryhmän vuonna 2007 kehittämän tarkistuslistan tavoitteena on vähentää leikkauskomplikaatioita. Tarkistuslistaa testataan ensin kahdeksassa keskuksessa eri puolilla maailmaa ja vuonna 2009 WHO:n tarkistuslistan käyttäjiksi liittyy jo 1841 sairaalaa 74 maasta. Testatuissa sairaaloissa, joiden joukossa on sekä korkean että keskitason ja matalan kansantuotteen maita, yhdistetään tuloksia ja havaitaan selvä komplikaatioiden määrän väheneminen tarkistuslistaa käytettäessä. Kuolleisuus vähenee lähes puoleen ja kaikkien komplikaatioiden

yhteismäärä pienenee yli kolmanneksella. Myös Suomessa tarkistuslista otetaan käyttöön kahdessa sairaalan leikkaussalissa vuonna 2009. Leikkaustiimin jäsenille tehdään strukturoitu kysely. Kyselyn mukaan tarkistuslistan käyttö parantaa usean tarkastettavan kohdan suorittamista. Kyselyn jälkeen kolme muuta sairaalaa ottaa listan rutiinikäyttöön. Sairaalat, jotka tavoitteellisesti pyrkivät laadukkaaseen hoitoon, pystyvät estämään jopa puolet leikkauskomplikaatioista. Inhimillisiä erehdyksiä sekä virheisiin liittyviä kärsimyksiä ja kustannuksia voidaan pienentää tarkistuslistan avulla. Tarkistuslista on työkaluna halpa ja sen käyttäminen helppoa. Haittoja listan käytöstä ei ole todettu. (Pauniahho ym. 2009, 4249.)

Helmiön (2015, 5) mukaan tarkistuslistan käyttöönotto parantaa leikkaustiimin kommunikaatiota, lisää potilaan henkilöllisyyden varmistamista sekä antaa tietoa leikkauskohteesta. Tarkistuslista otetaan vakituiseen käyttöön Helsingin Yliopistollisen Keskussairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien leikkausyksikössä vuonna 2010. Ensimmäisenä käyttövuonna listaa käytetään keskimäärin 62,3 %:ssa leikkauksista. Tarkistuslista koetaan helpoksi käyttää eikä sen koettu hidastavan työskentelyä. Listan sisällön arvioidaan sopivan hyvin korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisalalle, joskin päiväkirurgisiin toimenpiteisiin toivotaan lyhempää listaa. (Helmiö 2015, 5.)

Tarkistuslistan tarkoitus on leikkausturvallisuuden parantaminen tiimityötä ja kommunikaatiota lisäämällä (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Koskela (2009, 4228) toteaa, että tarkistuslista sopii hyvin tarkkuudesta ja järjestyksestä pitävälle ihmisille ja on hyödyksi elektiivisissä leikkauksissa. Tarkistuslista on salissa operatiivien eri vaiheissa luettava huomiolista, johon ei tehdä muistiinpanoja eikä sitä liitetä potilasasiakirjoihin. Lomake jaetaan osioihin, jotka käydään läpi ennen anestesian aloitusta, ennen viiltoa ja ennen leikkaussalista poistumista. Listaan kootaan kutakin vaihetta koskevat kriittisimmät kohdat. Todetaan, että tarkistuslistan käyttö leikkaussalissa Iso-Britanniassa vähentää potilaiden sairastuvuutta ja kuolleisuutta sekä parantaa viestintää ja tiimityötä. Tarkistuslista tehostaa työaika ja vähentää kustannuksia. (Cadman 2016, 62-71.)

Keistisen (2009, 4222) mukaan lentoliikenteessä käytössä oleva tarkistuslista rakentaa suojausjärjestelmän ja antaa tiimille yhteisen toimintatavan. Tämä turvalli-

suusajattelu voidaan omaksua myös leikkaustoimintaan. Tilanteista on mahdollisuus oppia, jos vaaratapahtumia raportoidaan ja joita systemaattisesti analysoidaan. Myös tieliikenteessä tapahtuvien vakavien onnettomuuksien systemaattinen analysointi tuo tietoa onnettomuuksien moninaisista ja ketjuuntuvista syistä ja mahdollistaa parannukset liikenneturvallisuudessa. Sama menetelmä soveltuu potilasvahinkojen jäsentelyyn. (Keistinen 2009, 4222.)

Teho-osastoilla, joissa on nopea työtahti, monien asioiden yhtäaikaista hallintaa ja suurta tarkkuutta vaativaa työtä, tarkistuslistoista on todettu olevan hyötyä. Tarkistuslistoja on kehitetty muun muassa intubaatiota sekä ekstubaatiota varten, keuhkokuumeen ja makuuhaavojen ehkäisyyn, uuden potilaan osastopaikan valmisteluun ja lääkevuoroja varten. Tarkistuslista on todettu hyödylliseksi apuvälineeksi myös potilaan siirtyessä kotiin tai toiselle osastolle. (Aaltonen ym. 2013, 276.)

Tarkistuslista ei ainoastaan auta muistamaan tärkeitä yksityiskohtia vaan tukee myös ei-teknisiä taitoja, kuten kuuntelemista, tiedon jakamista, valppautta sekä ryhmähengen luomista. Se luo turvallisuutta ja tuo toimintaan järjestelmällisyyttä ja kuralaisuutta. Virheet ovat väistämättömiä, mutta niiden seurauksiin voi vaikuttaa. Henkilökunnan asenteita tutkittaessa moni vastustaa tarkistuslistan käyttöä omassa työssään. He halusivat kuitenkin sitä käytettävän, jos itse ovat potilaana toimenpiteessä. Henkilökunnan asenteet muuttuvat myönteisiksi, kun huomaavat, että listaa on helppo sekä nopea käyttää, ja se parantaa potilasturvallisuutta. (Aaltonen ym. 2013 282-286.)

Yhtä ja ainoaa valmista mallia tarkistuslistasta ei ole. WHO kannustaa muokkaamaan tarkistuslistan sellaiseksi, että se vastaa mahdollisimman hyvin paikallisia käytäntöjä. (Helovuori 2011, 211.)

2.5 Tiedonkulku

Metsävainion ja Tamminen (2015, 338-339) mukaan nykyaikaisessa terveydenhuollossa tiedonkulku on tärkeässä roolissa potilaan hoidossa. Hoitovastuun siirtymisellä tarkoitetaan tilannetta, jossa vastuu potilaan hoidosta siirtyy osittain tai kokonaan toiselle henkilölle tai ryhmälle väliaikaisesti tai pysyvästi. Sairaalahoidossa olevan kirurgisen potilaan hoitovastuu siirtyy useaan kertaan. Potilaat ovat erittäin alttiita tiedonkulussa tapahtuville virheille siirtymisen yhteydessä. Tiedonkulussa virheille altistavat myös työvuorojen vaihdot. Näissä siirtymävaiheissa hoitovastuu siirtyy raportoinnin avulla. Raportit ovat epämuodollisia ja kirjallista viestintää käytetään harvoin suullisen viestinnän tukena. Yleisimmin viestistä jää puuttumaan lääkitystieto, arvio potilaan tilasta ja ohjeet seurannasta. Puutteellinen tiedonkulku voi johtaa katastrofaalisiin lopputuloksiin. (Metsävainio & Tamminen 2015, 338-339.)

Potilaan siirtyessä leikkausyksiköstä heräämöhön jää usein merkittäviä tietoja raportoimatta, kuten leikkauksen jälkeisen kivunhoidon suunnitelma, antibioottihoidon käyttö ja nestehoito. Väärän puolen kirurgia ja kirurgisten instrumenttien tai tarvikkeiden jääminen potilaaseen ovat vakavia haittatapahtumia, joihin liittyy viestintäongelmia. Viestinnän laatua parantaa rakenteellinen viestintä. (Metsävainio & Tamminen 2015, 340.)

Potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon hoitotieto ei välity ammattiryhmien eikä eri organisaatioiden välillä. Tiedon siirtymisen kannalta kriittinen kohta on "saumakohta" eli eri organisaatioiden rajoista muodostuva kohta. Avohoitoon sairaalasta saatu tieto on yleensä epätäydellistä, epäselvää sekä myöhässä. Tehokas tiedonvaihto turvaa hoidon turvallisen jatkumisen. (Kuusisto, Asikainen & Saranto 2014, 310-321.)

Metsävainio ja Tamminen (2015, 339) toteavat myös, että toimivan viestinnän merkitys korostuu eri ammattiryhmien yhteistyössä. Hoitajat ovat kuvailevia ja yksityiskohtaisia raporteissaan, kun taas lääkäri pyrkii tiiviiseen yhteenvedoon. Potilasta koskeva oleellisen tiedon vaihto omaisten, hoitajien ja eri hoitolaitosten välillä on laadukkaan hoidon edellytys. Eri organisaatioiden hoitokäytännöt ovat erilaiset, eikä hoidon jatkuvuus ole aina taattu. (Asikainen ym. 2008, 59-69.)

2.5.1 Raportointi

Raportoinnilla tarkoitetaan tiedottamista ja selontekoa jostakin asiasta tai havainnosta (Suomi Sanakirja 2012). Raportoinnin tehtävänä on välittää tietoa dokumentoimalla tapahtumia. Sisällöltään raportti on tiivis, asiatyylinen selonteko, joka keskittyy olennaisten tietojen välittämiseen. Hoitotyössä on monia raportointitapoja. Raportti voidaan pitää suullisesti ja yhteisesti koko hoitotiimille tai jokainen hoitotiimin jäsen voi etsiä tarvitsemansa tiedon hoitotyönmerkinnöistä. Raportin jälkeen vastuu potilaista siirtyy työvuoroon tuleville tai toisen hoitoyksikön hoitajille. Raportin päätyttyä työvuoroon tulijat käyvät usein heti potilaidensa luona, jotta he saisivat paremman kuvan potilaiden tilanteesta. (Kassara ym. 2006, 62-63; Iivanainen, Jauhainen & Syväoja 2010, 75-76; Rautava-Nurmi ym. 2013, 52-53.)

Hiljainen raportointi, toiselta nimeltään kirjallinen tiedonvälittäminen, on raportointimenetelmä, jossa vuoroon tuleva hoitaja perehtyy itsenäisesti potilaspapereihin. Tavoitteena on, että hoitaja löytää niistä kaiken tarvitsemansa tiedon, jolloin suullista raportointia ei tarvita. Passiivinen tiedon vastaanottaminen kuuntelemalla muuttuu hiljaisessa raportoinnissa aktiiviseksi tiedon etsimiseksi. Hiljaisten raporttien lisääntymistä on mahdollistanut hoitotyön kirjaamisen kehittyminen. Hiljaista raportointia käyttäessään sairaanhoitaja muodostaa itse omat käsitykset ja ajatukset potilaista lukiessaan raportin potilastietojärjestelmästä. Hiljaisessa raportoinnissa työvuoroon tuleva hoitaja tulostaa potilaslistan vastuullaan olevista potilaista, ja etsii vapaan tietokoneen. Hän lukee sähköisestä potilastietojärjestelmästä tarvittavat tiedot, tehden samalla tarvittaessa muistiinpanoja itselleen. Luettuaan raportin hän voi kysyä edellisen vuoron työntekijöiltä tarkennusta epäselviksi jääneisiin asioihin. Tämän jälkeen hoitaja käy tapaamassa potilaita henkilökohtaisesti. (Kassara ym. 2006, 62-63; Iivanainen ym. 2010, 75-76; Rautava-Nurmi ym. 2013, 52-53.)

Hyvän suullisesti annetun raportin tulisi olla hoitotyössä nopea, lyhyt, tavoitteellinen, tehokas sekä potilaskeskeinen. Suullisessa raportoinnissa vuorossa oleva hoitaja kertoo kansliassa vuoroon tuleville hoitajille potilaiden sairauten, vointiin sekä hoitoon liittyvät asiat, joita he tarvitsevat jatkaakseen potilaan hoitotyötä. Raportin vastaanottajat kuuntelevat ja tekevät yleensä samalla muistiinpanoja itselleen. Suulli-

nen raportti on mahdollista antaa myös potilaan vuoteen vierellä, potilaan läsnä ollessa, jolloin puhutaan vuoteenvierusraportoinnista. Vuoteenvierusraportoinnin etuna on, että potilas voi kertoa itse voinnistaan ja kysyä hoitoonsa liittyvistä asioista. Vuoteen vierellä tapahtuvan raportoinnin etuina on, että hoitaja näkee raporttia saadessaan samalla potilaan, ja saa näin paremman kokonaiskuvan potilaan tilanteesta. (Kassara ym. 2006, 62-63; Iivanainen ym. 2010, 75-76; Rautava-Nurmi ym. 2013, 52-53.)

2.5.2 ISBAR JA HaiPro

ISBAR, joka kansainvälisessä kirjallisuudessa lyhennetään myös muotoon SBAR, on raportointimenetelmä turvallisempaan tiedonkulkuun. 1990-luvulla merivoimissa kehitetty ISBAR -menetelmä siirtyi nopeasti käyttöön ilmavoimiin ja tämän jälkeen terveydenhuoltoon. (Sairaanhoitajaliitto 2014; Metsävainio & Tamminen 2015, 340.) Kommunikaatioon ja tiedonkulkuun liittyvät puutteet saattavat johtaa vakaviin haittatapahtumiin. Ongelmat aiheuttavat haasteita etenkin siirrettäessä potilaita yksiköstä toiseen. SBAR tehostaa sekä yhdenmukaistaa suullista raportointia. Selkeä ja tehokas kommunikaatio on erityisen tärkeää akuuteissa, kiireellisissä tilanteissa. Myös WHO suosittelee menetelmän käyttöä. (Peltomaa 2011, 20.) Kommunikaatio-ongelmat myötävaikuttavat noin 70 prosenttiin terveydenhuollon haittatapahtumista. Erityisen kriittisiä kohtia ovat raportointitilanteet. Tiedonsiirrossa tapahtuvat ongelmat aiheuttavat vaaran hoidon jatkuvuudelle lisäten haittatapahtuma- ja hoitovirheitä. (Hoikka 2012, 24.)

ISBAR -menetelmän mukaan potilaasta raportoitaessa tai konsultoituessa tieto välitetään aina systemaattisesti saman kaavan mukaan. Johdonmukainen, oleelliset tiedot sisältävä raportointi on erityisen tärkeää silloin, kun on kiire tai hätä. Menetelmästä on hyötyä myös silloin, kun halutaan päästä eroon hierarkian ja ammattiryhmien välisten erojen vaikutuksesta kommunikaatioon. ISBAR -työkalu mahdollistaa potilaan tietojen siirtymistä johdonmukaisen kommunikaation avulla kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien kesken kaikissa hoitoympäristöissä. Sitä voidaan hyödyntää kaikessa tiedonkulussa. Tieto kulkee selkeästi ja tiivistetysti. Raportin vastaanottajalla on mahdollisuus tehdä lisäkysymyksiä varmistaen, että vastaanotettu tieto

on ymmärretty oikein. Kukin työyksikkö voi muokata ISBAR -työkalun itselleen sopivaksi. (Helovuori ym. 2011, 207-208.)

Hoikka (2012, 24) kertoo artikkelissaan, että TYKS Kirurgisessa sairaalassa otetaan ISBAR-työkalu käyttöön kokeilumielessä vuonna 2011. Osastoilla hoitajat laativat suppean muistilistan tärkeistä raportoitavista asioista. Muistilista kulkee hoitajien mukana taskussa, kun taas heräämössä muistilistaa pidetään tietokoneen vierellä. Muistilistaa käytetään potilaan siirtyessä vuodeosastolta toimenpiteeseen sekä leikkausosastolta takaisin vuodeosastolle. ISBAR -työkalun käyttöönotto on haasteellista, koska työkalu ei ole käytössä koko Turun sairaanhoitopiirin alueella. Hoitajat kokevat epävarmuutta, kuka raportoi ja kenelle raportoidaan muistilistan mukaan. Osa hoitajista kokee muistilistan turhaksi, koska samoja asioita raportoidaan muutenkin. Myöhemmin TYKS:ssä laajennetaan muistilistankäyttö muillekin osastoilla ja muistilistaa yhdenmukaistetaan. Hoikan (2012, 24) mukaan jokaisella hoitajalla on juridinen oikeus saada mahdollisimman asianmukainen ja selkeä raportti potilaista, joita hän hoitaa.

I Identify = tunnista

S Situation = tilanne

B Background = tausta

A Assessment = arvio/nykytilanne

R Recommendation = toimintaehdotus

(Hoikka 2012)

Terveystieteiden ammattilaiset pyrkivät toiminnassaan potilaan hyvään. Tavoitteena on oireiden lievittäminen sekä parantuminen. Myös potilas ja omaiset toivovat tätä. Potilas saattaa kuitenkin kohdata hoitonsa aikana haittatapahtuman, vaikka kaikki osapuolet tekisivät parhaansa. Haittatapahtuma tarkoittaa hoidosta johtuvaa potilaan tahatonta vammautumista tai komplikaatiota, joka ei suoranaisesti liity potilaan sairauteen. Haittatapahtuma johtaa pitkittyneeseen sairaalahoitoon, viivästyneeseen toipumiseen, potilaan vammautumiseen tai menehtymiseen. (Peltomaa 2009, 17.)

Hoitoon liittyvät estettävissä olevat haittatapahtumat aiheuttavat potilaille ja heidän lähipiirilleen huomattavia, vaikeasti mittavia kärsimyksiä, joskus jopa potilaan kuoleman. Arkipäivää ovat hoitajaksojen pitkittymiset, pysyvät tai tilapäiset vammat sekä lisääntyneet hoitokustannukset. Hoidon laatuongelmilla on merkittäviä taloudellisia ja terveydellisiä vaikutuksia, esimerkiksi tarpeettomat kokeet, hoitovirheet, väärä lääkitys sekä menetetyt työpäivät. Mikäli virheet ehkäistään, vältetään inhimillisiltä tragedioista. Ylimääräisen työn jäädessä pois säästyy henkilöstövoimavaroja, joita voidaan käyttää muihin hyödyllisiin tarkoituksiin virheistä aiheutuvien haittojen korvaamiseen tai korjaamisen sijaan. (Snellman 2009, 31.)

HaiPro -järjestelmä on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu. HaiPro -raportointijärjestelmä on tarkoitettu toiminnan kehittämiseen yksiköiden sisäisessä käytössä. Järjestelmään on liitettävissä myös henkilöstöön kohdistuvien (työturvallisuus) vaaratapahtumien raportointi. Järjestelmällisen ja helppokäyttöisen raportointimenettelyn avulla käyttäjät voivat hyödyntää vaaratapahtumista saatavat opit ja terveydenhuollon johto saa tietoa varautumisen riittävydestä ja toimenpiteiden vaikutuksista. Raportointi perustuu vapaaehtoiseen, luottamukselliseen ja syyttelemättömään vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn. HaiPro -raportointimenettely ja työkalu kehitetään VTT:llä yhteistyössä terveydenhuollon yksiköiden kanssa, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja VTT:n rahoituksella. (HaiPro 2016.) HaiPro hankkeen ensimmäinen vaiheen pilottiorganisaatioita ovat Peijaksen sairaala, Tampereen lääkärikeskus ja Tampereen yliopistollisen sairaalan sydänkeskus. Hanke toteutetaan marraskuun 2005 maaliskuun 2007 aikana. Hankkeen toisessa vaiheessa malli otetaan käyttöön maaliskuun 2007 helmikuun 2008 aikana. (Seppä 2008, 1211.) Vaasan sairaanhoitopiirissä HaiPro -järjestelmä otetaan käyttöön toukokuussa 2007. Perusterveydenhuolto sekä ensihoito ottavat järjestelmän käyttöön myöhemmin. (Keistinen, Kinnunen & Holm 2008, 3785-3788.)

Kinnusen (2010, 68, 73) mukaan raportointijärjestelmä mahdollistaa tiedon jakamisen laajasti, systemaattisesti ja nopeasti. Vaaratapahtumien käsittelymenetelmä on prosessi, jossa ensimmäisenä tunnistetaan vaaratilanne. Työntekijä tekee ilmoituksen virheestä sähköisellä ilmoituslomakkeella HaiPro -työkaluun. Ilmoituksen pystyy tekemään myös virheestä, joka on tapahtunut organisaation toisessa yksikössä.

Yksikön esimiehet käsittelevät ilmoituksen ja tuovat asian esiin omassa työyhteisössä. Ilmoitukset käsitellään aina siellä yksikössä, jossa virhe on tapahtunut. Myös johtajat voivat käsitellä ilmoituksia, joita voidaan laajemmin hyödyntää organisaatiossa. Potilasturvallisuustyöryhmä voi käsitellä ilmoituksia kaikissa prosessin vaiheissa hyödyntäen sitä organisaatiossa. (Kinnunen 2010, 68, 73.)

Haittatapahtumista opitaan ja näin voidaan ehkäistä niiden ilmaantumista uudelleen, mikä parantaa hoidon laatua. Tämä edellyttää avointa, syyllistämätöntä terveydenhuollon kulttuuria, jossa haittatapahtumat uskalletaan sekä tuoda esiin että käsitellä. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 13.) Kommunikaation ongelmat ovat suurin yksittäinen haittatapahtumiin myötävaikuttava tekijä. Terveydenhuollon ammattilaisten toiminta on pääasiassa tiimityötä. Tiedonkulkuun liittyvät ongelmat ovat potilasturvallisuusjärjestelmiin ilmoitettujen haittojen syinä yleisiä, joskus jopa yleisimpiä. Puutteellinen kommunikaatio johtaa myös siihen, että mahdollisia virheitä ei havaita ajoissa, vaikka se olisi mahdollista. Suullinen viestintä on hyvin herkkä erilaisille ympäristön häiriöille tai virheellisille tulkinnoille. Siksi sen selkeyteen ja esittämistapaan on kiinnitettävä erityistä huomiota. Tärkeintä on, että tiimissä toteutetaan "kaksisuuntaista viestintää". Määräyksen vastaanottaja toistaa saamansa ohjeen. Tähän ei riitä "ok", vaan toistetaan sanatarkasti saatu määräys. Potilasta hoitava tiimi tulisi nähdä yhtenä kokonaisuutena, jolla on sama päämäärä. Sillä ei ole merkitystä kuka on oikeassa, kunhan asiat tulevat tehdyksi oikein. Hyvin toimivassa moniammatillisessa tiimissä jäsenet voivat vaivattomasti kysyä ja kyseenalaistaa toistensa toimintaa. Palautteen antaminen ja vastaanottaminen ovat luonnollinen osa työskentelyä. (Mustajoki ym. 2014, 2811-2812.)

Ilmoitusten kerääminen rekisteriin ei riitä, vaan niiden käsittely ja analysointi on tärkeää. Ilmoitusten pohjalta pystytään kehittämään toimintaa ja oppimaan, kun ongelmiin puututaan. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmien avulla saadaan esiin tietoa organisaation heikoista kohdista, jotka aiheuttavat riskejä sekä vaaroja. Järjestelmän käyttöönotto vaatii kattavaa koulutusta, jatkuvaa motivointia, resursointia sekä johdon vahvaa sitoutumista. Internet-pohjainen vaaratapahtumien raportointijärjestelmä on helppokäyttöinen ja nopea. Aktiivinen ilmoittaminen edellyttää henki-

lökunnalta ja organisaatiolta potilasturvallisuuskulttuurin omaksumista. Raportointijärjestelmän käytöllä pystytään lisäämään terveydenhuollon läpinäkyvyyttä. (Keis-tinen ym. 2008, 3785-3788.)

3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite sekä tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia tiedon välittymiseen vaikuttavista tekijöistä.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa laadukas tarkistuslista Ilmajoen terveyskeskuksen päivystyspoliklinikalle, Ilmajoen akuuttikuntoutusosastolle sekä Ilmajoen asumispalveluyksiköille tutkimustulosten pohjalta. Sen tarkoituksena on parantaa potilasturvallisuutta potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen sekä olla apuvälineenä hoitohenkilökunnalle raportoinnin ja tiedonkulun selkeyttämiseksi sekä muistin tueksi.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Mitä on hyvä tiedonkulku haastateltavien näkökulmasta?
- 2) Mitä kuuluu potilasturvallisuuteen hyvän tiedonkulun osalta?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön aihetta lähdettiin miettimään jo syksyllä 2015. Aihe ja idea olivat lähtöisin omasta ja työelämän tarpeista työpaikoilla. Pitkin kevättä 2016 kerättiin materiaaleja. Huhtikuussa 2016 aloitettiin kirjoittamaan ensimmäistä runkoa opettajan ohjeiden mukaan. Ensimmäinen seminaari oli toukokuussa 2016. Kesä- ja heinäkuun pääasiassa lomailtiin, pientä ajatustyötä samalla tehden, opinnäytetyö oli alitajunnassa kuitenkin koko ajan. Elokuussa tavattiin kerran viikossa, yleensä työpäivän päätteeksi toisen työpaikalla. Syksyn mittaan tavattiin ja pidettiin palavereita aina kun se oli aikataulullisesti mahdollista.

Koska ollaan perheellisiä ja asutaan eri paikkakunnilla, työpaikat ovat kuitenkin lähekkäin, oli haasteellista löytää yhteinen rauhallinen ja hiljainen työskentelytila. Ilmajoen poliklinikalta saatiin lupa käyttää huonetta ja tietokonetta opinnäytetyön tekemiseen. Opinnäytetyötä tehtiin vapaapäivinä sekä ennen ja jälkeen työvuoron, kun muu perhe oli poissa kotoa. Itsenäisen työskentelyn mahdollisti Microsoft OneDriven käyttö, jossa nähtiin toisen kirjoitus reaaliajassa. Tutkimustulosten analysointi sekä työn viimeistelyn vaiheessa työskenneltiin tiiviisti koulun ja kirjaston tiloissa. Yhdysesikönä toimi JIK ky:n hoitotyön päällikkö Johanna Heino, jonka kautta anottiin työlle tutkimuslupaa.

Potilasturvallisuus oli laaja käsite, joka koostui laiteturvallisuudesta, lääkehoidon turvallisuudesta ja hoidon turvallisuudesta. Opinnäytetyö keskittyi hoidon turvallisuuden potilaan siirtyessä yksiköistä toiseen. Aihe oli rajattu siten, ettei työssä käsitelty laiteturvallisuutta eikä lääketurvallisuutta. Laadittu kyselylomake (Liite 2) jaettiin yksiköihin tammikuun alussa tutkimusluvan saamisen jälkeen. Vastausaika oli kuukausi. Kohderyhmä, jolle kysely tehtiin, koostui lähihoitajista, perushoitajista, sairaanhoitajista sekä terveydenhoitajista, jotka työskentelivät tutkimushetkellä yksikössä ja olivat vakituisessa tai määräaikaisessa työsuhteessa. Kyselylomake palautettiin suljetussa kirjekuoressa kyselylomakelaatikkoon. Helmikuussa käytiin vastauksia läpi jakamalla oman työpisteen vastaukset ristiin, jolloin välttyttiin käsialan tunnistaminen. Kyselylomakkeita säilytettiin lukollisessa kaapissa työpaikalla. Helmikuussa - maaliskuussa vastaukset analysoitiin PASW 24,0 (Predictive Analytics SoftWare)

tilastointiohjelmaa hyväksi käyttäen. Avoimet kysymykset analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Maaliskuussa analysoitiin tuloksia kirjalliseen muotoon sekä kirjoitettiin pohdintaa. Huhtikuussa opinnäytetyömme tuotos työstettiin konkreettiseen muotoon. Tutkimuksen tuotoksena luotiin arkea helpottava yksinkertainen työväline, joka turvaa potilaan hoidon jatkuvuuden siirtovaiheessa yksiköissä työskenteleville.

Opinnäytetyössä käytetty tieto tarkastettiin yhdessä ja muokattiin lopulliseen muotoonsa hyvässä hengessä ja yhteisymmärryksessä. Yhdessä tekeminen sujui hyvin kummankin mielipiteitä huomioiden ja kunnioittaen. Opinnäytetyö oli moniulotteinen ja opettavainen prosessi. Erityisesti tutkimustyön tekemiseen tarvittavat taidot kehittivät koko prosessin ajan. Työn edistymistä oli hienoa seurata ja kokonaisuuden valmistuttua oli palkitsevaa nähdä oman työn tulos lopullisessa muodossaan. Opinnäytetyöprosessin loppuvaiheessa pohdittiin, mitä olisi voitu tehdä toisin. Kyselylomakkeen yksittäisiä kysymyksiä olisi muokattu ymmärrettävämpään muotoon, joista olisi helpompi tehdä yksiselitteisiä johtopäätöksiä. Opinnäytetyöprosessi kasvatti meitä ammatillisesti tutkivaan ja näyttöön perustuvaan hoitotyöhön.

4.1 Aineiston keruu kvalitatiivisessa sekä kvantitatiivisessa tutkimuksessa

Tutkimusote oli sekä laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus että tilastollinen eli kvantitatiivinen tutkimus, jotka täydensivät toisiaan tässä tutkimuksessa. Hirsjärven, Remksen ja Sajavaaran (2009, 137) mukaan numerot ja merkitykset olivat vastavuoroisesti toisistaan riippuvaisia. Numerot perustuivat merkityksiä sisältävään käsitteellistämiseen, merkitystä sisältäviä käsitteellisiä ilmiöitä voitiin ilmaista numeroin. Käyttämällä vain yhtä tutkimusmenetelmää olisivat tutkimusvastaukset jääneet suppeiksi. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla saatiin kartoitettua olemassa oleva tilanne, mutta ei pystytty riittävästi selvittämään asioiden syytä. Sen avulla selvitettiin lukumääriin sekä prosentiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa saatiin tietoa kohderyhmän arvoista, asenteista, tarpeista sekä odotuksista. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013, 125; Heikkilä 2014, 16.)

Kvalitatiivinen tutkimus oli tulkitsevaa ja ymmärtävää, kokonaisvaltaista tiedekäsitystä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kuvattiin, selitettiin ja yritettiin ymmärtää ilmiöitä ja niiden välisiä suhteita tutkittavien näkökulmasta ja niiden luonnollisissa yhteyksissä. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähestymistavat olivat todellisuuden kielellinen kuvaaminen ja tulokset sääntöihin sidottuja eivätkä sattumanvaraisia. Tutkimusote oli tulkitsevaa ja ymmärtävää. Siinä yritettiin päästä haastateltavien "pään sisälle". Aineisto edusti tutkimuskohteen olennaisia piirteitä. Kvalitatiivinen tutkimus sopi toiminnan kehittämiseen sekä vaihtoehtojen etsimiseen. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013, 125; Heikkilä 2014, 15-16.)

Kvantitatiivinen tutkimus oli tilastollista, siinä korostuivat numeerisuus sekä määrällisyys. Kuinka paljon? Kuinka monta? Keskeistä oli tiedon objektiivisuus sekä yleistettävyyt. Se voi olla kartoittavaa, kuvailevaa, selittävää tai vertailevaa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineiston keruu oli strukturoitu, useimmiten kyselylomakkein. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa otoksen satunnaistaminen, koko ja edustavuus olivat merkittäviä. Kvantitatiiviseen tutkimukseen kuului tutkittavien ilmiöiden objektiivinen havainnointi, kontrollointi, mittaus, tilastollisten menetelmien käyttö sekä yleistäminen. (Heikkilä 2014, 15.)

Tutkimusaineistoa kerättiin tekemällä puolistrukturoitu kyselylomake. Kyselylomakkeen kysymykset koostuivat avoimista- sekä vastausvaihtoehtokysymyksistä. Kyselylomake testattiin ensin hoitotyön opettajalla, joka teki ehdotuksia kysymysten muotoiluun. Kyselylomakkeen kysymykset kohdennettiin teemoihin. Teorian teemoihin pohjautuvat käsitteet operationalisoitiin, jolloin selvitettiin, miten käsitteitä pyrittiin mittaamaan. Käsitteet muutettiin konkreettiseen sekä ymmärrettävään muotoon. (Hirsjärvi ym. 2009, 155.) Kohderyhmänä olivat lähihoitajat, perushoitajat, sairaanhoitajat sekä terveydenhoitajat, jotka työskentelivät tutkimushetkellä yksikössä ja olivat vakituisessa tai määräaikaisessa työsuhteessa. Lomakkeet jaettiin täytettäväksi neljän eri työpisteen työntekijöille. Lomakekyselyä käytettiin, koska kohderyhmä oli suuri ja he edustivat melko yhtenäistä ryhmää. Kyselylomakkeen alussa kysyttiin vastaajien taustatietoja. Kysymysten järjestys ja sisältö olivat kaikille samat, kysely toteutettiin paperilomakkeella. Kyselylomake oli riittävän lyhyt ja vastaamiseen meni aikaa alle 15 minuuttia. Kyselylomakkeen kysymykset koostuivat avoi-

mista kysymyksistä sekä Likert-asteikollisista kysymyksistä. Viisiportaisen Likert-asteikon vastausvaihtoehdot olivat "täysin samaa mieltä", "jokseenkin samaa mieltä", "ei osaa sanoa", "jokseenkin eri mieltä", "täysin erimieltä". Avoimiin kysymyksiin vastaajat voivat kirjoittaa vapaata tekstiä. Kyselylomakkeen kysymykset olivat luotettavia ja kattavia, jotka perustuivat kirjallisuuskatsaukseen. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013, 114-117, 125, 130-131.)

4.2 Aineiston analyysi

Tilastollinen analysointi toteutettiin Likert-asteikollisten kysymysten osalta tilastollisella PASW 24,0 -ohjelmalla. Palautetut kyselylomakkeet numeroitiin juoksevasti ennen syöttöä. Ensimmäiseksi muuttujaksi määriteltiin lomakkeen numero, tämä helpotti tietojen korjaamista, mikäli myöhemmin löytyi virheellinen muuttujan arvo. Sen jälkeen määriteltiin muita muuttujien ominaisuuksia. Kyselylomakkeessa olevat tiedot syötettiin tietokoneelle PASW tilastointiohjelmaan aineiston käsittelyä varten. Saadut muuttujat sijoitettiin ristiintaulukoinnissa samaan taulukkoon siten, että toisen muuttujan saamia arvoja tarkastellaan toisen muuttujan luokissa. Vastaustietojen puuttuessa ja niitä syötettäessä jätettiin kyseinen kohta tyhjäksi. Ristiintaulukoinnista tehtiin graafinen esitys, jonka havainnollistettiin pylväiden ja ympyröiden avulla. Aineistoa kuvattiin käyttämällä frekvenssejä sekä prosenttiosuuksia. Tulokset pyöristettiin lähimpään tasalukuun sekä tarkistettiin, että kokonaisluvuksi muodostui 100 prosenttia. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013, 132- 133; Heikkilä 2014, 122- 123.)

Kyselylomakkeen avoimet kysymykset käsiteltiin aineistolähtöisesti eli pienistä osista kokonaisuuteen tavoitteena teoreettisten rakenteiden kehittäminen. Analyysiyksikkö eli alkuperäinen ilmaisu voi olla dokumentti, sana tai lause. Analyysiyksikön valinnan ratkaisivat aineiston laatu sekä tutkimustehtävä. Tavallisimmin käytetyt analyysiyksiköt olivat sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus, lausuma. Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä ensimmäinen vaihe oli pelkistäminen, aineistolta kysyttiin tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Selvitettiin,

mikä oli lauseen keskeinen sisältö, ydin. Aineiston ryhmittelyssä ja tulkinnassa etsittiin pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samaksi luokaksi ja annettiin sille sen sisältöä kuvaava nimi. Ryhmittelyssä voitiin käyttää tulkintaa. Aineiston abstrahoinnissa saman sisältöisiä alaluokkia yhdistettiin eli muodostettiin yläluokka. Yläluokat pyrittiin edelleen yhdistämään kattavaksi pääluokaksi. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013, 167.)

Kyngäs ja Vanhanen (1999) totesivat artikkelissaan, että sisällönanalyysi oli menetelytapa, jolla voitiin analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Prosessi oli aikaa vievä. Se oli tapa järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysillä pyrittiin rakentamaan sellaisia malleja, jotka esittivät tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö voitiin käsitteellistää. Induktiivinen sisällönanalyysi eli aineistosta lähtevä analyysiprosessi kuvattiin aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Pelkistämällä tarkoitettiin sitä, että aineistosta koodattiin ilmaisuja, jotka liittyivät tutkimustehtävään. Ryhmitellessä aineistoa tutkija yhdisti pelkistetyistä ilmaisuista ne asiat, jotka näyttivät kuuluvan yhteen. Abstrahoinnissa muodostettiin yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. Analyysin seuraava vaihe oli ryhmittely. Siinä etsittiin pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Käsitteellistämistä jatkettiin alakategoriosta yläkategoriaihin. Abstrahointia jatkettiin niin kauan kuin se oli sisällön kannalta mielekästä ja mahdollista. Tulokset esitettiin analyysissä mallin, käsitejärjestelmän, käsitekartan tai kategorioiden avulla. Suorien lainausten käyttö raportissa lisäsi luotettavuutta. Tutkijan täytyi varmistua, että tutkittavia ei voitu tunnistaa suorien lainausten perusteella. Tulosten luotettavuuden kannalta oli tärkeää se, että tutkija pystyi osoittamaan yhteyden tulosten ja aineiston välillä. Tutkimusaineiston saturoituminen tarkoitti sitä, että etsittiin uusia tapauksia, jotka auttoivat kehittämään tietoista tulkintaa ja jatketaan, kunnes tulkinta ei enää muutu. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

5 HYVÄ OHJE

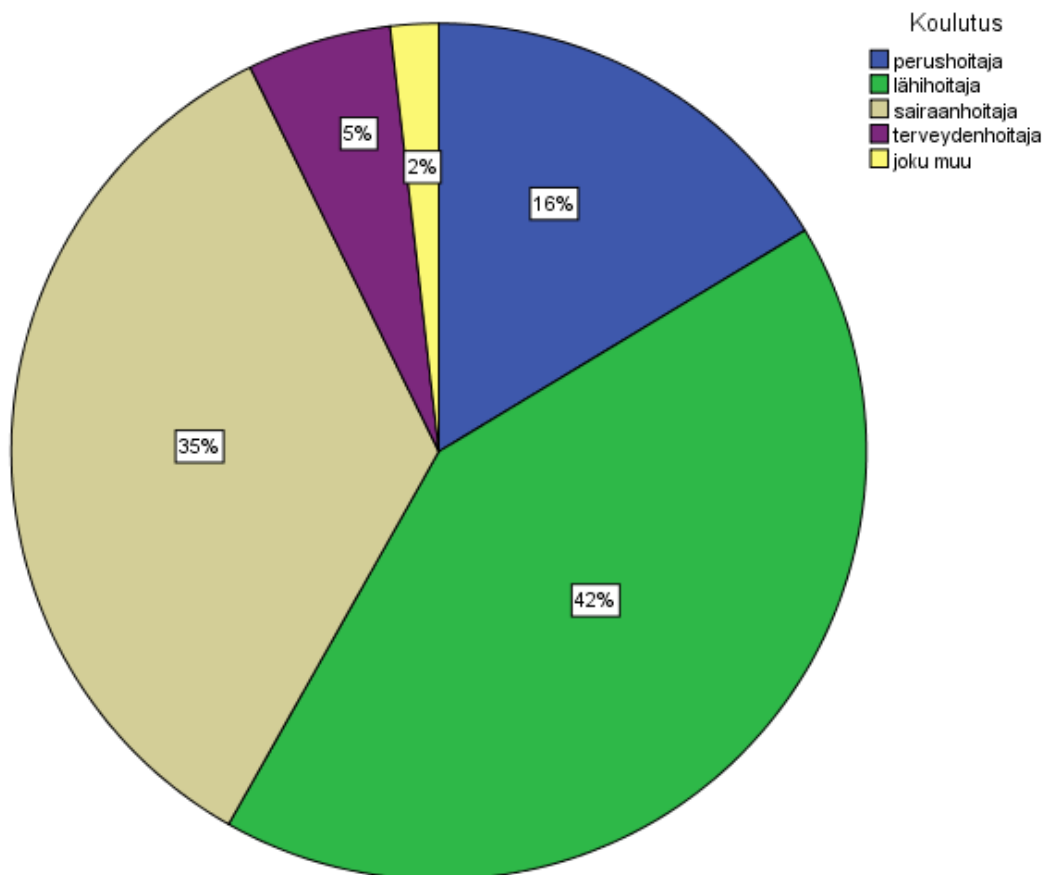
Hyvärinen (2005, 1769-73) mukaan hyvän ohjeen teksti tulee olla ymmärrettävä ja sisällöltään kattava. Hyvässä ohjeessa on tietty juoni, joka kerrotaan tärkeysjärjestyksessä, aikajärjestyksessä tai aihepiireittäin. Yleensä tärkeysjärjestys on toimivin. Tärkeintä on, että ohje laaditaan sen mukaan, mitä kohderyhmää ohjeella tavoitellaan. Ohje täytyy tulla ymmärretyksi. Tieto on esitetty yleiskielellä, sanastoltaan sekä lauserakenteeltaan selkeästi. Pääotsikko kertoo tärkeimmän asian ja väliotsikot auttavat hahmottamaan, millaisista asioista teksti koostuu. Otsikkojen avulla löytää helpoimmin asiakokonaisuudet. Tekstissä voi olla myös luetteluita. Ne ovat hyviä ohjeen jaksottajia, sillä niiden avulla saa pitkät lauseet ja virkkeet paloitetuiksi pienemmiksi. Näin tärkeitä kohtia voi nostaa etualalle. Ohjeessa on noudatettava yleisiä oikeinkirjoitusnormeja, kirjoitusvirheet hankaloittavat ymmärtämistä. Hyvä ohje on lyhyt ja ytimekäs sekä tekstiltään huoliteltua. Tekstin luettavuutta lisäävät miellyttävä ulkoasu, tekstin asianmukainen asettelu sekä sivujen taitto. (Hyvärinen 2005, 1769-73.)

Kirjallinen ohje ei yksin riitä vaan tarvitsee rinnalle suullisen ohjauksen. Ohje toimii muistilistana asioiden tarkistamiseen. Se tulee olla helposti saatavilla. Pelkän muistin varassa toimiminen on epävarmaa. Ohjeessa asiat ilmaistaan lyhyesti, ytimekkäästi ja täsmällisesti. Ohjetta kirjoittaessa lähtökohtana ovat hoitotyön tarpeet sekä pulmat. Ohjeet eivät tule koskaan lopullisesti valmiiksi, vaan niitä tulee pystyä muokkaamaan ajantasaisiksi. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 25, 60, 73.)

6 TULOKSET

6.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 77 lomaketta neljään eri toimipaikkaan. Kyselyyn vastasi 71 % hoitajista (N=55), joten vastausaktiivisuus oli hyvä. Kyselyyn vastanneista alle 40-vuotiaita oli 29 %, kun taas 40- tai yli 40- vuotiaita oli 71 %. Vastaajista suurin ammattiryhmä oli perus- ja lähihoitajat 58 %. Sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia vastaajista oli 40 %. (Kuvio 3.) Vastaajista 39 %:lla oli työkokemusta hoitotyössä kymmenen vuotta tai vähemmän. Vastaajista 61 %:lla työkokemusta hoitotyössä oli yli kymmenen vuotta.

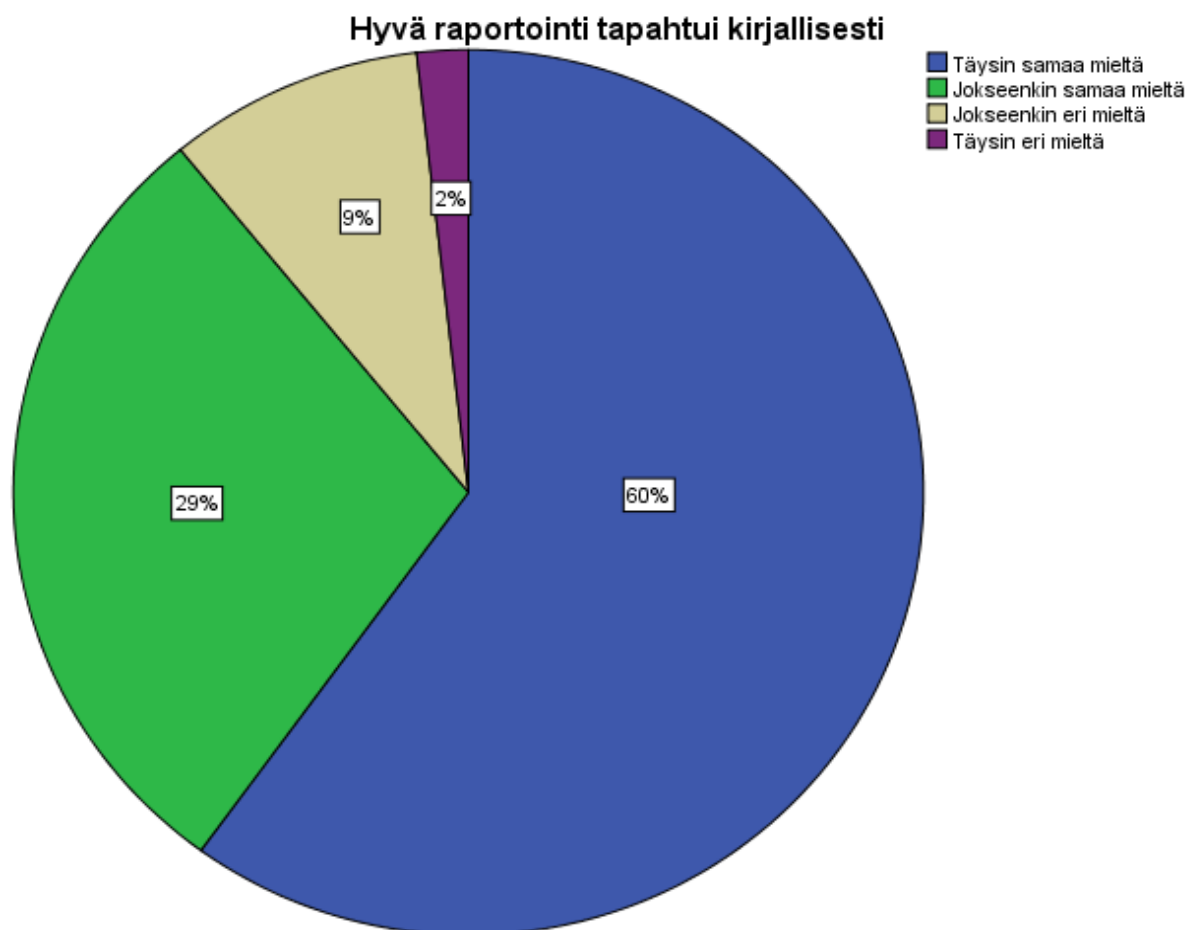


Kuvio 3. Koulutusjakauma

6.2 Vastaajien kokemukset tiedonkulkuun vaikuttavista tekijöistä

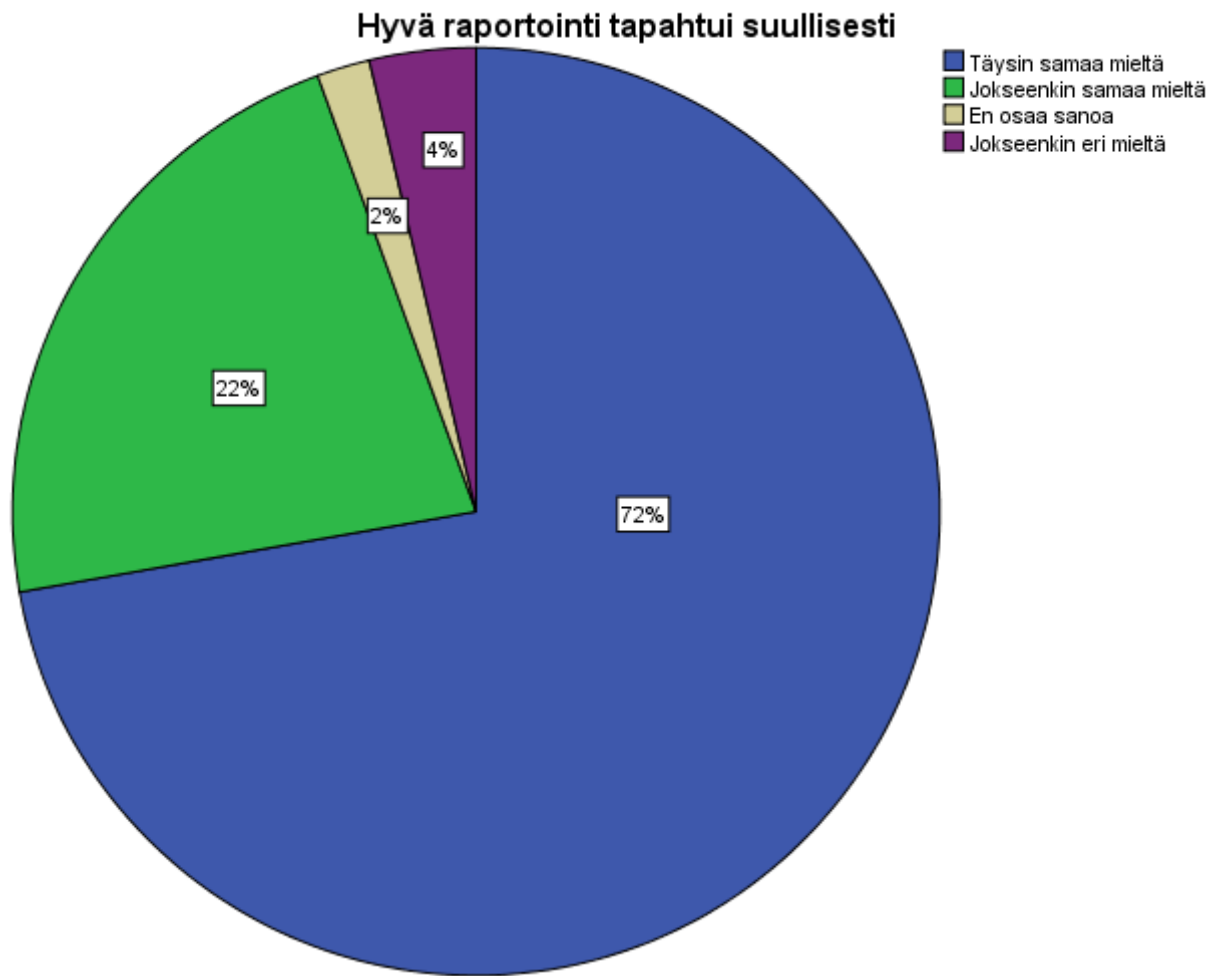
Jokaisen toimipaikan kaikissa ammattiryhmissä 62 % oli täysin samaa mieltä, että hyvä raportointi tapahtui hoitajan toimesta. Poliklinikalla ja osastolla työskentelevistä hoitajista enemmistö oli sitä mieltä, että omaisilta sai hyvää tietoa potilaasta. Asumispalveluyksikön hoitajista 56 % oli jokseenkin eri mieltä omaisilta saadusta raportoinnista. Jokaisen toimipaikan kaikissa ammattiryhmissä 40 % oli jokseenkin samaa mieltä, että hyvä raportointi tapahtui ambulanssihenkilöstön toimesta. Jokaisen toimipaikan kaikissa ammattiryhmissä 30 % oli jokseenkin eri mieltä siitä, että hyvä raportointi tapahtui potilaan toimesta.

Jokaisen toimipaikan kaikissa ammattiryhmissä 60 % oli täysin samaa mieltä, että hyvä raportointi tapahtui kirjallisesti. (Kuvio 4.)



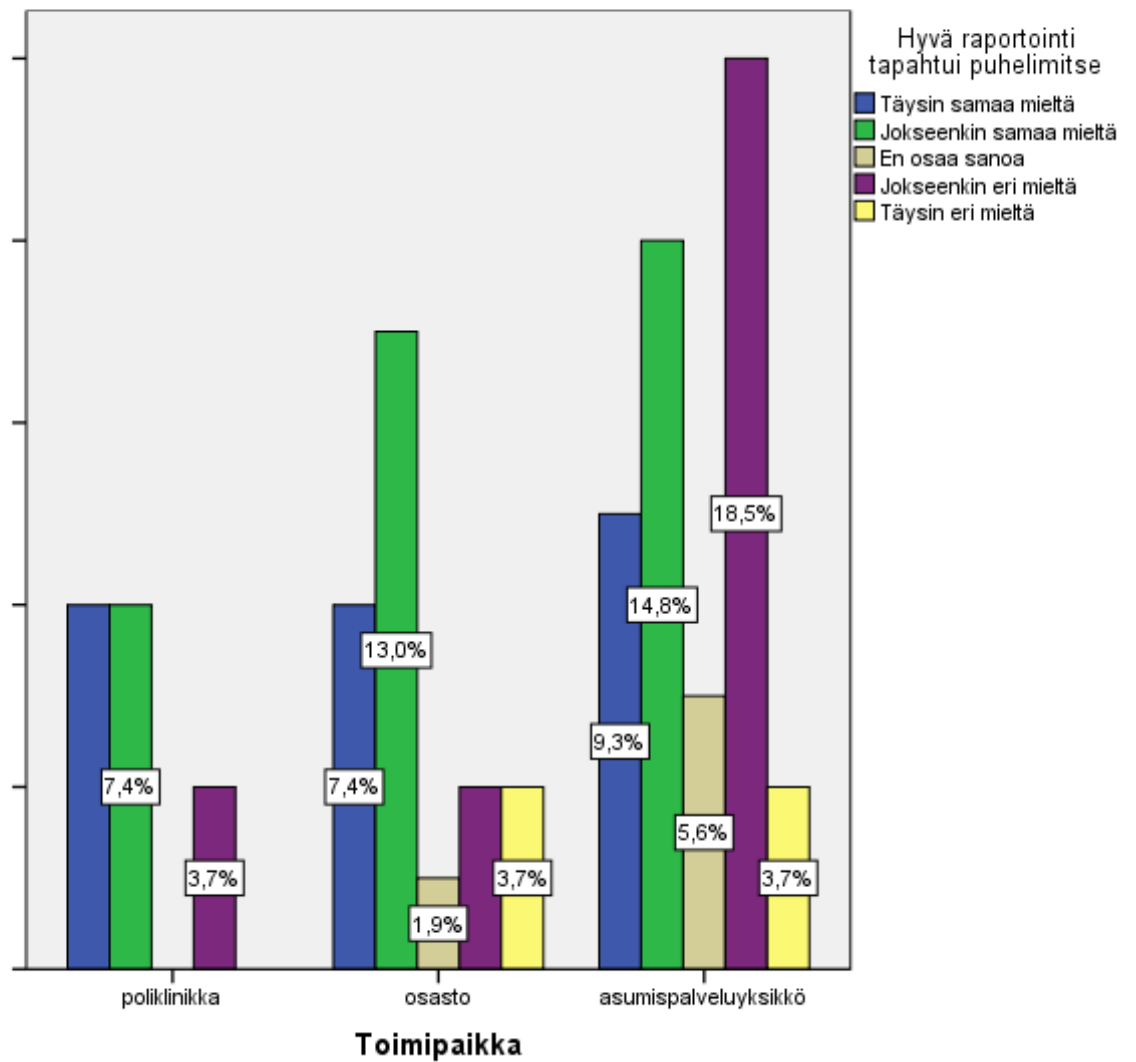
Kuvio 4. Hyvä raportointi tapahtui kirjallisesti

Jokaisen toimipaikan kaikissa ammattiryhmissä 72 % oli täysin samaa mieltä, että hyvä raportointi tapahtui suullisesti. (Kuvio 5.)



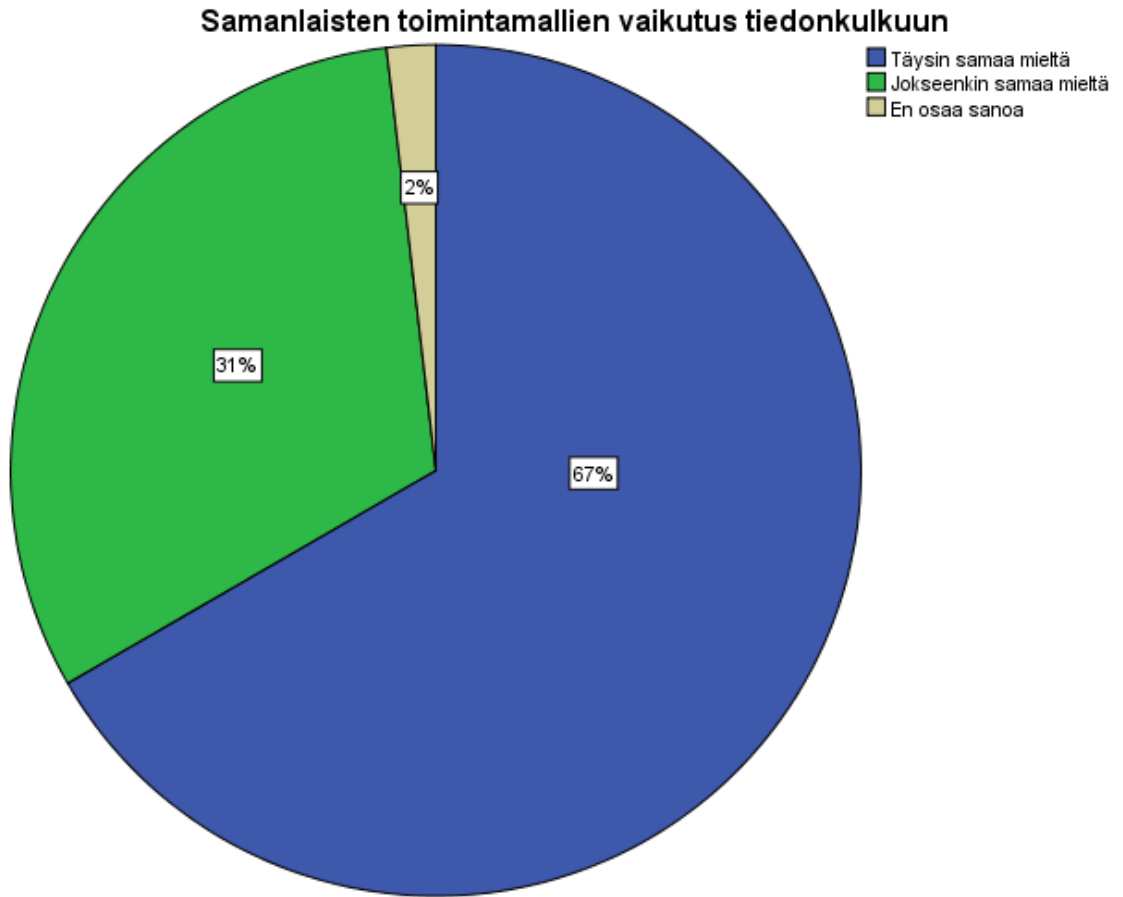
Kuvio 5. Hyvä raportointi tapahtui suullisesti

Puhelimessa tapahtuva raportointi jakoi mielipiteitä toimipaikkojen kesken. Poliklinikalla ja osastolla koettiin, että puhelimitse voi saada hyvää raportointia, kun taas asumispalveluyksikössä oltiin asiasta jokseenkin eri mieltä. (Kuvio 6.)



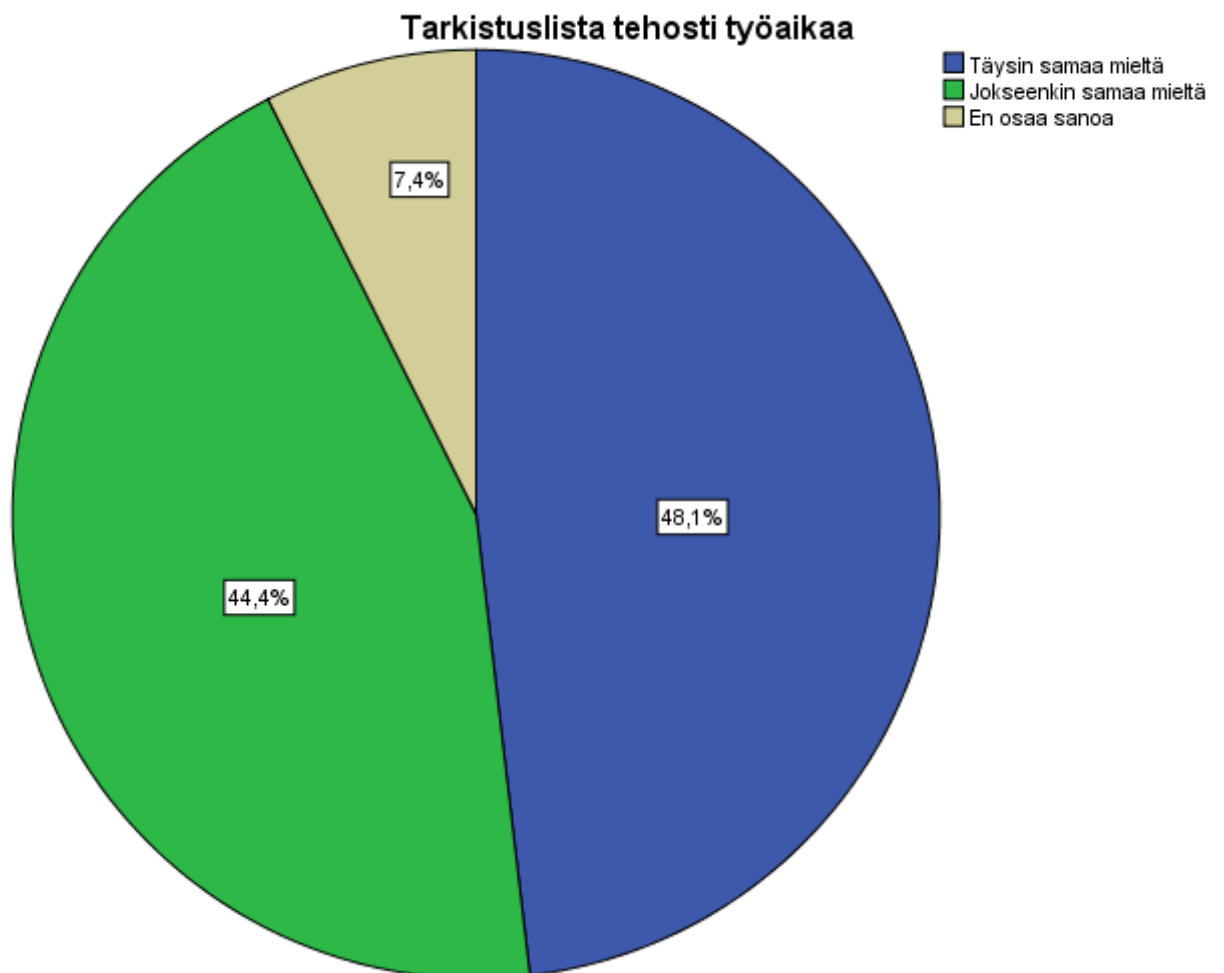
Kuvio 6. Hyvä raportointi tapahtui puhelimitse eri toimipaikoissa

Vastausten perusteella 98 % jokaisen toimipaikan kaikissa ammattiryhmissä oli sitä mieltä, että samalaisella toimintamallilla oli vaikutusta tiedonkulkuun. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Samanlaisten toimintamallien vaikutus tiedonkulkuun

Vastaajista 93 % oli sitä mieltä, että mahdollinen tarkistuslista tehostaa työaikaa.
(Kuvio 8.)



Kuvio 8. Tarkistuslista tehosti työaikaa

Vastanneista 91 % oli täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä, että työntekijöiden määrä vaikutti tiedonkulkuun joka toimipisteessä. Vastanneista 96 % oli täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä, että työntekijöiden vaihtuvuus vaikutti tiedonkulkuun. Työkokemuksen vaikutuksesta tiedonkulkuun oli täysin samaa

mieltä ja jokseenkin samaa mieltä 71 % vastaajista sekä jokseenkin eri mieltä oli 15 % vastaajista. Henkilökemian vaikutuksesta tiedonkulkuun oli täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä 80 % vastanneista. Oman vireyden vaikutuksesta tiedonkulkuun täysin samaa mieltä 42 % ja jokseenkin samaa mieltä oli 40 % sekä jokseenkin eri mieltä oli 9 % vastaajista. Ylipaikoilla olevien potilaiden vaikutuksesta tiedonkulkuun oli täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä 55 % vastaajista. Täysin eri mieltä ja jokseenkin eri mieltä oli 18 %, kun taas 24 % vastaajista ei osannut sanoa kantaansa. Lähes kaikki vastaajista 98 % oli sitä mieltä, että kiireellä oli vaikutusta tiedonkulkuun potilaan siirtovaiheessa. Potilaiden hoitoisuuden vaikutus tiedonkulussa jakoi mielipiteet lähes tasan ”täysin samaa mieltä”, ”jokseenkin samaa mieltä” sekä ”täysin eri mieltä” olevien kesken. Vastaajista 15 % ei osannut sanoa kantaansa hoitoisuuden vaikuttavuudesta tiedonkulkuun. Vastaajista 71 % koki, että työntekijöiden stressi vaikutti tiedonkulkuun. Vastaajista 15 % ei osannut sanoa, oliko stressillä vaikutusta tiedonkulkuun.

6.3 Vastaajien kokemukset hyvästä tiedonkulusta osana potilasturvallisuutta

Vastaajien kokemukset hyvästä tiedonkulusta analysoitiin induktiivisella sisällön analyysin avulla. Vastaajien lauseet pelkistettiin ryhmittämällä samankaltaiset asiat yhteen. Käsitteellistämistä jatkettiin alaluokista yläluokkiin sekä pääluokkaan. Vastaajien mielestä hyvä tiedonkulku oli tiedon välittämistä, vuorovaikutusta ja luotettavaa raportointia. Hyvä tiedonkulku tapahtui rauhallisessa ympäristössä. Raportointi oli lyhyt, selkeä ja tapahtui suullisesti tai kirjallisesti. Raportoinnissa kerrottiin oleellinen tieto. Tieto mahdollisesta siirrosta tavoitti kaikki potilaan hoitoon osallistuvat tahot.

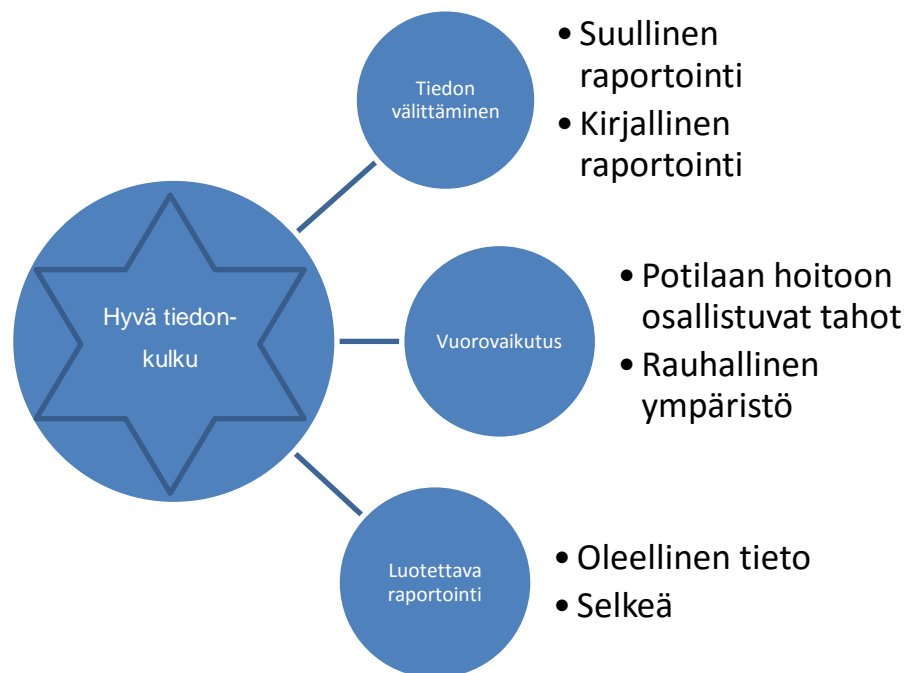
”Raportointi tapahtuu suullisesti ja kirjallisesti.”

”Asiat ovat selkeästi paperilla, silloin ei tarvitse arvailla.”

”Hyvä tiedonkulku takaa sen, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan vaivaan ja siitä ei aiheudu haittaa potilaalle.”

”Hyvä tiedonkulku kuuluu jokaiselle potilasta hoitavalle.”

"Hyvä tiedonkulku estää myös potilaan joutumisen vaaratilanteeseen esim. lääkähoidon osalta tai fyysisen loukkaantumisen osalta." (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Hyvään tiedonkulkuun vaikuttavat tekijät

6.4 Potilaan siirtovaiheen tiedonkulun osalta tärkeät asiat

Vastaajien mielestä tärkeimmät asiat potilaan siirtovaiheen tiedonkulusta analysoitiin induktiivisella sisällön analyysin avulla. Pelkistettiin vastaajien lauseet ryhmittämällä samankaltaiset asiat yhteen. Käsitteellistämistä jatkettiin alaluokista yläluokkiin sekä pääluokkaan. Onnistunut potilaan siirto koostui potilaslähtöisistä tekijöistä, hoitajan toiminnasta sekä tiedonkulusta eri työyksiköiden hoitohenkilökunnan välillä. (Kuvio10.)



Kuvio 10. Potilassiirrossa vaikuttavat tekijät

Onnistuneessa siirtovaiheessa potilaslähtöisistä tekijöistä tärkeimmiksi asioiksi nousivat siirron syy, tämän hetkinen potilaan vointi sekä potilaan perustiedot. Perustiedoista tulisi ilmetä potilaan perussairaudet, tartunnat, lääkitys, allergiat, mahdolliset hoidonrajaukset, omaisten yhteystiedot, potilaan asumismuoto. Seuraavaksi tärkeimmäksi asiaksi nousi potilaan toimintakyky. Potilaan toimintakyky käsitti liikkumiseen tarvittavat apuvälineet, aistitoiminnot, psyykkisen tasapainon, potilaan käyttäytymisen sekä erittämisen.

Potilaan siirtovaiheessa hoitajan toiminnassa tärkeimmiksi asioiksi nousivat tiedot potilaan tutkimustuloksista, hoito-ohjeista, jatkohoidosta sekä miten siirtyminen tapahtuu yksiköstä toiseen. Lääkärin määräykset löytyisivät ja näkyisivät saman tien yhteisestä sovitusta paikasta tietokannassa.

Tiedonkulku eri yksiköiden välillä tapahtuisi raportoiden suullisesti sekä kirjallisesti. Jokaista työyksikköä yhdistäisivät samanlaiset toimintamallit. Tavoitteena olisi että, raportoinnista välittyisi oleellinen tieto potilaasta.

6.5 Hyvään tiedottamiseen käytettävän lomakkeen ominaisuudet

Vastausten perusteella jokaisessa toimipisteessä nousi samat ominaisuudet esiin, joita haluttiin hyvältä tiedottamiseen käytettävältä lomakkeelta. Lomakkeen tulisi olla selkeä, lyhyt, helppo ja nopea täyttää ja käyttää sekä yksinkertainen.

"Yksinkertaisen selkeä."

"Selkeä, helppolukuinen."

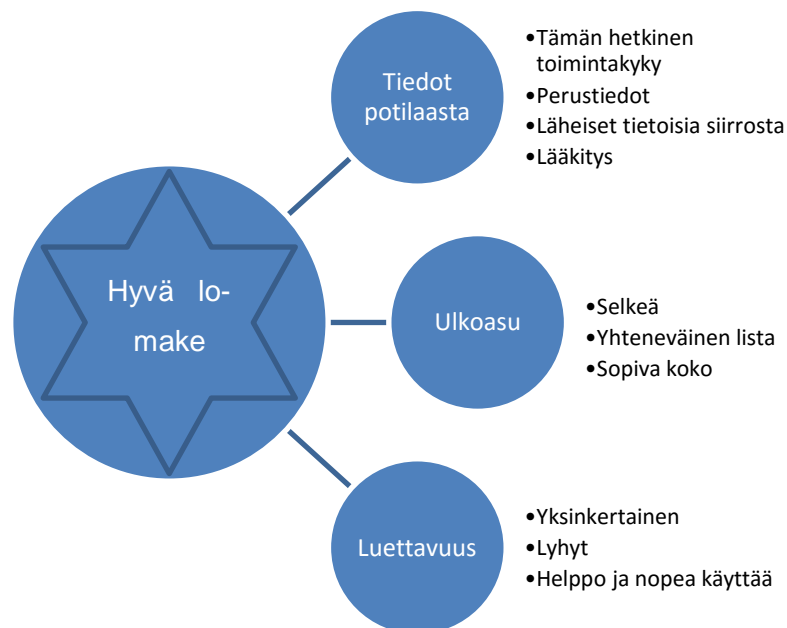
Vastausten perusteella lomakkeen tulisi sisältää tiedot potilaan tämän hetkisestä toimintakyvystä, ajantasaisesta lääkityksestä sekä olivatko läheiset tietoisia siirrosta. Lomakkeesta tulisi ilmetä potilaan psyykinen tila, kommunikointi sekä käytäytyminen. Vastausten perusteella haluttiin lomakkeesta yhteneväinen järjestelmä yksiköiden välillä.

"Tärkeät asiat potilaan kannalta sisältävä."

"Sopiva koko."

"Riittävän monipuolinen."

"Koko järjestelmässä samanlaiset." (Kuvio 11.)

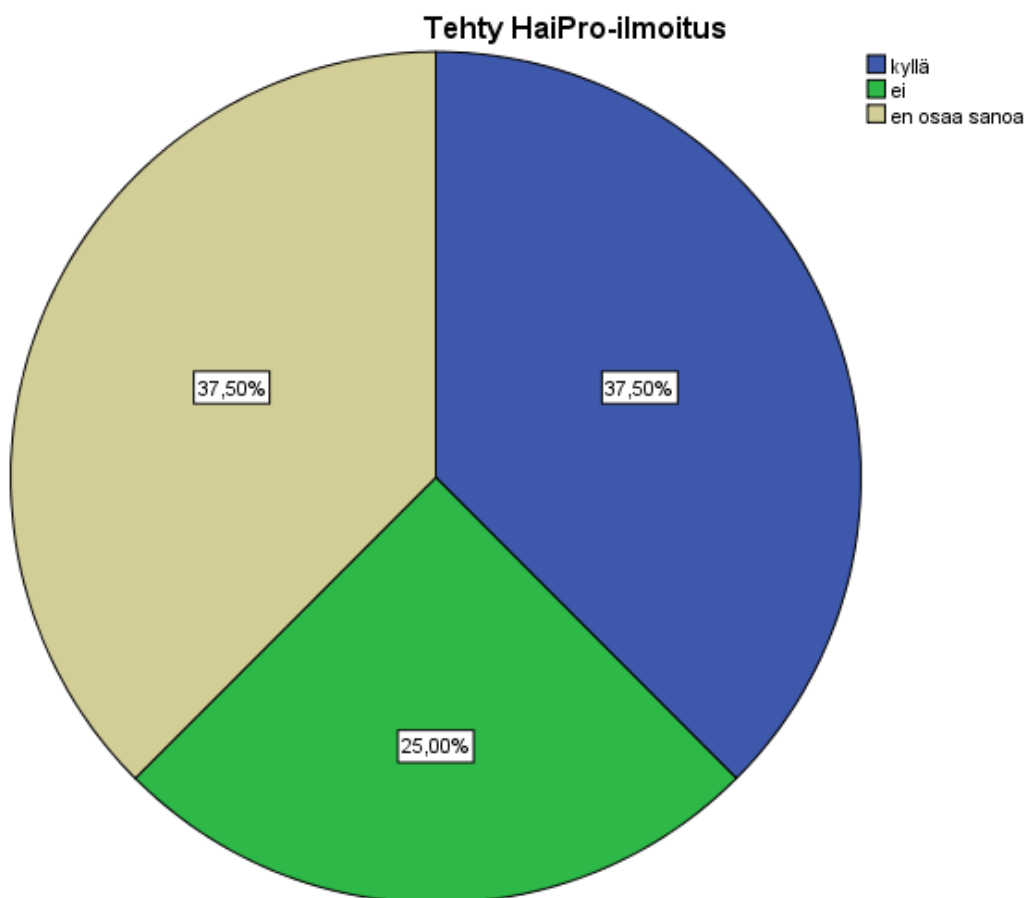


Kuvio 11. Hyvän lomakkeen ominaisuudet

Osassa vastauksissa nousi toive, että lomakkeen täyttö tapahtuisi "rastiruutuun" menetelmällä. Tulevasta tarkistuslistasta oli tarkoitus tulla kestävä ja pitkäikäinen lista. Mahdolliset muistiinpanot hoitaja voi tehdä muistivihkoon.

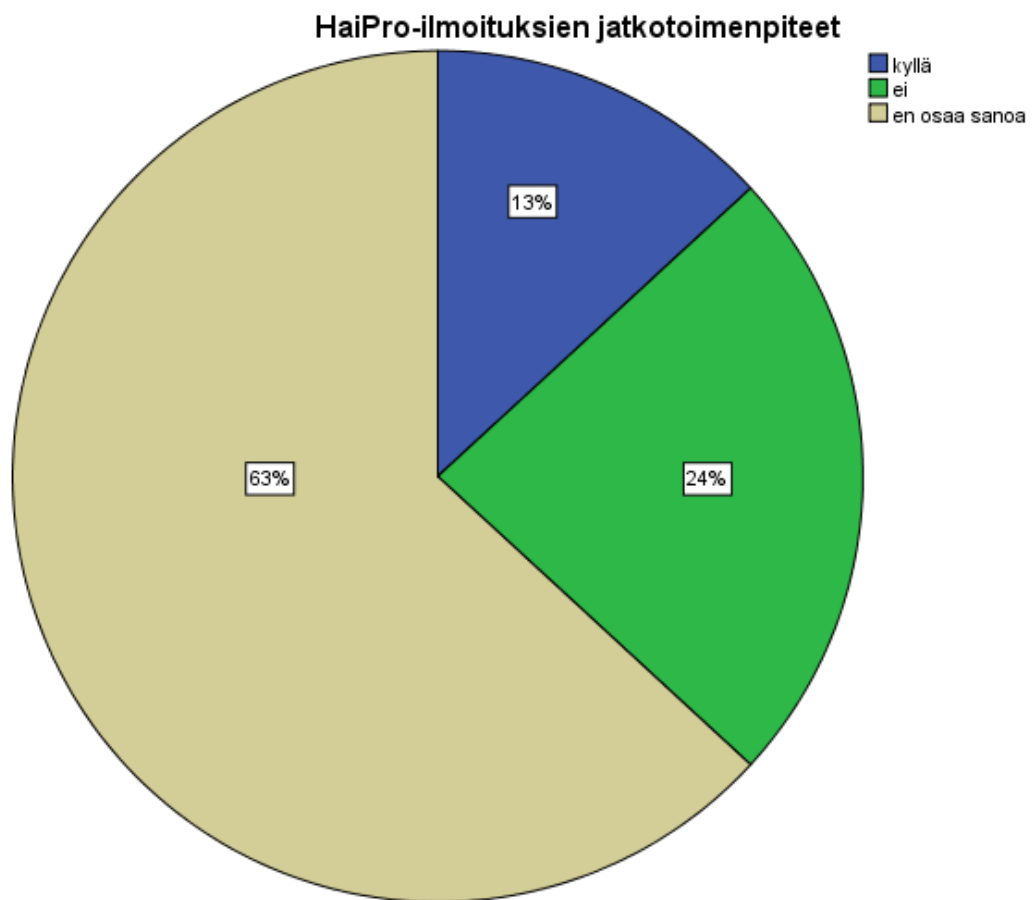
6.6 HaiPro:n käyttökokemukset eri työyksiköissä

Vastaajista 51 % oli kokenut työssään vaaratapahtumia johtuen puutteellisesta tiedonkulusta. Vastaajista 37,5 % oli tehnyt HaiPro -ilmoituksen. Vastaajista 25 % ei ollut tehnyt HaiPro -ilmoitusta vaaratapahtumasta. Vastaajista 37,5 %:lla ei ollut tietoa, oliko HaiPro -ilmoitusta tehty. (Kuvio 12.)



Kuvio 12. Tehdyt HaiPro -ilmoitukset

Vastaajista 13 % oli sitä mieltä, että HaiPro -ilmoitus oli johtanut jatkotoimenpiteisiin. Vastaajista 24 % oli sitä mieltä, että HaiPro -ilmoitus ei johtanut jatkotoimenpiteisiin. Vastaajista 63 % ei osannut sanoa, johtiko HaiPro -ilmoitus jatkotoimenpiteisiin. (Kuvio 13.)



Kuvio 13. HaiPro -ilmoitusten jatkotoimenpiteet

Vastausten perusteella vaaratapahtumista oli keskusteltu vain työkavereiden kesken.

"Keskustelu sekä omassa että hoitavassa yksikössä."

"Asiasta keskusteltu, mutta ei mitään muutoksia."

"Kovasti keskusteluja ja selvittelyjä potilaan vastaanottopaikassa, vieden sieltä potilasaikaa."

"Keskusteltu toisten hoitajien kanssa."

Muutamissa vastauksissa nousi jatkotoimenpiteiden vähäisyys esiin. Niissä, joissa vaaratapahtumaa oli käsitelty, oli löydetty selkeitä toimintamalleja parantamaan työskentelyä.

"HaiPro – on käytössä mutta en ole nähnyt vielä jatkotoimenpiteitä, vaikka olen lomakkeen täyttänyt."

"Toiminta tapoja selkeytetty, koulutusta järjestetty."

6.7 Opinnäytetyön tuotos

Vastausten perusteella kehitetään muistin tueksi tarkistuslista, jonka uskotaan helpottavan tiedonkulkua potilassiirroissa yksiköstä toiseen. Tehostamalla tiedonkulkua ja luomalla yhteinen järjestelmä saadaan aikaan potilasturvallinen hoitoympäristö, joka vähentää päällekkäisyyksiä hoitajien työssä. Työajan käyttö nopeutuu ja järkevöityy, koska turhat varmistelusoitot vähenee ja kaikki oleellinen tieto siirtyy potilaan siirtotilanteessa yhdellä kerralla.

Tarkistuslista (Liite 3 ja 4) on ulkoasultaan A5- sekä A6-kokoa. A5-kokoinen tarkistuslista sijoitetaan työpöydälle puhelimen läheisyyteen, josta se on helposti saatavilla. Lyhyt, selkeä ja ytimekäs tarkistuslista mahtuu A5 -paperille, eikä se vie pöydältä ylimääräistä tilaa. A6-kokoinen kaksipuoleinen tarkistuslista mahtuu hyvin hoitajan työtakin taskuun. Molemmat koot ovat saman sisältöisiä. Väriykseltään tarkistuslista on vaalean sininen mustalla tekstillä. Musta teksti erottuu parhaiten vaaleasta pohjasta. Valkoista pohjaa ei valittu, koska se ei erotu pöydän muista pape-reista. Kirjoitusfontiksi valitaan Arial 12 ja 10 sen selkeyden vuoksi. Korostetaan visuaalista ulkonäköä, käyttämällä pääotsikoita sekä alaotsikoita. Pääotsikot lihavoitetaan, jotta tärkeät kohdat nousevat etualalle. Teksti kirjoitetaan ymmärrettävään sekä sisällöltään kattavaan muotoon. Tekstin asettelussa otetaan huomioon helpolukuisuus.

Tarkistuslista on suullisen raportoinnin apuvälineenä, kun raportointi tapahtuu hoitajalta toiselle hoitajalle kasvotusten tai puhelimitse. Tarkistuslistaan ei tehdä merkintöjä eikä sitä liitetä potilasasiakirjoihin. Tarvittaessa hoitaja voi tehdä omia muistiinpanoja omaan muistivihkoonsa. Tarkistuslista vastaa niitä tarpeita, jotka nousivat vastauksissa esiin. Tarkistuslistan avulla tulee oleellinen tieto raportoitua tärkeysjärjestyksessä. Kun kaikki oleelliset tiedot potilaasta on raportoitu, varmistetaan lopuksi yhteisymmärrys. Tarvittaessa raportin molemmat osapuolet voivat tehdä tarkentavia kysymyksiä.

Opinnäytetyö sekä tuotos esitetään seminaarissa toukokuun lopussa, jonne kutsutaan yksiköiden osastonhoitajat sekä JIK ky:n hoitotyön päällikkö. Valmis opinnäytetyö lähetetään heille. Opetusta järjestetään hoitajille tarkistuslistan käyttöön-
otossa.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin

Asiasanojen pohjalta aiheesta oli tehty runsaasti opinnäytetöitä, mutta kuitenkin suoraan samanlaista eikä läheskään samanlaista aihetta ole löydetty. Potilasturvallisuus oli ollut kansainvälisesti kiinnostuksen kohteena jo vuosia, Suomessa potilasturvallisuustyö oli melko uusi asia. Suomessa oli kiinnitetty enemmän huomiota hoidonlaatuun. Tarkistuslistan käyttöä oli tutkittu laajasti ulkomailla, mutta Suomessa tieteellistä tutkimustyötä ei ole tehty.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia tiedon välittämiseen vaikuttaviin tekijöihin. Peltomaan (2009) sekä Helovuon (2011) teoria tuki tutkimustuloksissa tulleita näkemyksiä siitä, että samanlaiset toimintatavat vahvistavat sekä turvaavat oikeaa tiedonkulkua. Tutkimus vahvisti käsitystä siitä, että hyvä raportointi tapahtui kirjallisesti sekä suullisesti ja antoi mahdollisuuden tarkentaviin kysymyksiin. Asumispalveluyksikössä koettiin puhelimitse tapahtuva raportointi huonona tiedonkulun välineenä, kun taas osastolla sekä poliklinikalla se koettiin parempana tiedonkulun välineenä. Mielestämme eri kokemukset puhelimitse raportoinnista voisivat johtua yksiköiden omista toimintatavoista sekä hoitajien erilaisista näkemyksistä tärkeistä asioista. Uskomme, että tähän vaikuttaa yhtenäisten toimintamallien puuttuminen.

Holkon (2012) tutkimuksessa sekä omissa tutkimustuloksissa tuli esiin, että kiire, stressi sekä henkilökuntavaje heikentävät osaltaan potilasturvallisuutta tiedonkullussa. Tutkimustuloksissa tuli esiin myös sellaisia keinoja, jolla parannettiin potilasturvallisuutta tiedonkulun osalta, esimerkiksi yhteneväiset toimintamallit sekä ominaisuudet hyvälle tarkistuslistalle.

Haastateltavien näkökulmasta hyvä tiedonkulku oli osa laadukasta hoitoa. Hyvä tiedonkulku kuului jokaiselle potilaan hoitoon osallistuvalla hoitajalla. Tutkimustulosten

mukaan potilasturvallisuuden tärkeiksi asioiksi nousivat hyvä raportointi tapa, yhte-neväiset toimintamallit eri työyksiköiden välillä sekä riittävä oleellinen tieto poti-laasta.

Pidimme yllättävänä HaiPro -järjestelmän vähäistä käyttöä tutkimusvastausten pe-rusteella. HaiPro -järjestelmä oli ollut käytössä jo vuosia, ja aikaisemmat tutkimus-tulokset osoittivat, että sen käyttö parantaisi potilasturvallisuutta ja antaisi mahdolli-suuden hoitajille oppimistilanteisiin sekä kehittäisi työyksiköiden toimintaa. Tutki-muksessamme tuli ilmi, että vaaratilanteita kohdattiin, mutta niistä ei tehty ilmoituk-sia. Jos ilmoitus tehtiin, ne eivät aiheuttaneet jatkotoimenpiteitä. Pohdimme syitä, miksi HaiPro -järjestelmän käyttö on niin vähäistä työyksiköissä. Meidän mieles-tämme mahdollisia syitä voisivat olla hoitajan pelko ”leimatuksi” tulemisesta, jolloin ilmoitus henkilöityy tiettyyn hoitajaan. HaiPro -järjestelmän mahdollisista hyödyistä kehittämisen ja oppimisen osalta eivät ole ehkä tiedossa tai ilmoitusten tekeminen saatetaan kokea monimutkaisena ja aikaa vievänä prosessina.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydin. Hoitotieteellistä tutki-musta ohjaa Helsingin julistus sekä kansallinen lainsäädäntö (Kankkunen & Vehvi-läinen-Julkunen 2013, 211). Koska tutkimuksen kohteena oli hoitohenkilökunta, eet-tisen toimikunnan lausuntoa ei tarvittu. Haettiin normaali tutkimuslupa, jonka orga-nisaatio myönsi. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013, 222.)

Eettinen ratkaisu tehtiin jo siinä vaiheessa, kun aihetta valittiin. Aihe koettiin mielen-kiintoiseksi ja haastavaksi. Oli nähty arjessa kuinka puutteellinen tiedonkulku vai-kutti potilasturvallisuuteen sekä hoidon jatkuvuuteen. Tietoja jäi raportoimatta ja ym-märrettiin asioita väärin. Aikaa kului tietojen etsimiseen sekä kyselemiseen. Potilas-turvallisuuden kehittäminen nähtiin myös tarpeelliseksi ja ajankohtaiseksi aiheeksi työyksiköissä. Koettiin, että aihe oli hoitohenkilökunnalle, potilaille sekä yhteiskun-

nallisesti merkittävä. Hoitohenkilökunnan vastausten perusteella saatiin ajanmukaista ja konkreettista tietoa tiedonkulusta potilasturvallisuuden osalta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.)

Koettiin, että opinnäytetyön tuotoksena syntyvä tarkistuslista toisi hyödyn sekä hoitohenkilökunnalle, potilaalle että organisaatioille. Uskottiin, että tarkistuslista toisi hoitohenkilökunnalle tehokkuutta sekä järjestelmällisyyttä tiedonkulkuun. Kun hoitaja antaisi suullisen raportin tarkistuslistaa apuna käyttäen, potilaan tärkeät tiedot siirtyisivät tarkasti potilasta hoitavaan yksikköön. Näin turvattaisiin potilaan hoidon jatkuvuus. Uskottiin, että tarkistuslista pienentäisi organisaation kustannuksia, vähentämällä virheitä sekä inhimillisiä erehdyksiä. Opinnäytetyössä pyrittiin kehittämään omaa sekä työyhteisöjen hoitotyötä että yksiköiden välistä tiedonkulkua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.)

Opinnäytetyössä käytettiin luotettavia sekä tuoreita tieteellisiä lähteitä. Opinnäytetyön lähdeaineistoon valikoitui kuitenkin muutamia yli kymmenen vuotta vanhoja lähteitä. Näiden kohdalla sisältöä arvioitiin kriittisesti ja todettiin niiden olevan muuttumatonta yleistietoa. Lähteet sekä lähdeviitteet merkattiin asianmukaisesti ja rehellisesti opinnäytetyöhön. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 225.) Kyselylomakkeen kysymyksen pohjautuivat kirjallisuuskatsaukseen. Jokaisessa kyselylomakkeessa oli liitettynä saatekirje (Liite1), jossa kerrottiin tutkimuksen tavoitteet ja tarkoitus. Saatekirjeessä oli tieto aineiston säilyttämisestä sekä tulosten julkaisemisesta. Siinä oli myös opinnäytetyöntekijöiden yhteystiedot, jolloin vastaajalla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä. Tutkimuksessa kunnioitettiin itsemääräämisoikeutta, koska kyselyyn vastaaminen perustui täysin vapaaehtoisuuteen. Jokainen sai päättää itse, täyttikö kyselylomakkeen vai ei. Kyselylomakkeessa ei kysytty nimeä, joten osallistuminen oli aidosti vapaaehtoista. Kyselyssä ei myöskään kysytty sukupuolta, koska miehet olivat vähemmistönä työyksiköissä. Vastaukset käytiin läpi jakamalla työyksiköiden vastaukset ristiin, jolloin välttyttiin käsialan tunnistaminen. Alkuperäisessä kyselylomakkeessa ikäjakauman väli oli vain viisi vuotta. Tuloksia syötettäessä ikäjakauma laajennettiin kymmeneen vuoteen, jotta tunnistettavuus väheni ja luotettavuus lisääntyi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218- 219.)

Tutkimustyössä huomioitiin myös anonymiteetti. Tutkimustietoja ei luovutettu kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle. Kyselylomakkeet palautettiin suljetussa kirjekuoressa kyselylomakelaatikkoon. Kyselylomakkeita säilytettiin lukollisessa kaapissa työpaikalla ja hävitettiin asianmukaisesti. Jokainen vastaus käytiin huolella läpi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219, 221.) Pohdittuamme vaihtoehtoja eri tutkimusmenetelmille, päädyimme kahteen tutkimusmenetelmään, määrälliseen sekä laadulliseen tutkimukseen, jotka täydensivät toisiaan. Aineiston analysoimme induktiivisella sisällön analyysillä sekä PASW tilastointiohjelmalla. Pyrimme lisäämään luotettavuutta kuvaamalla aineistoanalyysin tarkasti. Tulokset perustuvat keräämäämme aineistoon. Sisällönanalyysi toteutettiin alkuperäisten ilmausten pelkistämällä, joista ryhmiteltiin ala-, ylä- sekä pääluokka. PASW tilastointiohjelmaan syötimme numeraaliset vastaukset. Olemme pyrkinneet kuvaamaan aineistolähtöisesti niin kuin ne aineistoista nousivat, emmekä omien ennakoasenteiden perusteella. Alkuperäisilmauksia olemme lisänneet tekstiin, jotka lisäsivät opinnäytetyön luotettavuutta. Tulokset kuvattiin selkeästi ymmärrettävään muotoon graafisten kuvioiden avulla. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi myös se, että tietoa kerättiin neljästä erilaisesta työyksiköstä. Opinnäytetyö tehtiin parityönä, jolloin virhepäätelmien osuus pieneni. Yhdessä tekeminen antoi myös mahdollisuuden erilaisten näkemysten pohtimiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197-198.)

7.3 Jatkotutkimusaiheita ja kehittämissuhteita

Jotta tarkistuslistan hyödyllisyys nähtäisiin tärkeänä työyksiköissä, olisi hyvä tarkemmin tutkia, miten tarkistuslista on parantanut hoitohenkilökunnan työskentelyä ja miten tarkistuslista on tuonut turvallisuutta potilassiirtoihin. Onko tarkistuslistan käytössä ilmennyt haittoja? Tärkeä tutkimuksen kohde on myös tietää, onko hoitajien työaika tehostunut ja siten tuonut organisaatiolle taloudellista hyötyä.

Tulevaisuudessa tarkistuslistan voisi ottaa käyttöön myös Jalasjärven sekä Kurikan terveyskeskuksen eri työyksiköissä, koska toiminta on samanlaista perusterveydenhuollossa.

Kehittämis ehdotuksena nousi Haipro- järjestelmän käytön kehittäminen työyhteisöissä. Koulutusta lisäämällä järjestelmän käytöstä tulisi osa arkipäivää. Ilmoitukset käytäisiin läpi ja otettaisiin ne oppimistapahtumina. Koska vaaratapahtumia kohdataan hoitotyössä, olisi tärkeää tietää kehittämisen kannalta, mitkä tekijät vaikuttavat siihen, että jatkotoimenpiteet jäävät tekemättä.

LÄHTEET

- Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim.
- Asikainen, P., Suominen, T., Mäenpää, T. & Maas, S. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä tiedon siirto ja yhteistoiminta aluetietojärjestelmän käyttöönottoaiheessa. *Hoitotiede* 20 (2), 59-69.
- Cadman, V. 2016. The impact of surgical safety checklist on theatre departments: a critical review of the literature. [Verkkójulkaisu]. *Journal of Perioperative Practice*. 26(4), 62-71. [Viitattu 5.10.2016]. Saatavana: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=a6b22d60-dbad-4b7e-ad0d-5fe6256e2e27%40sessionmgr103&hid=116>
- HaiPro. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. [Verkkójulkaisu]. Tampere: Awanic Oy. [Viitattu 24.3.2017]. Saatavana: <http://www.haiopro.fi/fin/default.aspx>
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Helmiö, P. 2015. Towards better patient safety: The WHO Surgical Checklist in Otorhinolaryngology. [Verkkójulkaisu]. Helsinki: Helsingin yliopisto. [Viitattu 11.5.2016]. Saatavana: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/154152/towardsb.pdf?sequence=1>
- Helovuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Fioca Oy.
- Helovuo, A. 2009. Inhimilliset tekijät, tiimityö ja turvallisuus - mitä voimme oppia ilmailusta? Teoksessa: M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hoikka, A. 2012. Raportointityökalu ISBAR. *Spirium*. 47,03,24.
- Holkko, S. 2012. POTILATURVALLISUUSKULTTUURI - Potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät erikoissairaanhoidon henkilöstön näkökulmasta. [Verkkójulkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Progradu -tutkielma. [Viitattu 5.10.2016]. Saatavana: <https://tampub.uta.fi/handle/10024/83477>

- Holopainen, M., Tenhunen, L., & Vuorinen, P. 2004. Tutkimusaineiston analysointi ja SPSS. Järvenpää: Yrityssanoma OY.
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? *Duodecim*. 121, 1769-73
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. 1. – 2. painos. Helsinki: WSOY.
- Keistinen, T. 2009. Mallia lentoliikenteestä. *Suomen lääkirilehti*. 64, 49, 4222.
- Keistinen, T., Kinnunen, M. & Holm, T. 2008. Vaaratapahtumien turvajärjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. *Suomen lääkirilehti*. 63, 44, 3785-3788.
- Kielitoimiston sanakirja. 2016. Sanakirja. [Verkkosivu]. [Viitattu 22.5.2016.] Saatavana: <http://www.kielitoimistonsanakirja.fi/>
- Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.
- Kinnunen, M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. [Verkojulkaisu]. Vaasa: Vaasan yliopisto johtamisen yksikkö. Väitöskirja. [Viitattu 5.10.2016]. Saatavana: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-323-3.pdf
- Koskela, M. 2009. Tarkistuslista keskittää huomion. *Suomen lääkirilehti*. 64, 49, 4228-4229.
- Kuusisto, A., Asikainen, P., & Saranto, K. 2014. Hoitotyön yhteenveto potilaan hoidon jatkuvuuden turvaajana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. *Hoitotiede* 26 (4), 310-321.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 11(1), 3-12.
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.
- L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.
- L 24.6.2010/629. Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista.

L 10.4.1987/395. Lääkelaki.

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

L 2.12. 2010/1088. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä.

L 27.3.1991/592. Säteilylaki.

L 25.7.1986/583. Tartuntalaki.

L 30.12.2010/1326. Terveysturvalaki.

Metsävainio, K-M. & Tamminen, J. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. *Finnanest* 48 (4), 338-343.

Mustajoki, P., Kinnunen, M., Aaltonen, L-M. & Helovuori, A. 2014. Kerro, kysy, kiittää - tiimityöllä potilasturvallisuutta. *Suomen Lääkärilehti*. 43, 69, 2811-2812.

Mykkänen, M. & Huovinen, H. 2011. Hoitotyön yhteenveto – osana potilaan turvallista jatkohoitoa. *Tehohoito* 29 (1), 34.

Pauniahho, S-L., Lepojärvi, M., Peltomaa, K., Saario, I., Isojärvi, J., Malmivaara, A. & Ikonen, T. 2009. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. *Halokatsaus. Lääkärilehti* 49, 64, 4949-4254.

Peltomaa, K. 2011. SBAR-työkalu turvallisempaan suulliseen raportointiin. *Spirium* 46 (2), 20-21.

Peltomaa, K. 2009. Joka kymmenes potilas- potilasturvallisuuden lähtökohdat. Teoksessa: M. Kinnunen & K. Peltomaa, K (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Sairaanhoidtajaliitto.

Potilasturvallisuus. 2014. Sairaanhoidtajaliitto edistämässä potilasturvallisuutta. [Verkkajulkaisu]. *Sairaanhoidtajat* 4/2016. [Viitattu 14.5.2016]. Saatavana: <https://sairaanhoidtajat.fi/artikkeli/potilasturvallisuus/>

Potilasvakuutuskeskus. 2017. Potilasvahinkoilmoitusten määrä on ollut kasvussa viime vuosina. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 24.3.2017]. Saatavana: <http://www.pvk.fi/fi/potilasvakuutuskeskus/ajankohtaista/potilasvahinkoilmoitusten-maara-nousussa/>

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2013. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- Sairaanhoidajaliitto. 2014. Potilasturvallisuus. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 2.10.2016]. Saatavana: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/potilasturvallisuus/>
- Seppä, M. 2008. Haittatapahtumiin puuttumalla satojen miljoonien säästöt. Suomen lääkärilehti. 63, 12-13, 1211.
- Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa: M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. STM:n julkaisuja 2009:3. [Verkkojulkaisu]. Helsinki. [Viitattu 2.10.2016]. Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111806/potilasturvallisuus_julkaisu_2009_3_verkko_UP.pdf?sequence=1
- Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilaan- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakesin työpapereita 28/2006. [Verkkojulkaisu]. Helsinki. [Viitattu 2.10.2016]. Saatavana: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75835/T28-2006-VERKKO.pdf?sequence=1>
- Suomisanakirja. 2015. Suomisanakirja. [Verkkosivu]. [Viitattu 11.5.2016] Saatavana: <http://www.suomisanakirja.fi>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Potilasturvallisuus. [Verkkojulkaisu]. Helsinki. [Viitattu 11.5.2016]. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilas ohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammi.
- Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. [Verkkojulkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto hoitotieteen laitos. Progradu -tutkielma. [Viitattu 2.10.2016]. Saatavana: <http://tampub.uta.fi/handle/10024/79695>

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Kyselylomake

Liite 3. Tarkistuslista, pöytämalli

Liite 4. Tarkistuslista, taskumalli

Liite 1. Saatekirje

Hyvä Vastaanottaja!

Opiskelemme Seinäjoen ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveydenalan yksikössä sairaanhoitajan tutkintoa. Teemme opinnäytetyön **potilasturvallisuuden kehittamisestä; potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen siirtovaiheessa perusterveydenhuollossa.**

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata, millainen tarkistuslista olisi hyvä Ilmajoen terveyskeskuksen päivystyspoliklinikalle, Ilmajoen akuutti- ja kuntoutusosastolle sekä Ilmajoen asumispalveluyksiköille. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tarkistuslista hoitoyksiköiden käyttöön. Sen tarkoitus on parantaa potilasturvallisuutta potilaan siirtyessä hoitoyksiköistä toiseen sekä olla apuvälineenä hoitohenkilökunnalle raportoinnin ja tiedonkulun selkeyttämiseksi sekä muistin tueksi.

Tutkimuksen tekemiseen on saatu asianmukainen lupa. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan Internetissä osoitteessa www.theseus.fi

Opinnäytetyö toteutetaan kyselytutkimuksena, johon kutsumme teidät osallistumaan. Osallistuminen merkitsee oheisen kyselylomakkeen täyttämistä ja palauttamista suljetussa kirjekuoressa yksikössä olevaan palautuslaatikkoon. Vastauksenne on tärkeä tutkimuksen ja opinnäytetyön onnistumisen kannalta. Jokaisen avoimen kysymyksen jälkeen on varattu tyhjää tilaa, johon voitte kirjoittaa vastauksenne. Tarvittaessa voitte jatkaa vastauksia paperin toiselle puolelle.

Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Vastausaikaa on _____ saakka. Jaamme oman työpisteen vastaukset ristiin, joten vältymme käsialan tunnistamisen. Kenenkään vastaajan tiedot eivät paljastu tuloksissa. Kyselylomakkeet säilytetään lukollisessa kaapissa työpaikalla ja aineisto tuhotaan asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä.

Kirjeen alaosasta löytyvät meidän yhteystietomme. Jos teillä on kysyttävää kyselylomakkeesta tai opinnäytetyöstämme, vastaamme kysymyksiinne mielellämme.

Opinnäytetyömme ohjaaja opettajina toimivat:

TtT, lehtori Mari Salminen-Tuomaala mari.salminen-tuomaala@seamk.fi

TtM, päätoiminen tuntiopettaja Tiina Koskela tiina.koskela@seamk.fi

Ystävällisin terveisin:

Eija-Liisa Mäenpää, sairaanhoitajaopiskelija(AMK) Eija-Liisa.Mäenpää@seamk.fi

Sari Orava, sairaanhoitajaopiskelija(AMK) Sari.Orava@seamk.fi

Liite 2. Kyselylomake

Kyselylomake

1. Ikä

- < 20- 25 vuotta 36- 40 vuotta 51- 55 vuotta >66vuotta
- 26-30 vuotta 41- 45 vuotta 56- 60 vuotta
- 31-35 vuotta 46-50 vuotta 61-65 vuotta

2. Koulutus

- perushoitaja
- lähihoitaja
- sairaanhoitaja
- terveydenhoitaja
- joku muu, mikä _____

3. Työsuhde

- Määräaikainen
- Vakituinen

4. Työpiste

- poliklinikka
- osasto
- palvelukoti/ asumispalveluyksikkö

5. Työssäoloaika JIK:ssä/ kunnassa. Anna vastaus vuosina ja kuukausina _____

6. Työkokemus kaikkineen hoitotyössä. Anna vastaus vuosina ja kuukausina _____

Rastita parhaiten näkemystäsi kuvaava vaihtoehto

	1= Täysin samaa mieltä	2=Jokseenkin samaa mieltä	3= En osaa sanoa	4= Jokseenkin eri mieltä	5= Täysin eri mieltä
7. Työvuorossa olevien työntekijöiden määrä vaikuttaa tiedonkulkuun potilaan siirtovaiheessa.					
8. Työntekijöiden vaihtuvuus vaikuttaa tiedonkulkuun potilaan siirtovaiheessa.					
9. Työkokemus vaikuttaa tiedonkulkuun potilaan siirtovaiheessa.					
10. Tarkistuslista tehostaa hoitajan työaikaa.					
11. Työyhteisön ryhmähenki, keskeiset henkilökemiat vaikuttavat tiedonkulkuun potilaan siirtovaiheessa.					
12. Oma vireystila vaikuttaa tiedonkulkuun potilaan siirtovaiheessa.					
13. Ylipaikalla olevat potilaat vaikuttavat tiedonkulkuun potilaan siirtovaiheessa.					
14. Kiire vaikuttaa tiedonkulkuun potilaan siirtovaiheessa.					
15. Potilaan hoitoisuus vaikuttaa tiedonkulkuun potilaan siirtovaiheessa.					
16. Stressi vaikuttaa tiedonkulkuun potilaan siirtovaiheessa.					
17. Samanlaiset toimintamallit helpottavat yksiköiden sisällä potilaan siirtovaiheessa.					
18. Hyvä raportointi tapahtuu suullisesti.					
19. Hyvä raportointi tapahtuu kirjallisesti.					
20. Hyvä raportointi tapahtuu puhelimitse.					

21. Hyvä raportointi tapahtuu ambulanssihenkilöstön toimesta.					
22. Hyvä raportointi tapahtuu omaisten toimesta.					
23. Hyvä raportointi tapahtuu hoitajan toimesta.					
24. Hyvä raportointi tapahtuu potilaan toimesta.					

25. Mitä on mielestäsi hyvä tiedonkulku potilasturvallisuuden osalta?

26. Mitä pitäisi tietää potilaan siirtovaiheessa tiedonkulun osalta potilasturvallisuuden näkökulmasta? Mainitse viisi tärkeintä asiaa tärkeysjärjestyksessä.

1.

2.

3.

4.

5.

27. Millaisia ominaisuuksia mielestäsi edellytetään hyvältä tiedottamiseen käytettävältä lomakkeelta?

28. Onko kohdallesi tullut vaaratilanteita tiedonkulun puutteesta potilaan siirtovaiheessa potilasturvallisuuden osalta? kyllä ei

29. Onko vaaratilanteesta tehty HaiPro-ilmoitusta? kyllä ei en osaa sanoa

30. Aiheuttiko HaiPro-ilmoitus jatkotoimenpiteitä? kyllä ei en osaa sanoa

31. Jos aiheutti jatkotoimenpiteitä, minkälaisia?

KIITOS!

Liite 3. Tarkistuslista, pöytämalli A5 koko**TARKISTUSLISTA POITILASSIIRROISSA****NIMI JA SOTU****SIIRRON SYY:**

- ✓ Tämän hetkinen vointi?

PERUSTIEDOT:

- ✓ Perussairaudet
- ✓ Tartunnat
- ✓ Mahdollinen hoidon rajaus
- ✓ Läheiset, ovatko tietoisia siirosta
- ✓ Asumismuoto

LÄÄKITYS JA ALLERGIAT:

- ✓ Hoitoon vaikuttava lääkitys (Marevan tms)
- ✓ Uudet lääkemääräykset/muutokset

TOIMINTAKYKY:

- ✓ Liikkuminen, toimintakyky
- ✓ Näkö, kuulo, puheen tuotto
- ✓ Psykkinen tila, muisti
- ✓ Mahdolliset vaaratilanteet
- ✓ Erittäminen (katetri, vaipat, viimeinen vatsantoiminta)

TUTKIMUSTULOKSET:

- ✓ Labrat, r, ss, Ekg, SpO2%, HF, Lpö
- ✓ Ea-hoitolehti, Aspaal-lehdellä yhteenveto/ioppuarvio, Hoitotyön yhteenvetolehti täytetty

HOITO-OHJEET, JATKOHOITO. LÄÄKÄRIN MÄÄRÄYKSET**MITEN SIIRTO TAPAHTUU**

Liite 4. Tarkistuslista, kaksipuoleinen taskumalli A6 koko

<p>TARKISTUSLISTA POTILASSIIRROSSA</p> <p>NIMI JA SOTU</p> <p>SIIRRON SYY:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tämän hetkinen vointi <p>PERUSTIEDOT:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Perussairaudet ✓ Tartunnat ✓ Mahdollinen hoitorajaus ✓ Läheiset, ovatko tietoisia sairaudesta ✓ Asumismuoto <p>LÄÄKITYS JA ALLERGIAT:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hoitoon vaikuttava lääkeitys (Marevan tms.) ✓ Juhdat lääkemääräykset/ muutokset 	<p>TOIMINTAKYKY:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Liikkuminen, apuvälineet ✓ Näkö, kuulo, puheen tuotto ✓ Psykkinen tila, muisti ✓ Mahdolliset vaarajänteet ✓ Erittäminen (katetri, vaipat, vllmäinen vatsan toiminta) <p>TUTKIMUSTULOKSET:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Labrat, r, ss, Ekg, SpO2%, HF, LpO ✓ Eä-hoitolehti, Aapal-lehde.tä yhteenveto/loppuarvio, Hoitotyön yhteenveto/lehti täytetty <p>HOITO-OHJE, JATKOHOITO, LÄÄKÄRIN MÄÄRÄYKSET</p> <p>MITEN SIIRTO TAPAHTUU</p>
--	---