

Leena Tolonen

**POTILASTURVALLISUUDEN KEHITTÄMINEN SOTKAMON TERVEYS-
KESKUSSAIRAALASSA**

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Klininen asiantuntija, Ylempi AMK
Syksy 2013



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Kliininen asiantuntija Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tekijä(t) Tolonen Leena	
Työn nimi Potilasturvallisuuden kehittäminen Sotkamon terveyskeskussairaala	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot	Ohjaaja(t) Leinonen Rauni ja Korhonen Marja-Leena Toimeksiantaja Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, Sotkamon terveyskeskussairaala
Aika Syksy 2013	Sivumäärä ja liitteet 88 + 18
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Sotkamon terveyskeskussairaalan potilasturvallisuutta. Metodologisena lähestymistapana oli toimintatutkimus. Ensimmäisen syklin alussa selvitettiin 6-3-5-menetelmällä (n=15) työyhteisön potilasturvallisuuden keskeisiä ongelmia. Ongelmiksi muodostuivat lääkehoidon poikkeamat, karkaileva potilas, kaatumistapaturmat, potilasaines, ajanhallinta, suullinen ja kirjallinen tiedonkulku, toimintaympäristö, hoitokäytänteet sekä yksin työskentely. Kehittämiskohteiksi valittiin kaatumistapaturmien ehkäisy ja infektioiden torjunta. Infektiot ja aseptiikka sisältyivät keskeisesti hoitokäytänteitä ja toimintaympäristöä koskeviin ongelmiin. Toisen syklin kehittämiskysymykseksi infektioiden torjunnan osalta muodostui: Miten osaston työntekijöiden käsihygieniata voidaan kehittää? Suoritettiin Infektioiden torjunnan perusteet terveydenhuollossa -verkkotesti, järjestettiin koulutusta käsihygieniaan (n=15) sekä testattiin käsien desinfiaktion onnistumista uv-laitteella ennen (n=12) käsihygieniata koulutusta ja sen jälkeen (n=10). Uv- testauksen perusteella käsihygieniassa ei tapahtunut selkeää kehittymistä. Kolmasosa verkkotestiin vastanneista hallitsi käsihygienian kohtalaisesti. Hoitajille toteutetun kyselyn (n=14) perusteella käsien desinfiaktion testaukseen ja hygieniakoulutukseen osallistumisen myötä käsihygieniassa koettiin muutosta desinfiatioaineen käytössä ja levittämisessä, suojakäsineiden tarkoituksenmukaisessa käytössä, yleisessä käsihygieniassa ja aseptisen toimintatavan tarkkailussa. Tulevaisuudessa kehitettäviä asioita ovat potilaiden käsihygieniata, säännölliset henkilökunnan koulutukset, yleinen käsihygieniata toteuttaminen ja desinfiatioainetelineet.</p> <p>Toisen syklin kehittämiskysymykseksi kaatumistapaturmien osalta muodostui: Miten potilaiden kaatumistapaturmia voidaan ehkäistä osastolla? Toteutettiin kaatumisvaaran arviointia FRAT-mittarilla ja laadittiin toimintaohje FRAT-arviointien toteuttamiseen sekä kaatumistapaturmia ehkäiseviin toimiin liittyen. Ohjeet perustuivat IKINÄ-oppaseen. Fokusryhmähaastattelun (n=9) perusteella FRAT-mittarin käytettävyyttä kuvaavat vastaukset liittyivät lomakkeen soveltuvuuteen, arvioinnin toteuttamiseen ja mittarin pisteyttämiseen. Toimintaohjeen ja mittarin merkityksen ja hyödynnettävyyden vastaukset jakaantuivat FRAT-pistemäärien merkitsemiseen, toimintaohjeen käytettävyyden, liikkumisen turvaamiseen ja lääkityksen huomiointiin. Tulevaisuudessa kehitettäviä asioita ovat potilaan liikkumisen apuvälineet, potilaiden sijoittuminen osastolla, arviointimittarin ja toimintaohjeen toteuttaminen, lääkityksen tarkistaminen ja hoitohenkilökunnan määrä.</p> <p>Kehittämistyö jatkuu potilaiden käsihygieniata sekä desinfiatiolaitteiden kunnon ja sijoittamisen uudelleen tarkastelulla, säännöllisillä hygieniakoulutuksilla ja desinfiatioasteiden toteuttamisella, suojakäsineiden ja käsihyynteen kulutuksen seuraamisella sekä osaston infektioiden torjuntaan laadittavalla ohjeistuksella. Kaatumistapaturmien osalta jatketaan FRAT-arviointien ja toimintaohjeen toteutusta, kehitetään pisteiden merkitsemistapaa sekä potilaan ravitsemuksen arviointia.</p>	
Kieli	suomi
Asiasanat	potilasturvallisuus, käsihygieniata, kaatumisten ehkäisy, toimintatutkimus
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Master's Degree Programme in Advanced Clinical Practice
Author(s) Tolonen Leena	
Title Development of Patient Safety in Sotkamo Health Center Hospital	
Optional Professional Studies	Instructor(s) Leinonen Rauni and Korhonen Marja-Leena
	Commissioned by Kainuu Social and Health Care Joint Authority
Date autumn 2013	Total Number of Pages and Appendices 88 + 18
<p>The purpose of the thesis was to develop patient safety in the hospital of Sotkamo. The methodology used in the development task was action research. Key patient safety issues were identified using the 6-3-5 method (n=15) in the beginning of the first cycle. These issues included medication errors, absconding patients, falls, patient material, time management, verbal and written information given, operating environment, nursing procedures and working alone. The chosen development areas were falls prevention and infection control. Infections and aseptic technique were both included in the problems related to nursing procedures and operating environment.</p> <p>The development question of the second cycle related to infection control was how staff hand hygiene could be improved. An online test on infection control was taken, hand hygiene training (n=15) was organised and successful hand disinfection was tested using a UV device before (n=12) and (n=10) after the training. The UV test results showed that hand hygiene had not improved significantly. One third of those who took the online test knew hand hygiene satisfactorily. In their replies to the questionnaire (n=14), nurses stated that after the hand hygiene training and disinfection test they had changed their disinfection technique. In future development tasks could focus on patient hand hygiene, regular staff trainings, implementation of general hand hygiene and disinfectant holders.</p> <p>The development question of the second cycle related to falls was how patient falls could be prevented on the ward. The risk of falls was assessed using the FRAT tool, and instructions for making FRAT assessments and preventing falls were drawn. The instructions were based on the IKINÄ guide. The interview with by the focus group (n=9) focused on the usability, relevance and appropriateness of the FRAT tool and the instructions.</p> <p>In future the development of infection control will focus on patient hand hygiene, inspection and placement of hand disinfection devices, regular training in and testing of disinfection, monitoring use of gloves and hand disinfectant, and instructions for infection control on the ward. Development of falls prevention will include implementing the FRAT tool and instructions, recording points and monitoring patients' nutritional status.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	patient safety, hand hygiene, falls prevention, action research
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 POTILASTURVALLISUUDEN KEHITTÄMISTYÖN ALOITTAMINEN (1 SYKLI)	4
2.1 Työyhteisön kehittämistehtävän muodostuminen projektiksi (suunnittelu)	4
2.2 Kehittämistyön projektiorganisaatio	7
2.3 Metodologiset lähtökohdat	9
2.4 Potilasturvallisuus ja sen edistäminen	11
2.5 Kehittämistarpeiden kartoitus 6-3-5-menetelmällä, aineiston käsittely ja analyysi (toiminta)	16
2.6 Potilasturvallisuuden keskeiset ongelmat ja niiden ratkaisuehdotukset (havainnointi)	22
2.7 Potilasturvallisuuden kehittämiskohteiden valinta (reflektointi)	29
3 HOITOON LIITTYVÄT INFEKTIOT (2A SYKLI)	33
3.1 Infektioiden torjunta ja käsihygienia (suunnittelu)	33
3.2 Käsihygienian kehittäminen verkkotestin, käsien desinfektioestauksen uv-laitteella ja hygieniahoitajan koulutuksen avulla (toiminta)	38
3.3 Infektioiden torjuntaa ja käsihygieniaa koskevat tulokset (havainnointi)	42
3.4 Osaston työntekijöiden käsihygienian edelleen kehittäminen (reflektointi)	45
4 POTILAIDEN KAATUMISTAPATURMIEN EHKÄISEMINEN (2B SYKLI)	50
4.1 Kaatumistapaturmat (suunnittelu)	50
4.2 Kaatumisten ehkäisy sairaalassa	53
4.3 Potilaan kaatumisvaaran arviointi FRAT-mittarilla, kaatumisvaaran arviointiin ja kaatumista ehkäiseviin toimiin liittyvän toimintaohjeen suunnittelu sekä toteutus (toiminta)	56
4.4 FRAT -mittarin käytettävyyden ja toimintaohjeen soveltuvuuden selvittäminen fokusryhmähaastattelun avulla	58
4.5 FRAT-mittarin ja toimintaohjeen kokeilun tulokset (havainnointi)	60
4.6 Potilaiden kaatumistapaturmien ennaltaehkäiseminen tulevaisuudessa (reflektio)	63
5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUKSEN AIHEET	67
6 POHDINTA	70

6.1 Oman asiantuntijuuden kehittymisen ja kehittämistyön tarkastelu	70
6.2 Luotettavuus	74
6.3 Eettisyys	77

LÄHTEET	79
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomessa on tehty terveydenhuollon laatutyötä jo pitkään, mutta potilasturvallisuus ei ole saanut osakseen vielä vastaavanlaista huomiota kuin esimerkiksi Tanskassa tai Yhdysvalloissa. Kuitenkin potilasturvallisuus on noussut keskeiseksi kehittämiskohteeksi sosiaali- ja terveydenhuollossa niin kansainvälisesti kuin kotimaassakin. (Kinnunen & Peltomaa 2010, 13 - 14.) Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on saattaa suomalainen potilasturvallisuus korkealle, eurooppalaiset vaatimukset täyttävälle tasolle (Snellman 2010, 33). Potilasturvallisuutta on edistetty hyvin tuloksin useissa Suomen sairaaloissa sekä terveyskeskuksissa ja kansallisella tasolla on panostettu lainsäädännön kehittämiseen (Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma 2011, 4).

Terveydenhuollon palvelujärjestelmässä ja sen toimintaympäristössä tapahtuu jatkuvasti muutoksia, jolloin potilasturvallisuus saattaa vaarantua. Lääketiede ja teknologia kehittyvät nopeasti ja ovat entistä vaikuttavampia. Niiden hallittu ja oikea käyttö ovat yhä vaativampaa. Potilaskeskeisen ja turvallisen hoidon toteuttamista vaikeuttavat hoitoprosessien pirstaleisuus. Rajapintaongelmat erityisesti tiedonkulussa lisäävät virhemahdollisuuksia. Hoitopäätöksiä voidaan joutua tekemään puutteelliseen tai väärän tietoon perustuen. Niukat henkilöstövoimavarat ja työntekijöiden suuri vaihtuvuus vaikeuttavat turvallisen hoidon toteutumista. Potilasturvallisuuden seurantaan ja edistämiseen eivät nykyiset sähköiset potilastietojärjestelmät tarjoa tyydyttävää tukea. (Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma 2011, 7.)

Henkilöstön potilasturvallisuutta koskeva osaamisen tarve on jatkuva, koska virheiden ja erehdysten mahdollisuus lisääntyy. Suomen sairaaloissa arvioidaan kuolevan vuosittain hoitovirheeseen 700–1700 henkilöä. Sairaalapotilaat kärsivät haittatapahtumista huomattavan usein, sillä potilasturvallisuuskartoituksen pohjalta arviolta 1/10 sairaalapotilaasta kärsii jostain haitasta, 1/100 potilaasta saa vakavan haitan ja 1/1000 sairaalapotilaasta kuolee virheen, erehdyksen tai muun sellaisen seurauksena. Hoitoon liittyvät infektiot, väärä tai viivästynyt diagnoosi, lääkitysvirhe, kirurginen virhe, inhimillinen virhe ja laitevirhe ovat hoidon yleisimmät haittatapahtumat. (Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma 2011, 8.) Myös putoamiset ja kaatumiset ovat yleisiä haittatapahtumia etenkin iäkkäillä potilailla ja heistä 24 prosenttia loukkaantuu vakavasti ja erittäin harvalla toimintakyky palautuu ennalleen. Haittatapahtumat johtavat usein pitkittyneeseen sairaalahoitoon, uusiin toimenpiteisiin, viivästyneeseen toipumiseen, potilaan vammautumiseen tai menehtymiseen sekä aiheuttaa inhimillistä kärsimystä.

Haittatapahtumat aiheuttavat mittavia taloudellisia menetyksiä. (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 19.) Lisähoidosta koituu vuosittain terveydenhuollolle lähes miljardi euroa kustannuksia (Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma 2011, 9). Jopa puolet kliinisessä työssä sattuvista haittatapahtumista on vältettävissä ja kehittämällä hoitoprosessin turvallisuutta, poikkeamat voidaan estää tai havaita ajoissa. (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 20).

Suomen lainsäädännössä on useita lakeja, joiden tarkoituksena on potilasturvallisuuden edistäminen. Terveydenhuoltolain (2010/1326) 2§:ssä todetaan, että yhtenä lain tarkoituksena on toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Lain 8§ mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (341/2011) on tarkemmin säädetty laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) toteaa, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Lain terveydenhuollon ammattihenkilöstä (559/1994) tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua muun muassa varmistamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. Lääkelaki (395/1987) ylläpitää ja edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta sekä tarkoituksenmukaista lääkkeiden käyttöä. Lisäksi se varmistaa lääkkeiden asianmukaisen valmistuksen ja saatavuuden maassa. Lain terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010) tarkoituksena on ylläpitää ja edistää terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden sekä niiden käytön turvallisuutta. Lain 6§:ssä todetaan muun muassa, että laitteen tulee olla käyttötarkoitukseensa sopiva ja sen tulee saavuttaa sille suunniteltu toimivuus ja suorituskyky. Laite ei saa tarpeettomasti vaarantaa potilaan, käyttäjän tai muun henkilön terveyttä tai turvallisuutta asianmukaisesti käytettynä. Lisäksi esimerkiksi tartuntatautilaki (1986/583) edistää osaltaan potilasturvallisuutta, joka velvoittaa muun muassa tartuntatautien vastustamistyöhön, johon kuuluu yhtenä osana sairaalainfektioiden torjunta.

Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman suomalaisen potilasturvallisuusstrategian tavoitteena on ohjata sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin ja edistää sen toteutumista. Strategia toteutetaan julkisessa ja yksityisessä sosiaali- ja terveydenhuollossa ja se palvelee sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita, potilaita, asiakkaita ja heidän omaisiaan. Strategian tavoitella vuoteen 2013 mennessä on, että potilasturvallisuus on ankkuroitu toiminnan rakenteisiin ja toimintatapoihin. Hoito on vaikuttavaa ja turvallista. Strategian tavoitteena on, että potilas osallistuu potilasturvallisuuden parantamiseen, turvallisuutta hallitaan ennakoivasti ja oppimalla, vaaratapahtumat raportoidaan ja niistä opitaan, potilasturvallisuuden edistäminen on suunnitelmallista ja toteutetaan riittävin voimavaroin sekä potilasturvallisuus huomioidaan tutkimuksessa ja opetuksessa. (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013 2009, 3, 11, 13.)

Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelman päämääränä on hoidon aiheuttaminen kuolemien ja haittatapahtumien puolittuminen vuoteen 2020 mennessä. Ohjelman tarkoituksena on, että terveydenhuollon ja soveltuvin osin sosiaalihuollon ammattilaiset voivat työskennellä potilasturvallisuutta edistävässä ympäristössä. Heillä on lisäksi käytettävissään laadukkaita ja käyttökelpoisia välineitä potilasturvallisuuden edistämiseen, kuten vertaiskokemukset, hyvät käytännöt ja kehittämissuunnitelmat. (Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma 2011, 4.)

Potilasturvallisuuden edistäminen on keskeinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden päivittäistä laadunhallintaa. Hoito on turvallista ja vaikuttavaa, kun se toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. Haittatapahtuman syynä ovat usein puutteet toimintatavoissa tai toimintajärjestelmissä. Terveydenhuollon yksiköiden ja organisaatioiden tulee periaatteillaan ja toimintatavoillaan varmistaa, ettei hoidosta koidu potilaalle haittaa. Työyhteisön kehittäminen ja todellinen muutos tarvitsevat myös kulttuurin muutosta. Muutokseen tulee sitoutua koko työyhteisö ja pitää sitä tärkeänä. (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013 2009, 11 - 14.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää työyksikön potilasturvallisuutta henkilöstön tuottamien ratkaisujen ja teoretiedon avulla. Opinnäytetyö on kirjoitettu toimintatutkimuksen syklien mukaisesti.

2 POTILASTURVALLISUUDEN KEHITTÄMISTYÖN ALOITTAMINEN (1 SYKLI)

Toimintatutkimuksen metodologian mukaisesti kehittämistyö etenee sykleittäin. Kehittämistehtävän ensimmäisen syklin tavoitteena on selvittää, mitkä ovat työyhteisön potilasturvallisuuden kehittämistarpeet. Tutkimustehtäväksi muodostui, mikä on työyhteisömme potilasturvallisuuden keskeisin ongelma? Toinen pääluke kuvaa opinnäytetyön ensimmäisen syklin. Toimintatutkimuksen suunnitteluvaiheessa tutkija hahmottelee tutkimusasetelmaa ja tehtävää koskevia kysymyksiä, ideoi kenttätyötä, tutustuu kirjallisuuteen sekä täsmentää näkökulmaansa aikaisempien tutkimusten ja keskeisten käsitteiden pohjalta (Huovinen & Rovio 2010, 96). Niinpä toisessa luvussa kuvaan kehittämistehtävän muodostumisen (2.1 ja 2.2), toimintatutkimuksen metodologisenä lähestymistapana (2.3) sekä teorian tietoa potilasturvallisuudesta ja sen edistämisestä (2.4). Lisäksi kuvaan ensimmäisen syklin aineiston keruun ja analyysin (2.5), tulokset (2.6) sekä reflektion (2.7).

2.1 Työyhteisön kehittämistehtävän muodostuminen projektiksi (suunnittelu)

Ylemmään ammattikorkeakoulututkintoon johtavien opintojen yhtenä yleisenä tavoitteena on antaa opiskelijalle työelämän kehittämisen edellyttämät laajat ja syväiset tiedot asianomaiselta alalta. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ja osoittaa kykyä soveltaa tutkimustietoa sekä käyttää valittuja menetelmiä työelämän ongelmien erittelyyn ja ratkaisemiseen. (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakoulusta 2003/352.)

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma kehittää osaamista kliinisen hoitotyön asiantuntijuuden alueella. Koulutusohjelma on työelämäläheinen. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opintoihin kuuluu opinnäytetyö, joka on työelämän tutkimus- ja kehittämistyö. Opinnäytetyössä korostuvat opiskelijan tietotaito tunnistaa alueellisia ja työelämälähtöisiä käytännön kehittämishaasteita ja ongelmia sekä uusien ammatillisten toimintatapojen, työmenetelmien, käytänteiden ja palvelukonseptien kehittäminen ja arviointi. Opinnäytetyön avulla kehitetään taitoja pitkäkestoiseen työskentelyyn sekä tutkivaan ja kehittävään työtoteeseen. Opinnäytetyö osoittaa valmiutta itsenäiseen ja yhteisölliseen asiantuntijatyöhön ja kirjalliseen viestintään. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneen tulee osata hankkia, käsi-

tellä ja arvioida tietoa kriittisesti sekä hallita tutkimus- ja kehittämistoiminnan menetelmiä. (Opetussuunnitelma 2012 - 2013 2012.)

Kehittämistyö toteutettiin työyksikössäni Sotkamon terveyskeskussairaалassa. Sotkamon terveyskeskussairaалassa hoidetaan pääasiassa kainuulaisia aikuisia ja vanhuksia, joilla on akuutti sairaanhoidon tarve. Potilaat eivät tarvitse erikoissairanhoidon tasoista hoitoa. Osastolla hoidetaan leikattuja ja leikkaukseen meneviä potilaita, päihde- ja mielenterveysongelmaisia, muistihäiriöisiä vanhuksia, sisätauti- ja infektiopotilaita sekä kipupotilaita ja saattohoitopotilaita. Potilaat tulevat vuodeosastolle terveysasemien vastaanottojen ja Kainuun keskussairaalan päivystyspoliklinikan kautta. Potilaat voivat tulla myös osastosiirtona Kainuun keskussairaalan tai Oulun yliopistollisen sairaalan osastoilta jatkohoitoon. Potilaat voivat saapua osastolle myös suoraan ambulanssilla lääkärin konsultaation perusteella. Osastolla on 34 potilaspaikkaa. Potilashuoneet ovat yhden, kahden, kolmen ja neljän hengen huoneita.

Opinnäytetyön avulla syvennän sairaanhoitajan osaamistani ja uralla kehittymistä. Opinnäytetyön avulla kehitän myös työyhteisön toimintaa ja hoitohenkilökunnan potilasturvallisuuteen liittyvää ammatillista osaamista. Vastaanotto- ja terveyskeskussairaалatoiminnan tulokortissa (BSC) vuosille 2013 - 2016 strategisena päämääränä on potilasturvallisuuden ja hoidonlaadun parantuminen. Lisäksi henkilöstöön kohdistuvana päämääränä on ammattitaitoinen, työhönsä ja sen kehittämiseen sitoutunut henkilökunta. (Tulokortti, suunnitelma vuosille 2013 - 2016 2013.)

Kehittämistyö alkoi toimintatutkimuksen ensimmäisen vaiheen mukaisesti toiminnan suunnittelulla (Kiviniemi 1999, 66). Potilasturvallisuuden kehittämisen tarve nousi esille keskustellessani opinnäytetyön aiheesta esimieheni kanssa. Potilasturvallisuus on tällä hetkellä ajankohtainen ja tärkeä aihe, joka perustuu työelämän tarpeeseen. BSC:n mukaan vastaanotto- ja terveyskeskussairaалatoiminnan perustehtävänä on tuottaa Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän alueella asuville henkilöille heidän tarvitsemansa sairaanhoidon- ja terveydenhuollon palvelut mukaan lukien ennaltaehkäisevä ja kuntouttava työ. Toimintaa ohjaavia arvoja ovat ihmisarvon kunnioittaminen, asiakaslähtöisyys, vastuullisuus, sitoutuminen ja avoimuus. (Tulokortti, suunnitelma vuosille 2013 - 2016 2013.)

Sotkamon sairaalan turvallisuuskulttuuri perustuu strategiassa määriteltyihin arvoihin. Potilasturvallisuus on esimiehen, työntekijöiden ja potilaiden yhteinen asia. Hoitohenkilökunnalla on omat vastualueensa hoitotyön eri osa-alueelta. Jokaisella työntekijällä on vastuu potilas-

turvallisuudesta, sen kehittämisestä ja asiantuntijuuden jakamisesta työyhteisössä. Kokonaisvastuu laadunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta on johdolla. Potilasturvallisuuden kehittämistyöhön olisi tärkeä saada mukaan myös potilaita ja potilasjärjestöjä.

Käsitteenä potilasturvallisuus on työyhteisössä melko uusi. Potilaiden vaihtuvuus, muistamattomat ja monisairaavat potilaat ovat esimerkkejä asiakkaista, jotka asettavat haasteita potilasturvallisuudelle. Potilasta koskevan tiedon oikea, tarpeenmukainen ja välitön siirtyminen ovat edellytys onnistuneen hoidon toteutukselle silloin, kun potilas ei pysty itse ottamaan vastuuta hoidosta. Tämä korostuu erityisesti potilasta osastolle vastaanotettaessa ja kotiutusta suunniteltaessa. Moniammatillisen yhteistyön avulla potilaalle pyritään takaamaan laadukas hoito. Työyksikössä potilasturvallisuuden kehittämisen kannalta erityisen keskeisessä roolissa ovat infektio-, lääke- ja laitevastaavat.

Lääkehoito on keskeinen osa potilaan osastohoitoa. Työyksikköömme on laadittu yksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma valtakunnallisen oppaan lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa mukaisesti (Turvallinen lääkehoito Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa 2006). Yksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma sisältää muun muassa kuvauksen lääkehoidon sisällöstä ja toimintatavoista, lääkehoidon osaamisen varmistamisesta ja ylläpitämisestä, henkilöstön vastuusta, velvollisuuksista ja työnjaosta sekä lupakäytännöistä. Lääkehoitosuunnitelmaan on kuvattu myös lääkehoidon riskitekijät ja ongelmakohdat.

Sotkamon terveyskeskussairaalassa potilasturvallisuuteen liittyvää tietoa saadaan nykyisin muun muassa terveydenhuollon haittatapahtumien raportointijärjestelmästä (HaiPro). Aikaisemmin potilasturvallisuuteen liittyvän tiedon hankkimisessa ovat korostuneet potilaiden/omaisten tekemät muistutukset, kantelut, potilasvahinkoilmoitukset, yhteydenotot ja asiakaspalautteet. Jokaisella hoitotyöntekijällä on mahdollisuus tehdä ilmoitus läheltä piti ja haittatapahtumasta sekä hoitohenkilökuntaan kohdistuvasta väkivallasta. Vaaratapahtumat keskustellaan osastopalaverissa, jossa tarkastellaan vaaratapahtuma tilannetta ja mietitään yhdessä, kuinka kyseinen tilanne olisi estettävissä.

Keväällä 2013 Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymään on hyväksytty laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma. Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelman tehtävänä on laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden jatkuva kehittäminen ja ylläpitäminen. Suunnitelman tavoitteena on luoda kuntayhtymään potilasturvallisuuskulttuuri, jossa on sel-

keät, määritellyt toimintatavat laadun ja potilasturvallisuuden ylläpitämisestä ja jatkuvasta parantamisesta. (Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma 2013, 3.) Kliininen asiantuntija-opintojeni aikana olemme laatineet työyhteisöni potilasturvallisuussuunnitelman yhdessä yksikön esimiehen ja potilasturvallisuusvastaavan kanssa. Sen tarkoituksena on kuvata, mistä asioista Sotkamon terveystieteiden keskeisessä sairaalassa potilasturvallisuus koostuu ja miten potilasturvallisuutta voidaan edelleen kehittää.

2.2 Kehittämistyön projektiorganisaatio

Projekti voidaan määritellä eri näkökulmista ja sen tarkoituksena on saavuttaa jokin ennalta määritelty tavoite. Kaikille projekteille on tyypillistä se, että projektin toteuttamiseksi kootaan joukko ihmisiä, joille asetetaan omat roolit ja vastuualueet sekä projektin toimintaa ohjataan johdetusti ja suunnitelmallisesti. Projekti on ihmisten välistä yhteistoimintaa, jonka etenemistä ja tuloksia seurataan ja kontrolloidaan. Sille on lisäksi asetettu aikataulu sekä päättymispäivä. (Kettunen 2009, 15.) Projektin keskeinen vahvuus on sen kohdentuminen erityyppisten ongelmien ratkaisemiseen alueilla, jotka liittyvät johtamiseen, palveluihin, organisaatioihin ja niiden rakenteisiin, prosesseihin tai henkilöstöön. Projekti on menetelmä tietoisesta kehittämisen aikaansaamiseen ja tukemiseen työyhteisössä. Kehittäminen on uudistamista, joka ilmenee esimerkiksi rakenteissa tai toimintatavoissa. (Paasivaara, Suhonen & Nikkilä 2008, 8, 19.)

Tyypillisesti projektiorganisaatio muodostuu projektipäälliköstä, projektiryhmästä, projektin ohjausryhmästä ja projektin omistajasta eli projektin hallinnoijasta (Lindholm, Mattila, Niemelä & Rantamäki 2008, 13). Projektin ohjausryhmän tehtävänä on valvoa ja tukea projektia tavoitteiden ja tuloksien aikaansaamiseksi sekä tehdä projektin keskeiset päätökset ja ratkaista merkittävät ongelmat. Ohjausryhmä valvoo ja seuraa projektin tuloksia ja aikataulua, eli koko projektin hallintaa sekä lisäksi antaa tukensa projektipäällikölle projektin toteutukseen. Pitkällä tähtäimellä ohjausryhmä vastaa lisäksi projektin tulosten hyödyntämisestä ja tästä syystä ohjausryhmään on syytä nimetä henkilöitä, jotka ovat jatkossa sitoutuneita asioiden eteenpäin viemiseen. (Lindholm ym. 2008, 13 - 14.) Projektipäällikön tehtävä on johtaa projektia sekä huolehtia töiden jakamisesta. Projektipäällikkö vastaa siitä, että projekti valmistuu ajoissa ja että lopputulos vastaa asetettuja tavoitteita. Projektipäällikön tehtävänä on vastata kaikesta, mikä liittyy projektin onnistuneeseen toteutukseen. Projektipäällikön tulee laatia projektiryhmän kokoukseen esityslistat ja valmisteltavat käsiteltävät aiheet hyvin. Projektin joh-

tamisen lisäksi projektipäällikkö osallistuu usein myös itse projektin tekemiseen. (Kettunen 2009, 32, 157 - 158, 166 - 167.) Projektipäällikkö vastaa yhteydenpidosta projekti- ja ohjausryhmään (Ruuska 2006, 21).

Projektiryhmä on se joukko ihmisiä, joka ovat aktiivisia osallistujia projektin toiminnassa sekä ohjauksessa ja mahdollistavat projektin onnistumisen (Kettunen 2009, 160; Paasivaara ym. 2008, 116). Projektiryhmä koostuu asiantuntijoista, jotka projektissa vastaavat oman erityisalueensa tehtävistä ja projektin käytännön toteutustyöstä (Ruuska 2006, 21, 150).

Tätä kehittämistyötä varten muodostettiin projektiryhmä ja ohjausryhmä. Projektipäällikkönä toimii opinnäytetyöntekijä. Opiskelijana olen sekä tutkija että projektin aktiivinen osallistuja. Toimintatutkija voi olla työyhteisön oma jäsen, joka osallistuu toimintaan ja pyrkii kehittämään sitä yhdessä työyhteisön jäsenten kanssa (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 40). Tutkijan vuorovaikutus tutkittavaan yhteisöön ei ole ajallisesti tai temaattisesti tarkoin määriteltyä, vaan se on pysyvää ja pitkäaikaista. Tutkijan ja tutkittavien aktiivinen vuorovaikutus sekä sitoutuminen tiettyihin yhteisesti sovittuihin tavoitteisiin ovat keskeistä pysyvyydessä. (Eskola & Suoranta 2008, 128.) Ohjausryhmän keskeisenä tehtävänä on tehdä lopulliset päätökset sekä päättää käytettävistä resursseista. Ohjaus- ja projektiryhmän yhteisessä projektin aloituspalaverissa kävimme läpi projektin ohjauksen. Projektipäällikön, ohjausryhmän ja projektiryhmän jäsenten tarkat tehtävät sekä niihin kuuluvat henkilöt ovat liitteessä (liite 1).

Heti kehittämistyön suunnittelun alkupuolella kerroin osastotunnilla opintoihini liittyvästä kehittämistyöstä ja sen merkityksestä työyhteisöön. Tämän tarkoituksena oli saada työntekijät mukaan kehittämistyöhön ja ilmoittautumaan halukkuutensa kehittämistyön projektiryhmään. Projektiryhmään oli tavoitteena saada sekä perus-/lähihoitajia että sairaanhoitajia. Vapaaehtoisia ilmoittautujia projektiryhmään ei kuitenkaan tullut. Pohdimme osastonhoitajan kanssa projektiryhmän kokoonpanoa. Projektiryhmän valintaperusteena oli myös se, että hoitajien vastualueet olisivat edustettuna projektiryhmässä mahdollisimman laajasti. Projektiryhmään valittiin yhteensä kuusi lähi-/perushoitajaa ja sairaanhoitajaa. Heillä oli mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta projektiryhmätyöskentelyyn.

2.3 Metodologiset lähtökohdat

Tämän kehittämistyön metodologinen lähestymistapa on toimintatutkimus. Lähestymistapaa vaalittaessa tulisi pohtia sitä, mikä lähestymistapa sopii parhaiten tutkimusilmiöön ja tutkimusongelmiin tai -tehtäviin (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 41). Toimintatutkimus sopii kehittämistyön lähestymistavaksi, koska siinä tuotetaan tietoa käytännön työn kehittämiseksi, suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja ja se mahdollistaa koko yhteisön aktiivisen osallistumisen tutkimuksen kaikkiin vaiheisiin (Heikkinen 2010, 16 - 17, 32). Toimintatutkimus tuntui luontevimmalta tavalta lähteä kehittämään työyhteisöä, sillä se antaa hyvät raamit, kun työntekijöiden kanssa yhdessä halutaan lähteä etsimään aikaisempaa parempaa toimintamallia tai kokeilemaan uusia toimintatapoja.

Toimintatutkimusta voidaan pitää tutkimusstrategisena lähestymistapana, joka voi käyttää välineenään erilaisia tutkimusmenetelmiä (Heikkinen 2007, 196). Niin sanotusti pehmeisiin menetelmiin lukeutuvan toimintatutkimuksen avulla puututaan todellisiin elämän tapahtumiin. Toimintatutkimukselle ei ole yksiselitteistä ja kaikkien hyväksymää määritelmää, vaan sitä on määritelty monin eri tavoin. Sen tarkoituksena on kehittää uusia taitoja tai uutta lähestymistapaa johonkin tiettyyn asiaan. Toimintatutkimuksen avulla voidaan ratkaista ongelmia, joilla on suora yhteys johonkin käytännölliseen toimintaan. Toimintatutkimus on ryhmien ja yksilöiden omaa systemaattista tutkimusta niistä toimenpiteistä, joilla he muuttavat ja kehittävät kohteena olevaa käytäntöä. Toimintatutkimus on prosessi, joka tähtää asioiden muuttamiseen ja kehittämiseen entistä paremmaksi ja sen seurauksena on uudella tavalla ymmärretty prosessi. (Anttila 2006, 439 - 440.)

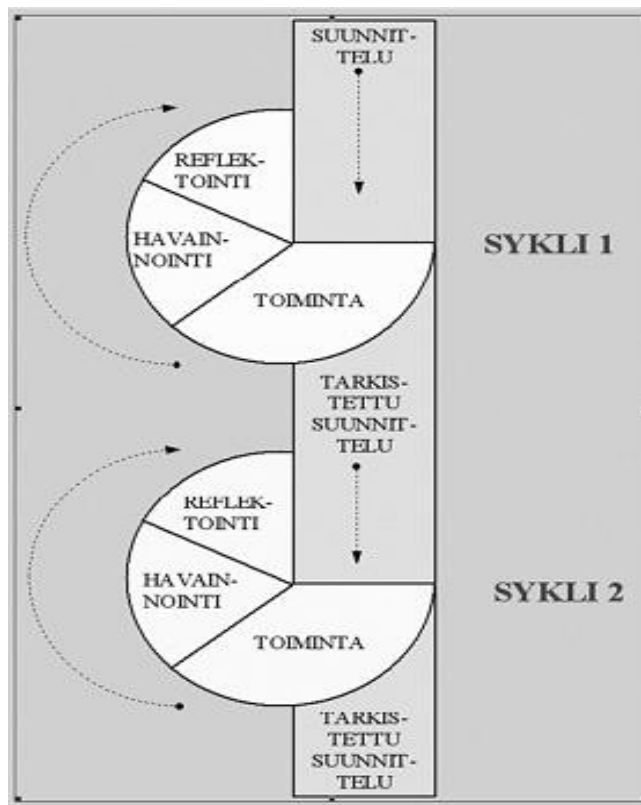
Toimintatutkimus on luonteeltaan keskeisesti yhteisöllinen prosessi, jossa tutkija osallistuu tutkittavan yhteisön toimintaan ja pyrkii ratkaisemaan tietyn ongelman yhdessä yhteisön jäsenen kanssa (Kiviniemi 1999, 64). Perinteisestä tutkimustyöstä poiketen toimintatutkija on aktiivinen vaikuttaja ja toimija, eikä hän pyri olemaan ulkopuolinen tai neutraali (Heikkinen 2008, 19). Toimintatutkimus on tilanteeseen sidottua, yleensä yhteistyötä vaativaa, osallistuvaa ja itseään tarkkailevaa. Koska kyseessä on koko työyhteisön muutosprosessi, tarvitaan kaikkien toimija osapuolien sitoutuminen projektiin. (Metsämuuronen 2008, 29.)

Toimintatutkimus etenee syklisesti ongelman tunnistamisesta ja lähtötilanteen selvittämisestä tavoitteiden asetteluun sisältävään prosessointivaiheeseen. Tämän jälkeen tehdään konkreettinen toimintasuunnitelma, jota kohdeyhteisön työntekijät laativat ja johon he sitoutuvat. Tä-

män jälkeen edetään toimintaan. Saavutettuja tuloksia arvioidaan interventiovaiheen aikana ja sen jälkeen. Interventiossa muutetaan jotain ja tehdään jotain toisin kuin ennen on tehty sekä katsotaan, mitä sitten tapahtuu. Suunnittelu, toiminta, havainnointi ja toiminnan arviointi vuorottelevat toimintatutkimuksen prosessissa (kuvio 1). Toimintatutkimus ei useinkaan etene selkeässä järjestyksessä edellä mainittujen eri vaiheiden sykleissä, vaan eri osa-alueet limityvät ja menevät toistensa kanssa päällekkäin. (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 25.) Kehittämisen sykleillä ei ole päätepistettä. Parempi käytäntö on aina tilapäinen ja onnistuneessakin hankkeessa kehitetty käytäntö on saattanut muuttua projektin päätyttyä. Toimintaympäristön muututtua luodaan vielä parempi käytäntö. (Heikkinen 2008, 29.)

Tärkeä vahvuus toimintatutkimuksessa on se, että siinä lähdetään liikkeelle toimijoista eli työntekijöistä ja heidän käsityksestään todellisuudesta. Tämän kehittämistyön alkukartoituksessa työntekijät määrittivät potilasturvallisuuden keskeiset ongelmat työyhteisössä, joiden pohjalta lähdettiin etenemään. Muutos ja kehittämistyö eivät käynnisty ulkoapäin tuotuina valmiina ideologioina tai malleina, vaan ulkopuolelta voidaan tuoda organisaatioon uusia ajattelutapoja. Työyhteisö päättää itse niiden käytöstä sekä sovelluksista ja uusia näkökulmia työhön saadaan teorian ja käytännön vuoropuhelulla. (Mäkisalo 2003, 147 - 148.)

Toimintatutkimuksen keskeinen menetelmä on diskurssi, joka on yhteisesti hyväksytyihin näkemyksiin etsiytyvää keskustelua. Jatkuvassa diskurssissa ryhmän kriittisen tarkastelun kohteeksi tuodaan erilaiset väitteiden ja tietojen perustelut. Tästä vaiheesta voidaan käyttää myös nimitystä reflektointi, joka tarkoittaa sitä, että osanottajat ottavat kantaa, keskustelevat, pohtivat ja tutkivat käytännössä erilaisten vaiheiden onnistumista ja tavoitteiden sekä mielikuvien toteutumista. Reflektoinnissa tuodaan esille erilaiset mielipiteet ryhmän tarkasteltavaksi, arvioidaan toiminnan merkitystä sekä arvioidaan tuloksia. (Anttila 2006, 444.) Tämän kehittämistyön aikana reflektointi tapahtuu ohjaus- ja projektiryhmissä sekä osastopalaverissa.



Kuvio 1. Toimintatutkimuksen syklisyys (Anttila 2006, 442)

Toimintatutkimus soveltuu tämän kehittämistyön metodologiaksi, koska kehittämistyön aikana tuotetaan tietoa käytännön hoitotyön kehittämiseksi. Potilasturvallisuus koskettaa koko hoitohenkilöstöä, ja sen vuoksi koko työyhteisön aktiivinen osallistuminen kehittämistyöhön on tärkeää.

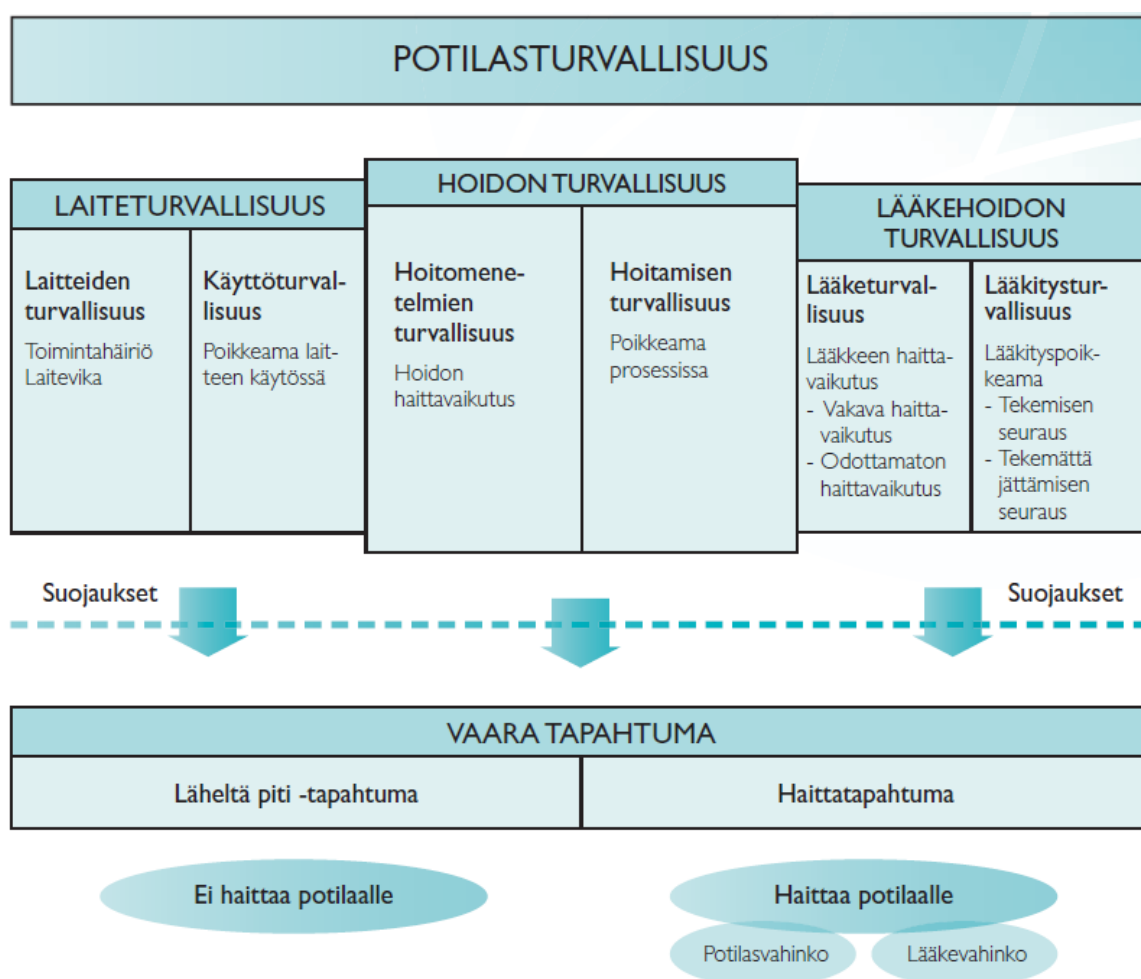
2.4 Potilasturvallisuus ja sen edistäminen

Ennen aineiston keruuta pidin osastotunnin potilasturvallisuudesta, jonka avulla pyrin lisäämään työyhteisön työntekijöiden tietoutta potilasturvallisuudesta. Osastotunnilla käsittelin muun muassa: Mitä potilasturvallisuus on, miksi se on ajankohtainen juuri nyt ja mitkä eri tekijät siihen vaikuttavat? Osastotunnille osallistui vain seitsemän hoitotyöntekijää, mutta osastotunnin materiaali on ollut kaikkien työntekijöiden luettavana osaston taukokuoneessa.

Potilasturvallisuussanasto lääkehoidon turvallisuussanaston (2007, 3 - 5) mukaan potilasturvallisuus käsittää terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilas vahingoit-

tumasta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus tarkoittaa, ettei hoidosta aiheudu haittaa ja hän saa tarvitsemansa hoidon. Potilasturvallisuus kattaa sekä hoidon, lääkity- että laiteturvallisuuden (kuviot 2). Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua.

Lääkehoidon turvallisuus ja laitteen käyttöturvallisuus ovat osa hoidon turvallisuutta. Tärkeensä vuoksi ne kuitenkin otetaan esiin itsenäisinä asioina määriteltäessä potilasturvallisuutta. Kaikissa kolmessa turvallisuuden osa-alueessa voidaan erottaa menetelmän turvallisuus sekä hoitoprosessin turvallisuus. Poikkeama on tuotteisiin, toimintatapoihin, -järjestelmiin ja -ympäristöön liittyvä suunnitellusta tai sovitusta poikkeava tapahtuma, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Haittavaikutus on hoitomenetelmän aiheuttama haitallinen ja tahaton vaikutus. Se esiintyy sairauden ehkäisyyn, taudin määritykseen tai hoitoon tavanomaisesti käytettyjen menetelmien yhteydessä sekä aiheuttaa normaaliin hoitoon verrattuna objektiivista lääketieteellistä haittaa potilaalle. (Potilasturvallisuussanasto lääkehoidon turvallisuussanasto 2007, 3, 6 - 7.)



Kuvio 2. Potilasturvallisuus (Potilasturvallisuussanasto lääkehoidon turvallisuussanasto 2007, 7)

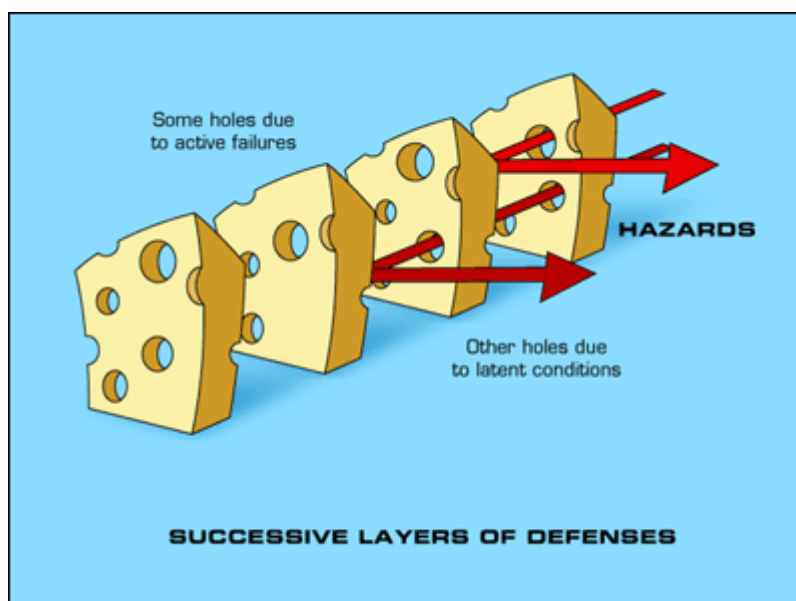
Toimintaan, johon sisältyy sellaisia menettelytapoja tai järjestelyjä, joiden tehtävänä ei ole vain saavuttaa tavoiteltu hoitotulos, vaan myös vahvistaa toiminnan sietokykyä erilaisille poikkeamille, kutsutaan hoidon turvallisuuden varmistamiseksi. Hoidon turvavallisuus sisältää itse hoitomenetelmien turvallisuuden että niiden toteuttamiseen liittyvän prosessin turvallisuuden. (Helovuori ym. 2011, 13.)

Terveystieteiden organisatiot ovat yksi turvallisuuskriittisiin organisaatioihin kuuluvista organisaatioista, jonka toimintaan sisältyy tai jonka toiminnassa käsitellään sellaisia vaaroja, jotka voivat huonosti hallittuna aiheuttaa huomattavia vahinkoja kansalaisille tai ympäristölle. Ensimmäisen kerran turvallisuuskulttuurin käsitettä käytettiin 1980-luvulla Tšernobylin ydinvoimalaonnettomuuden tulkinnan yhteydessä havainnollistamaan sitä, että onnettomuudet eivät johdu pelkästään teknisistä vioista tai yksittäisten ihmisten tekemistä inhimillisistä virheistä, vaan onnettomuuden syntymiseen voi vaikuttaa johtamiseen, organisaatioon, työyhteisöön tai yhteiskuntaan liittyvät tekijät. Turvallisuuskulttuuri on organisaation kyky ja tahto ymmärtää, millaista turvallinen toiminta on, millaisia vaaroja organisaation toimintaan liittyy ja miten niitä voidaan ehkäistä. Lisäksi se on kyky ja tahto toimia turvallisesti, ehkäistä vaarojen toteutumista ja edistää turvallisuutta. Turvallisuuskulttuuri on dynaaminen ja muokkautuva tila, joka voi esiintyä monitasoisena ilmiönä. Turvallisuuskulttuurissa yhdistyvät henkilöstön kokemukset ja näkemykset, työyhteisön sosiaaliset ilmiöt ja organisaation toimintaprosessit. (Reiman, Pietikäinen & Oedewald 2008, 7 - 9.)

Potilasturvallisuuskulttuuri sisältää potilaiden turvallista hoitoa edistävän systemaattisen toimintatavan, sekä sitä tukevan johtamisen, arvot ja asenteet. Potilasturvallisuuskulttuuriin kuuluu riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. (Potilasturvallisuussanasto lääkehoidon turvallisuussanasto 2007, 5.)

Tehokas virheiden ehkäisy edellyttää virheiden systemaattista kartoittamista ja niiden avulla toiminnan kehittämistä aikaisempaa turvallisemmaksi. Perinteinen näkemys potilasturvallisuudesta on yksilökeskeinen. Se korostaa yksittäisen terveydenhuollon ammattilaisen tekemiä virheitä, joihin syyllistyneet on löydettävä ja heitä on rangaistava (Potilasturvallisuussanasto lääkehoidon turvallisuussanasto 2007, 2.) Tutkittaessa riskialttiilla aloilla ilmenneiden virheiden taustoja ja syitä, voidaan todeta virheiden johtuvan useimmiten toiminnan puutteelli-

suuksista kuin yksittäisen työntekijän heikkouksista. Virhetapahtuman taustalla on yleensä useampi kuin yksi toiminnan puutteellisuus, ja tätä voidaan kuvata Reasonin ”reikäjuustomallilla” (kuvio 3). Siinä juuston viipaleet kuvastavat toiminnan eri vaiheita ja reiät kuvaavat virheiden mahdollisuuksia. Jos viipaleiden reiät sattuvat osumaan samalle kohdalle, tapahtuu hoitovirhe, josta on haittaa potilaalle. Kun reiät ovat eri kohdissa, yhden viipaleen kohdalla käynnistynyt virhereaktio pysähtyy seuraavan viipaleen kohdalla. Tällöin lopullinen virhe estyy, eikä haittaa tapahdu potilaalle. Kun toimintaan liitetään erilaisia varmistuksia tai hälytysjärjestelmiä, voidaan virhemahdollisuutta pienentää. Kun juuston reiät sattuvat samalle kohdalle eli varmistus pettää useammassa paikassa, pääsee potilaalle syntymään haittaa. Väistämättä potilaiden hoidossa tapahtuu silloin tällöin virheitä, koska ihminen on erehtyväinen. Tarvitaan koko systeemin tarkastelua ja kehittämistä. (Palonen, Nio & Mustajoki 2005, 380 - 382.)



Kuvio 3. Reasonin ”reikäjuustomalli” (Swiss Cheese Model 2005)

Organisaation prosessien kehittäminen turvallisemmaksi sekä työympäristöön ja olosuhteisiin liittyvien riskien poistaminen on merkittävä osa potilasturvallisuuden edistämistä. Ennakoivan riskienhallinnan päämäärä on tunnistaa vaarat ennalta ja ehkäistä virheiden syntyminen. Vaaratilanteista oppiminen tulisi johtaa niiden tunnistamiseen ja korjaamiseen. (Helovuomaa ym. 2011, 170.) Potilaan sairauden vaikeudesta johtuen osa potilaalle aiheutuneista haitoista on vaikeasti vältettävissä, mutta riskien arvioimisella ja varautumalla niihin huolellisesti, voidaan niiden vähenemiseen vaikuttaa (Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia 2012, 5).

Ihmisten taipumukseen tehdä virheitä ei voida juurikaan vaikuttaa, mutta toimintaympäristöt voidaan rakentaa sellaisiksi, että niissä toimivien työntekijöiden mahdollisuudet tehdä virheitä vähenevät tai vahinkojen tekeminen minimoituu. Voidakseen katkaista virheiden ketju ennen vahinkoa, edellyttää se työntekijöiltä tietoisuutta virheiden mahdollisuudesta ja niistä toiminnan kohdista, jossa virheitä sattuu. Erehdysten todennäköisyyttä voidaan vähentää hoito- ja tutkimuskäytäntöjen yksinkertaistamisella, tukeutumalla tiedonkulussa selkeisiin kirjallisiin asiakirjoihin sekä automatiikan ja varoitusjärjestelmien luomisella. (Pasternack 2006, 2466.)

Vaaratapahtumien raportointi mahdollistaa oppimisen läheltä piti -tilanteista ja haittatapahtumista (Kinnunen 2010, 117). Riskien hallinta on osa ennakoivaa ja järjestelmällistä potilasturvallisuuden kehittämistä. Riskejä voidaan arvioida sekä ennakoimalla mahdollisia vaaroja että tarkastelemalla jo sattuneita tapahtumia. Riskien arviointi jälkikäteen perustuu esimerkiksi vaaratapahtumista saatavaan tietoon, kuten yksittäisen vaaratapahtuman esiin nostamien riskien arviointiin. Riskien ennakoivan tarkastelun tulisi olla taas osana muutosten suunnittelua sekä normaalin toiminnan arviointia ja kehittämistä. Mitä aikaisemmin riskit voidaan tunnistaa, sitä tehokkaampaa potilasturvallisuuden edistäminen on. Inhimilliset erehdykset ovat usein seurausta työympäristön tai toimintatapojen vaaroista, jotka realisoituvat vasta jonkin ajan kuluttua vahinkona potilaalle tai henkilökunnalle. Ennakoivan riskien hallinnan tavoite on muuttaa olosuhteita ja toimintatapoja ennen virheen tapahtumista. Potilasturvallisuuden edistäminen vaatii tietoon perustuvia konkreettisia toimia, jotka voivat kohdistua työympäristöön, prosesseihin, toimintatapoihin ja osaamiseen. (Helovuomaa ym. 2011, 124 - 125, 170, 173 - 174.)

2.5 Kehittämistarpeiden kartoitus 6-3-5-menetelmällä, aineiston käsittely ja analyysi (toiminta)

Kehittämistyön toiminta lähtee liikkeelle alkukartoituksesta. Alkukartoituksella selvitettiin Sotkamon terveyskeskussairaalan työntekijöiltä potilasturvallisuuden kannalta keskeiset ongelmat, jotka tarvitsevat kehittämistä työyhteisössä. Aineistonkeruun alkukartoitus suoritettiin 6-3-5-tekniikalla. Tämän lisäksi menetelmän avulla oli tarkoitus löytää ratkaisukeinoja ja -menetelmiä ongelmien poistamiseen.

Alkukartoituksessa olivat mukana Sotkamon sairaalan hoitohenkilöstö ja lääkäri. Alkukartoituksen aineistonkeruun toteutettiin kahtena eri päivänä, jotta mahdollisimman moni pääsee vastaamaan alkukartoitukseen. Vastaaajiksi työyhteisön jäsenistä valikoituivat ne, jotka olivat kyseisinä aineiston keruupäivinä töissä ja he pystyivät ”irrottautumaan” aineiston keruuseen osastolta. Tästä syystä aineiston keruun osanottajamäärää ei voinut etukäteen tarkkaan määrittellä. Ennen aineistonkeruuseen ryhtymistä, olin tehnyt 6-3-5 -ryhmän läpivientimallista rungon (liite 2). Tämä mahdollisti sen, että aineistonkeruuhetkestä tuli selkeä ja jäsentynyt sekä molemmat aineistonkeruutilanteet olivat mahdollisimman samanlaiset.

6-3-5-tekniikkaa on kutsuttu ”nominaaliseksi”, koska sen edellyttämässä ryhmätyöskentelyssä osanottajat käsittelevät kulloistakin tehtävää tietyissä työvaiheissa itsekseen toisistaan riippumattomasti. 6-3-5-tekniikka sisältää sekä yksilöllistä työskentelyä että tiettyä henkilöiden välistä vuorovaikutusta. 6-3-5-tekniikkaa kutsutaan myös muistiintalioiduksi pyöreän pöydän istunnoksi, joka on eräs heräteistunnon eurooppalainen muunnelmä ja jossa osanottajia vaaditaan tuottamaan ideansa kirjallisesti. 6-3-5-ryhmä muodostuu saman pöydän ympärille istuvasta 6 jäsenestä. Ryhmän vetäjän tehtävänä on huolehtia valmisteluista ennen istuntoa. Ryhmän jokaiselle jäsenelle jaetaan kolme korttia (liite 3), joihin he kirjoittavat potilasturvallisuuteen liittyvän haasteen tai ongelman. Jokaisen kortin yläreunaan kirjataan selkeällä käsialalla eri haaste tai ongelma. Ennalta sovitun ajan kuluttua kortteja siirretään myötöpäivään seuraavalle jäsenelle. Prosessin edetessä korttien siirtoaika pitenee, olettaen työskentelyn vaikeutuvan koko ajan. Seuraavan jäsenen tehtävänä on keksiä ratkaisuehdotus kortin yläreunassa olevaan haasteeseen tai ongelmaan. Kortteja siirretään myötöpäivää viisi kertaa. Luku viisi (5) kuvaa vastausten lukumäärää, jotka saadaan jokaiseen haasteeseen tai ongelmaan. (Eloranta 1986, 4, 17.)

Ensimmäisessä aineistonkeruussa vastaajia oli kymmenen ja toisessa viisi. Poiketen 6-3-5-ryhmäteknikasta, osanottajia oli kussakin ryhmässä viisi. Niinpä 6-3-5-tekniikka toimi 5-3-4-tekniikkana eli viisi vastaaja, kolme ongelmaa ja neljä ratkaisuehdotusta. Koska aineiston keruiden välissä oli yksi päivä väliä, pyysin osanottajia olemaan keskustelematta aineistonkeruuseen liittyvistä asioista työyhteisössä. Aineistonkeruutilanteet onnistuivat hyvin. Kaikki vastaajat noudattivat annettuja ohjeita. Aineistonkeruu hetkellä joutui huomauttamaan muutama kerran siitä, ettei aineistonkeruu sisällä osanottajien välistä ääneen keskustelua.

Osanottajilla oli mahdollista antaa kommentteja/arviointia käytetystä menetelmästä joko yksin tai ryhmänä tilaisuuden päätteeksi. Yksi työntekijä antoi oman palautteen. Muut vastasivat ryhmänä. Vastauksia tuli yhteensä neljä. Pääasiassa aineistonkeruumenetelmä koettiin myönteisenä. Vastausten perusteella menetelmä koettiin tehokkaana ja se laittoi vastaajan oikeasti miettimään asioita. Lisäksi se arvioitiin menetelmäksi, joka mahdollistaa tasapuolisen osallistumismahdollisuuden ja sopii tilanteisiin, kun aikaa on vähän. Kielteisinä asioina menetelmää kohtaan arvioitiin se, että vastausten miettimiseen olisi voinut olla enemmän aikaa ja vastaajat kokivat tulleen liikaa samoja ongelmia. Aineistonkeruu toteutettiin työpäivän päätteeksi osaston kahvihuoneessa. Kritiikkiä tuli siitä, että aineistonkeruu hetki ja tila olisi voinut olla rauhallisempi. Esimerkkejä kommentteista/arvioinneista:

”Sopii pieneen ajankäyttöön”

”Menetelmä laittoi aivot työhön, kun näki edelliset ehdotukset”

”Menetelmänä oli mielenkiintoinen”.

Alkukartoituksessa 6-3-5-menetelmällä saadun aineiston analysoin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn tietoaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla sanallisesti. Sillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla voi tehdä havaintoja dokumenteista, analysoida niitä systemaattisesti tai saada tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet selkeinä esille. Laadullisen aineiston analyysissä aineisto hajotetaan ensin osiin, käsitteellistetään ja koodataan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. Sisällönanalyysissa tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet sekä erilaisuudet ja aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toistensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23; Tuomi & Sarajärvi 2002, 105 - 111.) Tässä

tutkimuksessa sisällönanalyysin tarkoituksena oli jäsentää ja löytää potilasturvallisuuden kehittämistarpeet työyhteisössä.

Sisällönanalyysiprosessi on erilainen riippuen siitä, edetäänkö induktiivisesti eli aineistolähtöisesti vai deduktiivisesti hyödyntäen jotakin teoriaa. Aineistolähtöisessä analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus, jossa analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Analyysiyksiköt eivät siis ole etukäteen harkittuja tai sovittuja. Koska analyysi on aineistolähtöistä, ei aikaisemmillä havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla pitäisi olla merkitystä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa. Yhdistelemällä käsitteitä saadaan aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä vastaus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysi on tulkintaa ja päättelyä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 97, 115.) Deduktiivisessä eli teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston luokittelu perustuu teoriaan, jolloin analyysia ohjaa malli, teemat, käsitekartta tai tutkijan ennakkokäsitys tutkittavasta ilmiöstä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 30).

Ennen analyysiprosessin aloittamista, olennaisena tehtävänä on analyysiyksikön määrittäminen. Aineiston laatu ja tutkimustehtävä ovat keskeisessä asemassa analyysiyksikön määrittelyssä. Sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus ja sanayhdistelmä ovat tavallisimmin käytettyjä analyysiyksiköitä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25.)

6-3-5-tekniikalla saatu aineisto on valmiiksi kirjoitetussa muodossa. Aineistonkeruun jälkeen tutustuin samaani aineistoon lukemalla sen useaan kertaan tarkasti läpi. Näin sain kokonaiskäsityksen aineistosta. Vastaukset olivat yksittäisiä sanoja tai lyhyitä lauseita. Jossakin vastauksessa saattoi olla useita lyhyitä lauseita. Analyysiyksilöksi päädyin valitsemaan koko vastaukseksi kirjoitetun ilmauksen.

Aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi voidaan jakaa karkeasti aineiston redusointiin, aineiston klusterointiin ja abstrahointiin. Aineiston redusoinnissa eli pelkistämässä auki kirjoitettu analysoitava tieto pelkistetään siten, että tutkimukselle epäolennainen tieto karsitaan pois. Aineistoa pelkistetään litteroimalla tai koodaamalla tutkimukselle olennaiset ilmaukset. Pelkistämässä alkuperäisestä informaatiosta nostetut ilmaukset kirjataan aineistosta nostetuilla ilmauksilla. Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käydään läpi tarkasti. Aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä ja samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi sekä nimetään sen sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Aineiston abstrahoinnissa ero-

tetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä edetään alkuperäisinformaation käyttämistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin sekä johtopäätöksiin ja käsitteellistämistä jatketaan yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se on aineiston sisällön näkökulmasta mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110 - 114.)

Aineiston analyysin ensimmäisessä vaiheessa kirjoitin saadun aineiston vastaajien alkuperäisilmauksilla taulukkomuotoon. Taulukkoon kirjasin esitetyt ongelmat allekkain ja niiden viereen ongelmiin esitetyt ratkaisuehdotukset samalle riville. Jokaisella vastaajalla oli kolme ongelmaa, joten ongelmia tuli yhteensä 45. Koodasin ongelmat numeroin 1 - 45. Ongelmalle esitetyt neljä ratkaisuehdotusta koodasin ongelman mukaisin numeroin. Numeron lisäksi merkitsin ratkaisuehdotukset aakkosin A-D. Joissakin ratkaisuehdotuksissa oli erotettavissa useampi kuin yksi ehdotus, joten erotin ne toisistaan. Nämä merkitsin samalla aakkosella, ja aakkosten lukumäärä riippui erotettujen vastausten lukumäärästä (1A, 1AA, 1AAA). Taulukossa 1 on esimerkkejä ongelmien ja niiden ratkaisujen kirjaamisesta.

Taulukko 1. Esimerkki 6-3-5-aineiston litteroinnista ja koodauksesta

KOODI JA KUVATTU ONGELMA	ONGELMAAN ESITETTY RATKAISUEHDOTUS ALKUPERÄISILMAUKSIN			
23. Raportointi	23A. Lisää aikaa käytettäväksi	23B. Tarkka kirjaus, jokainen huolehtii omansa ja opettelee kirjaamaan lyhyesti, ytimekkäästi ja olennaiset asiat	23C. Suullisesti lyhyt raportti työvuoron päätyttyä vastuuhoidtajien välillä.	23D. Itse katsoo koneelta.
4. Infektiot	4A. Hyvä aseptiikka	4B. Työskentelytapojen tarkistus ja päivitys 4BB. Yhteiset pelisäännöt	4C. Ei tehdä asioita kiireessä → (aseptiikka)	4D. Aseptinen työskentely joka tilanteessa. 4DD. Tietoa eri sairaalainfektioista
36. Lääkehoidossa tapahtuvat virheet	36A. Lääkkeen jaon aikaan ympäristön tulee olla rauhallinen, jotta voi hyvin keskittyä	36B. Lisää huolellisuutta lääkkeen jakoon. 36BB. Tarkistaminen	36C. Mahdollisimman usein/säännöllisesti lääkkeenjakovuoro; lääkkeet tulevat tuiksi myös ulkonaoltään	36D. Mahdollisuus keskittyä lääkkeen jakoon.

Seuraavaksi sisällönanalyysissä etenin niin, että analysoin ensin ongelmat ja seuraavaksi ongelmien ratkaisukeinot, jotka yhdistin toisiinsa. Samansisältöiset ongelmien ilmaiset ryhmittelin merkityksen perusteella allekkain, ja nimesin sen sisältöä kuvaavalla ilmauksella. Ongelmia kuvaavat ilmaukset olivat lyhyitä ja selkeitä, joten niitä ei tarvinnut pelkistää. Teemoiksi muodostuivat: lääkehoidon poikkeamat, karkaileva potilas, kaatumistapaturmat, potilasaines, suullinen ja kirjallinen tiedonkulku, toimintaympäristö, hoitokäytänteet, ajanhallinta ja yksin työskentely. Taulukossa 2 on esimerkki ongelmien ryhmittelystä.

Taulukko 2. Esimerkki ongelmien ryhmittelystä

ONGELMAT ALKUPERÄISILMAUKSIN	TEEMA
20 Vanhusten kaatumiset, kaatumisia osastolla sattuu liikaa sekä tapaturmia 29 Kaatuileva potilas 39 Kaatumiset 42 Potilaan kaatumistapaturmat 45 Kaatuminen 37 Potilaiden turvallinen liikkuminen 17 Apuvälineiden vähyys	Kaatumistapaturmat
1 Tiedottaminen asioista toisilleen 22 Kirjaaminen, sis. lääkehoidon, sis. lääkärinkierron 23 Raportointi 35 Potilastietojen puutteellinen eteenpäin siirtyminen	Suullinen ja kirjallinen tiedonkulku

Seuraavaksi luokittelin ratkaisuehdotukset ongelmista muodostettujen teemojen mukaisesti. Taulukossa 3 on kuvattu esimerkkinä kaksi teemaa ja osa niihin kuvatuista ratkaisuehdotuksista. Osan ratkaisuehdotuksista olen pelkistänyt tässä vaiheessa.

Taulukko 3. Esimerkki ratkaisuehdotusten liittämistä teemoihin

TEEMA	RATKAISUEHDOTUKSIA TEEMAAN, JOTKA TARVITTAESSA PELKISTETTY
Läkehoidon poikkeamat	10A Lääkkeen jakajalle aikaa ja rauhaa 10B Lisäkoulutus 10C Useampi tarkastaa jaetut lääkkeet 10D Lääkehoitaja joka vuoroon 5A Mahdollisuus osallistua lääkkeen jakoon useammin 5B Lähihoitajalle enemmän vastuuta lääkehoidossa 5C Koulutus 5D Lääketentti

Kaatumistapaturmat	29A Lääkitys kuntoon 29B Pienemmät ryhmät 29C Laidat sänkyyn, jos ei liiku itse 29CC Liikkuminen hoitajan turvin 29D Potilaan sijoittaminen osastolla
--------------------	---

Yhdistettyäni ratkaisuehdotukset teemoihin, ryhmittelin samansisältöiset ratkaisuehdotukset tarvittaessa yhteen ja nimesin sen jälkeen ratkaisuehdotukset ryhmää kuvaavalla ilmauksella nimeten sen kategoriaksi. Taulukossa 4 on esimerkki kategorioiden muodostumisesta suullisessa ja kirjallisessa tiedonkulun teemaan.

Taulukko 4. Esimerkki kategorioiden muodostumisesta

TEEMA	RATKAISUEHDOTUKSET TEEMAAN, JOKA TARVITTAESSA PELKISTETTY	KATEGORIA (ongelmaa kuvaava ratkaisuehdotus)
Suullinen ja kirjallinen tiedonkulku	1A Yhteiset pelisäännöt 1AA Raportointitapa yhtenäinen 1AAA Yhden formaatin hyväksikäyttö (effica vs paperilistat) 1B Aamuisin pidetään lyhyt raportti keskeisistä asioista 1C Raportointi yhdessä tai yksin 1D Työrauha raportoinnin aikana 22A Aikaa tarkkojen potilastietojen kirjaamiselle 22B Jokainen kantaa vastuunsa kirjaamisesta ja kirjaa hoitoon liittyvät asiat pitkin työpäivää ja ennen raportointia 22C Kirjaamiseen lisäkoulutusta 22D Lisää ohjausta kirjaamiseen 23A Lisää aikaa raportointiin 23B Jokainen huolehtii omasta tarkasta ja lyhyestä kirjauksesta 23C Vastuuhoitajien välillä lyhyt suullinen raportti 23D Itse katsoo koneelta 35A Kotiutuessa puh.soitto, lääkelista ja kirjalliset hoito-ohjeet 35B Kotiutukset tasaisemmin viikon eri päiville, jotta tiedonsiirto ehditään tehdä kunnolla 35CPotilaan kaikki paperit yhteen nippuun. 35D Jokainen tekee parhaansa 35DD Soitetaan tarvittaessa perään	Raportoinnin tapa (1AA, 1B, 1C, 23C, 23D,35A, 35C, 35D, 35DD) Riittävästi aikaa (22A, 23A, 35B, 1D) Yhtenäiset kirjaamiskäytännöt (1A, 22B, 23B, 1AAA, 22C, 22D)

Ratkaisuehdotusten yhdistäminen ongelmiin oli selkeää. Sen sijaan ratkaisuehdotusten yhdistäminen kategoriaksi vaati tulkintaa. Vastaajat olivat osassa vastauksista kirjoittaneet samoja ratkaisuehdotuksia. Muutamassa vastauksessa uutta ratkaisuehdotusta ei ollut kirjattu ollenkaan ja silloin vastauksena oli viiva. Aineistonkeruun alustuksessa olin kertonut, että kehittämistyöllä emme voi lisätä resursseja, vaan tavoitteena on löytää muita vaihtoehtoja kuin ajan tai hoitajien määrän lisääminen. Muutamassa vastauspaperissa tätä ohjeistusta ei kuitenkaan huomioitu. Analysoitaessa yhden ratkaisuehdotusilmauksen jouduin jättämään pois, johtuen sen sisällön epäasiallisuudesta. Seuraavassa olen raportoinut tulokset potilasturvallisuutta kuvaavien ongelmien eli saatujen tulosten mukaisesti. Tekstissä olen tummentanut saadut teemat sekä tätä kuvaavat ratkaisuehdotukset.

2.6 Potilasturvallisuuden keskeiset ongelmat ja niiden ratkaisuehdotukset (havainnointi)

Aineistosta nousi esille, että työyhteisön keskeisimpänä potilasturvallisuuden ongelmana pidetään **lääkehoidon poikkeamia, karkailevia potilaita, kaatumistapaturmia, potilasainesta, suullista ja kirjallista tiedonkulkua, toimintaympäristöä, hoitokäytänteitä, ajanhallintaa ja yksin työskentelyä**. Osassa vastauksissa **lääkehoidon ongelmaksi** oli eritelty väärän lääkkeen/lääkemäärän antaminen potilaalle tai lääkkeiden jaossa tapahtuvat virheet. Osassa vastauksista ongelmaa lääkehoidossa ei ollut tarkemmin määritelty.

”Lääkkeiden jaossa virheet”

”Väärän lääkkeen/lääkemäärän antaminen potilaalle”.

Työntekijöiden esittämät **ratkaisuehdotukset** lääkehoidon poikkeamiin olivat koulutus, lääkkeenjako ympäristö, lääkkeenjako tilanne ja lääkkeiden tarkistaminen. Lääkkeenjako ympäristöön liittyen vastauksista nousi esille, että sen tulee olla rauhallinen. Lääkkeenjako tilanteeseen liittyvät ratkaisut liittyivät huolellisuuteen, mahdollisuuteen että ”lääkehoitaja” on joka aamuvuorossa, mahdollisuuteen osallistua lääkkeenjakoos useammin ja lääkkeen jakajalle annetaan riittävästi aikaa. Lääkehoidon poikkeamiin työntekijät esittivät ratkaisuksi lääkkeiden tarkistamista yleensä, mutta myös sitä, että lääkkeiden tarkistamisessa otetaan käyttöön kolmoistarkistus, yövuorossa ei toteuteta lääkkeiden tarkistamista ja lääkehoidon toteuttamisessa ei käytetä ”käsintehtyjä” listoja, vaan ne tarkistetaan Effica - potilastietojärjestelmästä.

”Koulutusta lisää”

”Taataan lääkkeen jakajalle rauhallinen työympäristö”

”Enemmän aikaa lääkkeiden jakoon, ei tarvitse kiirehtiä”

”Lääkkeiden jakoon osallistuminen useammin”

”Yötarkistus pois, ei ole luotettava tarkistamaan lääkkeitä”

”Käsin pidettävät i.v. -listat pois käytöstä, kaikki lääkitystiedot tarkistettava Efficasta”.

Toisena keskeisenä potilasturvallisuuteen liittyvänä ongelmana aineistosta nousi esille **karkaileva potilas**. Vastauksissa tuli esille, että karkailu liittyy erityisesti sekavaan ja muistisairaaseen potilaaseen. Ongelmana on myös dementiahälyttimien rajallisuus.

”Muistisairaat/karkailevat/sekavat potilaat”

”Dem. hälyttimien rajallisuus”.

Työntekijät esittivät ongelman **ratkaisemiseksi** toimivaa hälytys-kulunvalvontajärjestelmää. Ratkaisuehdotuksissa esitettiin parempaa ulko-oven lukitusjärjestelmää ja joko sähköisesti lukkiutuvaa tai koodilla olevaa ulko-oven lukitusta. Toisaalta ratkaisuvaihtoehdoissa esitettiin myös nykyisen hälytysjärjestelmän käyttöön liittyvää toiminnan muutosta tai tehostamista. Tällaisia olivat rannekkeen laittaminen paikoilleen ja paikoillaan olon varmistaminen. Lisäksi huolehditaan siitä, ettei ranneke joudu hukkaan ja hoitaja osaa kytkeä hälytysrannekkeen potilaalle.

”Toimiva hälytysjärjestelmä”

”Ulko-oviin lukitus järjestelmä: koodilla sisään ja ulos”

”Seurattava onko ranneke edelleen potilaalla kädessä”.

Ratkaisuehdotukseksi esitettiin myös hoitoympäristöön liittyviä tekijöitä potilaan karkaamisen estämiseksi. Sekavaa ja karkailevaa potilasta jatkohoitoon siirrettäessä tulisi huomioida tarkoituksenmukainen hoitopaikka. Lisäksi työntekijät uskovat, että potilaan sijoittamisella osaston sisällä tai virikkeiden lisäämisellä muistisairaalle potilaalle, on vaikutusta potilaan karkaamiseen. Tarkoituksenmukaisella lääkehoidolla katsottiin myös voivan ehkäistä kar-

kaamisia, jonka mahdollistaa psykiatrin tai geriatrin konsultaatio ja lääkehoidon tarkistaminen.

”Miten potilaat sijoitetaan osastolla”

”Pienempi rajatumpi hoitoyksikkö”

”Enemmän aikaa potilaille ja tekemistä”

”Huolellinen lääkkeiden miettiminen potilaalle”.

Kolmantena pääryhmänä aineistosta nousi keskeiseksi potilasturvallisuuden ongelmaksi **kaatumistapaturmat ja potilaiden turvallinen liikkuminen**.

”Vanhusten kaatumiset, kaatumisia osastolla sattuu liikaa sekä tapaturmia”.

Ratkaisuehdotuksena kaatumistapaturmien ehkäisyyn työntekijät ehdottavat liikkumisen tukemiseen ja turvaamiseen liittyviä asioita, potilaan liikuntakyvyn selvittämistä ja pienempiä potilasryhmiä. Kaatumistapaturmien ehkäisemiseksi esitettiin liikkumisen tukemiseksi ja turvaamiseksi apuvälineiden käyttöönottoa, liikkumista tuettuna, huomion kiinnittämistä oikeanlaisiin jalkineisiin ja lonkkahousujen käyttöönottoa. Itsenäisesti liikkumattomalla potilaalla katsottiin sängynlaitojen nostaminen tarpeelliseksi. Myös fysioterapian lisäämisellä katsottiin voivan ehkäistä kaatumisia.

”Liikkuminen hoitajan turvin”

”Kaikille joku apuväline, rollaattori/esla sängyn viereen”

”Kunnolliset jalkineet potilaalle”

”Laidat sänkyyn, jos ei itse liikkeelle pääse”.

Työntekijöiden mukaan kartoittamalla tulotilanteessa potilaan aikaisempi liikuntakyky sekä ajantasaisilla liikuntakyvyn kirjauksilla voidaan ehkäistä kaatumistapaturmia. Lisäksi osaston jakaminen pienempiin potilasryhmiin mahdollistaisi valvonnan tehostamisen ja siten voisi ehkäistä kaatumisia.

”Katsotaan ksh:n ja kh:n teksteistä mahd. liikkumisesta lisätietoa, sekä kh:n kansiota”

”Osaston jako pienempiin ryhmiin, ”silmän alle” ”.

Aineistosta neljänneksi ongelmaksi nousi **potilasaines**. Potilasaines koettiin haastavana, laajana ja monisairaiden potilaiden hoitaminen katsottiin edellyttävän laaja-alaista tietämystä eri sairauksista.

”Potilaat monisairaita, pitäisi tietää kaikista sairauksista”.

Ratkaisuehdotukseksi potilasainekselle vastauksista muodostuu osaamisen lisääminen, potilas määrä ja hoitajien ryhmäjako. Henkilökunnan osaamisen lisäämiseksi ratkaisuna pidetään lisäkoulutusta, työkiertoa, itseopiskelua tai asiantuntijuuden jakamista osastotunneilla. Osaston potilaat ja hoitajat ovat olleet jaettuna kahteen ryhmään aamu- ja iltavuorossa. Vastausten mukaan, kun hoitajat voisivat olla pidemmän aikaa hoitamassa samassa ryhmässä, voidaan vastata aikaisempaa paremmin haastavaan potilasainekseen. Ratkaisuehdotuksena nähdään myös potilas paikkojen vähentäminen.

”Tietojen hankkiminen ja jakaminen”.

Viidentenä ongelmana potilasturvallisuudessa työntekijät kokevat **suullisen ja kirjallisen tiedonkulun**. Ongelmana koetaan asioiden tiedottaminen toisilleen sekä potilastietojen puutteellinen eteenpäin siirtyminen. **Ratkaisuvaihtoehtona** työntekijät ehdottavat raportointitapaan liittyviä asioita, riittävää aikaa raportoinnin toteuttamiselle sekä yhtenäisiä kirjaamiskäytänteitä suullisen ja kirjallisen tiedonkulun parantamiseksi. Raportoinnin tapaa käsittelevät vastaukset liittyivät sekä raportin ottamiseen että antamiseen. Osa henkilökunnasta koki ratkaisuna olevan sen, että jokainen katsoo itse tarvitsemansa asiat koneelta. Osassa vastauksista katsottiin ratkaisuksi yhdessä toteutetun suullisen raportin ottamista. Myös tietojen varmistaminen puhelimitse katsottiin mahdollisuudeksi tiedonkulun varmistamisessa.

”Tiedottaminen asioista toisilleen”

”Potilastietojen puutteellinen eteenpäin siirtyminen”.

Vastaajat ehdottavat ratkaisuksi suullisen ja kirjallisen tiedonkulun ongelmaan yhtenäisiä kirjaamiskäytänteitä ja riittävää aikaa. Riittävä aika raportointiin mahdollistaa tarkkojen kirjausten tekemisen päivittäisten hoitotyön toteutusten kirjaamisessa ja kotiutusten jakaminen tasaisesti viikon eri päiville mahdollistaa, että tiedonsiirto jatkohoitoaikaan saadaan toteutettua kunnolla. Esiin nousivat myös kirjaamiskäytännöt ratkaisuna tiedonkulun ongelmaan. Kun jokainen kantaa vastuun kirjaamisesta ja raportointitapa on yhtenäinen, varmistetaan

turvallinen tiedonkulku. Lisäkoulutus kirjaamisesta nähtiin vaihtoehtona yhtenäisten kirjaimiskäytäntöjen varmistamiseksi.

”Kotiutukset tasaisemmin viikon eri päiville, jotta tiedonsiirto ehditään tehdä kunnolla”

”Jokainen kantaa vastuunsa kirjaamisesta ja kirjaa hoitoon liittyvät asiat pitkin työpäivää ja ennen raportointia”.

Alkukartoituksen tuloksista kuudenneksi ongelmaksi nousi **osaston toimintaympäristö**. Erityisesti osaston järjestys, tilojen siisteys ja aseptiikka koettiin potilasturvallisuuden kannalta ongelmallisena. Potilashuoneet koettiin ahtaiksi työskennellä ja potilaan liikkua, koska ne ovat täynnä tavaraa. Vastauksissa työntekijät tuovat esille tarpeen kehittää riskijätteiden käsittelyä ja eristyshuoneiden siivousta. Myös levoton ympäristö työskennellä, koetaan uhkana potilasturvallisuudelle.

Toimintaympäristön ongelmiin vastaajat pitävät **ratkaisuna** apuvälineiden oikeanlaisen sijoittamisen, aseptisen ympäristön sekä työskentelyrauhan mahdollistamisen. Järjestyksen ylläpitämiseksi apuvälineet tulisi järjestellä huoneessa järkevästi. Vastausten mukaan varastotilaa tulisi olla enemmän, jotta tavarat saadaan järkevästi säilytettyä. Tilojen siisteyden ja järjestyksen ylläpitämiseksi koettiin tärkeänä, että jokainen siivoaa omat jälkensä ja huolehtii roskapussien tyhjentämisestä. Myös haavanhoitoja toteutettaessa tulisi huomioida huoneen siivoamisajankohta. Työntekijöiden koulutus esitettiin myös ratkaisuna aseptisen työskentelyn toteutumiseksi. Työskentelyrauhan mahdollistamiseksi kirjallisten töiden ja puhelujen ajaksi tulisi olla rauhallinen tila, johon potilailla ei olisi pääsyä. Työskentelyrauhan mahdollistamiseksi ratkaisuna nähtiin myös se, että omaisille olisi tietty soittoaika osastolle ja vain yksi omainen kysyy vointia puhelimitse.

”Osaston järjestys ja tilojen siisteys; aseptiikka, riskijätteiden käsittely, eristyshuoneiden siivous”

”Neuvotteluhuone tms. käyttöön silloin, kun pitää rauhassa tehdä kirjallisia töitä tai puhua puhelimesta”.

Saadun aineiston pohjalta seitsemänneksi potilasturvallisuuden ongelmaksi nousivat **hoitokäytännöt**. Vastausten mukaan keskeisenä potilasturvallisuuden ongelmana hoitajat pitävät sairaalajakson aikana alkaneita infektioita sekä painehaavaumien syntymistä. Ongelmana näh-

tiin myös potilaan hidas kuntoutuminen tai se, että potilaalle tulee uusia oireita alkuperäisen vaivan lisäksi sairaalassa olon aikana.

”Painehaavaumien syntyminen”.

Työntekijöiden ehdottamat **ratkaisut** liittyvät aseptiikkaan, työskentelytapoihin ja kuntouttavaan hoitotyöhön. Hoitokäytänteitä ja työskentelytapoja tulisi tarkistaa ja päivittää sekä sopia yhteiset pelisäännöt. Tarkat tulotiedot potilaasta ja ajantasainen hoitosuunnitelma antaisivat tukea työskentelylle ja potilaan tilan tarkkailulle. Aseptinen työskentely tulisi huomioida joka tilanteessa, myös kiireessä. Myös henkilökunnan tiedon lisääminen eri sairaalainfektioista nähtäisiin ratkaisuna infektioiden ehkäisemisessä. Kuntouttava hoitotyö koettiin ratkaisuna potilaan kuntoutumisessa ja painehaavojen ehkäisyssä. Erityisesti potilaan asennon vaihdolla säännöllisin väliajoin joko omatoimisesti tai hoitajan avustamana katsottiin voivan ehkäistä painehaavojen syntyä. Henkilökunta pitää tärkeänä, että potilasta tuetaan päivittäisten toimintojen yhteydessä omatoimisuuteen ja kuntoutumiseen, eikä potilasta hoideta vuoteeseen tarpeettomasti. Esiin nousi myös fysioterapian lisääminen keskeisenä ratkaisuna kuntoutuksen tukemisessa.

”Mahd. moni potilas kävelytetään wc:seen, päiväsaliiin, eli ei hoideta vuoteeseen jos ei tarvis”

”Työskentelytapojen tarkistus ja päivitys”

”Ei tehdä asioita kiireessä -> aseptiikka!”

Ajanhallinta koettiin myös ongelmana potilasturvallisuudessa. Vastauksista nousi esille, että sekä henkilökuntaa että potilaiden hoitoon käytettävää aikaa on liian vähän. Riittävä potilaan tilaan perehtyminen koettiin haastavana erityisesti yövuoroon tullessa.

”Perehdytyksen puute”

”Potilaiden hoitoon käytettävä aika”.

Työntekijät ehdottavat ongelman **ratkaisemiseksi** suulliseen ja kirjalliseen tiedonkulkuun liittyviä asioita sekä töiden organisointiin ja lääkärin kierron toteuttamiseen liittyviä muutoksia. Vastajat kokevat tärkeänä kirjaamisen ajantasaisuuden ja selkeyden raporttia ottaessa, jotta se ei vie turhaa aikaa. Jos toinen hoitaja tuntee potilaan paremmin, koettiin vaihtoehtona, että hän raportoi muille hoitajille. Priorisointi ja rutineista luopuminen koetaan tärkeänä

niin päivittäisissä hoitotyötoiminnoissa kuin lääkärikierron toteuttamisessa. Potilaan oma-aloitteisuutta tukemalla saadaan myös aikaa säästymään. Ratkaisuna esitettiin myös potilaspaikkojen vähentämismahdollisuutta tilanteissa, jossa potilaat vaikeahoitoisia ja henkilökunnasta puutetta. Osaston potilaiden jakaminen nykyistä pienempiin ryhmiin sekä sairaanhoitajan ja perushoitajan parityöskentely, uskottiin ratkaisuksi ajanhallintaan. Hoitajan aikaa potilaan hoitoon katsottiin säästyvän sillä, että käyttöön otetaan kansliakierrat ja pidempään osastolla olleiden potilaiden luona käydään vain silloin kun on tarpeen.

”Esim. tarvitseeko pitkäaikaispotilaita joka päivä kiertää lääkärin kierrolla jos ei akuuttia; kierto hoitajan aika jäisi sitten ehkä potilashoitoon”

”Turhat rutiinit työstämme pois”

”Osaston potilaat jaetaan III ryhmään, sh ja ph pari työskentelevät pareittain joka vuorossa”.

Yhdeksäntenä potilasturvallisuuden ongelmana aineistosta nousi **yksin työskentely**. Yksintyöskentely ilmenee niin, että potilaita kohdattaessa ei ole aina työparia tai viikonloppuisin hoitajalle jää suuri vastuu potilaan hoidosta lääkärin konsultaation puuttuessa.

”Konsultaation puute viikonloppuisin, ei päivystystä”.

Ratkaisuna työntekijät ehdottavat, että työparin kanssa yhdessä suunnitellaan työn toteutus ja ajoitus. Konsultaation puutteeseen vastauksista nousi esiin mahdollisuus konsultoida osaston lääkäriä viikonloppuisin tiettyinä kellonaikana tai keskussairaalan päivystävää lääkäriä sovituna soittoaikana.

”Sopimus os. lääkärin kanssa, että hänelle tarvitt. soittoaika vkl:na”.

Myös viikonloppuisin oleva muutaman tunnin päivystys omassa terveyskeskuksessa tai mahdollisten hoito-ohjeiden kysyminen lääkäriltä jo ennakoon olivat ratkaisuvaihtoehtoja, jotka tuotiin esille vastauksissa.

2.7 Potilasturvallisuuden kehittämiskohteiden valinta (reflektointi)

Saatujen tulosten perusteella voidaan todeta, että hoitohenkilökunta kokee lääkehoidon poikkeamat, karkailevat potilaat, kaatumistapaturmat, potilasaineksen, suullisen ja kirjallisen tiedonkulun, toimintaympäristön, hoitokäytänteet, ajanhallinnan ja yksin työskentelyn keskeisimpinä uhkina potilasturvallisuudelle. Vastauksissa on yhteneväisyyttä muissa tutkimuksissa (Räsänen, 2008) saatuihin tuloksiin sekä Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon -kuntayhtymän HaiPro -tilastoihin.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän HaiPro -vuosikertomuksen mukaan haittatapahtuma-/vaaratilanneilmoituksia tehtiin vuonna 2012 eniten lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon tai varjoaineeseen liittyen. Seuraavaksi eniten ilmoituksia tehtiin väkivaltaan ja tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyen. Tapaturmaan tai onnettomuuteen liittyen ilmoitusten määrä oli 7 %, kaikista ilmoituksista. Ilmoituksista suurin osa oli kaatumisesta johtuvia. Myötävaikuttavista tekijöistä potilaaseen ja toimintatapoihin liittyviä oli lähes yhtä paljon. (Korhonen 2013, 2 - 4.)

Räsänen (2008, 25) on kuvannut ja analysoinut sairaanhoitajien ilmoittamia potilaille tapahtuneita vaaratapahtumia valtakunnallisen sairaanhoitajien työolobarometri 2004 osa-aineiston perusteella. Tulosten mukaan eniten sairaanhoitajat ilmoittivat tapahtuneen potilaiden kaatumisia, joita ilmoitti 60 % vastanneista. Potilaiden putoamisia sattui toiseksi eniten, joita ilmoitti 42 % vastanneista. Potilaiden karkaamisia yksiköistä ilmoitti 39 %, potilaille tapahtuneen sairaalainfektion tai painehaavauman ilmoitti 39 % ja lääkitykseen liittyvän virheen ilmoitti 35 % vastanneista.

Myös Ruuhilehdon, Kailan, Keistisen, Kinnusen, Vuorenkosken ja Walleniuksen (2011) tutkimuksesta löytyy yhteneväisyyttä tässä kehittämistyössä saatuihin tuloksiin. Tutkimuksessa on kuvattu HaiPro-tietokantaan pilottihankkeen alusta vuoden 2009 loppuun kertyneitä ilmoituksia potilasturvallisuuden vaarantumisesta. Tutkimuksen tulosten mukaan ilmoitetuista tapahtumista selkeästi suurin osuus (51 %) liittyi lääkkeisiin ja lääkitysprosessiin. Neljäsosa kaikista ilmoitetuista tapahtumista oli tapaturmaan (13 %) tai tiedonvälitykseen (12 %) liittyvä. Muiden ilmoitettujen tapahtumatyyppien osuus oli 0 - 7 prosenttia ja esimerkiksi aseptiikkaan tai käsihygieniaan liittyviä ilmoituksia oli tässä tutkimuksessa 1 prosentti.

Kehittämistyön tuloksista lääkehoidon ongelmiksi nousivat väärän lääkkeen tai lääkemäärän antaminen potilaalle sekä lääkkeen jaossa tapahtuvat virheet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen (2008, 30) mukaan tyypillisin ilmoitettu lääkityspoikkeama on jakovirhe. Tutkimuksessa jakovirheeksi kirjattu tapahtuma saattaa olla ennen lääkkeen antamista huomattu virhe tai potilaan väärään lääkitykseen johtanut tilanne.

Ratkaisuehdotuksena lääkehoidon ongelmiin koettiin koulutuksen lisääminen ja rauhallinen sekä riittävän ajan kanssa toteutettu lääkkeenjako. Lisäksi mahdollisuus osallistua lääkkeen jakoon nykyistä useammin, jaettujen lääkkeiden tarkistaminen sekä ”käsintehtyjen lääkelistojen” poisjättäminen lääkehoidon toteutuksessa olivat ratkaisuja lääkehoidon poikkeamiin. Laadukas ja oikein toteutettu lääkehoito edellyttää henkilöstöltä asianmukaista osaamista. Terveystieteiden ammattihenkilölain mukaan ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa ja työnantajan tehtävänä on luoda edellytykset tarvittavaan täydennyskoulutukseen osallistumiselle. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.) Koulutusta pidettiin ratkaisuna myös muihin potilasturvallisuuden haasteisiin. Koulutuksen avulla uskottiin voivan vastata myös osaston laajaan potilasainekseen, joka vaatii laaja-alaista tietotaitoa.

Lääkkeet jaetaan pääsääntöisesti alkuperäisen kirjallisen lääkemääräyksen mukaisesti asianmukaisissa, toimintaan sopivissa tiloissa ja olosuhteissa. Lääkkeiden jakaminen potilaskohtaisiin annoksiin rauhallisessa ympäristössä turvaa osaltaan lääkehoidon virheettömyyden ja parantaa potilasturvallisuutta. Lääkkeiden jakamisessa tapahtuvia virheitä voidaan myös vähentää käyttämällä kaksoistarkistusta lääkkeitä jakaessa tarjottimelle. (Turvallinen lääkehoito 2006, 58.)

Yhdeksi potilasturvallisuuteen vaikuttavaksi tekijäksi nousivat raportointi ja tiedottaminen. Tähän sisältyi työvuoron aikainen dokumentointi potilastietojärjestelmään, potilastietojen puutteellinen eteenpäin siirtyminen sekä työvuorojen sisäinen kommunikointi. Potilasturvallisuutta lisäävänä tekijänä korostuivat raportointiin ja tiedonkulkuun liittyen yhtenäiset kirjaamiskäytänteet sekä riittävä ajankäytön mahdollisuus niin päivittäisessä kirjaamisessa, raportin ottamisessa kuin hoidon kannalta riittävän tiedon siirtymisessä jatkohoitopaikkaan.

Tiedonkulku ja perusteellinen dokumentointi luo pohjan laadukkaalle hoidolle sekä turvallisuusriskien hallinnalle. Dokumentointi on keskeinen ammattilaisten työtehtävä, jota ohjaa lainsäädäntö. Tiedonkulun katkeaminen tai väärin ymmärtäminen ovat yleisiä haittatapahtu-

mien syitä esimerkiksi potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Kommunikaation ongelmat myötävaikuttavat noin 65 prosenttiin haittatapahtumista. Työyhteisössä tulisi olla yhteisesti sovitut käytännöt tiedon jakamisesta hoitoketjussa toimivien kesken ja suullisen raportoinnin systemaattisuuteen ja sisältöön tulisi panostaa. (Helovuo ym. 2011, 72.)

Tutkijan tehtävänä on välittää tietoa saaduista tuloksista muille projektiryhmän jäsenille (Anttila 2006, 444). Ohjaus- ja projektiryhmän kokouksessa 14.2.2013 keskustelimme 6-3-5-ryhmäteknikalla saaduista tuloksista. Yhteenvedon tuloksista oli henkilökunnan luettavana osaston kahvihuoneen pöydällä. Tuloksien yhteydessä oli kohta, johon henkilökunnalla oli mahdollisuus kommentoida saatuja tuloksia. Yhtään kommenttia henkilökunnalta ei tullut. Toimitin tulosten yhteenvedon (liite 4) ennakkoon myös ohjaus- ja projektiryhmän jäsenille kokouksen kutsukirjeen (liite 5) liitteenä.

Kukin kokouksen läsnäolija sai ilmaista ajatuksensa tutkimustuloksesta sekä esittää mielipiteensä kehittämiskohteen valinnasta. Kokouksessa herätti keskustelua lääkehoitoon, karkailuviin potilaisiin, kaatumistapaturmiin, suulliseen ja kirjalliseen tiedonkulkuun sekä hoitokäytänteisiin liittyvät teemat. Potilasainekseen, yksintyöskentelyyn sekä ajanhallintaan liittyen ei kokouksessa herännyt keskustelua, eikä näihin liittyen tullut ehdotusta kehittämistyön kohteiksi. Työyksikön toimintatapoihin oli suunnitteilla muutosta jo lähikuukausien aikana, jolla olisi vaikutusta myös potilasturvallisuuden liittyvissä asioissa. Osaston jakaminen kolmeen ryhmään aamuvuoron aikana uskottiin tuovan lisää mahdollisuuksia suunnitella ja toteuttaa hoitotyötä. Muun muassa lääkehoidossa on viime aikoina kokeiltu erilaisia toimintatapoja HaiPro -ilmoitusten pohjalta. Näillä toimintatavoilla on pyritty potilasturvallisuuden parantamiseen lääkehoidossa. Myös osaston oviin tuleva koodillinen lukitusjärjestelmä estää muistamattomien potilaiden karkaamisen osastolta. Mahdollisesti tulevaisuudessa osastolla toteutettava hoitotyön kirjaaminen muuttuu rakenteiseksi, mikä parantaa muun muassa kirjallista tiedonkulkua.

Reflektion tuloksena päädyttiin siihen, että työyhteisön kehittämiskohteeksi alkukartoituksen tuloksista valitaan infektioiden torjunta ja kaatumistapaturmien ehkäisy. Alkukartoituksen tuloksissa infektiot ja aseptiikka sisältyivät keskeisesti hoitokäytänteiden sekä toimintaympäristön ongelmiin. Keskustelua herättäneistä teemoista infektioiden torjunta ja kaatumisten ehkäiseminen olivat alueita, joiden kehittämiseksi ei ollut tällä hetkellä ennakkoon suunnitelmia. Kehittämistyö etenee jatkossa kahdessa rinnakkaisessa syklissä. Molemmat kehittämiskohteet ovat keskeinen osa niin sairaanhoitajan kuin perushoitajan työtä. Koska halu-

simme kehittämistyön koskettavan koko hoitohenkilökuntaa, tuli valittavien kehittämiskoh- teiden olla keskeisiä asioita molempien ammattiryhmien hoitotyön toteutuksessa. Osaston HaiPro -raporttien tarkastelu osoittaa, että kaatumistapaturmien ehkäisylle on osastolla tar- vettä. Vuonna 2012 Sotkamon terveyskeskussairaalassa tapaturma/onnettomuus on kol- manneksi yleisin tapahtumatyyppe ja niistä 93.3 % on kaatumisia (Marja-Leena Korhonen 2013). Myös infektioiden torjunta erityisesti epidemia-aikoina on noussut puheenaiheeksi työyhteisössä. Osaston infektioiden määrää ei haittatapahtumailmoitusten perusteella pystytä osoittamaan, koska ilmoituksia infektioiden liittyen ei ole raportoitu. Vaaratapahtuminen ra- portointia tai ilmoitusten määrää ei voi yksinomaan käyttää osoittamaan turvallisuuden tasoa, vaan se kertoo siitä aktiivisuudesta, millä vaaratapahtumia raportoidaan (Helovuori ym. 2011, 139).

Ensimmäisessä ohjaus- ja projektiryhmän kokoontumisessa keskustelimme lisäksi kehittä- mistyön taustasta, projektin etenemisestä sekä projektin ohjauksesta. Palaverissa sovimme myös ohjaus- ja projektiryhmän seuraavista tapaamisista.

3 HOITOON LIITTYVÄT INFEKTIOT (2A SYKLI)

Ensimmäisen syklin reflektion tuloksena päätimme lähteä kehittämään osaston infektioiden torjuntaa. Toisen syklin kulun suunnittelemiseksi kokoonnuimme projektiryhmän kanssa. Kokoukseen osallistui lisäksi ohjausryhmästä osastonhoitaja. Edellisessä ohjaus- ja projektiryhmän yhteisessä palaverissa olimme sopineet, että projektipäällikkö perehtyy infektioiden torjuntaan liittyvään teoria- ja tilastotietoon sekä esittelee asiaa seuraavassa tapaamisessa. Rajasimme infektioiden torjunnan kehittämisen tässä syklissä käsihygieniaan, koska kosketustartunta on tärkein infektioiden leviämistapa ja koimme käsihygieniassa olevan osastollamme kehittämisen tarvetta. Hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy perustuu monen samansuuntaisen tekijän yhteisvaikutukseen ja tärkein toimenpide infektioiden ja resistenttien bakteereiden leviämisen ehkäisyssä on käsihuuhteen käyttö (Anttila 2013, 94). Toisen syklin suunnittelu- vaiheessa projektiryhmä jakaantui kahtia niin, että puolet ryhmäläisistä suunnitteli käsihygieniaan ja toinen potilaiden kaatumisten ehkäisyyn liittyvää toimintaa. Toisen syklin tavoitteena oli käsihygienian parantaminen. Kehittämiskysymykseksi muodostui, miten osaston hoitotyöntekijöiden käsihygieniää voidaan kehittää?

3.1 Infektioiden torjunta ja käsihygienia (suunnittelu)

Infektiolla tarkoitetaan mikrobin joutumista tekemisiin isäntäelimistön kanssa. Tartunta voi johtaa lyhytkestoiseen kolonisaatioon ilman mitään kliinisiä seurauksia. Infektio voi johtaa kliinisiin seurauksiin lyhyen ajan jälkeen, mutta myös vuosikymmenten jälkeenkin. Infektiosairauden määritelmän tekee vaikeaksi sen itämisajan ja kliinisten seurausten laaja kirjo samastakin infektiosta. Infektiosairaudella tai infektiotaudilla tarkoitetaan haitallista seurausta, usein kliinisinä oireina ilmenevää sairautta, joka on seurausta mikrobin ja isäntäelimistön kohtaamisesta riippumatta itämisajasta. (Valtonen 2003, 308.)

Tartuntatautilain (1986/583) mukaan sairaalainfektiolla tarkoitetaan terveydenhuollon toimintayksikössä annetun hoidon aikana syntynyttä tai alkunsa saanutta infektiota. Hoitoon liittyvä infektio on potilaalla todettu minkä tahansa mikrobin tai mikrobin toksiinien aiheuttama paikallinen tai yleisinfektio, joka ei ollut todettavissa tai kytemässä potilaan tullessa hoitoon ja kyseinen infektio todetaan hoitojakson aikana tai sen jälkeen. Hoitoon liittyvien in-

Infektioiden aiheuttajat voivat kuulua mihin mikrobiryhmään tahansa. Infektiota aiheuttavat bakteerit, virukset, sienet ja parasiitit. On todennäköistä, että virukset aiheuttavat enemmän hoitoon liittyviä infektioita kuin yleensä ajatellaan. Esimerkiksi hengitystievirukset ja norovirukset ovat merkittäviä kaikissa potilasryhmissä. (Syrjälä 2010, 18; Meurman & Kanerva 2010, 426.)

Suomessa vuonna 2011 tehdyn tutkimuksen mukaan 7,4 %:lla suomalaisissa akuuttisairaalassa hoidettavista potilaista oli vähintään yksi hoitoon liittyvä infektio (Kärki & Lyytikäinen 2013, 39). Vuoden 2005 tutkimukseen verrattaessa vastaava luku oli 9 % (Syrjälä & Lahti 2010, 38). Hoitoon liittyvän infektion saaneet potilaat olivat keskimäärin vanhempia kuin muut ja heillä on vaikeita perussairauksia. Leikkausalueen infektiot ja keuhkokuume ovat tavallisimmat hoitoon liittyvät infektiot. *Staphylococcus aureus*, enterokokit ja *Escherichia coli* ovat tavallisimpia sairaalainfektioiden aiheuttajamikrobeja. (Kärki & Lyytikäinen 2013, 39.)

Monien infektioautien esiintyvyys on vähentynyt ja jotkut niistä ovat jopa kokonaan hävitetty (Heikkilä 2005, 12). Kuitenkin väestön ikääntyminen, elimistön puolustusjärjestelmään kajoavien hoitojen yleistyminen sekä tilapäisiä että pysyviä vierasesineitä saaneita potilaita on entistä enemmän, ja tämän vuoksi infektioille altistuvien potilaiden määrä lisääntyy. (Syrjälä 2010, 18). Ikääntyvät ihmiset ovat alttiita infektioille, koska iän mukana immuunivaste huonee ja monet sairaudet sekä niiden hoidossa käytettävät lääkkeet heikentävät immuunivastetta (Valtonen 2001, 224). Myös selkeän uhan hoitoon liittyvien infektioiden lisääntymiselle luovat terveydenhuollon kustannustehokkuuden asettamat paineet. Sairaaloissa ylipaikoilla tapahtuva hoito on arkipäivää eikä ylikuormitetulla henkilökunnalla jää aikaa tavanomaisten varatoimien toteuttamiseen tai miettimiseen, toteutuivatko kaikki infektioiden torjuntatoimet. (Syrjälä 2010, 31, 33.) Potilaita siirrettäessä sairaalasta toiseen, sairaalainfektioiden leviämisen riski lisääntyy (Karhumäki, Jonsson & Saros 2010, 162).

Hoitoon liittyvien infektioiden aiheuttamista kustannuksista ei Suomesta ole tarkkaa tutkimustietoa. Yksittäisten infektioiden aiheuttamat kustannukset vaihtelevat infektioista ja potilaan hoidosta riippuen. Esimerkiksi pinnallinen leikkauksen jälkeinen potilaan infektio voidaan hoitaa yhden vastaanottokäynnin yhteydessä, kun taas lonkkaproteesileikkauksen jälkeisen proteesi-infektion hoito on kallista ja vie runsaasti terveydenhuollon resursseja. Hoitoon liittyvien infektioiden on arvioitu valtakunnallisen tutkimuksen perusteella aiheuttavan Suomessa 195 - 492 miljoonan euron vuosittaiset kustannukset. (Anttila 2013, 88 - 89.) Hoitoon liittyvät infektiot aiheuttavat ylimääräisten taloudellisten rasitusten lisäksi pitkittyneen sairaal-

lajakson, pitkäaikaisen vamman ja rasisitteen terveydelle sekä lisää vastustuskykyä mikrobi-
lääkkeille (WHO 2009, 1).

Hyviksi havaitut parhaat toimintatavat ja -käytännöt, jotka perustuvat tutkittuun tietoon, on tärkeä juurtua yleisiksi toimintaperiaatteiksi infektioiden torjunnassa. Tavanomaiset varotoimet ovat infektioiden torjunnan perustaso, jota tulisi noudattaa jokaisen potilaan kohdalla potilas- ja työturvallisuuden vuoksi. Tavanomaisten varotoimien tarkoituksena on katkaista kosketus- ja tartuntatiet potilaasta työntekijän, hoidossa käytettävien välineiden tai hoitoympäristön välityksellä toisiin potilaisiin tai työntekijään itseensä sekä työntekijöistä potilaisiin. Tavanomaiset varotoimet perustuvat hyvään käsihygieniaan, tarvittavien suojainten käyttöön ja oikeisiin toimintatapoihin. Tähän sisältyy oikea pisto- ja viiltovahinkojen esto sekä oikea yskimisetiketti. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 185; Karhumäki, Jonsson & Saras 2010, 70.) Henkilöhygienia, käsihygienia, puhtaat työvaatteet, suojainten oikea käyttö, eritetahradesinfection hallinta sekä aseptiset työskentelytavat kuuluvat hyviin hygientatapoihin (Pentti & Lankinen 2008, 111).

Jokaisen hoitotyössä työskentelevän ammattilaisen ydintehtävänä on hyvän sairaalahygienian toteutus ja aseptinen omatunto on kaiken ammatillisen toiminnan lähtökohta. Aseptiikka kattaa kaikki toimenpiteet tai toimintatavat, joilla on pyrkimyksenä ehkäistä ja estää infektioiden synty. Aseptinen omatunto on hoitotyön ammattilaisen omaksumaa sisäistettyä toimintatapaa, jossa hoitaja toimii aina aseptisen työjärjestyksen ja steriilien periaatteiden mukaisesti vaikka toinen työntekijä ei sitä valvokaan. Aseptisellä työjärjestyksellä tarkoitetaan hoitotyön suunnitelmallista toteuttamista puhtaasta likaiseen kaikessa toiminnassa, kuten lääkärin kierroissa, potilaiden haavanhoidoissa tai siivouksessa. (Karhumäki, Jonsson & Saras 2010, 59.)

Aseptiset työtavat perustuvat etenkin hyvään käsihygienian merkityksen tiedostamiseen ja ohjeiden noudattamiseen. Aseptisen toiminnan edellytyksenä ovat vankka tieto ja kyky soveltaa tietoa myös erityistilanteissa. Aseptista toimintaa tulee harjoitella, koska sen tulee sujua vaistomaisesti. Toisen neuvominen on usein vaikeaa, mutta aseptisiä periaatteita rikkovan neuvominenkin on omantunnon asia. Ammattihenkilöllä on velvollisuus päivittää tietojaan, mutta myös yhteisten pelisääntöjen luominen ja avoin keskustelu ovat tärkeitä infektioiden torjunnassa ja aseptisessä työskentelyssä. (Pentti & Lankinen 2008, 115.)

Vallitsevan käsityksen mukaan tartunnat leviävät tavallisimmin sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksissa työntekijöiden, vierailijoiden ja potilaiden käsien välityksellä kosketustartuntana. Ihmisessä ja elinympäristössä on runsaasti mikrobeja, joista suurin osa on hyödyllisiä ja elintärkeitä. Näistä muodostuu henkilön normaalifloora, joka on henkilölle ominainen ja suhteellisen pysyvä. Sairaalaympäristössä iholle tulee lisäksi väliaikaisia mikrobeja. Henkilökunnan kädet kontaminoituvat helposti erilaisista mikrobilähteistä ja infektiot leviävät otollisiin kohteisiin. Potilaat saavat käsiinsä mikrobeja omasta mikrobistostaan, eritteistään tai sairaalaympäristöstä käsin kosketeltavilta pinnoilta. Niin ikään vierailijat ja muut sairaalassa satunnaisesti asioivat henkilöt levittävät mikrobeja käsien välityksellä. Tämän vuoksi käsihygienialla on keskeinen merkitys tartuntamahdollisuuden katkaisemisessa ja se on infektioiden torjunnan tärkein osa-alue. Kun käsihygieniaa noudatetaan, pinnoilla olevilla mikrobeilla ei ole todettu olevan suurta merkitystä infektioiden leviämisen kannalta, koska pinnat joutuvat harvoin suoraan kosketukseen esimerkiksi potilaan haavan tai limakalvon kanssa. Hyvän käsihygienian toteuttamiseen voi jokainen henkilö itse vaikuttaa ja se kuuluu kaikille sairaalaympäristössä liikkuville. Oikein tehty käsien desinfektio ja pesu ovat tärkeimpiä yksittäisiä toimenpiteitä tartuntojen leviämisen ehkäisemiseksi. (Ratia & Routamaa 2010, 153; Syrjälä & Teirilä 2010, 165; Helsten 2005, 177, 186.)

Käsihygienialla tarkoitetaan terveydenhuollossa kaikkia niitä toimenpiteitä, joilla pyritään vähentämään mikrobien siirtymistä henkilökunnan käsien välityksellä. Tällaisia toimia ovat käsien pesu ja desinfiointi sekä käsien ihon hoito ja suojakäsineiden käyttö (Karhumäki, Jansson & Saras 2010, 61.) Käsihygienialla on perinteisesti ymmärretty pelkästään käsienpesua (Syrjälä & Teirilä 2010, 165).

Kädet pestään nestemäisellä saippualla näkyvän lian poistamiseksi, wc-käynnin jälkeen, *Clostridium difficile* ja noroviruksen aiheuttamien infektioiden yhteydessä tai jos on poikkeuksellisesti koskenut kehon nesteisiin ilman käsineitä. Kädet pestään myös silloin, jos käsihuhteen sisältämä glyseroli on kerrostunut käsiin. Kosteat, pesun jälkeen huonosti kuivatut kädet levittävät muun muassa klebsiellaa, pseudomonasta ja enterobacteereita, ja sen vuoksi käsien kuivaaminen on tärkeää. Riittävän tehon saamiseksi saippuapesun tulee kestää 60 sekuntia. (Karhumäki, Jansson & Saras 2010, 61; Syrjälä & Teirilä 2010, 167.)

Kosketustartunta estetään nykysuosituksen mukaisesti hieromalla käsiin alkoholihuhdetta, joka on nopeampi, tehokkaampi ja iholle ystävällisempi kuin perinteinen saippuavesipesu (Syrjälä & Lahti 2010, 113). Käsien desinfektioilla on tarkoitus poistaa ja tuhota käsistä poti-

laan tai hänen lähiympäristön koskettamisessa käsiin joutuneet mikrobit. Käsien desinfiointi alkoholipohjaisella käsihuuhteella kuuluu hyvään käsihygieniaan. Kädet desinfioidaan aina ennen ja jälkeen kun potilaaseen tai lähiympäristöön kosketaan. Lisäksi ne desinfioidaan ennen suojakäsineiden laittoja ja niiden riisumisen jälkeen. Käsideseinfektio tulee tehdä aina myös käsien pesun ja kuivauksen jälkeen. Käsihuuhteella saadaan nopea väliaikaisten mikrobin vähentyminen potilaskosketusten välillä, kun kädet desinfioidaan oikein. Desinfektiohieronta edellyttää oikeaa tekniikkaa, että kädet desinfioutuvat. Käsihuuhdetta otetaan sellainen määrä, että sen kuivuminen kestää 30 sekuntia. Huuhdetta otetaan kuiviin käsiin ja sitä hierotaan ensin sormenpäihin ja peukaloon. Tämän jälkeen huuhdetta hierotaan käsiin joka puolelle. (Syrjälä & Teirilä 2010, 165 - 170.)

Hyvään käsihygieniaan kuuluu välttää ennalta käsien likaantumista mikrobeilta, eikä paljain käsin tule koskea paikkoja, joissa on runsaan mikrobikontaminaation mahdollisuus. Käsiin kertyviä tarpeettomia mikrobeja sekä niiden siirtymistä voidaan merkittävästi vähentää suojakäsineiden oikealla käytöllä. Kosketeltaessa verta, kehon nesteitä, eritteitä, kontaminoituneita ihoalueita, limakalvoja, rikkiäistä ihoa tai potilaille laitettuja vierasesineitä, tulee käyttää kertakäyttöisiä suojakäsineitä. Suojakäsineet ovat potilas- ja työvaihekohtaisia, eikä niiden käyttö saa johtaa käsihuuhdetten käytön laiminlyömiseen. Kertakäyttökäsineet ovat nimensä mukaisesti kertakäyttöiset ja riisumistekniikkaan tulee kiinnittää huomiota, jottei käsineiden riisumisvaiheessa saa mikrobeja käsiinsä. (Syrjälä & Teirilä 2010, 176 - 177.) Kontaminoituneilla käsineillä ei tule kosketella muita kohteita, vaan ne riisutaan pois siirryttäessä seuraavaan työvaiheeseen tai seuraavan potilaan hoitamiseen (Hellsten 2005, 178 - 179).

Infektiopotilaat ovat yksi keskeinen potilasryhmä Sotkamon terveyskeskussairaalaissa. Myös osastohoidon aikana syntynyt infektio on mahdollinen. Osastolla on käytössä SAI – järjestelmä sairaala infektioiden seurantaan. SAI – rekisteristä on mahdollista saada osastokohtainen raportti, joka helpottaa esimerkiksi antibioottien käytön ja virustautien esiintyvyyden seurantaan. Sairaalainfektio -rekisterin mukaan potilaiden yleisin infektio on virtsatieinfektio. Seuraavaksi yleisimpiä ovat maha-suolikanavan infektiot ja hengitystieinfektiot. (Torvinen 2013.)

Käsihygienian toteuttamisessa suojakäsineiden käyttö on ollut keskeisessä asemassa osastolla. Suojakäsineiden runsaaseen käyttöön syynä voi olla se, että heikkokuntoisten ja paljon apua tarvitsevien potilaskontaktien yhteydessä joutuu usein kosketuksiin yllättäenkin erilaisten eritteiden kanssa. Tästä johtuen suojakäsineet voidaan pukea silloinkin, kun niitä ei välttä-

mättä tarvitsisi, vaan pelkkä käsidesinfektio olisi riittävä. Hoitajien, potilaiden sekä omaisten käsihygienian toteuttamiseksi ja sen parantamiseksi potilasvuoteiden päädyissä ja osaston sisäänkäynnin yhteydessä on desinfektiotelineet. Myös suojakäsineiden sijoittamiseen ja saatavuuteen hoitotoimien yhteydessä on panostettu. Potilashuoneiden ja käytävän ilmoitustauluilla on kirjallinen ohje hyvään käsihygieniaan. Maha-suolikanava infektioiden yhdessä pyritään kiinnittämään erityistä huomiota aseptiseen toimintaan ja käsihygieniaan. Käsihygieniaosaaminen nähdään helposti taitona, jonka hoitaja on oppinut ammatillisen koulutuksen yhteydessä ja sen oikea toteuttaminen on itsestään selvyys. Käsihygieniaan ja infektioiden torjuntaan liittyvä koulutus on ollut satunnaista ja niihin liittyviin koulutuksiin on osallistunut lähinnä hoitajat, jotka toimivat infektiovastaavina.

3.2 Käsihygienian kehittäminen verkkotestin, käsien desinfektioestauksen uv-laitteella ja hygieniahoitajan koulutuksen avulla (toiminta)

Osaston hoitohenkilökunnan käsihygieniaa kehitettiin suorittamalla infektioiden torjuntaan liittyvä verkkotesti, testaamalla käsien desinfektion onnistumista sekä osallistamalla hygieniahoitajan pitämään koulutukseen.

Infektioidentorjuntaan liittyvä verkkotesti

Osaston 15 hoitajaa suoritti Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin internetsivuilla olevan infektioiden torjunnan perusteet terveydenhuollossa verkkokoulutuspakettiin sisältyvän oman osaamisen testin. Verkkokoulutuspaketti perustuu ”Infektioiden torjunta sairaalassa” -kirjaan ja materiaali oli saatavilla duodecimin verkkosivuilla (Jakobsson, Teirilä & Holtinen 2007.) Tästä verkkokoulutuspaketista hoitajat suorittivat pelkästään oman osaamisen testin, koska keskitymme tässä vaiheessa pelkästään käsihygienian kehittämiseen. Testi sisälsi monivalintakysymyksiä tavanomaisiin varotoimiin (1 kysymys), oikeaan käsihygieniaan (4 kysymystä), oikeaan suojaintenkäyttöön (3 kysymystä), oikeisiin työskentelytapoihin (5 kysymystä) sekä neulojen ja terävien esineiden käsittelyyn liittyviä väittämiä (3 kysymystä) (liite 6). Monivalintakysymysten väittämistä yksi vaihtoehto oli oikea. Testillä saimme viitteitä käsihygieniaosaamisen nykytilasta, infektioiden torjunnan osaamisesta sekä tietoa kehittämistyön jatkamiseksi.

Testaus suoritettiin kahtena ennalta sovittuna päivänä. Testiin vastaajiksi valikoituivat kyseisenä päivänä töissä olleet hoitajat, jotka suostuivat testin suorittamiseen vapaaehtoisesti. Testiin osallistujat suorittivat testin valvotusti työpäivän aikana esimerkiksi kahvi- tai ruokatauon aikana.

Välittömästi testin jälkeen vastaajat pystyivät tarkistamaan tuloksensa. Testi antoi oman osaamisen raportin, joka näytti osaamisen kultakin osa-alueelta 1 - 100 prosentteina. Kunkin vastaajan osaamisen raportti tulostettiin tietokoneelta testin jälkeen, ja lopuksi kokosin kaikkien testiin osallistuneiden osaamisen raportit taulukkoon 5 (liite 7).

Käsien desinfektio-testaukset

Demonstraatio esitykset, ultraviolettivalo tai erilaiset väriaineet ovat keinoja, joilla oikeaa käsien desinfektio-tekniikkaa voi harjoitella (Syrjälä & Teirilä 2010, 169). Konkretisoidaksemme hoitajien käsihuuhteen käytön onnistumista, testasimme kädet huuhteen levittämisen jälkeen uv-laitteella. Merkkiaineella käsitelty käsihuuhte osoittaa uv-laitteessa kohdat käsissä, joissa desinfektio on toteutunut puutteellisesti. Uv-laite oli käytössä osastolla kaksi kertaa, ennen hygieniahoitajan pitämää koulutusta ja heti koulutustilaisuuden jälkeen. Osaston hoitohenkilökuntaa oli informoitu, että osastolle hankitaan laite, jotta voidaan testata käsihuuhteen käyttöä. Testaukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Molempien desinfektion testauskertojen yhteydessä tehtiin havainnointia ja tulokset kirjattiin paperille. Havainnoinnista kirjoitettiin paperille ylös ne käsien kohdat, jossa käsiendesinfektio oli puutteellinen. Myös desinfektio, joka toteutui täydellisesti, kirjattiin ylös. Tulosten havainnollistamiseksi kokosin käsi-desinfektiohavainnoinnin tulokset yhteen.

Osan havainnoista teki projektiryhmän jäsen ja osan projektipäällikkö. Ensimmäisellä testauskerralla kolmen hoitajan testituloksen kirjauksessa oli puutteita, ja jouduin jättämään nämä tulosten yhteenvedosta pois. Testauksen suorittamisella sekä ennen että jälkeen koulutuksen, halusimme selvittää, miten koulutukseen osallistuminen ilmeni käsien desinfektio-tuloksessa. Ensimmäisellä kerralla testaukseen osallistui yhteensä 12 hoitotyöntekijää. Toisella kerralla testaukseen osallistujia oli 10. Osa testauksiin osallistujista oli osallistunut molempiin testauksiin, ja osa vain toiseen.

Hygieniahoitajan pitämä koulutus hoitohenkilökunnalle

Yksi keskeinen keino vaikuttaa organisaation turvallisuuteen on työntekijöiden osaamisen kehittäminen (Helovuori ym. 2011, 167). Koulutuksen merkitys korostuu nyky-yhteiskunnassa, sillä uutta tietoa tuotetaan entistä nopeammin. Koulutus voi olla monimuotoista ja sen tarkoituksena on varmistaa ammattilaisten osaamisen kehittyminen ja ajan tasalla pysyminen. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 42 - 43.) Työyhteisössä koulutuksellisilla interventioilla pyritään yksilöiden ja ryhmien käyttäytymistapojen muutokseen (Mäkisalo 2004, 148).

Henkilökunnan käsihygieniosaamisen lisäämiseksi Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän hygieniahoitaja Torvinen piti koulutusta osastollamme. Koulutuksen tavoitteena oli lisätä hoitajien tietoa muun muassa desinfektion toteuttamisesta ja suojakäsineiden käytöstä. Koulutus toteutettiin kahtena eri päivänä mahdollistaaksemme mahdollisimman monen hoitajan osallistumisen. Hoitohenkilökuntaan osallistui koulutukseen yhteensä 22. Koulutus sisälsi tietoa infektioiden seurannasta ja torjunnasta. Koulutuksessa painottui sairaalahygieniaan ja erityisesti käsihygieniaan liittyvät asiat. Koulutuksessa saatiin myös yksikkökohtaista tietoa tehdyistä sairaalainfektioilmoituksista SAI -järjestelmään. Lisäksi koulutuksessa selvitettiin käsihuuhteen vuosikulutuskäytäntöä Kainuun keskussairaalan eri osastoilla. Osastollamme ei ole seurattu käsihuuhteen kulutusta, ja sen vuoksi omaa yksikköä koskevia kulutusmääriä ei ole käytettävissä. Koulutus herätti keskustelua käytännön hoitotilanteista, joissa aseptiikan merkitys korostuu, tai joissa tulisi miettiä jatkossa nykyistä tarkemmin toimintatapoja oikean käsihygienian toteuttamiseksi.

Toimintatutkimuksessa voidaan käyttää erilaisia tiedonhankintamenetelmiä (Heikkinen 2010, 37). Kysely on yksi toimintatutkimuksen aineistonkeruumenetelmistä. Kyselyn tarkoituksena on saada koottua tietyin kriteerein valitulta joukolta vastauksia samoihin kysymyksiin. Kyselykaavakkeen kannattaa olla lyhyt, yksinkertainen ja suoraviivainen. Tällöin vältetään muun muassa uhraamasta liikaa aikaa vastaamiseen. Avoimet kysymykset mahdollistavat kukin vastaamaan kuinka itse haluaa. (Anttila 2006, 444, 260 - 262.)

Sotkamon terveystieteiden keskuslaitoksen hoitohenkilökunnan kokemuksia siitä, mikä asia on muuttanut käsien desinfektio- ja hygieniakoulutukseen osallistumisen jälkeen käsihygienian toteuttamisessa, kartoitettiin kyselyllä. Kyselyn avulla lisäksi selvitettiin, miten hoitotyöntekijöiden mielestä osastomme käsihygieniaa voidaan edelleen kehittää. Kyselyn valitsin

siksi, että jokainen vastaaja voi henkilökohtaisesti tarkastella ja pohtia käsihygienian toteutamista ja siinä tapahtuneita mahdollisia muutoksia. Kyselyn tavoitteena oli saada tietoa, minkä hoitotyöntekijät kokevat tärkeäksi käsihygienian kehittämisessä jatkossa. Kysely sopii aineiston keräämiseen silloin, kun tutkitaan henkilöitä ja häntä koskevia asioita kuten mielipiteitä, asenteita tai käyttäytymistä (Vilka 2007, 28).

Kyselyyn valikoituivat ne hoitotyöntekijät, jotka olivat osallistuneet käsien desinfektio-otaukseen ja hygieniahoitajan pitämään koulutukseen. Jaoin kyselyt henkilökohtaisesti osaston neljälletoista hoitotyöntekijälle toukokuussa tietyn ennalta sovitun viikon aikana. Kyselyyn pääsivät vastaamaan työntekijät, jotka olivat kyseisellä viikolla töissä. Koska jaoin kyselyt henkilökohtaisesti, pystyin samalla selvittämään, oliko vastaaja osallistunut sekä desinfektio-otaukseen että koulutukseen. Tutkijan tulee varmistaa etukäteen, että vastaajiksi valikoituneilla henkilöillä on käytännössä mahdollisuus osallistua vastaajana tutkimukseen (Vilka 2007, 64). Lisäksi pystyin kertomaan kyselyn tarkoituksesta, selostamaan kyselyä sekä antamaan ohjeet kyselyn palautuksesta. Suullista saatetta käytetään usein silloin, kun aineistoa kerätään esimerkiksi työpaikalla. Suullinen saate ei voi olla kovin pitkä ja usein riittää asiasisällön vapaamuotoinen esittäminen. Riittävä tieto tutkimuksesta varmistaa henkilön osallistumisen ja vastaamisen tutkimukseen. (Vilka 2007, 65.)

Tämä kysely sisälsi kaksi avointa kysymystä, johon vastaaja sai itse päättää, mitä hän vastaa. Kyselyyn oli vastaamisaikaa viikko. Pyysin palauttamaan kyselyn joko henkilökohtaisesti tai sille osoitettuun muuhun paikkaan projektipäällikön nimellä varustettuna. Kyselyn jakaminen henkilökohtaisesti esti turhien kyselyjen lähettämisen ja jo kyselyä antaessa henkilöt antoivat suostumuksen vastata kyselyyn. Kyselyyn vastasi neljättoista hoitotyöntekijää.

Kyselyllä saadun aineiston analysoin induktiivisella sisällönanalyysillä. Luin vastauslomakkeet useaan kertaan läpi, peilaten niitä tutkimuskysymyksiin. Kokosin vastukset allekkain ja numeroin vastaukset juoksevin numeroin. Vastaukset olivat ilmaistu lyhyinä ajatuksina, lauseen osina tai lauseina, joten analyysiyksiköksi muotoutui lause tai lauseen osa. Alkuperäiset ilmaukset olivat lyhyitä ja selkeitä, joten niiden pelkistämistä en tehnyt. Kyselylomakkeen (liite 8) ensimmäiseen kysymykseen tuli 29 alkuperäisilmausta ja toiseen kysymykseen 24 alkuperäisilmausta. Induktiivisen sisällönanalyysin perusteet olen kuvannut jo ensimmäisen syklin alkukartoituksen tuloksia raportoidessa. Kyselyn sisällönanalyysi eteni samojen vaiheiden kautta. Etsin aineistosta tutkimuskysymyksen mukaiset samankaltaiset ilmaukset, joista muodostui teemat (liite 9).

3.3 Infektioiden torjuntaa ja käsihygieniaa koskevat tulokset (havainnointi)

Infektioiden torjunta – verkkotestin tulokset

Hoitajien suorittamassa Duodecimin infektioidentorjunnan testissä oikeaan käsihygieniaan liittyviä kysymyksiä oli neljä. Käsihygieniaan liittyvät kysymykset liittyivät saippua-vesipesuun, käsien desinfektioon, käsihygienian perusasioihin (sormukset, tekokynnet, käsi-voide) sekä yleiseen käsihygieniaan. Kysymyksiä oli yksi kustakin edellä mainitusta alueesta. Vastausten yhteenvedosta voidaan todeta, että hoitajista 67 % hallitsi asiat hyvin ja 33 % hallitsi asian kohtalaisesti (liite 7, taulukko 6). Verkkokurssin mukaan kun tuloksena on 71 - 100 %, vastaaja hallitsee asian hyvin. Tuloksena 41 - 70 % merkitsee, että vastaaja hallitsee asian kohtalaisesti.

Verkkokoulutukseen osallistuneista oikeat työskentelytavat hallitsi 40 % vastanneista ja kohtalaisesti 47 % vastanneista. Oikeaan suojainten käyttöön liittyen 60 % vastanneista hallitsi asian hyvin ja 33 % hallitsi asian kohtalaisesti. Vastanneista 67 % hallitsi neulojen ja terävien esineiden käsittelyn hyvin ja 33 % hallitsi asian kohtalaisesti.

Uv-desinfektio-testaus - havainnoinnin tulokset

Ennen hygieniahoitajan koulutusta järjestetyn desinfektio-testauksen tuloksissa ilmeni, että täydellinen käsien desinfektio toteutuu neljällä hoitotyöntekijällä. Testauksessa puutteita oli erityisesti peukalon päällysosan, ranteen ja sormienvälien desinfektiossa. Eniten puutteita oli sormienvälien desinfektiossa, johon havaintoja tuli neljä. Peukalon päällysosassa ja ranteessa puutteellinen desinfektio oli havainnoinnin perusteella kolmella hoitotyöntekijällä. Muiden sormien päällysosaa, kynsien juuriin, kämmenen sisäpuolen poimuihin ja sormien päihin tuli jokaiseen kaksi havaintoa puutteellisesta desinfektioista. Yhdellä oli puutteita kämmenselän desinfektiossa.

Koulutuksen jälkeen täydellinen käsidesinfektio toteutui tulosten perusteella kahdella hoitotyöntekijällä. Välittömästi koulutuksen jälkeen pidettävässä testauksessa selvimminkin parantamista desinfektio-tekniikassa oli sormien välien desinfektiossa. Myös kämmenen sisäpuolen poimujen, ranteiden, sormen päiden, kynsien juurien ja peukalon päällysosan desinfektiossa

on havaittavissa parannusta. Sen sijaan desinfektion tulos huononi peukalon hankasen ja sormien päällysosan desinfektion osalta (liite 10).

Hygieniahoitajan koulutus - kyselyn tulokset

Hoitotyöntekijät kokivat käsien desinfektio-aineen käytön ja hygieniahoitajan koulutukseen osallistumisen jälkeen käsihygienian toteuttamisessa muutosta **desinfektioaineen käytössä, desinfektioaineen levittämisessä ja suojakäsineiden tarkoituksenmukaisessa käytössä**. Lisäksi muutos koettiin **yleisessä käsihygieniassa ja aseptisen toimintatavan tarkkailussa**.

Desinfektioaineen käytön muutos koettiin sen käytön lisääntymisenä eleensäkin, mutta käsien desinfektioaineen määrä myös kertaa kohden koettiin lisääntyneen. Vastausten perusteella desinfektioaineen käyttö potilaskontaktien välillä lisääntyi. Lisäksi desinfektioaineen käyttö ennen ja jälkeen suojakäsineiden pukemisen lisääntyi. Vastauksissa tuli esille myös se, että desinfektio-aineen käytöllä saattoi olla vaikutusta desinfektioaineen käyttöön vain lyhyen aikaa.

”Käsidesin käyttö lisääntynyt”

”Hetimitestauksen jälkeen huolehdin desinfektion huolellisemmin. Nyt kun aikaa kuluu, huomaan sen huonontuneen”.

Hygieniahoitajan koulutukseen osallistumisen ja käsien desinfektio-aineen käytön jälkeen huomion kiinnittäminen **desinfektioaineen levittämiseen lisääntyi**. Lisäksi desinfektioaineen levittämisessä kiinnitettiin huomiota erityisesti niihin kohtiin, joihin käsien desinfektioaine ei ollut tarttunut testauksessa. Tarkkuutta koettiin tulleen desinfektioaineen levittämisessä erityisesti kynsien aluksiin ja ranteisiin.

”Enemmän kiinnittää huomiota esim. käsihyyhteen käyttöön, että laittaa sen huolellisemmin joka kohtaan käsiin”.

Hygieniahoitajan koulutukseen osallistumisella koettiin olevan vaikutusta **suojakäsineiden käyttöön**. Hoitajat kokivat miettivänsä tarkemmin, milloin suojakäsineitä tarvitsee käyttää vai tarvitseeko niitä juuri tietyssä hoitotilanteessa. Lisäksi suojakäsineiden tarkoituksenmukainen

käyttö näkyi niin, että myös hoidon aikana kiinnitettiin enemmän huomiota siihen, tarvitseeko suojakäsineitä vaihtaa yhtä potilasta hoidettaessa tai tietyn hoitotoimenpiteen aikana.

”Vaihdan hansikkaita useammin saman potilaan hoidon aikana”

”Haavanhoidon eri vaiheissa hanskojen järkevä vaihto”.

Yleinen käsihygieniä hoitajien toiminnassa ilmeni muutoksena käsien pesussa, kynsilakan käytössä ja käsien ihon kunnossa. Vastauksista ilmeni, että käsien saippuapesun vähenemisestä johtuen kädet pysyivät ehjinä paremmin ja käsien ihon kuntoon tulee nyt kiinnitettyä aikaista enemmän huomiota. Myös kynsilakan käyttöä töissä vältettiin.

”Kynsilakan käyttö (en enää lakkaa töihin)”.

Vastauksissa käsien desinfektio- ja hygieniakoulutus näkyi **aseptisen toimintatavan tarkkailun** lisääntymisenä. Aseptisen toimintatavan tarkkailu lisääntyi niin oman toiminnan tarkkailussa, kuin toisen hoitajan käsihygienian toteutumisen seuraamisena. Potilasta hoitaessa mieltii tarkemmin työskentelyjärjestystä, jotta hoito toteutuu aseptisesti oikein.

Kyselyn perusteella osaston käsihygienian kehittäminen jatkossa liittyi neljään asiaan: **potilaiden käsihygienian, säännölliset koulutukset käsihygieniasta henkilökunnalle, käsihygienian toteuttaminen ja desinfektioainetelineet.**

Jatkossa **potilaiden käsihygienian** tehostaminen koettiin tärkeäksi. Potilaita tulisi ohjata käsi- ja desinfiointiaineiden käyttöön ja muistamattomia potilaita hoitaessa hoitajan tulisi huolehtia desinfiointiaineiden käytöstä wc-käynnin jälkeen ja ennen ruokailua. Samoin käsien pesuun wc-käynnin jälkeen nähtiin tarvetta tehostaa. Potilaiden käsihygienian tehostamisen rinnalla koettiin tarvetta informoida myös omaisia oikeanlaisen käsihygienian toteuttamiseen.

”Myös potilaiden käsienpesuun/desinfiointiin kiinnitettävä huomiota-tehostettava”.

Henkilökunnalle pidettävät **säännölliset koulutukset, tietoisuuskampanjat, opastukset ja muistutukset** koettiin erityisen tärkeinä käsihygienian kehittämisessä. Opastusta eristyshuoneissa toimimiseen toivottiin jatkossa. Vastauksista nousi myös esille, että käsihygienian koulutusta tulisi olla myös työyksikön uusille hoitajille ja käsihygienian asiat tulisi huomioida nykyistä tehokkaammin perehdytyksessä.

”Vaikka asia itsestään selvyys – sitä pitää muistuttaa ja puhua, erityisesti kun tulee uusia työntekijöitä, tai on epidemia uhka tms”.

Käsihygienian toteuttamisessa koettiin tarvetta kiinnittää huomiota suojakäsineiden ja käsihuuhteen käyttöön myös jatkossa. Erityisesti käsineiden käyttöä tulisi vähentää sekä miettiä tarkkaan, milloin niitä käyttää ja missä vaiheessa riisua ne pois. Käsihuuhteen pitäisi myös antaa kuivua ennen käsineiden pukemisen tai hoitotoimien aloittamisen. Myös huuhteluhuoneen heiluriovi olisi yhtenä vaihtoehtona käsihygienian kehittämisessä. Käsihygienian kehittämisessä nähdään tärkeänä se, että jokainen kiinnittää huomiota omaan käsihygieniakäyttäytymiseen, mutta siihen voi vaikuttaa myös työkaverin esimerkki.

Käsihygienian kehittämisessä myös **desinfektioainetelineellä** ja **sen sijoittamisella** koettiin olevan vaikutusta. Vastauksista kävi ilmi, että osa käsihuuhtetelineistä oli epäkuntoisia. Myös käsihuuhtepulloja tulisi olla enemmän ja niitä tulisi sijoittaa myös käytävälle.

3.4 Osaston työntekijöiden käsihygienian edelleen kehittäminen (reflektointi)

Käsien desinfektio- ja testauksella uv-laitteella ja hygieniahoitajan pitämällä koulutuksella voidaan tulosten perusteella katsoa olleen myönteistä merkitystä osaston käsihygienian kehittämiseen. Tuloksista kävi ilmi, että käsien desinfiointiaineen käyttö on lisääntynyt sekä yhtä kertaa kohden että potilaskontaktien välillä. Käsihuuhteen käyttö myös ennen ja jälkeen suojakäsineiden pukemisen ja riisumisen on lisääntynyt.

Vuonna 2011 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sairaalahygienia- ja infektiontorjuntayksikkö toteutti TYKS:ssä käsihygienian toteuttamisen systemaattisen havainnoinnin, koska käsihygienian toimivuutta pelkkien käsihuuhteen kulutuslukujen perusteella ei pystytä arvioimaan. Tutkimuksessa tarkkailtiin käsidesinfektion toteutumista ennen potilaan koskettamista, ennen aseptisia toimenpiteitä ja potilaan ympäristön kosketteluun jälkeen. Tutkimuksessa selvitettiin lisäksi käsidesinfektion toteutumista potilaan eritteiden käsittelyn jälkeen, suojakäsineiden käyttöä ja käsihygienian toteutumista estäviä tekijöitä. Tutkimustuloksen mukaan 44 % toteutti käsihygienian suositusten mukaisesti ja 29 % toteutti käsihygienian osittain oikein. Puutteita oli joko käsihuuhteen annostuksessa tai desinfektioajassa. Tutki-

muksen mukaan 27 % ei toteutunut käsihygieniää suositusten mukaisesti lainkaan. Ennen potilaskontaktia käsihygieniä toteutui heikommin kuin kontaktin jälkeen ja parhaiten se toteutui eritekontaktin jälkeen. (Rintala & Routamaa 2013, 1120 - 1121.)

Kyselyn tulosten mukaan hygieniakoulutus ja käsien desinfektio-testaus paransi käsien desinfektio-tekniikkaa siten, että huuhteen levittämiseen kiinnitetään entistä enemmän huomiota. Erityisesti tarkkuutta tuli huuhteen levittämiseen niihin kohtiin, joissa testauksen yhteydessä oli ollut puutteita. Sen sijaan pelkän desinfektio-testauksen havainnoinnin tuloksista ennen ja jälkeen hygieniakoulutuksen ei voi selkeästi osoittaa, että käsi-desinfektion toteuttamisessa olisi tapahtunut selkeää kehittymistä. Korhosen (2013) mukaan Oulun yliopistollisessa sairaalassa on selvitetty käsihygienian toteutumista, ja sitä, kuinka täsmällisesti henkilökunta noudattaa siihen liittyviä ohjeita. Tulokset ovat osoittaneet, että käsihuuhdetta käytetään tiheästi, mutta käsien desinfektio-tekniikka on tehotonta.

Kehittämistyön tulosten mukaan suojakäsineiden tarkoituksenmukainen käyttö lisääntyi. Nykyisin mietitään aikaisempaa enemmän suojakäsineiden käytön ja niiden vaihtamisen tarvetta. Floresin ja Pevalin (2008) tutkimuksen mukaan seurannan aikana sairaalan henkilökunta käytti suojakäsineitä tarpeettomasti 42 % tilanteista. Suojakäsineitä käytettiin esimerkiksi vastattaessa puhelimeen, tehtäessä muistiinpanoja tai puhuessa potilaalle. Suojakäsineiden käyttö ei myöskään aina ollut toimenpidekohtaista, vaan samoilla käsineillä esimerkiksi pedattiin sekä potilasvuode että käteltiin suoniyhteyksiä.

Kehittämistyön tulosten mukaan myös tarpeeton käsien pesu on vähentynyt, ihon kunnosta pidetään parempaa huolta kuin aikaisemmin ja kynsilakan käyttöä töissä vältetään. Käsien hoito on välttämätöntä, koska hyvä käsihygieniä edellyttää tervettä ja ehjää ihoa. Tarpeeton käsi-pesu voi kuivattaa ihoa. Kuiva ja halkeileva iho on infektioiden torjunnan kannalta ongelmallinen. Kuivalle iholle väliaikainen mikrobifloora tarttuu herkästi ja se on myös vaikeampi poistaa kuin terveeltä iholta. Korut, rannekello, rakennekynnet tai pitkät kynnet ovat esteenä tehokkaalle käsihygienialle tai voi aiheuttaa vaaratilanteita potilaan hoidossa. Myöskään kynsilakkaa ei suositella käytettäväksi. (Helssten 2005, 177.) Perusvoide ylläpitää ihon mikrobipuolustusta eikä sen käyttö heikennä käsihuuhteen tehoa. Perusvoiteiden käyttö on perusteltua sekä ihon kunnan että infektioiden torjunnan kannalta, koska bakteerien leviäminen käsistä ympäristöön vähenee perusvoiteen ansiosta jopa neljän tunnin ajaksi. (Syrjälä & Lahti 2010, 117.)

Von Schantz, Salanterä ja Leino-Kilpi (2008, 92 - 98) ovat tutkineet hoitotyöntekijöiden ja potilaiden tietoja sairaalainfektioista ja käsihygieniasta sairaalainfektion torjunnassa. Potilaiden käsihygieniatietoja selvitettiin kahdella monivalintakysymyksellä, jossa vastaaja arvioi desinfiointin ja saippua pesun tehoa taudinaiheuttajien tuhoamisessa ja toisessa hoitajan käsihygieniasuosituksen mukaista toimintaa. Tulosten mukaan yli puolet potilaista tiesi desinfiointin tuhoavan taudinaiheuttajia pesua tehokkaammin ja vajaa puolet vastaajista tiesi, että suositusten mukaan hoitajan tulee desinfoida kätensä ennen potilaan hoitamista. Hoitotyöntekijöillä tiedot käsien desinfektiosta olivat paremmat kuin tiedot pesusta ja parhaat tiedot käsihygieniasta oli terveyskeskussairaaloiden sairaan- ja erikoissairaanhoitajilla. Suurin osa hoitotyöntekijöistä kuitenkin toimi edelleen vastoin nykyisiä suosituksia ja pesi kätensä vaikka olisi pitänyt käyttää käsihuuhdetta.

Kyselyn perusteella käsihygienian kehittäminen jatkossa tulisi kohdistua potilaiden ja omaisten käsihygieniaan. Vuosittain vietettävä kansainvälinen käsihygieniapäivä muistuttaa hyvästä käsihygieniasta ja kutsuu terveydenhuollossa toimivia käsihygienian edistämiseen. Myös WHO (2013) pyytää jatkossa keskittymään käsihygienian seurantaan ja arviointiin sekä ottamaan mukaan potilaat käsihygienian seurantaan ja edistämiseen.

Jatkossa niin vakituiselle henkilökunnalle kuin sijaisille koulutukset ja opastukset koettiin tärkeänä käsihygienian edistämässä. Käsihygienian toivottiin liittyvän myös työntekijän perehdyttämiseen. Laadukas perehdyttäminen vaikuttaa työntekijän osaamiseen ja työn laatuun (Räsänen & Meretoja 2013, 105). Koulutuksella ja perehdytyksellä tulee taata, että henkilöstön osaaminen on riittävää myös henkilöstön vaihtuessa (Potilasturvallisuuden työkalut - työvaliokunta 2010, 183). Potilasturvallisuuden hallintaan liittyvät käytännöt osana rutiinimaista työtä luovat pohjan potilasturvallisuuden varmistamiselle yhtä laadukkaasti riippumatta hoitohenkilöstöstä (Helovuori ym. 2011, 46). Korhosen (2013) mukaan tieto ei yksinään riitä muuttamaan totuttuja toimintatapoja. Desinfektion toteuttaminen vaatii muistuttamista, kertaamista ja havainnollistamista. Toteutettaessa käsihygieniata tulisi johtajatuksena olla halu toimia potilaan parhaaksi.

Tulevaisuudessa koettiin tarpeellisena kiinnittää huomiota desinfiointitelineiden määrään, kuntoon ja sijoittamiseen osastolla. Vastauksissa todetaan, että käsihygienian kehittäminen vaatii jokaiselta työntekijältä huomion kiinnittämistä käsihygieniansa toteuttamiseen. Myös työkalun esimerkki on keskeinen.

Rintalan ja Routamaan (2013, 1120 - 1121) mukaan käsihygienian laiminlyöminen tai huolimattoman toteutuksen yleisin syy on kiire. Myös asenteet, kollegojen ja esimiehen esimerkki vaikuttavat käyttäytymiseen. Kolmantena syyryhmänä käsihygienian laiminlyömisessä ovat käsien desinfektion tekniset hankaluudet, kuten annostelijoiden väärä sijainti tai niiden puuttuminen, huuhteen loppuminen tai huuhteen huonoksi koetut ominaisuudet.

Käsihuuhteen käytön edellytyksenä on, että sitä on saatavilla riittävästi oikeassa paikassa. Myös annostelijan tulee olla toimiva. Alkoholikäsihuuhteen käyttö on saippuapesua vaivatompaa, eikä käsienpesualtaita ja vettä ole aina saatavilla siellä, missä käsien puhdistusta tarvitaan. Käsihuuhteen sijoittaminen hoidettavan potilaan välittömään läheisyyteen, lisää käsihuuhteen käyttöä. (Syrjälä & Teirilä 2010, 170, 179.)

Ohjaus- ja projektiryhmässä 27.8.2013 pidetyssä yhteisessä palaverissa tarkastelimme saatuja tuloksia ja keskustelimme kehittämistyön jatkumisesta. Totesimme, että käsihygienian kehittäminen verkkokoulutuksen tuloksen pohjalta on ollut osastolla tarpeellinen. Myös kyselyn ja havainnoin tulokset osoittavat, että käsihygienian kehittämiseen on tarvetta. Samantapaisia hygieniahoitajan pitämiä koulutuksia on tärkeä olla jatkossakin. Kehittämiskohteina nousee esille myös potilaiden ja omaisten ohjeistaminen ja motivointi infektioiden torjuntaan ja käsihygieniaan. Jatkossa selvitetään mahdollisuutta hankkia lisää käsihuuhteen annostelijoita käytävälle ja potilashuoneisiin. Karhumäen, Janssonin ja Saroksen (2010, 64) mukaan käsihuuhdeannostelijoita tulee olla osastolla riittävästi ja sijoitettuna tarkoituksenmukaisesti sekä näkyvästi, jotta vierailijoiden on helppo käyttää niitä. Antibioottien kulutusta voidaan vähentää jopa puoleen, käyttämällä potilasvuodekohtaisia annostelijoita.

Keskustelimme myös desinfektioestausten jatkamisesta. Jotta voimme seurata konkreettisesti käsihygienian kehittymistä, otamme käyttöön myös käsihuuhteen sekä suojakäsineiden kulutuksen seurannan. Lisäksi kehittämistyön aikana sekä tuloksia tarkasteltaessa havaitsimme tarpeen kehittää infektioiden torjunta ohjeistusta. Ohjeen avulla halusimme korostaa sellaisia asioita, jotka ovat keskeisiä infektioiden torjunnan osalta osastollamme. Laadimme ohjeen huuhteluhuoneessa työskentelemiseen (liite 11) sekä yleisohjeen infektioiden torjuntaan (liite 12). Yleisohje sisälsi asioita muun muassa suihkutuolien ja wc istuinten puhdistamisesta, kateetrien hoidosta sekä virtsapullojen ja alusastioiden käsittelystä. Ohjeet tarkentavat niin uusien työntekijöiden kuin jo työssä olleiden toimintaa infektioiden ehkäisemiseksi.

Syrjälän ja Teirilän (2010, 180) mukaan käsihygienian käyttäytymismuutos on monimutkainen tapahtuma, joka sisältää sekä motivaation, koulutuksen että järjestelmän muuttamisen elementtejä. Muutoksen edellytyksenä on tyytymättömyys vallitsevaan tilanteeseen sekä erilaisten käyttäytymisvaihtoehtojen havaitseminen. Lisäksi on oivallettava, että muutos on mahdollista toteuttaa sekä yksilö- että yksikkötasolla. Käsihygieniakäytännön merkittävään parantamiseen tarvitaan monimuotoinen strategia, jota toteutetaan sekä yksilö-, yksikkö- että organisaatiotasolla. Yksilötasolla on lisättävä työntekijöiden tietoisuutta käsihygieniasta ja sen merkityksestä. Lisäksi tulee lisätä työntekijöiden sitoutumista annettuihin käsihygieniaoohjeisiin. Käsihygienian merkitys tulee ymmärtää myös hallinnossa. Sen tulee aktiivisesti tukea käsihygienian edistämiseen tähtäviä toimia kuten käsihygieniakampanjoita. Henkilöresurssit niin infektioiden torjuntatyötä tekevän kuin muun hoitohenkilökunnan määrän osalta tulee mitoittaa niin, ettei kiireellä voi selittää käsihygienian heikkoa toteuttamista. Esimiesasemassa olevien käyttäytyminen ja sitoutuminen on oleellinen kaikessa asenteisiin perustuvassa toiminnassa kuten käsihygienian toteuttamisessa.

4 POTILAIEN KAAUTUMISTAPATURMIEN EHKÄISEMINEN (2B SYKLI)

Ensimmäisen syklin reflektion tuloksena infektioidentorjunnan lisäksi kehittämiskohteeksi valittiin potilaiden kaatumistapaturmat. Toisen syklin kulun suunnittelemiseksi kokoonnuimme projektiryhmän kanssa. Kokoukseen osallistui lisäksi ohjausryhmästä osastonhoitaja. Kehittämistyön toisen rinnakkaisen syklin suunnitteluvaiheessa päätimme perehtyä projektiryhmän kanssa viime vuonna julkaistuun IKINÄ-oppaaseen. Opas kokoaa tietoa ja käytännön työvälineitä iäkkäiden kaatumisten ehkäisyn toteuttamiseksi ja toimintakäytäntöjen käyttöönoton sekä pysyvän toiminnan aikaansaamisen tueksi. IKINÄ-opas on tarkoitettu kaikkien iäkkäiden parissa työskentelevien käyttöön ammattiryhmästä, työtehtävästä tai toimipaikasta riippumatta ja se perustuu uusimpaan tutkimustietoon ja kliinisessä käytännössä testattuihin hyviin toimintatapoihin. Kehittämiskysymykseksi muodostui, miten potilaiden kaatumistapaturmia voidaan ennaltaehkäistä osastolla?

4.1 Kaatumistapaturmat (suunnittelu)

Kaatuminen voidaan määritellä odottamattomaksi tapahtumaksi, jonka seurauksena ihminen joutuu maahan tai muualle alemmalle tasolle (Saari 2007, 202). Kun kaatuminen tapahtuu samalla tasolla, ne voidaan jaotella liukastumisiin, kompastumisiin, muihin ulkoisen syyn aiheuttamiin kaatumisiin ja kaatumisiin ilman ulkoista syytä (Honkanen, Luukinen, Luthje, Nurmi-Luthje & Palvanen 2008, 9). Kaatuminen on yleinen iäkkäille ihmisille sattuva tapaturma, joka aiheuttaa usein vakavia seurauksia sekä yksilölle että yhteiskunnalle. Iäkkään ihmisen kaatuminen johtaa yhä useammin sairaalahoitoon, josta koituu huomattavia kustannuksia. Lisäksi kaatumiset ja niiden seuraukset heikentävät iäkkään terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. (Saari 2007, 202.)

Kaatumisen todennäköisyys lisääntyy iän myötä. Yli 65-vuotiaista joka kolmas ja yli 80-vuotiaista joka toinen kaatuu vähintään kerran vuodessa. 65 vuotta täyttäneiden tapaturmista 80 prosenttia on seurausta kaatumisesta tai matalalta putoamisesta. Aikaisempi kaatuminen altistaa merkittävästi uudelle kaatumiselle ja kerran kaatuneista puolet kaatuu uudelleen. Valta osa iäkkäiden kuolemaan johtaneista tapaturmista on kaatumisia. 65 prosenttia miesten tapaturmakuolemista aiheutuu kaatumisesta. Tapaturmaisesti kuolee vuosittain kaikkiaan noin

1300 yli 65 -vuotiasta suomalaista. 2000-luvulla tapaturmakuolemien määrä on pysynyt tasaisena, jota osittain selittää iäkkäiden parantunut terveys ja kehittynyt sairauksien hoito. (Pajala 2012, 7, 9.)

Kaatumisten yleisyyteen vaikuttaa myös se, asuuko iäkäs kotona vai laitoksessa. Kotona asuvien iäkkäiden kaatumisista 40 % tapahtuu kotona. Kaatumisten osuus suurenee iän lisääntyessä. Vaikka laitoksissa asuvien liikkuminen on vähäisempää, laitoksessa kaatumisriski on noin viisinkertainen kotona asuvaan ikätoveriin verrattuna. Sairaalassa iäkkäiden ihmisten kaatumisten määrä sijoittuu kotona asuvien ja laitoksessa asuvien määrän välille. Laitoksissa kaatumisten määrä vaihtelee osaston luonteen mukaan ja akuutti- sekä kuntoutusosastoilla kaadutaan enemmän kuin pitkäaikaisosastoilla. (Hartikainen & Jäntti 2001, 282.) Jopa 46 prosenttia akuuttihoitossa tai kuntoutuksessa olevista potilasta kaatuu hoidon aikana ja psykiatrisissa sairaaloissa potilaista on kaatunut yhden tai useamman kerran jopa 36 prosenttia (Tideiksaar 2005, 9).

Kaatumisia sattuu naisille miehiä useammin. Kaatumisten yleistymisen syyksi arvioidaan ikääntyneiden ihmisten määrän lisääntyminen. Suuri kaatumisten määrää sairaalassa tai laitoksissa on selitetty sillä, että he ovat sairaampia sairaalassa kuin kotona asuvat. Myös iäkkäille sopimaton laitosympäristö voi lisätä kaatumisriskiä. Sairaalan tullessa iäkäs on usein heikkokuntoinen tai sekava ja hänellä on akuutti sairaus. Myös kaatumisten aktiivisempi raportointi sairaaloissa kuin kotona voi olla osasyynä kaatumisten suureen määrään. Naiset altistuvat kaatumisille useammin, koska monet iäkkäät naiset asuvat yksin ja hoitavat päivittäiset askareet usein omatoimisesti. (Saari 2007, 203; Hartikainen & Jäntti 2001, 282.)

Iän myötä keho ei enää kestä kaatumista yhtä hyvin kuin nuorena. Hoivakodeissa ja sairaalahoitossa kaatumisista joka toinen aiheuttaa jonkinlaisen vamman ja joka kymmenes iäkäs saa kaatumisesta vakavan vamman. Kotona asuvien iäkkäiden kaatumisista 20 - 30 prosenttia johtaa vammaan, joka vaatii hoitoa. Kaatumis- ja putoamistapaturmat aiheuttavat 75 - 84-vuotiaille yli 14000 sairaalan vuodeosastohoitojaksoa vuosittain. Yli 85 -vuotiailla vastaavasti yli 11000 hoitojaksoa. Toipuminen on usein hidasta ja vamma voi heikentää pysyvästi toiminta- tai liikkumiskykyä. Iäkkäiden kaatumisista 2 - 3 prosenttia johtaa lonkkamurtumaan. Lonkkamurtumapotilasta 12 - 37 prosenttia kuolee vuoden kuluessa murtumasta ja joka kolmannes joutuu siirtymään kotoa laitoshoidon. (Pajala 2012, 10 - 12.) Erityisesti toistuvat kaatumiset ovat fyysisten ja psyykkisten vammojen suurimpia aiheuttajia ja ne voi johtaa ajoittaisiin liikkumattomuuden kausiin sekä komplikaatioiden seurauksena ennen aikaiseen

kuolemaan (Tideiksaar 2005, 10). Panula (2010, 49) on tutkinut väitöskirjassaan 461 iäkästä lonkkamurtumapotilasta, joita hoidettiin kirurgisesti vuosina 1999 - 2000. 42 % lonkkamurtumista tapahtui laitoksessa. Näistä lonkkamurtumapotilasta 79 % oli laitoksessa lyhytaikais-hoidossa.

Akuuttia sairaalahoitoa vaatineiden kaatumisvammojen kustannukset yli 64 -vuotiaiden hoidossa olivat arviolta 39 miljoonaa euroa Suomessa vuonna 2000. Lonkkamurtumien osuus näistä oli 82 prosenttia ja naisten hoidon osuus oli 85 prosenttia kustannuksista. Lonkkamurtumapotilaan hoidon kustannukset ovat 19150 euroa/potilas vuoden 2010 kustannustason mukaan. (Pajala 2012, 14.)

Vanhusten kaatumiset ovat monimutkaisia tapahtumia, joiden taustalla on joukko sekä sisäisiä että ulkoisia tekijöitä (Tideiksaar 2005, 26). Mitä vanhemmasta henkilöstä on kyse, kaatuminen johtuu sitä todennäköisemmin sisäisistä tekijöistä. Hyvin iäkkäille henkilöille pieni-kin ulkoinen tekijä voi toisaalta olla aiheuttamassa kaatumisen. (Hartikainen & Jäntti 2001, 281 - 284.)

Kaatumisia aiheuttavia sisäisiä tekijöitä ovat muun muassa äkilliset tai pitkäaikaiset sairaudet, lääkehoito tai ikääntymisen fysiologiset muutokset. Kaatumisille altistavia ulkoisia tekijöitä ovat muun muassa fyysiseen ympäristöön, valaistukseen tai jalkineisiin liittyvät tekijät. (Tideiksaar 2005, 26 - 27.) Häikäistyminen on vaarana kaatumiselle erityisesti laitoksissa. Iän mukana tasapainojärjestelmässä tapahtuu useita muutoksia, jotka lisäävät vanhuksen kaatumisen riskiä. (Hartikainen & Jäntti 2001, 281 - 284.) Tasapainon säilyttäminen vaatii muun muassa keskushermoston, lihasten ja luuston yhteistoimintaa sekä riittävää näkökykyä, asennotuntoa ja nivelten joustavuutta. Vanhetessa kehoa korjaavat liikkeet hidastuvat ja siksi kompastuessa, horjahtaessa tai kaatumista välttäässä tasapainoon pääseminen on vaikeampaa. (Tideiksaar 2005, 30, 32.)

Iäkäs kaatuu usein kävellessä. Liikkumisen voi tehdä epävarmaksi nivelrikko, joka heikentää sekä asennon että tasapainon säilyttämistä. Myös erityisesti naisille yleinen, heikko lihasvoima, vaikeuttaa tasapainon ylläpitämistä. Myös monet sairaudet sekoittavat askellusta ja vaikeuttavat katseen kohdistamista. Tasapainohäiriöt ja kaatumiset ovat ongelma esimerkiksi halvauksissa, Parkinsonin taudissa ja dementoituneilla. (Hartikainen & Jäntti 2001, 284.)

Lääkityksessä erityisesti polyfarmasia eli usean lääkkeen samanaikainen käyttö altistaa kaatumisille, koska monien lääkkeiden yhtäaikaisessa käytössä kaikkien valmisteiden sivu- ja yh-

teisvaikutuksia on vaikea hallita. Erityisesti iäkkään kaatumiselle altistavat verenpainetta alentavat lääkkeet, psyyken- ja kipulääkkeet. (Hartikainen & Jäntti 2001, 286.) Psykyklilääkkeiden käyttö lisää kaatumisen vaaran kaksin-kolmin kertaiseksi. Rauhoittavat lääkkeet hidastavat tasapainon palauttamiseen tarvittavan korjausliikkeen käsittelyä aivoissa, ja siksi horjahdus johtaa helpommin kaatumiseen. Rauhoittavat lääkkeet altistavat kaatumisille myös siksi, että ne aiheuttavat lihasheikkoutta. Masennuslääkkeisiin kuuluvat serotoniinin aineenvaihduntaan vaikuttavat lääkkeet, monoamiinioksidiaasin estäjät ja trisykliset masennuslääkkeet lisäävät kaatumisen vaaraa joko aiheuttamalla ortostaattista hypotoniaa tai laskemalla natrium-arvoja. Sydän- ja verenpainelääkkeistä erityisesti nesteenpoistolääkkeet, ACE-estäjät, beetasalpaajat ja kalsiumsalpaajat voivat altistaa iäkkään ortostaattiselle hypotonialle. Tulehduskipulääkkeet puolestaan voivat aiheuttaa huimausta. (Jäntti 2008, 293 - 296.)

4.2 Kaatumisten ehkäisy sairaalassa

Kaatumiset ovat usein ennustettavissa ja ne johtuvat yleensä joko yksilöllisistä tekijöistä tai ympäristötekijöistä. Ne voivat esiintyä joko erillään tai yhteydessä toisiinsa. Rajoittamalla tai poistamalla kaatumiseen liittyviä riskitekijöitä, voidaan kaatumisia vähentää tai ehkäistä kokonaan. Ennaltaehkäisevien toimenpiteiden toteuttaminen edellyttää terveydenhuollon työntekijältä sekä ymmärrystä sekä kaatumisolosuhteesta että kaatumisriskiin vaikuttavista tekijöistä. (Tideksaar 2005, 11 - 12.) Yhdistämällä sekä ikääntyvän toimintakykyä että ympäristöä tukevia ja parantavia toimenpiteitä, saavutetaan kaatumisten ennaltaehkäisyn kannalta tehokkain tulos (Saari 2007, 209).

Kun eri tekijöitä osataan katsoa asiantuntevasti eri näkökulmista, monet kaatumiseen johtavista tekijöistä voidaan korjata. Kaatumisriskiä ja kaatumisten kliinistä arviointia varten on kehitettävä järjestelmällinen menetelmä sekä suunniteltava tarvittavat toimintastrategiat. Kaatumisten ennaltaehkäisyssä hyväksi toimintatavaksi ovat osoittautuneet riskien ja riskialttiiden potilaiden systemaattinen tunnistaminen ja asioihin puuttuminen. Kun potilas on tullut sairaalaan, riskinarviointi tulisi tehdä heti ja aina hänen tilanteensa muuttuessa tai siirtyessä toiseen sairaalayksikköön. Työntekijöiden on sitouduttava vakavasti kaatumisongelman ratkaisemiseen omassa ympäristössään kehittämällä sopivia kliinisiä ohjelmia. (Tideksaar 2005, 11 - 12, 140.)

Laaja-alainen kaatumisen ehkäisy kohdistuu useisiin vaaratekijöihin samanaikaisesti ja vähentää merkittävästi kaatumisia ja kaatumisen vaaraa. Kapea-alainen kaatumisten ehkäisy kohdistuu yksittäiseen vaaratekijään. Kaatumisia estävät ja vähentävät ohjelmat ovat monitekijäisiä ja yksilöllisesti suunniteltuja. Myös riskiryhmään kohdistuvat kapea-alaiset toiminnot alentavat kaatumisvaaraa, vähentävät kaatumisia ja ovat usein kustannustehokkaampia kuin monitekijäiset ohjelmat. (Vaapio 2009, 24 - 25.)

Kaatumista ehkäisevien toimintasuunnitelmien tavoitteena on lieventää tai poistaa kaatumisille altistavia tekijöitä tarkoituksenmukaisin toimenpitein. Sen tavoitteena on myös helpottaa tai pitää yllä vanhuksen itsenäistä liikkumista. Hyvät toimintasuunnitelmat perustuvat riskitekijöiden ja kaatumisen syiden tuntemukseen. Nämä voidaan jakaa lääkitystä, kuntoutusta ja ympäristöä koskeviin suunnitelmiin ja useimmiten kaatumiselle alttiiden vanhusten hoitamiseen sisältyy osa-alueita jokaisesta luokasta. Kaatumisia ehkäisevät toimenpiteet voidaan jakotella henkilökuntaan, potilaaseen tai ympäristöön liittyviin. (Tideiksaar 2005, 68, 140.)

Ulkoisten vaaratekijöiden poistaminen tai vähentäminen on tärkeä osa kaatumisten ehkäisyn kokonaisuutta sairaalaympäristössä. Sairaalaympäristön turvallisuuden ja ulkoisten vaaratekijöiden kartoituksessa on keskeistä tehdä arviointi moniammatillisena yhteistyönä, jossa on mukana lääkäri, fysioterapeutti sekä hoitohenkilöstöä. Sairaalaympäristön turvallisuudessa on keskeistä, että istuinten ja sängyn korkeus säädetään yksilöllisesti siten, että siirtymiset eivät aiheuta vaaratilanteita. Tilojen valaistuksen tulisi olla riittävä ja tarkoituksenmukainen sekä päivällä että yöllä. Lattiapintojen tulee olla luistamattomat ja niiden pinnat puhtaana nesteistä. Kulkuväylien tulee olla vapaat kompastumisten ehkäisemiseksi. (Pajala 2012, 52.)

Apuvälineet ovat keskeisiä liikkumisen turvaamisessa. Apuvälineen tulisi olla yksilöllisesti valittu, toimiva ja säännöllisesti huollettu, jotta se ei altista potilasta lisää kaatumisille. Apuvälineen käytön opettaminen ja käytöstä muistuttaminen vaatii erityistä huomiota muistisairailta iäkkäillä potilailla. (Pajala 2012, 57.) Kaikissa potilaiden käyttämissä kengissä tai tossuissa on oltava pitävä pohja ja niiden on oltava sopivan kokoiset (Tideiksaar 2005, 73). Myös kaatumistapaturmissa syntyviä vammoja voidaan ehkäistä tai lieventää. Kaaduttaessa laiheet vaatteet vähentävät suojaavaa kerrosta kovan lattiapinnan ja reisiluun yläosan välillä. Luuhun kohdistuvaa iskua voidaan vaimentaa lonkkasuojaimilla. Niiden käyttö on erityisen tärkeää henkilöille, jotka kaatuilevat toistuvasti. (Honkanen 2008, 32.)

Sairaalaan tullessa iäkäs on usein heikkokuntoinen tai sekava, ja sen vuoksi potilaan kaatumisvaara on suuri. Toimet iäkkään potilaan kaatumisten ehkäisemiseksi on aloitettava välittömästi sairaalaan tultua. Muutokset potilaan tilassa sairaalassa oloaikana vaikuttavat myös kaatumisalttiuteen. Tämä tulee huomioida kaatumisten ehkäisyssä koko sairaalassa oloajan. Hoidon turvallisuus voi vaarantua, mikäli kaikki hoitoon osallistuvat eivät noudata ohjeita tai sovittuja käytäntöjä, kuten kaatumisen ehkäisyä. Hoidon turvallisuuteen kuuluu, että hoitohenkilöstö osaa tunnistaa kaatumiselle altistavat tilanteet. Kaatumisten ehkäisyssä on tärkeää, että henkilökuntaa koulutetaan potilaan kaatumisvaaran arviointiin, ehkäisytoimien suunnitteluun ja toteutukseen. Koulutus tulisi uusien säännöllisin väliajoin ja koulutukseen tulisi osallistua myös uudet työntekijät. (Pajala 2012, 125 - 127.)

Kaatumisten ehkäisyssä tarvitaan sekä yleisiä toimintaperiaatteita että potilashoidon käytäntöjä. Käytännön hoitotyössä yleiset toimintaperiaatteet määrittävät miten, millä resursseilla ja millaisessa ympäristössä mahdollistetaan tehokas ja tulokellinen kaatumisten ehkäisy. Potilashoidon käytännöillä taas tarkoitetaan yhteisesti sovittuja toimintaperiaatteita kaatumisten ehkäisyn toteuttamiseksi. Kaatumisvaaran arvioinnissa tulee käyttää luotettavaa arviointimittaristoa. (Pajala 2012, 126 - 128.)

Kohtuullinen liikunta suojaa ikääntyneitä ihmisiä kaatumistapaturmilta. Riittävä lihasvoima on perusedellytys turvalliselle liikkumiselle. Kaatumisten ehkäisyssä hyvä fyysinen kunto on tärkeässä asemassa. Se edistää ikääntyvää kaatumistapaturmista toipumista. Fyysinen harjoittelu ja liikunta auttavat kaatumisen riskitekijöihin, kuten liikkumiskyvyn ja lihasvoiman vahvistamiseen ja tasapainon parantamiseen. Akuutin sairauden yhteydessä liikuntakyky voi heiketä ja toipumisvaiheessa tulee kiinnittää huomiota liikuntakyvyn palautumiseen. Liikuntakyvyn ja kaatumisten ehkäisyn näkökulmasta on tärkeää kiinnittää huomiota alaraajojen ja pylväsentoa ylläpitävään harjoitteluun. (Saari 2007, 209.)

Iäkkään sairaalapotilaan kaatumisten ehkäisyyn kuuluu päivittäinen liikkuminen sekä liikuntaharjoittelu. Vuoteesta tulee nousta ylös heti, kun potilaan tila sen sallii. Lyhytkin vuodelepojako heikentää iäkkään kuntoa ja vähentää lihasvoimaa. Ortostaattisesta hypotensiosta johtuvan kaatumisalttiuden välttämiseksi on tärkeää, että potilas nousee vuoteesta rauhallisesti ja seisoo hetken paikoillaan ennen liikkeelle lähtöä. Jos liikkuminen tuntuu ensin epävarmalta, on harkittava liikkumisen apuvälineen hankkimista. Iäkkäiden sairaalapotilaiden kaatumisten ehkäisyn yleisten toimintaperiaatteiden mukaan liikkumisen rajoittamisesta on oltava yhteinen käytäntö. Rajoittamista harkittaessa on keskusteltava aina potilaan ja tai

omaisten kanssa. Liikkumisen rajoittaminen ei ehkäise kaatumisia. Siksi se ei ole syy rajoittamisen käyttöön. (Pajala 2012, 126 - 127.)

Sotkamon terveyskeskussairaalan kaatumistapaturmien yleisyyttä olen kuvannut luvussa 2.8. Ikääntymisestä ja akuutista sairastumisesta johtuen usean osaston potilaan tasapaino on heikentynyt ja alttius kaatumistapaturmille uudessa ympäristössä on suuri. Muistisairas potilas ei osaa hälyttää apua liikkeelle lähtiessään tai kykene arvioimaan liikuntakykyään realistisesti. Nämä ovat tekijöitä, jotka voivat johtaa potilaan liikkumisen rajoittamiseen tarpeettomasti. Potilaat tarvitsevat paljon seurantaa ja valvontaa, jotta turvallinen liikkuminen voidaan varmistaa ja potilaan kaatuminen ehkäistä tukemalla liikkumista. Liikuntakyvyn tai kaatumisvaaran arvioimiseksi osastolla ei ole ollut yhteisesti sovittua toimintakäytäntöä. Potilaiden sijoittamisessa on pyritty huomioimaan paljon valvontaa tarvitsevat potilaat. Jokaiselle potilaalle sopivan kokoisten sairaalakenkien löytyminen on ollut haasteellista. Toimintakyvyn säilyttämiseksi potilaan kuntoutus on pyritty aloittamaan mahdollisimman pian sairauden akuutin vaiheen jälkeen.

4.3 Potilaan kaatumisvaaran arviointi FRAT-mittarilla, kaatumisvaaran arviointiin ja kaatumista ehkäiseviin toimiin liittyvän toimintaohjeen suunnittelu sekä toteutus (toiminta)

Vanhusten kaatumisvaaran arviointi perustuu yksilöllisten vaaratekijöiden tunnistamiseen ja arvioinnin tavoitteena on tunnistaa kaatumisille riskialttiit henkilöt riittävän varhain (Mänty, Sihvonen, Hulkko & Lounamaa 2006, 28). Arviointiin on kehitetty erilaisia työvälineitä ja mittareita, jotka voidaan jakaa kolmeen luokkaan. Näitä ovat itsearvio ja ammattilaisen tekemä haastattelu tai havainnointi, toiminta- tai liikkumiskykyä mittaavat toiminnalliset testit sekä kaatumisalttiutta laajasti kartoittavat mittarit ja testistöt. (Pajala 2012, 106.)

Kysymällä iäkkäältä, onko hän kaatunut viimeisen 12 kuukauden aikana, voidaan yksinkertaisimmin selvittää kaatumisalttiutta. Koska kaatumisalttiuteen vaikuttaa myös muut tekijät kuin kaatumishistoria, ei ole luotettavaa arvioida kaatumisvaaraa pelkästään kysymällä. Kaatumisvaaran arvioinnissa tulisi siksi käyttää sellaista arviointimittaria, joka kartoittaa tärkeimmät kaatumisalttiutta lisäävät tekijät. Lyhyt kaatumisvaaran arviointimittari -FRAT (liite 13) on tarkoitettu iäkkäiden kaatumisvaaran arviointiin hoivapalveluissa ja sairaalassa. Lyhyt kaatumisvaaran arviointimittari -FRAT pohjautuu australialaiseen Falls Risk Assessment Tool (FRAT-Screening component) -mittariin. Sen on kehittänyt Peninsula Health Falls Preventi-

on Service ja suomenkielisen käännöksen on tehnyt THL. Lyhyessä kaatumisvaaran arvioinnissa kartoitetaan potilaan kaatumishistoria, lääkitys, henkinen tila sekä kognitio/muisti. Mittari sisältää suositukset toimenpiteistä kaatumisvaaran (lievä/kohonnut/erittäin korkea) mukaan, sekä antaa ohjeet jatkotoimiin. Mikäli kaatumisvaara on kohonnut tai erittäin korkea, jatkotoimenpiteenä pitäisi tehdä kaatumisvaaran arviointi IKINÄ -lomakkeella eli laaja kaatumisarviointi. (THL 2013.)

Tässä kehittämistyössä kokeillaan FRAT -kaatumisvaaran arviointimittarin käyttöönottoa osastollemme kaatumistapaturmien ennaltaehkäisemiseksi. FRAT -kaatumisvaaran arviointimittaria esiteltiin ja sen avulla tehtävän arvioinnin tekemiseen annettiin ohjausta osastotunnilla projektiryhmän jäsenen opastuksella. Lisäksi mittarin käyttöönoton tiedottaminen ja ohjaaminen kuului jokaiselle projektiryhmäläiselle. Arviointimittari ohjeistuksineen oli koottu omaksi kansioksi, ja se oli jokaisen hoitotyöntekijän tutustuttavana. Kansio sisälsi myös IKINÄ -oppaan listan, jossa on lueteltu kaatumisvaaraa lisäävät lääkkeet, niiden vaikuttavat aineet sekä mekanismit, joilla lääke voi vaikuttaa potilaan kaatumisvaaraan.

Arviointimittarin testauksen aikana kaatumisvaaran arviointi pyrittiin tekemään jokaiselle osastolle tulevalle uudelle potilaalle, viimeistään kahden vuorokauden sisällä potilaan osastolle saapumisesta. Arvioinnin toteuttaminen kuului jokaiselle hoitotyöntekijälle. Mikäli kaatumisvaaran arviointia tehtäessä hoitajalla ei ollut käytettävissä potilaasta tehtyä MMSE -testin (Mini-Mental State Examination) tulosta, olimme sopineet, että kognition/muistin arvioimiseksi jokainen hoitotyöntekijä esittää muistia mittaavia kysymyksiä hoitotoimien yhteydessä. Muistia mittaavia kysymyksiä ei ollut yhteisesti etukäteen laadittu. Tässä vaiheessa halusimme keskittyä lyhyen kaatumisvaaran arviointien toteuttamiseen ja käyttöönottoon, emmekä ottaneet käyttöön laajaa kaatumisvaaran arviointia, vaikka se pistemäärien perusteella olisi ollut potilaan hoidon jatkotoimenpiteenä. Kaikille iäkkäille ei ole kuitenkaan tarkoitukseenmukaista tehdä laajaa kaatumisvaaran arviointia (THL 2013). Tässä vaiheessa emme noudattaneet arviointimittarin suosittelomia toimenpiteitä muiltakaan osin.

Lisäksi laadimme toimintaohjeen, joka sisältää käytännön toimintaohjeita FRAT -arvioinnin toteuttamiseen ja osastolla kaatumistapaturmia ehkäiseviin toimiin liittyen (liite 14). Ohjeen laadintaan osallistui osa projektiryhmästä. Toimintaohjetta laatiessa taustalla oli IKINÄ-opas, jossa esitellään toimintakäytäntöjä kaatumisten ehkäisemiseksi eri toimintaympäristössä. Toimintaohjeeseen kokosimme sairaalapotilaan kaatumisen ehkäisyn yleisistä toimintaperiaatteista ja potilaan turvallisuutta lisäävistä ja kaatumista ehkäisevistä hoitokäytännöistä ne

asiat, jotka näimme keskeisinä osastomme kaatumistapaturmien ehkäisyssä. Toimintaperiaatteiden ja hoitokäytäntöjen valintaa ohjasi osaltaan oman työyksikön kaatumisiin liittyvien HaiPro ilmoitusten tarkastelu.

Toimintaohjeessa kaatumisvaaran arviointi ohjeistettiin tekemään kaikille osastolle tulleille uusille potilaille. Kaatumisvaaran arvioinnissa saatu pistemäärä merkittiin potilaan nimirannekkeeseen keltaisella tai punaisella merkillä riippuen potilaan kaatumisvaarasta. Tämän tarkoituksena oli, että potilaan kaatumisvaara osataan huomioida koko henkilökunnan toimesta aikaisempaa paremmin. Arvioinnissa saatu pistemäärä merkittiin myös potilaskertomukseen ennalta sovittuun kohtaan.

Toimintaohje sisälsi toimintaperiaatteita ja käytäntöjä liittyen potilaan hoitoympäristöön, apuvälineisiin, lääkityksen, ravitsemuksen ja liikkumisen arviointiin sekä erilaisiin tutkimuksiin liittyen. Toimintaohjeeseen oli eroteltu, mitkä toimet kuuluvat kohonneen kaatumisriskin potilaille ja mitkä erittäin korkean kaatumisriskin potilaille. Saatujen pistemäärien perusteella kaikki toimintaohjeessa olevat toimet kirjattiin potilaan hoitosuunnitelmaan toteutettavaksi. Toisessa syklissä toteutimme FRAT -kaatumisvaaran arviointeja ja laadittua toimintaohjetta. Tarkkaa seuranta tehdystä potilaiden kaatumisvaaran arvioinneista ei tehty. Arviolta niitä tehtiin noin kaksikymmentä.

4.4 FRAT -mittarin käytettävyyden ja toimintaohjeen soveltuvuuden selvittäminen fokusryhmähaastattelun avulla

FRAT -kaatumisvaaran arviointimittarin sekä toimintaohjeen käytettävyyttä osastolla selvitettiin fokusryhmähaastattelun avulla. Lisäksi selvitettiin, kuinka potilaiden kaatumistapaturmia voidaan jatkossa ehkäistä.

Ryhmähaastattelun yhtenä muotona voidaan käyttää niin kutsuttua fokusryhmähaastattelua, jonka tavoitteena on saada keskustelun avulla tietoa tutkimusaiheesta ja hakea vastauksia tutkimusongelmaan. Se on menetelmänä joustava ja siksi se soveltuu vastaamaan erilaisiin tutkimuskysymyksiin. Fokusryhmähaastattelu on haastattelijan ylläpitämä ryhmäkeskustelu, jonka avulla pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ja tavoitteena erilaisten näkökulmien esille saaminen. Sen avulla ei kerätä tietoa vain siitä, mitä on tapahtunut, vaan myös siitä, miten, miksi ja minkälaisia näkemyksiä, kokemuksia, asenteita ja odotuksia osallistujilla on.

(Mäntyranta & Kaila 2008, 1507; Sipilä, Kankkunen, Suominen & Holma 2007, 307.) Fokusryhmähaastattelu menetelmänä soveltuu kehittämistyöhön (Mäntyranta & Kaila 2008, 1512).

Fokusryhmähaastattelu tapahtuu valikoidussa ryhmässä, jossa haastattelija pitää keskustelua yllä ennalta suunnitellun haastattelurungon pohjalta. Ryhmään pyritään saamaan haastateltavia, jotka pystyvät tuomaan tutkittavaan asiaan erilaisia näkemyksiä. Haastateltavien valinnassa tavoitteena ei ole tilastollinen edustettavuus. (Mäntyranta & Kaila 2008, 1509 - 1510.) Avoimet kysymykset mahdollistavat haastateltavien vastaamisen ilman rajoitteita ja antavat haastateltaville mahdollisuuden kommentoida, selittää sekä jakaa kokemuksia ja suhtautumistapoja (Sipilä ym. 2007, 306).

Fokusryhmähaastattelu sijoittuu osallistuvan havainnoinnin ja strukturoidun yksilöhaastattelun välimaastoon, jossa on yhdistettynä piirteitä molemmista. Fokusryhmähaastattelua voidaan käyttää sekä itsenäisenä tutkimusmenetelmänä tai yhdistettynä johonkin toiseen menetelmään. Sen avulla voidaan esimerkiksi syventää jollain toisella menetelmällä hankittua aineistoa tai paneutua epäselviksi jääneisiin asioihin. Muista ryhmähaastatteluista fokusryhmähaastattelu eroaa siten, että niissä käytetään ryhmän vuorovaikutusta tuottamaan esiin tietoa jota ei muuten saataisi. Haastattelussa ryhmän jäsenet voivat oppia toistensa kokemuksista. Pieni haastatteluryhmä mahdollistaa spontaanin ilmaisemisen tuntemuksista ja kokemuksista sekä mahdollisuuden jatkaa keskustelua siitä, mihin ryhmän toinen jäsen jäi. (Sipilä ym. 2007, 306 - 307; Mäntyranta & Kaila 2008, 1507.)

Fokusryhmähaastattelulla saatu aineisto kirjoitetaan tekstiksi eli litteroidaan. Se, kuinka tarkkaan aineisto litteroidaan, riippuu tutkimuskysymyksestä. Tutkittaessa ihmisten mielipiteitä ja näkemyksiä, aineiston sanatarkka litterointi on riittävä. Jos tutkitaan taas esimerkiksi ryhmän vuorovaikutusta, on tarpeen tarkempi litterointi, jossa kirjataan tarkkaan muun muassa päälle puhumiset ja tauot. Fokusryhmähaastattelun tuloksia ei esitetä numeroina vaan esimerkiksi luokiteltuina teema-alueina, jotka nimetään ja joiden sisältö kuvataan. Pienestä aineistosta ei ole järkevää raportoida kuinka moni oli jotakin mieltä. Numeerinen esitystapa luo helposti virheellisen mielikuvan aineiston yleistettävyydestä, ja sen vuoksi tulososassa esitetyt mielipiteet kuvataan tekstinä ja suorina lainauksina. (Mäntyranta & Kaila 2008, 1511.)

Fokusryhmähaastattelu toteutettiin kahdessa ryhmässä. Toiseen haastatteluun osallistui viisi hoitotyöntekijää ja toiseen neljä. Haastattelun toteuttamiseksi työvuorolistaan oli suunniteltu etukäteen päivä, jolloin haastattelut toteutetaan. Haastatteluun valikoitui sellaiset hoitotyön-

tekijät, jotka olivat kyseessä olevana päivänä töissä ja olivat suorittaneet kaatumisen arvioin-
teja FRAT-mittarilla ja toteuttaneet toimintaohjetta. Haastattelujen kestot olivat 25 minuuttia
ja 17 minuuttia. Fokusryhmähaastattelua varten olin laatinut ennakkoon kolme avointa ky-
symystä, jotta varmistin keskustelun jäsennellyn eteenpäin viemisen. Haastattelukysymykset
nousivat tutkimuskysymyksen ja toteutetun toiminnan pohjalta (liite 15). Haastattelutilanteis-
sa ilmapiiri oli avoin ja vapaa. Haastateltavat keskustelivat tasavertaisessa suhteessa, eikä ku-
kaan hallinnut korostetusti aktiivisuudellaan keskustelua. Haastateltavat toivat avoimesti esiin
omia mielipiteitään. Haastattelulla haluttiin kerätä aineistoa myös kehittämistyön jatkumisek-
si.

Fokusryhmähaastattelulla saamani aineiston litteroin ensin sanasta sanaan word -tiedostoksi.
Aukikirjoitettua tekstiä tuli yhteensä 8,5 sivua. Tämän jälkeen luin aukikirjoitettua tekstiä
useaan kertaan läpi peilaten tekstiä samalla haastattelukysymyksiin. Lukemisen ja analyysin
teon helpottamiseksi tulostin tekstin paperiversioksi. Aineiston laadun perusteella analyysiyk-
siköksi määrittyi lause tai kappale. Alleviivasin aineisosta tärkeät ilmaisut ja koodasin ne yk-
kösestä eteenpäin. Numeroidessani käytin kolmea eri väriä riippuen siitä, mihin haastattelu-
kysymykseen ilmaus vastasi. Haastattelun eteneminen ei kuitenkin noudattanut tarkkaan
haastattelukysymyksiä vaan etsin koko aineistosta kuhunkin kysymykseen sopivat ilmaukset.
Tekstin alkuperäisistä ilmauksista karsin epäoleelliset sanat pois ja muodostin pelkistetyn il-
mauksen. Tämän jälkeen yhdistin samankaltaiset pelkistetyt ilmaukset ja nimesin sisältöä ku-
vaavalla ilmauksella.

4.5 FRAT-mittarin ja toimintaohjeen kokeilun tulokset (havainnointi)

Fokusryhmähaastattelun sisällönanalyysin tuloksina FRAT-mittarin käytettävyyttä kuvaaviksi
teemoiksi muodostuivat **lomakkeen soveltuvuus osastolle**, **FRAT-arvioinnin toteuttami-**
nen ja **FRAT-mittarin pisteytys**.

Lomakkeen soveltuvuus osastolle -teema muodostui haastateltavien ilmauksista, joissa he
totesivat lomakkeen olevan selkeän ja soveltuvan osaston käyttöön. Haastattelusta nousi esil-
le, että arvioinnin tekemisessä erityisesti lääkityksen katsominen ja henkisen tilan arviointi on
helppoa, kun potilasta on itse hoitanut. Sen sijaan muistisairaana kaatumishistorian selvittämi-
nen koettiin vaikeaksi.

”no minusta tämä on hyvä tällaisena tämmöisennään niinku meidän käyttöön että varmasti ne keskeiset asiat löytyy tästä”.

FRAT-arvioinnin toteuttaminen sisälsi kokemuksia sekä FRAT-arvioinnin ajankohdan valintaan että arvioinnin toistamiseen liittyen. Hoitajat totesivat, että pisteytystä olisi hyvä tarkistaa uudelleen ja erityisesti, jos potilas on kaatunut sairaalassaoloaikana. Arvioinnin ajankohdasta todetaan, että arviointi pitäisi tehdä heti alkuvaiheessa kun potilas saapuu osastolle, jotta siitä olisi hyötyä. Potilaan tulopäivänä arviointia ei kuitenkaan aina ehdi tekemään. Toisaalta haastattelussa myös todetaan, että pisteytyksen luotettavuus voisi parantua, jos potilasta seurattaisiin muutama päivä osastolla ennen arviointia.

...”ei siitä oo sitten nii paljon hyötyä jos se sitten vaikka viien vuorokauven kuluttua tehhään tai myöhemmin että parempi että tehtäs mahdollisimman pian”.

FRAT-mittarilla pisteytyksen arviointi koetaan helpoksi ja sen tekeminen koetaan kohtalaisen nopeaksi. Saatu pistemäärä voi kuitenkin olla harhaanjohtava.

...”ne pisteet on ollunna vähän harhhaan johtavia joittenki kohalla minusta, että kun on niinku yllättävää tai että oon aatellu että niinku on suuremmat nutpisteet että on paljon kaatumisia niin sitten kuitenkin ne pisteet onkin että on vaan se kohonnut riski ja kotona kaatuilee ihan tämän tästä, liian vähän lääkkeitä tai sitten ei oo mittää muistisairrautta...”

FRAT-mittarin ja kaatumisten ehkäisyä varten olevan toimintaohjeen merkitykseen ja hyödynnettävyyteen kaatumistapaturmien ehkäisyssä muodostui neljä teemaa: **FRAT-pistemäärien merkitseminen, toimintaohjeen käytettävyys, liikkumisen turvaaminen ja lääkityksen huomiointi.**

FRAT-mittarilla saatu pistemäärä merkittiin potilasrannekkeeseen joko keltaisella tai punaisella ympyrällä/alleviivauksella riippuen siitä, oliko kaatumisvaara korkea (keltainen) vai erittäin korkea (punainen). Potilasasiakirjoihin hoitosuunnitelmaan taas kirjattiin arvioinnilla saatu pistemäärä. Fokusryhmähaastattelusta nousi esille, että pistemäärien merkitseminen tulisi toteuttaa yksinkertaisemmalla tavalla, koska pistemäärät unohtuvat helposti. Mittarilla saatujen pistemäärien merkitseminen ”raporttilappuun” tai kanslian potilastauluun, parantaisi pistemäärien huomiointia, koska rannekkeesta pistemäärä ei tule huomioiduksi. Merkintä potilasrannekkeessa koettiin tulevan huonosti huomioiduksi. Toisaalta myös rannekkeeseen

ei aina ollut tehty merkintää kaatumisriskistä. Jos potilaalla olisi kokonaan erivärinen ranneke, kiinnittäisi se huomion vielä paremmin. Toisaalta haastattelussa nousi myös esille, että pistemäärien tarkistaminen rannekkeesta lisää myös potilasrannekkeen paikoillaanolon tarkistamista.

Toimintaohjeen käytettävyys teema liittyi toimintaohjeen hyödyntämiseen ja soveltamiseen liittyviin asioihin. Toimintaohje koettiin hyödylliseksi, ohjaavan toimintaa ja sisältävän kaatumisten ehkäisyyn liittyvät tärkeimmät asiat. Toimintaohjetta tulisi kuitenkin käyttää soveltaen kullekin potilaalle. Kaikki toimintaohjeessa olevat kaatumista ehkäisevät toimenpiteet eivät ole tarpeellisia kaikille potilaille vaan potilaskohtaisesti tulee miettiä, mitkä sopivat ja ovat hyödyllisiä juuri tietylle potilaalle.

Toimintaohjeen käytettävyyteen liittyen toimintaohjeessa koettiin olevan puutteita siltä osin, ettei se antanut selkeää ohjeistusta, milloin vuoteen laidat nostetaan ylös ja milloin jätetään alas. Jotta kaatumisen arvioinnista ja toimintaohjeesta saavutetaan riittävä hyöty, jokaisen tulisi opetella mittausten tekeminen ja toteuttaa niitä ehkäisykeinoja, jotka potilaan hoitosuunnitelmaan on suunniteltu.

Liikkumisen turvaamisen teema sisälsi asioita kaatumisen ehkäisyn huomiointiin ja apuvälineiden käyttöön liittyen. Se sisältää myös liikuntakyvyn selvittämiseen ja tarkkailuun liittyviä asioita. FRAT-mittarin ja toimintaohjeen käytön seurauksena hoitajat ovat huomioineet kaatumisen ehkäisyn aikaisempaa paremmin hoitotyötä toteuttaessaan, kun pisteet on nähty rannekeesta tai potilastietojärjestelmästä. Toimintaohjeen myötä tulee aikaisempaa yksilöllisemmin kiinnitettyä huomiota kunkin potilaan kaatumisen ehkäisykeinoihin.

”...kyllä tää niinku tuntuu että on enemmän kiinnittäny huomiota näihin asioihin ja paljoki enemmän ku mitä ennen tämän käyttöönottoa”

”...tarkentanu ite on sitä omaa toimintaa..”

Haastattelun perusteella hoitajat kokevat myös apuvälineiden käyttöön kiinnitettävän aikaisempaa enemmän huomiota. Huomio kiinnittyy oikeanlaisen apuvälineen valintaan sekä sen sijoittamiseen potilashuoneessa ja käytävällä. Apuvälineet tulevat lukittua käytön jälkeen ja sopivat jalkineet tulee huomioitua aikaisempaa paremmin käyttöön.

Arviointimittarin ja toimintaohjeen myötä aikaisempaa liikuntakykyä ja kaatumishistoriaa tulee kartoitettua entistä tarkemmin. Myös liikkumisen seuraaminen on tarkentunut, ja erityisesti silloin, jos potilas on saanut korkeat pistemäärät.

”...kyllähän sitä kun tietää että potilaalla on niinku aikasempia kaatumisia ollu niinku lähes päivittäin tai viikottain kotona ni kyllähän sitä niinku tarkemmin seurataan sitä liikkumista...”

Lääkityksen huomioinnin suhteen haastattelun tuloksissa oli ristiriitaisuutta. Osa hoitajista koki kiinnostavansa tarkempaa huomiota potilaan kokonaislääkitykseen aikaisempaa enemmän, kun taas osa kokee lääkitymisen huomioinnin jääneen vähäiseksi. Lääkityksen tarkistamisesta tulee hoitajan erikseen mainita lääkärintierolla.

Tulevaisuudessa osaston potilaiden kaatumistapaturmien ennaltaehkäisyssä teemoiksi nousevat **liikkumisen apuvälineet, potilaiden sijoittuminen osastolla, arviointimittarin ja toimintaohjeen toteutus, lääkitymisen tarkistaminen ja hoitohenkilökunnan määrä**. Kaatumistapaturmien ennaltaehkäisyssä pidetään tärkeänä, että jatkossa kiinnitetään aikaisempaa paremmin huomiota **apuvälineiden valintaan ja sijoittamiseen**. Apuvälineiden tulisi olla lukittuna ja sijoitettuna huoneissa ja käytävillä niin, että varmistetaan esteetön kulku. Liukastumisen estämiseksi tulisi käyttää ”jarrutossuja”. Sängynlaitojen nostaminen, lonkkahousut ja kypärät nähtäisiin jonkinlaisena turvana kaatumistapaturmien ehkäisyssä potilaille, joilla on kaatumishistoriaa.

Jatkossa osaston uudella ryhmäjaolla uskotaan voivan vähentää kaatumisia, koska potilaat ovat enemmän ”silmiensä alla”. Kaatumisten ehkäisyssä myös **potilaan sijoittaminen** osastolla tulisi huomioida. Potilaat joilla on käytössä useita apuvälineitä, ei tulisi sijoittaa samaan huoneeseen.

Fokusryhmähaastattelun perusteella kaatumisvaaran **arviointimittarin ja toimintaohjeen toteuttamista tulisi jatkaa tulevaisuudessakin** ja **lääkitymisen arviointi** ottaa lääkärintierolla enemmän esille. Kaatumisten ehkäisemiseksi myös **henkilökunnan määrää** vuoroon tulisi lisätä.

4.6 Potilaiden kaatumistapaturmien ennaltaehkäiseminen tulevaisuudessa (reflektio)

Fokusryhmähaastattelujen tulosten pohjalta voi todeta, että lyhyt kaatumisvaaran arviointimittari FRAT soveltuu osastomme potilaiden kaatumisvaaran arviointiin. Lomake on selkeä ja arviointi on helppo ja nopea toteuttaa.

Myös laadittu toimintaohje koetaan hyödyllisenä, kun sitä soveltaa kunkin potilaan kohdalla erikseen. Iäkkään potilaan kaatumisten ehkäisy tulee toteuttaa yksilöllisen suunnitelman mukaan. Tavoitteena on mahdollisimman monen kaatumisvaaran arvioinnissa ilmenneen vaaratekijän vähentäminen tai poistaminen. Kaatumisten ehkäisytöiden suunnitteluun tulisi osallistua potilas ja hänen omaisensa. Sairaalassa olleessa kaikkia tarvittavia toimia ei kuitenkaan ole mahdollista toteuttaa. Tällöin tulee arvioida mitkä ehkäisytoimet ovat tärkeimpiä ja mitä potilaan tila huomioden voidaan toteuttaa. (Pajala 2012, 126.)

Käsitykset FRAT -arvioinnin toteuttamisajankohdasta vaihtelivat. Pisteytyksen tekemisestä koettiin olevan kuitenkin eniten hyötyä, kun se tehdään osastojakson alkuvaiheessa. Kaatumisvaaran arviointi olisi tarpeellista toistaa, jos potilas kaatuu osastojakson aikana. Pajalan (2012, 125) mukaan kaikille sairaalaan tulleille potilaille tulisi tehdä kaatumisvaaran arviointi FRAT -mittarilla ja arviointi tulisi toistaa, jos potilaan tila oleellisesti muuttuu. Laitokseen tultuaan vanhuksat kaatuvat ensimmäisen viikon aikana, joka voi liittyä ympäristön vierautteen tai liikuntakyvyn heikkenemisestä johtuen akuutista sairaudesta (Tideiksaar 2005, 46).

Saatujen pistemäärien merkitseminen tulisi toteuttaa jatkossa nykyistä yksinkertaisemmalla tavalla. Rannekkeeseen tehtyyn väri -merkintään ei koettu kiinnitettävän riittävästi huomiota ja merkitsemistavan tulisi olla sellainen, että se tulee huomioduksi. Kaatumisvaaran tulos tulee saattaa kaikkien potilaiden hoitoon osallistuvien tietoon ja käytetty merkintä tulee sopia yhteisesti (Pajala 2012, 128).

FRAT -mittarin ja toimintaohjeen käytön seurauksena kaatumisten ehkäisyyn tulee kiinnitettyä huomiota aikaisempaa enemmän ja ehkäisykeinojen miettiminen kunkin potilaan kohdalla on yksilöllisempää. Potilaiden liikkumisen seuranta erityisesti korkean pistemäärän saaneilla on tehostunut. Hoitajat kokevat kiinnittävänsä aikaisempaa paremmin huomiota oikeanlaisen apuvälineen valintaan ja sen sijoittamiseen.

Kaatumisten ehkäisemisessä on keskeistä, että jokainen opettelee toteuttaa kaatumisvaaran arvioinnin FRAT -mittarilla ja jokainen on sitoutunut toteuttamaan suunniteltuja toimia kaatumisten ehkäisemiseksi. Kaatumisten ehkäisy edellyttää kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien osallistumista ja sitoutumista toimintaan ja sovittuihin toimintatapoihin, koska kaatumisten ehkäisystä tulee huolehtia koko sairaalajakson ajan (Pajala 2012, 126 - 127).

Kaatumistapaturmien ehkäisyssä tulevaisuudessa on tarvetta vielä kiinnittää huomiota apuvälineiden valintaan sekä esteettömän kulun varmistamiseen. Kaatumisten ehkäisemiseksi oike-

anlaiset jalkineet, sängynlaitojen nostaminen, lonkkahousut ja kypärät koetaan jonkinlaisena turvana. Lonkkasuojaimilla voidaan oikein käytettynä vähentää tehokkaasti luuhun kohdistuvaa iskun voimakkuutta kaaduttaessa. Lonkkasuojainten käyttöä suositellaan erityisesti potilaille, joilla on useita kaatumisvaaraa lisääviä riskitekijöitä ja aikaisempia murtumaan johtaneita kaatumistapaturmia. (Mänty ym. 2006, 27.) Huonot jalkineet voivat vaikeuttaa kävelyä ja pystyssä pysymistä. Erityisesti liian suuret jalkineet haittaavat liikkumista, koska yrittäessään pitää kengät jalassaan ihmiset laahaavat ja kompastuvat. Sukkasillaan käveleminen lisää myös kaatumisriskiä. (Tideiksaar 2005, 45.) Vanhuksia suojellaan kaatumisilta asettamalla heidät lepositeisiin tai nostamalla sängyn laidat ylös, vaikka nämä toimenpiteet saattavat lisätä kaatumisvaaraa. Vanhuksen noustessa vuoteesta sängyn laidan yli, riski pudota on suuri. Korkealta putoaminen aiheuttaa varmemmin loukkaantumisia ja sängynlaidat voivat aiheuttaa muitakin vammoja. (Tideiksaar 2005, 43.)

Myös potilaiden sijoittamiseen tulee kiinnittää huomiota. Jotta hoitaja pääsee helposti ja nopeasti potilaan luokse, paljon valvontaa ja apua tarvitsevat tulisi olla sijoitettuna lähelle hoitajan toimistoa (Pajala 2012, 128). Tulevaisuudessa potilaiden lääkityksen tarkistamisessa on tehostamisen varaa. Yksi iäkkäiden potilaiden turvallisuutta lisäävä ja kaatumista ehkäisevä hoitokäytäntö on lääkityksen arviointi heti potilaan sairaalaan tullessa ja uutta lääkettä määrättäessä. Lääkehoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa lääkkeiden vaikutus kaatumisalttiuteen otetaan liian harvoin huomioon. Jo kolmen lääkkeen yhtäaikainen käyttö lisää iäkkään kaatumisvaaraa ja kymmentä tai useampaa lääkettä käyttävällä on kahdeksan kertaa suurempi alttius kaatumisen aiheuttamille lonkkamurtumille verrattaessa henkilöön, jolla käytössä enintään yksi lääke. (Pajala 2012, 35, 128.) Joka kolmas 75 vuotta täyttäneiden kaatumistapaturmista johtuu ainakin osittain lääkkeiden haittavaikutuksista kansainvälisten arvioiden perusteella (Kivelä 2006, 21).

Keskeisenä asiana kaatumistapaturmien ennaltaehkäisyssä koetaan, että hoitajia tulisi olla lisää työvuorossaan. Helovuon ym. (2011, 59 - 60) mukaan henkilöstön määrän katsotaan korreloivan hoidon turvallisuuden ja laadun kanssa. Terveystieteiden alalla hoitajien määrän on tutkittu vaikuttavan muun muassa potilaiden kuolleisuuteen. Hoitohenkilökunnan määrällä, hoitohenkilökunnan jakautumisella eri koulutustasoihin ja hoidon tulokset ovat yhteydessä toisiinsa. Kuinka paljon hoitajia tulee olla potilaita kohden, ei voida määrittellä tarkasti, vaan on huomioitava työn laatua, työympäristöä ja työn määrää. Tideiksaaren (2005, 47) mukaan aina hoitohenkilökunnan määrä ei kuitenkaan ole verrannollinen kaatumisten määrään,

vaan siihen vaikuttaa se, miten hoitohenkilökuntaa on saatavilla ja millä tavoin se suhtautuu niiden potilaiden auttamiseen, joilla liikuntakyky on heikentynyt.

Ohjaus- ja projektiryhmän kokouksessa 27.8.2013 (liite 16) tarkastelimme fokusryhmähaastattelun tuloksia. FRAT -arviointimittarin käyttöä ja toimintaohjeen toteuttamista päätimme jatkaa. Arviointien toteuttaminen ja toimintaohjeen noudattaminen kuuluu jokaiselle ja se pyritään saamaan tutummaksi jokaiselle työntekijälle. Jatkossa tulee miettiä, kuinka arviointimittarilla saatu pistemäärä merkitään, jotta se tulisi huomioiduksi nykyistä paremmin. Toimintaohjeen kehittämistä ja päivittämistä on tarpeen jatkaa, kun sen käytännön hyödyistä ja toimivuudesta saadaan lisää kokemusta.

Jatkossa tehostamme potilaan ravitsemuksen arviointia painon seurannalla. Hyvä ravitsemustila on toimintakyvyn ylläpitämisen perusedellytys. Epätasapainoinen ravintoaineiden saanti voi johtaa toimintakykyä heikentävään lihaskatoon. Lihasmassan menetykseen liittyy lihasvoiman heikkeneminen, mikä puolestaan heikentää tasapainon hallintaa ja altistaa kaatumisille. Aliravitsemus ja sen riski lisääntyy etenkin 80 ikävuoden jälkeen ja aliravitsemuksen taustalla on usein krooninen sairaus. Suomessa iäkkäiden aliravitsemuksen esiintyvyys on 3 - 85 prosenttia ja sairaalassa aliravitsemusta on todettu 35 - 50 prosentilla potilaista. Ongelmana on myös virheravitsemus, jolloin energiasta, proteiineista tai muista ravintoaineista on puutetta tai niitä saa liikaa. Ravitsemustilaa arvioitaessa voidaan käyttää erilaisia mittareita ja kyselyjä. Säännöllinen painon seuranta on yksinkertaisin tapa seurata ravitsemustilaa. (Tuovinen & Lönnroos 2008, 218 - 224.)

5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUKSEN AIHEET

Kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää työyksikön potilasturvallisuutta henkilöstön tuottamien ratkaisujen ja teorian tiedon avulla. Toimintatutkimus voidaan nähdä selkeäräjaisena yhden organisaation sisäisten toimintatapojen kehittämisenä, mutta myös laajemmin (Toikko & Rantanen 2009, 30). Kehittämistyön alkukartoituksessa nousseet potilasturvallisuuden haasteet ovat keskeisiä osastohoidossa yksiköstä riippumatta. Tulokset antavat mahdollisuuden lähteä tarkastelemaan näitä haasteita myös muualla työyksiköissä. Alkukartoituksella saaduista tuloksista kehittämistyö rajautui käsihygienian ja kaatumisten ehkäisyyn. Sekä kaatumisten ehkäisy että infektioiden torjunta on tärkeä osa potilaan hyvää, laadukasta ja potilasturvallista hoitoa (Anttila 2011, 85; Pajala 2012, 125). Hyvä käsihygienia on tehokkain tapa vähentää infektion aiheuttajien leviämistä terveydenhuollon yksikössä (Rintala & Routamaa 2013, 1120).

Oikein toteutettua käsihygieniaa pidetään usein itsestään selvytensä hoitajan ammatissa toimineella. Kehittämistyön aikana hoitajille toteutetun verkkotestin, uv-desinfektio testauksen sekä kyselyn tulosten perusteella voidaan todeta, että käsihygienian kehittämiseksi oli tarvetta ja hoitotyöntekijöiden käsihygieniosaaminen lisääntyi aikaisempaan verrattaessa. Desinfektio testauksen tulos antoi hoitotyöntekijöille konkreettista tietoa siitä, kuinka käsien desinfektio onnistui. Käsien desinfektio on tehokas ja nopea infektioiden ehkäisykeino, mutta desinfektiohieronnalla teho edellyttää oikeaa tekniikkaa (Karhumäki ym. 2010, 63; Syrjälä & Teirilä 2010, 169). Kehittämistyön tulosten mukaan käsien desinfektioaineen käyttö lisääntyi ja sen levittämiseen kiinnitetään aikaisempaa enemmän huomiota. Myös suojakäsineiden käyttöön kiinnitetään entistä tarkempaa huomiota. Käsihygienian kehittämistyö sai työntekijät pohtimaan, milloin suojakäsineitä tulisi käyttää ja onko niiden käyttö aina tarpeen. Suojakäsineiden käyttö on usein turhaa esimerkiksi koskettaessa potilaan tervettä ihoa tai petattaessa vuodetta, niin inhimillisyyden kuin taloudellisuuden vuoksi (Hellsten 2005, 179).

Kehittämistyön tulosten pohjalta voidaan todeta, että käsihygienian kehittämistyölle on tarvetta myös jatkossa. Käsihuvun kulusta seuraamalla sekä haastatteleamalla saadaan tietoa osaltaan hygienian tilasta. Käsihygienian toteutumisesta voitaisiin saada tarkempaa tietoa havainnoimalla käytännön hoitotilanteita.

Oikean käsihygienian toteutuminen vaatii asian esille ottamista ja käsittelemistä säännöllisin väliajoin. Koulutukset ja tietoisuudet ovat erityisen tärkeitä, jotta käsihygienia pysyisi mahdollisimman korkealla tasolla. Syrjälä (2010, 33) toteaa, että oleellinen lähtökohta hoitoon liittyvien infektioiden vähentämisessä on pitkällä tähtäimellä panostus koko henkilöstön infektioiden torjunnan koulutukseen.

Kaatumistapaturmien ehkäisemiseksi testasimme, kuinka lyhyt kaatumisvaaran arviointi FRAT sopii osastomme potilaiden kaatumisten arviointiin. Tehokas kaatumisten ehkäisy edellyttää kaatumisille alttiiden ihmisten seulomista ja kaatumisille altistavien vaaratekijöiden tunnistamista (Saari 2007, 209). Tämän kehittämistyön tulosten pohjalta lyhyt kaatumisvaaran arviointimittari soveltuu terveyskeskussairaalapotilaan kaatumisvaaran arviointiin sen selkeytensä vuoksi. Potilaan tulovaiheessa tehtävä kaatumisvaaran arvio auttaa ennakoimaan kaatumistapaturmien syntyä. Potilaan kaatumisen ehkäisy tehostuu heti osastojakson alusta alkaen, kun liikuntakykyä, henkistä tilaa ja kognitiota/muistia arvioidaan aikaisempaa tarkemmin ja potilaan kaatumista ennaltaehkäisevät toimet kirjataan potilasasiakirjoihin. Aikaisemmin on voinut viedä aikaa, ennen kuin potilaan kaatumisriski tiedostetaan riittävästi. Lisäksi jokaisen on täytynyt erikseen arvioida, kuinka potilaan kaatumistapaturma olisi estettävissä.

Kaatumisten ennaltaehkäisy edellyttää moniammatillista yhteistyötä. Potilaan kaatumista ennaltaehkäisevien toimien tulisi jatkua myös kotona. Myös sairaalassa ollessa potilaan omaiset tulisi ottaa mukaan kaatumisten arviointiin. Potilastietojärjestelmässä tulisi olla yhteisesti sovittu kohta, johon potilaan kaatumisvaara kirjataan ja se tulisi helposti huomioiduksi. Tämä helpottaisi kaatumisvaaran arviointia, koska arviointien toteuttamisessa kaatumishistorian selvittämisessä koettiin haasteita. Näiltä osin kehittämistyötä tulisi jatkaa. Pajala (2012, 129) toteaa, että kaatumisalttius on yleensä potilaan toipilasaikana suuri, ja sen vuoksi kaatumisten ehkäisy tulee jatkua kotonakin. Ennen kuin iäkäs lähtee sairaalasta kotiin, on tärkeä selvittää potilaan kotiolot ja kuinka hän selviytyy kotona sairaalasta päästessään. Sairaalassa laadittu kaatumisten ehkäisy selvitys tulisi toimittaa tiedoksi kaikille potilasta jatkossa hoitaville tahoille. Iäkkään potilaan omaisten kanssa on tärkeää keskustella, mitä kaatumisen ehkäisemiseksi voi tehdä kotona.

Erilaisten kaatumisvaaran arviointimittarien soveltuvuutta eri toimintaympäristöissä ei ole juuri tutkittu Suomessa. Kehittämistyön tulokset ja tehdyt ratkaisut antavat viitteitä ja käytännön kokemuksia sellaiseen työyhteisöön, jossa pohditaan kaatumisvaaran arviointimittarin

käyttöönottoa. Kehittämistyön prosessi oli ajallisesti melko lyhyt, ja sen vuoksi lyhyen kaatumisvaaran arviointimittarin tai toimintaohjeen käyttöönoton hyötyä suhteessa esimerkiksi kaatumistapaturmiin ei voitu riittävästi ja selkeästi vielä osoittaa tai arvioida. Jatkokehittämissuhteeksi nouseekin, että näistä saatavaa hyötyä olisi tarpeen tutkia jatkossa. Myös toimintaohjeen hyötyjä ja sen kehittämistarpeita jatkossa tulisi tarkastella työyksikössä tehtyjen HaiPro tilastojen kautta.

6 POHDINTA

Opinnäytetyö on osa kliininen asiantuntija opintoja. Seuraavassa luvussa arvioin asiantuntijuuden kehittymistä ja opinnäytetyön onnistumista. Lisäksi tarkastelen opinnäytetyön luotavuutta ja eettisyyttä.

6.1 Oman asiantuntijuuden kehittymisen ja kehittämistyön tarkastelu

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö on työelämän tutkimus- ja kehittämistyö. Eurooppalaisessa tutkintojen viitekehyksessä ylempi ammattikorkeakoulututkinto sijoittuu tasolle 7, ja se tarkoittaa kansainvälisessä viitekehyksessä (NQF) ylempää korkeakoulututkintoa. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden yleiset kompetenssit ovat oppimisen taidot, eettinen osaaminen, työyhteisöosaaminen, innovaatio-osaaminen ja kansainvälisyysosaaminen. (Opetussuunnitelma 2012 - 2013 2012.)

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittanut osaa tuottaa uutta tietoa, uudistaa toimintatapoja sekä kehittää työyhteisön toimintaa. Hän osaa johtaa projekteja ja kehittämissä hankkeita sekä hallitsee tutkimus- ja kehittämistyön menetelmiä. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittanut osaa hankkia, käsitellä ja arvioida tietoa kriittisesti. (Opetussuunnitelma 2012 - 2013 2012.)

Opinnäytetyö on kehittänyt osaamista lähteä ratkaisemaan työelämästä lähtöisin olevia käytännön kehittämishaasteita ja ongelmia. Opinnäytetyö on esimerkki uusien toimintatapojen ja käytänteiden kehittämisestä työyhteisössä. Toimintatutkimus kehittämistyön metodologisenä lähestymistapana mahdollisti teorian ja käytännön yhdistämisen. Tutkimusosaamiseni on lisääntynyt hankkiessani aineistoja erilaisilla menetelmillä sekä analysoidessani niitä. Toimintatutkimus mahdollisti työyhteisön kehittämisen näyttöön perustuen. Opinnäytetyön aikana kyky arvioida tietoa kriittisesti on lisääntynyt. Lähestymistapana toimintatutkimus on tullut tutummaksi kehittämistyön edetessä. Opinnäytetyöprosessi antoi valmiudet kehittää työelämässä nousseita haasteita paitsi toimintatutkimuksen mukaisesti, mutta myös valmiuksia ymmärtää toisia tutkimuksellisia lähestymistapoja ja käyttää niitä käytännön työn kehittämiseksi.

Kehittämistyön prosessin aikana olen saanut valmiuksia projektin toteuttamiseen. Minulla ei ollut aikaisempaa kokemusta projektityöskentelystä tai tutkimus ja kehittämistoiminnan johtamisesta. Myös kokouskäytännöistä, puheenjohtajana toimimisesta ja pöytäkirjojen laatimisesta minulla oli aikaisemmaltaan vain vähän kokemusta. Projektipäällikkönä minulla edellytettiin taitoa viestiä sekä suullisesti että kirjallisesti. Kehittämistyön toteuttaminen ja koko tutkimusprosessi ovat tukeneet kehittymistä kliiniseksi asiantuntijaksi. Opinnäyteyö on antanut mahdollisuuden soveltaa ja käyttää koulutuksen aikana kehittyntä ohjausosaamista käytännön työn kehittämisessä.

Projektipäälliköllä tulee olla kyky johtaa ihmisiä. Projektipäällikön tulee osata organisoida projektia, jakaa työtehtävät, ratkaista mahdolliset ristiriidat sekä kuunnella projektiryhmän jäseniä. Hänen tulee pystyä esittelemään projektin etenemistä ja johtaa kokouksia niin, että tehokkuus ja päätöksentekokyky säilyvät. Projektipäällikön päämäärätietoisuus auttaa työn loppuun saattamisessa. (Kettunen 2009, 29 - 30.)

Toimintatutkimuksen kohde määrittyy eri tutkimushankkeissa eri tavalla ja tutkimuksessa voidaan tavoitella laajaa yhteiskunnallista muutosta tai suppeammin yksittäisten toimijoiden henkilökohtaista oppimista (Toikka & Rantanen 2009, 30). Kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää työyksikön potilasturvallisuutta. Tämän edellytyksenä on, että potilaiden hoitoon osallistuneilla on yhteinen käsitys potilasturvallisuudesta sekä viimeisintä tutkittua tietoa toiminnan tueksi. Kehittämistyö on saanut muutoinkin pohtimaan osaston potilasturvallisuutta, kuin mitä tämän kehittämistyön sisällä on toteutettu. Osa projektiryhmän jäsenistä antoi palautetta kehittämistyöstä. Palautteissa kommentoidaan asiaa muun muassa seuraavasti: "...siinä siivellä vienyt eteenpäin muitakin muutoksia kuin varsinaisesti tähän projektiin liittyen".

Kehittämistyöllä on ollut vaikutusta koko työyhteisön potilasturvallisuuskulttuuriin. Potilasturvallisuuskulttuuri vaatii ymmärrystä siitä, mistä potilasturvallisuus syntyy, mutta myös konkreettisia toimia turvallisuuden edistämiseksi (Helovuori ym. 2011, 94). Potilasturvallisuus kehittämistyön aiheena osoittaa, että potilasturvallisuutta pidetään tärkeänä arvona, jota halutaan edistää. Jokaisella hoitotyöntekijällä on ollut mahdollisuus olla rakentamassa avointa ja ennakoivaa turvallisuuskulttuuria. Kehittämistyö on opettanut, että toiminnan muuttaminen on monimutkainen kokonaisuus, jossa yhdistyvät niin fyysiset, psyykkiset kuin sosiaaliset tekijät.

Kehittämistyön aikana olen perehtynyt laajalti kehittämistyötä ja sen aiheita käsittelevään kirjallisuuteen ja sen myötä osaamiseni ja asiantuntemukseni näitä asioita kohtaan on lisääntynyt ja monipuolistunut. Opintojen ja kehittämistyön aikana osaamiseni potilasturvallisuudesta on syventynyt ja olen pystynyt soveltamaan sitä kehittämistyön aikana. Kirjallisuutta ja siitä saamaani tietoa olen tuonut työyhteisön osaamisen lisäämiseksi ja kehittämistyön eteenpäin viemiseksi.

Työntekijöiden osaamisen kehittäminen on tarpeen jatkuvasti, sillä tieto vanhenee nopeasti. Keskeistä on tunnistaa vaikuttavat toimintatavat ja hoitomenetelmät sekä siirtää ne käytäntöön. Hahtela ja Mäkipää (2011, 162) toteavat, että ammattitaidon kehittäminen yhdessä myönteisen työpaikan ilmapiirin ja oikeudenmukaisen esimiestyön kanssa rakentavat perustan laadukkaiden palveluiden tuottamiselle, paremmalle taloudelliselle tuottavuudelle sekä työyhteisön ja yksittäisen työntekijän hyvinvoinnille.

Kliininen hoitotyön asiantuntija toimii hoitotyön johtajien tukena näyttöön perustuvassa toiminnassa osallistumalla yhtenäisten näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseen ja edistämällä niiden käyttöönottoa. Kliininen hoitotyön asiantuntija käyttää ammattitaitoaan joko jotain potilasryhmää hoitaessa tai organisaation toimintaa kehitettäessä, sisältäen myös henkilöstön ohjauksen ja opetuksen. Kliinisen hoitotyön asiantuntijalla on tutkimusnäyttöön perustuvaa tietoa ja taito soveltaa sitä tilannekohtaisesti. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 64.)

Toimintatutkimus on mahdollistanut työntekijän oman työnsä tutkijana ja kehittäjänä. Oman työskentelyn tutkiminen ja reflektointi on mahdollistanut työn tietoisin kehittämisen. Asioista keskusteleminen avoimesti mahdollistaa toinen toisiltaan oppimisen ja oman toiminnan arvioinnin. Viitalan (2008, 143) mukaan työssä ja ammattitaidossa kehittymisen kannalta tärkein arviointi on työntekijän oma kyky ja halu arvioida omaa suoriutumistaan sekä pyrkimys kehittyä sen pohjalta.

Kehittämistyön eteneminen on ollut selkeää ja johdonmukaista. Tähän uskon osaltaan vaikuttaneen toimintatutkimuksen syklinen eteneminen toiminnan suunnittelun, itse toiminnan, toiminnan arvioinnin ja saatujen tulosten sekä merkitysten arvioinnin vuorottelusta. Kehittämistyön etenemistä ja käytännön onnistumista on helpottanut myös se, että projektiryhmä muodostui isosta joukosta osaston työntekijöitä ja projektiryhmän kokoontumisissa on ollut mukana myös ohjausryhmän jäseniä ja osastonhoitaja. Olemme kokoontuneet kehittämis-

projektin aktiivisessa toimintavaiheessa projektiryhmän kanssa lähes kolmen viikon välein. Tämä osaltaan varmisti sen, että olimme toiminnassa menossa eteenpäin ja pohdimme yhteisesti eteen tulleita haasteita. Projektiryhmän toiminta on ollut sitoutunutta. Ruuskan (2006, 38) mukaan projektiin sitoutuminen voidaan parhaiten varmistaa, kun hankkeen eri osapuolet otetaan alusta pitäen projektin valmisteluun ja suunniteluun mukaan.

Kehittämistyön aikana sekä projekti- että ohjausryhmä toimivat tiiviisti ja tasavertaisesti. Ohjausryhmä kokoontui molemmilla kerroilla yhdessä projektiryhmän kanssa. Tämä helpotti tiedon kulkua, yhteisen ymmärryksen löytymistä ohjaus- ja projektiryhmän välillä sekä lisäksi säästi aikaa. Uuden toimintatavan kehittämisessä, käyttöönotossa ja muutoksen läpiviennissä työyksikön esimiehellä on mielestäni keskeinen rooli. Ilman hänen innostuneisuutta ja tukea kehittämistyön eteenpäin viemisessä olisi ollut haasteita kehittämistyön toteuttamisessa. Toimintatutkimuksen reflektiivinen luonne edisti kehittämistyön etenemistä. Avoin keskustelu ja oman toiminnan arviointi on sekä itsensä että työyhteisön kehittämistä ja se edistää yhteisiin toimintatapoihin, tavoitteisiin ja päämäärään pääsemisessä.

Kehittämistyön jatkumisen ja onnistumisen kannalta koen tärkeänä projektiryhmä työskentelyn. Projektiryhmäläisiltä saamassani palautteessa todetaan seuraavasti: ”Mielestäni ne yhteiset palaverit on antanut hyvin mahdollisuuden tuoda julki omia mielipiteitä ja kehitysehdotuksia erillä tavalla kuin esim. osastotunnilla.” Kehittämistyön toteuttaminen kokonaisuudessaan vaatii aikaa niin projektipäälliköltä kuin projektiryhmäläisiltä eikä muutoksen aikaansaaminen työyhteisössä tapahdu hetkessä.

Projektiryhmän tehtävänä oli tiedottaa kehittämistyön aikana saatuja tuloksia ja ideoita työyhteisöön. Työyksikön suuri henkilöstömäärä, kolmivuorotyö, loma-ajat ja kiireinen työtahti hidastivat osaltaan tiedon siirtymistä työyhteisön toimijoiden välillä, vaikka tiedottamisessa käytettiin eri foorumeita. Tiedottamisessa ja asioiden ajan tasalla pysymisessä myös tiedon vastaanottajan aktiivisuus korostuu. Kehittämistyö vaatii työntekijöiltä sitoutumista ja halua kehittää työtään. Jos uuden toimintatavan tai työvälineen käyttöönoton merkitystä ei tiedosta, motivoituminen uuteen on haasteellista tai sen voidaan katsoa vievän liian paljon työaikaa muutenkin kiireisessä työtahdissa. Ruuska (2006, 38) on todennut, että hyväkin lopputulos voi kaatua muutosvastarintaan, jos uudistusta pidetään muualta saneltuna eikä sen sisältöön ole pystynyt itse vaikuttamaan.

Kehittämistyön aikana olen pyrkinyt kirjoittamaan erilaisia tekstejä monipuolisesti. Kehittämistyön alkuvaiheessa laadittu suunnitelma työn etenemisestä aikatauluineen sekä kirjoitus-suunnitelma edistivät osaltaan kehittämistyön kirjoittamisessa ajan tasalla pysymisessä ja selkiytti kehittämistyön etenemistä. Projektiryhmän jäsenet ovat osallistuneet kirjoittamiseen muun muassa dokumentoimalla pöytäkirjoja ja toimintaohjeita. Teoriakatsausten, pöytäkirjojen ja kehittämistyö tulosten dokumentoinnin tavoitteena on ollut herättää keskustelua ja arviointia tuloksista, muutostarpeista ja ideoista työn kehittämiseksi. Vastakäsiin saaminen on kuitenkin ollut vähäistä. Hankekirjoittamista olisi voinut hyödyntää kehittämistyön aikana enemmän. Ymmärrykseni hankekirjoittamisesta ja sen hyödyistä selvisi liian myöhään suhteessa kehittämistyön etenemiseen. Jos olisin sisäistänyt hankekirjoittamisen idean opinnäytetyöprosessin aikaisemmassa vaiheessa, kirjoittamani tekstit olisivat olleet suoraan julkaistavassa muodossa ja hyödynnettävissä sellaisenaan myös opinnäytetyö raportissa. Yhteiskirjoittaminen on vähän käytetty menetelmä työyhteisössäni ja sen merkitystä ei vielä tiedosteta riittävästi.

6.2 Luotettavuus

Kehittämistyöhön kuuluu oleellisesti luotettavuuden arviointi, koska tieteellisen tutkimuksen pyrkimyksenä on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta tutkimuksen luotettavuuden arviointi on välttämätöntä. Kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan, selvitetään tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on perinteisesti käytetty validiteetin ja reliabiliteetin käsitteitä. Se kuinka hyvin tutkimustulos vastaa asioiden tilaa todellisuudessa, kutsutaan validiteetiksi. Kuinka samana tutkimustulos pysyy, jos tutkimus toistetaan uudelleen, tarkoitetaan reliabiliteetilla. Sellaisenaan validiteetin ja reliabiliteetin käsitteet eivät kuitenkaan sovi toimintatutkimukseen. Koska toimintatutkimus on itsessään ”väliin tuleva muuttuja”, jota käytetään tarkoituksellisesti muuttamaan tilannetta, on etenkin reliabiliteetti huonosti sopiva käsite. Tulos on ”totta” tietyssä ajan ja paikan määrittämässä tilanteessa ja sama tulos ei ole edes periaatteessa saavutettavissa uudelleen intervention jälkeen. (Huttunen, Kakkori & Heikkinen 1999, 113 - 114.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida vahvistettavuuden, uskottavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kriteereillä. Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin. Vahvistettavuus edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteissään. Toinen tutkija ei välttämättä päädy samankaan aineiston perusteella samaan tulkintaan, ja sen vuoksi vahvistettavuus on osin ongelmallinen kriteeri. Hyväksytään, että todellisuuksia on monia ja erilaiset tulkinnat tutkimuskohteesta eivät merkitse välttämättä luotettavuus ongelmaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 127 - 129.) Tässä tutkimusraportissa olen pyrkinyt kuvaamaan kehittämistyön syklit mahdollisimman totuudenmukaisesti ja tarkasti. Tulosten analyysin ja tutkimustulokset olen pyrkinyt kuvaamaan mahdollisimman tarkasti ja totuudenmukaisesti vaiheittain. Jotta lukija voi arvioida tutkimustulosten luotettavuutta, olen pyrkinyt käyttämään runsaasti suoria lainauksia aineistosta. Tutkimusprosessin kuvaaminen on ollut haasteellista, koska siihen liittyy useita eri vaiheita. Prosessin kuvaamisessa ohjaus- ja projektiryhmän muistioiden olleet ensiarvoisen tärkeitä. Kirjoittamista on myös selkiyttänyt ohjaavalta opettajalta saatu palaute kirjoittamisen eri vaiheissa.

Refleksiivisyys edellyttää tutkimuksen tekijältä tietoisuutta omista lähtökohdista tutkimuksen tekijänä, sekä arviointia siitä, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. Tutkimuksen tekijän on kuvattava lähtökohdat tutkimusraportissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Kehittämistyön aktiivisena toimijana olen pyrkinyt refleктоimaan ajatteluani ja toimintaani koko kehittämistyö ajan. Esimerkiksi aineistonkeruiden yhteydessä olen pyrkinyt olemaan vaikuttamatta ja johdattelematta ihmisten mielipiteisiin. Aineistonkeruun yhteydessä olen rohkaissut hoitotyöntekijöitä vastaamaan mahdollisimman totuudenmukaisesti ja tuomaan kokemuksensa ja ajatuksensa aidosti esiin.

Tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin tarkoitetaan siirrettävyydellä. Tutkimuksen osallistujista ja ympäristöstä on esimerkiksi annettava riittävästi kuvailevaa tietoa, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Raportissa olen kuvannut tutkimukseen osallistuneet ja kehittämistyön ympäristön. Kehittämistyön aikana kerätyt aineistot ja niistä saadut tulokset ovat ainutlaatuisia, eikä niitä voi sellaisenaan siirtää toiseen samanlaiseen kontekstiin.

Tutkimustulosten todeksi vahvistettavuudella tarkoitetaan, että tulokset perustuvat aineistoon eivätkä tutkimuksen aikana syntyneisiin tutkijan käsityksiin (Backman, Paasivaara & Nikkonen 2001, 259). Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuut-

ta. Tutkimustulosten tulee vastata tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Se että tutkija on riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa, vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen tuloksista keskustelu tutkimuksen eri vaiheissa lisää myös uskottavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128 - 129.) Aineistonkeruun jälkeen tutkimustuloksia on tarkasteltu ohjaus- ja projektiryhmän kanssa. Tulokset ovat olleet myös koko työyhteisön arvioitavana ja niitä on käsitelty osastotunneilla. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että kehittämistyön ja aineistonkeruut toteutin omassa työyhteisössä, ja olen siksi jatkuvasti tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Lyhyt kaatumisvaaran arviointimittari FRAT ja laadittu toimintaohje olivat testattavana noin puolitoista kuukautta, jonka jälkeen toteutettiin fokusrhmähaastattelu. Kaatumisvaaran arviointimittarin ja toimintaohjeen testausaika oli melko lyhyt ja tämä voi osaltaan heikentää tutkimustulosten luotettavuutta.

Luotettavuuden arvioinnissa tulee arvioida, miten aineistonkeruu on tapahtunut (Tuomi & Sarajärvi 2013, 140). Fokusryhmähaastattelussa tutkimusaiheen arkaluontoisuus, ryhmän jäsenten suhteet, haastattelijan taidot ja kysymysten esitetaus ovat keskeisiä luotettavuustekijöitä. Haastattelijan taidoista riippuu, minkä verran dominoivat henkilöt voivat suunnata keskustelua tai peittää hiljaisten osallistujien keskusteluyrityksiä fokusryhmähaastattelussa. Osallistujat voivat ryhmässä pyrkiä yhteiseen näkemykseen, eivätkä kerro kaikkea, mitä toisivat yksilöhaastattelussa esille. (Sipilä ym. 2007, 308.)

Fokusryhmähaastattelun avulla selvitettiin FRAT-mittarin käytettävyyttä, FRAT-mittarin ja toimintaohjeen merkitystä ja hyödynnettävyyttä kaatumistapaturmien ehkäisyssä sekä keskeisiä asioita kaatumistapaturmien ehkäisyssä tulevaisuudessa. Fokusryhmähaastattelulla haetuihin kysymyksiin ei liity arkaluontoisuutta. Fokusryhmähaastattelua ohjasi haastattelurunko, joka sisälsi kolme kysymystä. Haastattelukysymyksiä ei esitetattu, ja tämä voi osaltaan heikentää tulosten luotettavuutta. Haastattelijalla ei ollut aikaisempaa kokemusta fokusryhmähaastattelusta. Perehdyin kuitenkin aineistonkeruumenetelmään kirjallisuuden pohjalta etukäteen. Haastattelut toteutuivat onnistuneesti ja jokaisella ryhmään osallistuneella oli mahdollisuus osallistua keskusteluun. Haastateltavat olivat asian suhteen samanvertaisia. Nämä tekijät lisäävät haastattelun tulosten uskottavuutta. Haastattelun lopuksi keräsin suullisen palautteen käytetystä menetelmästä ja kommentit kirjasin itse ylös. Keskustelu koettiin mielekkäänä aineistonkeruu menetelmänä. Fokusryhmähaastattelu koettiin helppona aineistonkeruumenetelmänä. Ryhmässä oli helppo sanoa mielipiteensä spontaanisti. Aineistonkeruuseen liittyvänä epämiellyttävänä asiana haastateltavat kokivat sen, että haastattelu nauhoitetaan.

6.3 Eettisyys

Kehittämistyön eettisellä ulottuvuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen kohteen vuorovaikutusta. Tutkimuksen eettisen uskottavuuden on oltava kunnossa ja on kaikin tavoin pyrittävä poistamaan muun muassa huolimattomuudesta ja vääristä tulkinnoista johtuvat virheet ja heikkoudet. Ilman tutkittavien suostumusta, tutkijan ei ole syytä aiheuttaa tutkittavien henkilöiden jokapäiväisten rutiinien muuttumista ilman heidän suostumustaan. Kun aiotaan koota aineistoa jostakin laitoksesta, on tiedusteltava lupa organisaation johdolta. Eettisyyden pohdinta liittyy myös siihen, onko tutkimusstrategia valittu niin, ettei se ole ristiriidassa tutkittavan ilmiön kanssa. (Anttila 2006, 506.) Tutkijan tulee ottaa eettisyys huomioon jo tutkimuksensa aiheita pohtiessaan. Tutkijan tulee olla selvillä siitä, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 126.)

Suostumuksen kehittämistehtävän toteuttamiseen työyksikössäni sain Sotkamon sairaalan osastonhoitajalta. Hänen kanssaan valittiin työelämän tarpeesta nouseva kehittämisaihe. Kehittämistyön edetessä aihe tarkentui alkukartoituksessa saatuihin vastauksiin, jotka vastaavat työntekijöiden käsityksiä todellisuudesta. Tutkimuksen hallinnollisen luvan ovat myöntäneet hallintoylihoitaja Marjo Huovinen-Tervo sekä vs. vastuualuepäällikkö Terttu Karjalainen (liite 17).

Tutkimusetiikan perusteisiin kuuluu, että tutkittavilla on niin halutessaan mahdollisuus säilyä anonymeinä valmiissa tutkimuksessa. Tutkittavan henkilöllisyyden suojaaminen on päämäärä, johon tutkijan tulee kaikin keinoin pyrkiä. Tutkimuksen yhteydessä saatuja tietoja ei saa käyttää muuhun kuin tutkittaville lupaamaansa tarkoitukseen ja kaikkien osallistujien on jäättävä nimettömäksi, elleivät he ole antaneet lupaa identiteettinsä paljastamiseen. Tutkimusaineiston käsittelyn lähtökohtana on aina aineiston luottamuksellisuus, joka merkitsee sitä, että tutkija noudattaa tutkittavilleen antamiaan lupauksia aineiston käytöstä ja käsittelystä. (Mäkinen 2006, 114, 148; Tuomi & Sarajärvi 2002, 129.) Tutkijan tulee antaa riittävästi tietoa tutkimukseen osallistuville tutkimuksen tavoitteesta, menetelmästä ja mahdollisista riskeistä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 131).

Fokusryhmähaastattelun eettisiä näkökohtia voidaan tarkastella muun muassa tutkijan velvoitteina haastateltavia kohtaan, haastattelijan ominaisuuksina tai tietosuojana. Tutkimukseen osallistuville ei saa aiheutua vahinkoa ja tutkimusta varten tehdyt nauhoitteet hävitetään aineistonkeruun jälkeen. Osallistujien henkilöllisyys ei saa käydä ilmi tuloksia raportoitaessa.

Ehdotonta tietosuojaa fokusryhmähaastattelussa ei voida luvata, koska vaitiolovelvollisuus koskee periaatteessa vain tutkijaa. Haastattelijan on varmistettava, ettei tutkimus vahingoita haastatteluun osallistuvia. Haastattelijan ominaisuudet voivat muodostua eettisyyden ja luottavuuden haasteeksi, ja sen vuoksi haastattelijan on oltava riippumaton eikä hän saa olla valta-asemassa tai esimies haastateltaviin nähden. (Sipilä ym. 2007, 309.)

Tutkimustuloksia raportoitaessa ja suoria lainauksia käyttäessäni olen huomionut, että työntekijän henkilöllisyyttä ei voi vastauksista tunnistaa. Tutkimustulokset olen raportoimaan avoimesti ja rehellisesti. Tutkimusaineistoa ei ole tarkoitus arkistoida myöhempää käyttöä varten, vaan se hävitetään kehittämistyön valmistuttua. Työyhteisöä olen informoinut kehittämistyöstä osastotunnilla ja sinne tehdyllä tiedotteella heti kehittämistyön alkuvaiheessa (liite 18). Aineistonkeruiden yhteydessä olen informoinut suullisesti osallistujia aineiston keruun tarkoituksesta ja aineiston käytöstä. Lisäksi olen tiedottanut osallistujia aineistonkeruun osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Olen lisäksi perustellut, kuinka tärkeää aineistonkeruuseen osallistuminen on työyhteisön kehittämistyön eteenpäin viemisessä. Fokusryhmähaastattelussa haastatteli on riippumattomassa suhteessa haastateltaviin nähden.

Tutkimusetiikkaan ulottuvana kysymyksenä voidaan myös pitää aineiston kokoa. Keskeinen kysymys on, kuinka suuri tiedonantajien määrä pitäisi olla, jotta se olisi riittävä. Tutkimuksen tarkoitus määrittää, kuinka suuri tutkittavien määrä tulee olla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 80, 83.) Kehittämistyön tarkoituksena oli työyhteisön kehittäminen ja aineistoa hankittiin kehittämistyön eteenpäin viemiseksi. Aineistoa hankkiessa pyrkimyksenä olivat tiedon syvyys ja ihmisten kokemukset, eikä niinkään tulosten yleistettävyys tai tutkittavien yksilöiden lukumäärä. Kun aineiston keruut tapahtuivat muun osaston työn ohessa ja työ on vuorotyötä, ei jokaiseen aineistonkeruuseen ollut mahdollista saada kaikkia mukaan. Aineistonkeruuseen osallistujien valinnassa en pyrkinyt valikoimaan vastaajia, vaan henkilöiden valintaa ohjasi se, ketä aineistonkeruu päivänä oli töissä. Kyselyä toteuttaessa vastaajilta edellytettiin myös sitä, että he olivat osallistuneet interventioihin kehittämistyön aikana ja pystyvät vastaamaan kysymyksiin.

LÄHTEET

- Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Hamina: Akatiimi oy.
- Anttila, V-J. 2013. Infektoriskit terveydenhuollossa. Teoksessa M-L. Aaltonen & P. Rosenberg (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Tampere: Tammerprint Oy. 84 - 101.
- Backman, K., Paasivaara, L. & Nikkonen, M. 2001. Elämäkertatutkimus hoitotieteessä: kaksi esimerkkiä metodin sovelluksesta. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy. 238 - 250.
- Eloranta, K. T. 1986. Nominaaliryhmäteknikat ja strukturoitu ryhmätyö. Tampereen yliopisto. Hallintotieteen laitos. Julkishallinnon julkaisusarja. Toinen muuttamaton painos.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Flores, A. & Pevalin, D. 2008. Research: Glove use and compliance with hand hygiene. Nursing Times -verkkolehti. Viitattu 24.9.2013. <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/research-glove-use-and-compliance-with-hand-hygiene/523631.article>.
- Hahtela, N. & Mäkipää, S. 2011. Asiantuntijuuden kehittäminen. Teoksessa I. Ranta (toim.) Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Edita Prima Oy. 162 - 169.
- Hartikainen, S. & Jäntti, P. 2001. Iäkkäiden kaatumiset ja huimaus. Teoksessa R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen & R. Sulkava (toim.) Geriatria. Hämeenlinna. Karisto Oy. 281 - 292.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Heikkilä, R. 2005. Kliininen mikrobiologia tieteenalana. Teoksessa S. Hellsten (toim.) Kliininen mikrobiologia terveydenhuollossa. Suomen Kuntaliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 9 - 14.

- Heikkinen, L. T. 2007. Toimintatutkimus - Toiminnan ja ajattelun taito. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Juva: WS Bookwell Oy. 196 - 211.
- Heikkinen, L. T. 2010. Toimintatutkimuksen lähtökodit. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Hansaprint Direct Oy. 16 - 38.
- Heikkinen, L. T. & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa H. L. T. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena kustannus. 25 - 62.
- Hellsten, S. 2005. Aseptiikka ja hygienia - mikrobiologian soveltaminen. Teoksessa S. Hellsten (toim.) Kliininen mikrobiologia terveydenhuollossa. Suomen kuntaliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 177 - 187.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca.
- Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo. Bookwell Oy.
- Honkanen, R., Luukinen, H., Luthje, P., Nurmi-Luthje, I. & Palvanen, M. 2008. Ikäihmisten kaatumistapaturmat ja niiden ehkäisy. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Tampere: UKK-instituutti.
- Huttunen, R., Kakkori, L. & Heikkinen, H. L.T. Toiminta, tutkimus ja totuus. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena kustannus. 111 - 135.
- Jakobsson, A., Teirilä, I. & Holttinen, L. 2007. Infektioiden torjunnan perusteet terveydenhuollossa. Duodecimin verkkokurssit. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 10.2.2013.
http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=640&p_navi=59763&p_sivu=58300.

- Jääntti, P. 2008. Kaatumiset ja niiden ennaltaehkäisy. Teoksessa S. Hartikainen & E. Lönnroos (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima. 288 - 301.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen - Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Karhumäki, E., Jonsson, A. & Saros, M. 2010. Mikrobit hoitotyön haasteena. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa. Juva: WS Bookwell Oy.
- Kinnunen, M. 2010. Vaaratapahtumien raportoinnista elävään turvallisuuskulttuuriin. Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy. 117 - 138.
- Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2010. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy. 77 - 97.
- Kivelä, S - L. 2006. Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 30.
- Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena kustannus. 63 - 83.
- Korhonen, A. 2013. Tulevaisuus on käsissämme - käsihygienialla infektiot kuriin. Tiedote 14.3.2013. Viitattu 24.9.2013. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/?x57461386=125289332>.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kärki, T. & Lyytikäinen, O. 2013. Hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyys suomessa 2011. Alkuperäistutkimus. Suomen Lääkärilehti 1 - 2 (68), 39 - 45.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 19.8.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994. Viitattu 19.8.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940559/>.

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010. Viitattu 19.8.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100629>.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy. 21 - 43.

Lindholm, M., Mattila, T-M., Niemelä, M. & Rantamäki, A. 2008. Projektikäsikirja. Valkeakosken Seudun Kehitys Oy. Luettu 9.10.2012.
<http://epipro.vihivaunu.fi/ohjeet/projektikasikirja.pdf>.

Lääkelaki 10.4.1987/395. Viitattu 19.8.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia- sarja 4. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 3. uudistettu painos.

Meurman, O. & Kanerva, M. 2010. Hoitoon liittyviä infektioita aiheuttavia viruksia. Teoksessa V-J. Anttila, S. Hellsten, A. Rantala, M. Routamaa, H. Syrjälä & R. Vuento (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Suomen Kuntaliitto. Porvoo. WS Bookwell Oy. 426 - 441.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mäkisalo, M. 2004. Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Tampere: Tammer - Paino Oy.

Mänty, M., Sihvonen, S., Hulkko, T. & Lounamaa, A. 2006. Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat. Opas kaatumisten ja murtumien ehkäisyyn. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B8. Helsinki: Edita Prima Oy.

Mäntyranta, T. & Kaila, M. 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. Duodecim 124 (13), 1507 - 1513.

Opetussuunnitelma 2012 - 2013. 2012. Kliininen asiantuntija ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala.

- Paasivaara, L., Suhonen, M. & Nikkilä, J. 2008. Innostavat projektit. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverprint.
- Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Opas 16. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print - Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Palonen, R., Nio, A. & Mustajoki, P. 2005. Potilas- ja lääkevahingot. Korvaaminen ja ennaltaehkäisy. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Panula, J. 2010. Surgically treated hip fracture in older people. With Special Emphasis on Mortality Analysis. Väitöskirja. Institute of Clinical Medicine; Department of Surgery. Annales Universitatis Turkuensis D 907. Viitattu 13.11.2013. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/62845/AnnalesD907Panula.pdf?sequence=1>.
- Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Lääketieteellinen aikakauslehti. Duodecim 122 (20), 2459 - 2470.
- Pentti, M. & Lankinen, H. 2008. Aseptiikka. Teoksessa K. Hirvonen, T. Karhumäki & E. Tuominen (toim.) Välinehuolto. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 114 - 115.
- Pentti, M. & Lankinen, H. 2008. Hyvät sairaalahygieniatavat. Teoksessa K. Hirvonen, T. Karhumäki & E. Tuominen (toim.) Välinehuolto. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 111 - 114.
- Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia. 2012. Potilasturvallisuushankkeen potilasturvallisuuden työkalut -työvaliokunta. Viitattu 6.12.2012. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=40880&name=DLFE-8799.pdf.
- Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma. 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.8.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e28ead9c-eab6-4d67-b5e3-b12b1a9b0adf>.
- Potilasturvallisuuden työkalut -työvaliokunta. 2010. Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön potilasturvallisuushanke. Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. 181 - 190.
- Potilasturvallisuussanasto lääkehoidon turvallisuussanasto. 2007. Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. Viitattu 28.11.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4ce407ffc338-485c-8ed8-8fe28cd7cb6c>.

- Ratia, M. & Routamaa, M. 2010. Henkilöhygieniä. Teoksessa: V-J. Anttila, S. Hellsten, A. Rantala, M. Routamaa, H. Syrjälä & R. Vuento (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Suomen Kuntaliitto. Porvoo: WS Bookwell Oy. 152 - 154.
- Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuuri. Teoria ja arviointi. VTT. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Rintala, E. & Routamaa, M. 2013. Hyvä käsihygieniä sairaalassa - suositus vai velvollisuus? Suomen lääkärilehti 15 (68), 1120 - 1121.
- Routamaa, M. & Ratia, M. 2011. Työ- ja suojavaatetus sekä suojaimet. Teoksessa V-J. Anttila, S. Hellsten, A. Rantala, M. Routamaa, H. Syrjälä & R. Vuento (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Suomen Kuntaliitto. Porvoo: WS Bookwell Oy. 155 - 164.
- Ruuhilehto, K., Kaila, M., Keistinen, T., Kinnunen, M., Vuorekoski, L. & Wallenius, J. 2011. HaiPro - millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007 - 2009? Alkuperäistutkimus. Duodecim 127 (10), 1033 - 1040.
- Ruuska, K. 2006. Terveydenhuollon projektinhallinta. Mallit, työkalut, ihmiset. Helsinki: Tammer-Print Oy.
- Räsänen, K. & Meretoja, O. 2013. Työhyvinvointi ja henkilökunnan jaksaminen. Teoksessa L-M. Aaltonen & P. Rosenberg (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Tampere: Tammerprint Oy. 102 - 114.
- Räsänen, M. 2008. Potilaiden vaaratapahtumat erilaisissa hoitotyön toimintaympäristöissä. Suomen sairaanhoitajaliiton jäsenkysely 2004. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos Kuopion yliopisto.
- Saari, P. 2007. Kaatumiset ja kaatumistapaturmat. Teoksessa T-M. Lyyra, A. Pikkarainen & P. Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy. 201 - 214.
- Sipilä, T., Kankkunen, P., Suominen, T. & Holma, T. 2007. Fokusryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä hoitotieteellisessä tutkimuksessa: esimerkkinä tutkimus ITE-itsearviointimenetelmän käytöstä johtamisen työvälineenä. Hoitotiede 19 (6), 305 - 313.

Snellman, E. 2010. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy. 29 - 41.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 341/2011. Viitattu 19.8.2012

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 16. Viitattu 2.10.2013.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3725.pdf.

Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.

Swiss Cheese Model. 2005. Patient Safety –quality improvement. Anatomy of an error.

2005. Viitattu 16.10.2013.

http://patientsafetyed.duhs.duke.edu/module_e/swiss_cheese.html.

Syrjälä, H. 2010. Mitä hoitoon liittyvät infektiot ovat ja voidaanko niiden esiintyvyyteen vaikuttaa? Teoksessa V-J. Anttila, S. Hellsten, A. Rantala, A., M. Routamaa, H. Syrjälä & R. Vuento (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Suomen Kuntaliitto. Porvoo: WS Bookwell Oy. 18 - 35.

Syrjälä, H. & Lahti, A. 2010. Iho ja infektioiden torjunta. Teoksessa V-J. Anttila, S. Hellsten, A. Rantala, M. Routamaa, H. Syrjälä, & R. Vuento (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Suomen Kuntaliitto. Porvoo: WS Bookwell Oy. 113 - 120.

Syrjälä, H. & Teirilä, I. 2010. Käsihygienia. Teoksessa V-J. Anttila, S. Hellsten, A. Rantala, M. Routamaa, H. Syrjälä, & R. Vuento (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Suomen Kuntaliitto. Porvoo: WS Bookwell Oy. 165 - 183.

Tartuntatautilaki 25.7.1986/583. Viitattu 19.8.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860583>.

Terveysturvallisuuslaki 30.12.2010/1326. Viitattu 19.8.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

THL. 2013. Kaatumisvaaran arviointi. Viitattu 29.10.2013.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/pistetapaturmille-fi/iakkaat/ikina/kaatumisvaaran-arviointi.

Tideiksaar, R. 2005. Vanhusten kaatumiset. Opas hoidosta vastaaville. Helsinki: Edita Prima Oy.

Toikka, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Tuovonen, A. & Lönnroos, E. 2008. Iäkkään ravitseminen. Teoksessa S. Hartikainen & E. Lönnroos (toim.) Geriatria. Helsinki: Edita Prima Oy. 211 - 226.

Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 32. Helsinki.

Vaapio, S. 2009. Elämänlaatu ja iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Turku: Painosalama Oy.

Valtonen, V. 2003. Mikä on infektio tauti? Teoksessa P. Huovinen, S. Meri, H. Peltola, M. Vaara, A. Vaheeri & V. Valtonen (toim.) Mikrobiologia ja infektiosairaudet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 308 - 317.

Valtonen, M. 2001. Vanhusten infektiot. Teoksessa: R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen, R. Sulkava (toim.) Geriatria. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim. 224 - 229.

Viitala, R. 2008. Johda osaamista. Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Von Schantz, M., Salanterä, S. & Leino-Kilpi, H. 2008. Hoitotyöntekijöiden ja potilaiden tiedot sairaalainfektioista ja käsihygieniasta sairaalainfektion torjunnassa. *Hoitotiede* 20 (2), 92 - 100.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 15.5.2003/352. Ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavien opintojen tavoitteet 7a§. Viitattu 23.8.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030352>.

Vehviläinen- Julkunen. K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen – Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY. 26 - 34.

WHO. 2009. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean. Care is Safer Care. Viitattu 1.10.2013.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf.

WHO. 2013. Clean Care is Safer Care. 2013. Let`s celebrate 5 May 2013. Viitattu 2.10.2013.
http://www.who.int/gpsc/5may/EN_PSP_GPSC1_5May_2013/en/index.html.

Ylipalosaari, P. & Keränen, T. 2010. Potilaan eristäminen. Teoksessa V-J. Anttila, S. Hellsten, A. Rantala, M. Routamaa, H. Syrjälä & R. Vuento (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Suomen Kuntaliitto. Porvoo: WS Bookwell Oy. 184 - 203.

Julkaisemattomat lähteet

Korhonen, Marja-Leena. 2013. HaiPro-Raportti tammikuu 2012 - joulukuu 2012. Sotkamon terveyskeskussairaala. Osastonhoitajan tiedonanto.

Korhonen, V. 2013. HaiPro- järjestelmän potilasturvallisuusilmoitukset 2012. Vuosikertomus. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Laatupäällikön tiedonanto.

Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma. 2013. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Potilasturvallisuustyöryhmä. Viitattu 18.8.2013.

<http://kaima.kainuu.fi/sote/laadunhallinta%20ja%20potilasturvallisuus/toimintaj%c3%a4rjeselm%c3%a4%20ja%20sen%20yll%c3%a4pit%c3%a4minen/Ohjerekisteri/Laadunhallinnan%20ja%20potilasturvallisuuden%20suunnitelma.doc>.

Tuloskortti, suunnitelma vuosille 2013 - 2016. 2013. Vastaanotto- ja terveyskeskussairaala-toiminta. Viitattu 27.11.2013.

<http://kaima.kainuu.fi/sote/terveydenhoito/vastaanotto/johtaminen/Vuosisuunnitelma/Tuloskortti%202013-2016%20%20BSC.doc>.

LIITTEET

Liite 1. Kehittämistyön projektiorganisaatio – henkilöt ja tehtävät

Liite 2. 6-3-5-ryhmän läpivientimallin runko

Liite 3. 6-3-5-ryhmän vastauslomake

Liite 4. Yhteenveto 6-3-5-menetelmällä kerätyn aineiston sisällönanalyysistä

Liite 5. Kokouskutsu ohjaus- ja projektiryhmän kokoukseen

Liite 6. Infektioidentorjunnan verkkotestin monivalintakysymykset

Liite 7. Infektioiden torjunnan verkkotestin tulokset

Liite 8. Kysely Sotkamon terveyskeskussairaalan hoitohenkilökunnalle käsien desinfektio-
testaukseen ja hygieniakoulutukseen osallistumisesta

Liite 9. Kysely - sisällönanalyysin tulokset

Liite 10. Käsien desinfektio-
testauksen tulokset

Liite 11. Toimintaohje huuhteluhuoneeseen

Liite 12. Yleisiä ohjeita infektioiden torjuntaan

Liite 13. Lyhyt kaatumisvaaran arviointimittari FRAT

Liite 14. Toimintaohje FRAT -arviointien toteuttamiseen ja kaatumistapaturmia
ehkäiseviin toimiin liittyen osastolla.

Liite 15. Fokusryhmähaastattelun kysymykset

Liite 16. Ohjaus- ja projektiryhmän kokouspöytäkirja

Liite 17. Tutkimuksen hallinnollinen lupa

Liite 18. Tiedote työyhteisöön

KEHITTÄMISTYÖN PROJEKTIORGANISAATIO – HENKILÖT JA TEHTÄVÄT

Ohjausryhmä: oh. Marja-Leena Korhonen, sh. Riitta Väyrynen ja yliopettaja Rauni Leino-
nen

Ohjausryhmän tehtäviin kuuluvat:

- Kehittämistyön etenemisen seuranta tavoitetta kohti.
- Päättää kehittämistyön kokonaistavoitteista, määrittää puitteet ja lähtökohdat sekä päättää niiden muutoksista.
- Antaa projektiryhmälle selkeän toimeksiannon, jotta projektiryhmä pystyy toimimaan tavoitteiden saavuttamiseksi.
- Valvoo ja tukee kehittämistyön tavoitteiden ja tuloksien saavuttamiseksi.
- Ottaa kantaa välituloksiin, jotta kehittämistä voidaan suunnata oikeaan suuntaan sekä hyväksyy kehittämistyön siirtymiset seuraavaan vaiheeseen.
- Tekee kehittämistyön keskeiset päätökset ja ratkaisee merkittävät ongelmat.
- Valvoo ja seuraa koko kehittämistyön hallintaa, kuten aikataulua ja budjettia.
- Hyväksyy kehittämistyön tulokset ja tekee päätöksen työn päättämisestä.
- Vastaa kehittämistyön tulosten hyödyntämisestä.
- Tukee projektipäällikköä.
- Osallistuu ohjausryhmän kokouksiin.

Projektiryhmä: lh. Seija Parvinen, lh. Sari Herranen, lh. Mauri Moilanen, sh. Eija Kemppainen, aoh. Päivi Määttä ja sh. Jonna Jestola

Projektiryhmän tehtäviin kuuluvat:

- Osallistuu potilasturvallisuuden kehittämistyön suunnitteluun.
- Vastaa siitä, että työssä saatavat tulokset ja ideat saatetaan organisaation tietoon.
- Toteuttaa itse potilasturvallisuuden kehittämishanketta.
- Huolehtii ohjausryhmän / projektipäällikön määrittelemistä tehtävistä.
- Raportoi työn etenemisestä projektipäällikölle.

Projektipäällikkö: sh. (YAMK -opiskelija) Leena Tolonen

Projektipäällikön tehtäviin kuuluvat:

- Osallistuu kehittämistyön suunnitteluun ohjaus- ja projektiryhmän kanssa.
- Vastaa osaltaan potilasturvallisuuden kehittämisestä.
- Varmistaa, että ohjausryhmän palaute välittyy projektiryhmälle ja päinvastoin.
- On innostaja, neuvottelija sekä projektiryhmän tukija.
- Johtaa ja jakaa työtehtävät ja huolehtii projekti- ja muiden työryhmien koolle kutsumisesta.

Leena Tolonen, projektipäällikkö, Sotkamossa 31.1.2013

6-3-5-ryhmän läpivientimallin runko

Sotkamon terveyskeskussairaalassa 18.12.2012 ja 20.12.2012

Potilasturvallisuuden kehittämiskohdat/ongelmakohdat Sotkamon sairaalassa

- ALOITUS
 - Tervetuloa ja kiitos osallistumisestasi
 - Tämä tilaisuus liittyy työyhteisössämme toteutettavaan kehittämishankkeeseen, jossa on tarkoituksena kehittää osastomme potilasturvallisuutta ja sitä kautta omaa työtämme.
 - Tavoitteena on löytää potilasturvallisuuden kannalta tärkeimmät kehittämiskohteet potilasturvallisuudessa työyksikössämme, sekä löytää ratkaisukeinoja / menetelmiä niiden poistamiseksi.
 - Omia näkemiäsi kehittämistarpeita ja ratkaisuehdotuksia ei kannata rajata liikaa, vaan ne kannattaa tuoda vapaasti paperille. Toivon kuitenkin, että ongelmiksi tai ratkaisuksi löydätte muita vaihtoehtoja kuin henkilökunnan resurssien lisäämisen ja kiireen poistamisen. Tällä kehittämistyöllä emme pysty saamaan lisäresursseja, vaan tarkoituksena on kehittää ja muuttaa toimintaamme potilasturvalliseksi nykyisillä resursseilla.
 - Teidän esittämistä asioista valitaan kehittämistyön kohteet henkilöstöä vielä kuullen, eikä valintoja henkilöitetä kehenkään yksilönä. Ryhmästä nousseet tulokset julkaistaan kehittämistyön raportissa ja tulokset raportoidaan niin, ettei niistä käy esille, mikä oli kenenkin vastaus.
 - Ryhmä on äänetön, joten ryhmässä ei saa puhua. Jos haluatte tarkennusta johonkin, kysytte sen minulta.
 - Kirjoita vastauksesi paperille selvällä käsialalla.
 - Minä toimin ryhmän vetäjänä ja ohjaan vaihe vaiheelta etenemistä ja käytettävissä olevaa aikaa. Vastausaikaa on mahdollista lisätä, jos suunniteltu aika ei ole riittävä.

- NYT TOTEUTAMME 6-3-5-RYHMÄ IDEOINNIN
- ENSIMMÄINEN KIERROS:
 - Jaan teille nyt kolme paperiarkkia, jotka olen numeroinut 1, 2, 3.
 - Mikäli ette halua käyttää vastauksissanne omaa nimeä, keksi itsellesi jokin muu nimimerkki, jota käytät myös jokaisen vastauksen edessä.
 - Pohdi paperille kirjoitettua kysymystä.
 - Kirjaa sen jälkeen 1 ongelma yhdelle paperille. Eli yhteensä 3 eri ongelmaa 3 eri paperille. Laita keksimäsi nimimerkki jokaisen paperin vasempaan yläreunaan sille osoitettuun kohtaan. Aikaa ongelman miettimiseen on maksimissaan 10 minuuttia.
 - Nyt olet keksinyt jokaiselle paperille ongelman. Jätä paperi numero 1 oikeinpäin eteesi ja muut käännä nurinpäin.
 - Siirrä nyt oikein päin edessäsi oleva (nro 1) paperiarkki myötapäivää vasemmalla vieressäsi istuvalle ryhmäläiselle.
 - Nyt edessäsi on yksi ongelma / kehittämiskohde. Sinulla on 1 minuutti aikaa keksiä ongelmaan (/ kehittämiskohteeseen) yksi ratkaisu / ehdotus. Kirjaa siis ylös, keino tai menetelmä, kuinka ongelma voidaan poistaa/välttää. Muista laittaa vastauksesi yläpuolelle nimesi/nimimerkkisi, jonka alussa itsellesi keksit.
 - Anna paperi edelleen vasemmalla puolella olevallesi ryhmän jäsenelle.
 - Lue paperissa oleva ongelma ja edellisen kirjoittama ratkaisuehdotus.
 - Keksi yksi oma ratkaisuehdotuksesi paperissa esitettyyn ongelmaan. Kirjoita ehdotuksesi edellisen vastauksen alle ja laita nimimerkki ratkaisuehdotuksesi päällä, sille osoitettuun kohtaan. Aikaa vastata on noin 1.5min.
 - Anna paperi nyt vasemmalla puolella olevallesi ryhmän jäsenelle.

- Tätä jatketaan kunnes jokainen ryhmäläinen on kirjoittanut ratkaisuehdotuksen kunkin ongelmaan /kehittämiskohteeseen. (Itse keksimään ongelmaa ei kirjoiteta ratkaisua) Tämän jälkeen kerään ideointi paperit (nro 1) pois.

TOINEN KIERROS

- Nyt ota nurinpäin edessäsi oleva paperiarkki nro 2.
- Siirrä paperiarkki vasemmalla puolella olevallesi ryhmän jäsenelle.
- Kierros ratkaisuehdotuksista käydään läpi samalla tavalla kuin ensimmäisellä kierroksella.

KOLMAS KIERROS

- Kolmas kierros käydään läpi kolmannen ongelman kohdalla samalla tavalla kuin toinen kierros.

LOPUKSI

Annan teille paperilaput, johon pyydän kirjoittamaan joko yksin tai ryhmän arviointia käytetystä menetelmästä.

VASTAUSLOMAKE

NRO 1

Nimimerkki:

Mikä on työyhteisömme potilasturvallisuuden keskeisin ongelma?

Keskeisin ongelma:

Ryhmän jäsenten ratkaisukeinot/menetelmät yllä olevan ongelman poistamiseen:

1) Nimimerkki

Ratkaisuehdotus:

2) Nimimerkki

Ratkaisuehdotus:

3) Nimimerkki

Ratkaisuehdotus:

4) Nimimerkki

Ratkaisuehdotus:

5) Nimimerkki:

Ratkaisuehdotus:

Yhteenveto 6-3-5-menetelmällä kerätyn aineiston sisällönanalyyysistä

Potilasturvallisuuden keskeiset ongelmat	Ratkaisukeinot/ menetelmät ongelmien poistamiseen
Ajanhallinta	Suullinen ja kirjallinen tiedonkulku Töiden organisointi Lääkärintiennon toteuttaminen
Suullinen ja kirjallinen tiedonkulku	Raportoinnin tapa Riittävästi aikaa Yhteiset kirjaamiskäytännöt
Potilasaines	Osaamisen lisääminen Potilasmäärä Hoitajien ryhmäjako
Kaatumistapaturmat	Liikkumisen tukeminen ja turvaaminen Tieto potilaan liikuntakyvystä Pienemmät potilasryhmät
Karkaileva potilas	Toimiva hälytys/kulunvalvonta järjestelmä Sopiva lääkehoito Hoitoympäristö
Lääkehoidon poikkeamat	Koulutus Lääkkeenjako ympäristö Lääkkeenjako tilanne Lääkehoidon tarkistaminen
Toimintaympäristö	Apuvälineiden sijoittaminen Aseptinen ympäristö Työskentelyrauha
Yksin työskentely	Työn suunnittelu yhdessä Lääkärin konsultaation puute
Hoitokäytänteet	Aseptiikka Työskentelytavat Kuntouttavahoitotyö

SOTKAMON SAIRAALAN KOKOUSKUTSU
POTILSTURVALLISUUDEN

KEHITTÄMISHANKE

OHJAUS- JA PROJEKTIRYHMÄN YHTEINEN KOKOUS

Aika 14.2.2013 klo14 alkaen

Paikka Sotkamon sairaala, neuvotteluhuone

ASIALISTA

1. Kokouksen avaaminen
2. Kokouksen järjestäytyminen, esittäytyminen sekä puheenjohtajan ja sihteerin valinta
3. Esityslistan hyväksyminen
4. Kehittämistyön tausta, projektin ohjaus ja kehittämistyön aikataulu
5. 6-3-5 -ryhmäteknikalla saadun aineiston sisällönanalyysin tulokset
6. Kehittämiskohteiden valinta ja niistä päättäminen
7. Kehittämismenetelmistä päättäminen, toiminta, työnjako ja aikataulu
8. Seuraavasta kokouksesta päättäminen
 - säännöt ja ajankäyttö
 - ajankohta
9. Muut mahdolliset asiat
10. Kokouksen päättäminen

Leena Tolonen, projektipäällikkö, Sotkamossa 31.1.2013

Liitteet: Yhteenvedo sisällönanalyysistä

Kehittämistyön ohjaus, tehtävät ja toimintatutkimus

Infektioiden torjunnan perusteet terveydenhuollossa – Testaa osaamisesi - Monivalintakysymykset (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim)

Infektioiden torjunnan perusteet terveydenhuollossa

Mitkä seuraavista väittämistä ovat oikein (1 vaihtoehto/kysymys)?

Tavanomaiset varotoimet

1.

- a) Tavanomaisia varotoimia noudatetaan vain sairaaloissa.
- b) Tavanomaisia varotoimia noudatetaan vain potilaiden hoidossa.
- c) Tavanomaisia varotoimia noudatetaan vain niiden potilaiden hoidossa, joilla on infektio.
- d) Tavanomaisia varotoimia noudatetaan kaikessa työskentelyssä.
- e) Tavanomaisia varotoimia ei noudateta eristystilanteissa.

Oikea käsihygienia

2. Käsihygienia

- a) Hyvän käsihygienian onnistumisen edellytys on, että käsihygieniatuotteet ovat näkyvillä ja helposti saatavilla.
- b) Hyvä käsihygienian toteutus kuuluu vain potilastyötä tekeville.
- c) Huoltohenkilöiden käsihygienia ei ole tärkeää, koska he ovat pääasiassa tekemisissä elottoman materiaalin kanssa.
- d) Käsien huuhtelu pelkällä vedellä ei kuulu käsihygieniamenetelmiin.

3. Saippua-vesipesu

- a) Kädet pestään vedellä ja saippualla jokaisen potilaskontaktin jälkeen.
- b) Kädet pestään vedellä ja saippualla jokaisen potilashuoneen välillä.
- c) Kädet pestään vedellä ja saippualla, kun ne ovat näkyvästi likaiset.
- d) Saippua-vesipesu tappaa mikrobit käsistä.
- e) Vesihanauksen sulkeminen puhtain käsin saippua-vesipesun jälkeen ei vaikuta pesutulokseen.
- f) Saippua-vesipesu ei rasita käsien ihoa niin paljon kuin alkoholikäsihyyde.

4. Käsien desinfektio

- a) Käsihyyhteen voi ottaa kosteisiin käsiin.
- b) Käsihyyhdettä otettaessa käsien pitää olla kuivat.
- c) Käsihyyhdettä ei saa käyttää, jos se kirvelee iholla.
- d) Käsihyyhdettä ei saa käyttää elintarvikkeita käsiteltäessä.

5. Käsihygienian perusasioita

- a) Tekokynsien alla on vähemmän mikrobeja kuin tavallisten kynsien alla, koska tekokynnet ovat elotonta materiaalia.

- b) Sormusten alla on vähemmän mikrobeja kuin muualla sormien iholla, koska mikrobit eivät pääse sormusten alle.
- c) Sormusten lukumäärä ei vaikuta käsien mikrobien määrään.
- d) Käsivoiteiden käyttö heikentää käsien desinfiektion vaikutusta.
- e) Käsivoiteiden käytön jälkeen käsistä leviää ympäristöön tavallista vähemmän mikrobeja.
- f) Jos työntekijä käyttää kynsilakkaa, ei kynsilakan värillä ole merkitystä käsihygienian kannalta.

Oikea suojainten käyttö

6. Suojakäsineet

- a) Käytettyjen suojakäsineiden välityksellä mikrobit eivät leviä.
- b) Käsiä ei tarvitse desinfioida ennen suojakäsineiden pukemista, jos ne näyttävät puhtailta.
- c) Käsiä ei tarvitse desinfioida suojakäsineiden riisumisen jälkeen, koska suojakäsineiden käyttö korvaa käsihygienian.
- d) Kädet pitää desinfioida ennen ja jälkeen suojakäsineiden käytön.

7. Missä seuraavista tilanteista pitää käyttää suojakäsineitä?

- a) Lääkkeiden jaossa
- b) Perifeerisen kanyylin laitossa
- c) Vuoteen sijauksessa
- d) Puhtaiden hiusten kampaamisessa

8. Muut suojaimet

- a) Suojainten käyttöä pitää opetella etukäteen.
- b) Työntekijän omat silmälasit antavat riittävän suojan toimenpiteissä, joissa on roiskevaara.
- c) Käytetyn hiussuojuksen voi laittaa pukukaappiin odottamaan seuraavaa käyttöä.
- d) Kengänsuojuksia käytetään estämään infektioiden leviämistä paikasta toiseen.

Oikeat työskentelytavat

9. Yleistä oikeista työskentelytavoista

- a) Aseptista työjärjestystä noudatetaan vain potilashoidossa.
- b) Potilaiden hoitaminen ylipaikoilla ei lisää infektioiden leviämisen riskiä.
- c) Potilasasiakirjat on hyvä laittaa potilaan sänkyyn kierron ajaksi.
- d) Potilasasiakirjojen kansia ei tarvitse pyyhkiä.
- e) Yhteiskäytössä olevat ATK-laitteet, etenkin näppäimistöt tulee puhdistaa säännöllisesti.

10. Eritetahradesinfektioaine

- a) Eritetahradesinfektioon valitaan desinfektioaine, joka tehoaa mahdollisimman moneen mikrobiin
- b) Klooriyhdistettä eritetahradesinfektioon käytettäessä kloorilaimennoksen vahvuus on aina sama riippumatta eritteen määrästä ja tilanteesta.
- c) Korkeita alkoholipitoisuuksia sisältävä desinfektioaine (esim. denaturoitu alkoholi 80% A12t) on eritetahradesinfektiossa tehokas.
- d) Eritetahran poistossa desinfektioaineen käyttö sumutinpullossa on asianmukaista.

11. Hoitotoimenpiteet ja siivouksen ajankohta

Menet potilashuoneeseen hoitamaan haavaa. Huoneen siivous on alkamaisillaan. Miten toimit?

- a) Hoidat haavan alkuperäisen suunnitelmasi mukaan huolimatta siivouksesta.
- b) Viet potilaan tutkimushuoneeseen ja hoidat haavan siellä.
- c) Pyydät laitoshuoltajaa aloittamaan siivouksen haavan hoidon jälkeen.
- d) Hoidat haavan kahden tunnin kuluttua siivouksen päättymisestä.

12. Huuhtelu- ja desinfektiokoneen käyttö

- a) Välineiden tuoja laittaa välineet suoraan huuhtelu- ja desinfektiokoneeseen, jos kone on vapaa.
- b) Huuhtelu- ja desinfektiokonetta ei saa käyttää kaatoaltaana
- c) Vain saman likaisuusasteen omaavaa välineistöä voi pestä yhtä aikaa samassa pesuohjelmassa.
- d) Huuhtelu- ja desinfektiokonetta ei tarvitse huoltaa säännöllisesti, jos se toimii hyvin.

13. Hoitovälineiden huolto

- a) Verenpainemittareita ei tarvitse huoltaa, koska ne ovat kosketuksissa terveen ihon kanssa.
- b) Stetoskooppien välityksellä mikrobit voivat levitä.
- c) Lämpömittarit laitetaan käytön jälkeen likoamaan desinfektioaineeseen.
- d) Suihkupaarit ja suihkutuolit pestään joka potilaan välissä desinfektioaineella
- e) Alusastiat, portatiivit ja virtsapullot tyhjennetään erilliseen kaatoaltaaseen ennen huuhtelu- ja desinfektiokoneeseen laittoa.

Neulojen ja terävien esineiden käsittely

14. Veriviruksen kantaja

- a) Kaikkien potilaiden vereen ja verisiin eritteisiin tulee suhtautua ikään kuin niissä olisi verivirusta.
- b) Veriviruksen kantajan hoitovälineet tulee aina erikseen merkitä ja desinfioida kemiallisilla aineilla.
- c) Veriviruksen kantaja sijoitetaan aina yhden hengen huoneeseen.

- d) Veriviruksen kantajan hoidossa käytetään aina suojakäsineitä.
- e) Veriviruksen kantajan huoneen siivouksessa käytetään desinfioivia aineita.

15. Neulankeräysastiat

- a) Tyhjentyneitä lasi- ja muovipulloja voi käyttää neulankeräysastioina, jolloin myös kierrätysideologia toteutuu.
- b) Neulankeräysastioita ei saa täyttää liian täyteen.
- c) Veriviruksen kantajalla tulee olla oma neulankeräysastia.
- d) Neulan laittaminen takaisin suojukseen (hylsyttyminen) on vaihtoehto neulankeräysastian käytölle.
- e) Käytetyn neulan voi laittaa kaarimaljaan ja viedä myöhemmin neulankeräysastiaan.

16. Verialtistustilanteiden ehkäisy

- a) Työnantajalla ei ole velvollisuutta hankkia turvavälineitä, koska tavallisillakin välineillä pärjää, jos on huolellinen..
- b) Turvavälineistä (turvaneulat, turvaruiskut, turvakanyylit) on hyötyä vain oikein käytettynä.
- c) Työrutiineista poikkeaminen veriviruksen kantajan perushoidossa vähentää työntekijän verialtistusriskiä.
- d) Työntekijän työkokemuksella ei ole merkitystä verialtistuksen ehkäisyssä.

Tarkista vastaukset

Lähde: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2007. Verkkokurssit. Infektioiden torjunnan perusteet terveydenhuollossa. Testaa osaamisesi. Monivalintakysymykset. Viitattu 10.2.2013.
http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=640&p_navi=59764&p_url=/kotisivut/tentti.nayta?p_tentti=1058

INFEKTIOIDEN TORJUNNAN VERKKOTESTIN TULOKSET

Taulukko 5. Verkkotestin osaamisraporttien yhteenveto

vastaaja	Oikeat työskentelytavat	Tavanomaiset varotoimet	Oikea suojainten käyttö	Oikea käsihygienia	Neulojen ja terävien esineiden käsittely
1.	80 %	100 %	100 %	50 %	67 %
2.	80 %	100 %	100 %	75 %	100 %
3.	80 %	100 %	33 %	75 %	100 %
4.	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %
5.	100 %	100 %	67 %	50 %	100 %
6.	80 %	100 %	67 %	75 %	100 %
7.	60 %	100 %	100 %	75 %	100 %
8.	20 %	100 %	100 %	50 %	67 %
9.	60 %	100 %	100 %	75 %	67 %
10.	60 %	0 %	100 %	75 %	67 %
11.	60 %	100 %	100 %	75 %	100 %
12.	80 %	100 %	100 %	75 %	100 %
13.	60 %	100 %	67 %	50 %	100 %
14.	50 %	100 %	67 %	50 %	100 %
15.	40 %	0 %	67 %	75 %	67 %

71 – 100 % Hallitset asian hyvin

41 – 70 % Hallitset asian kohtalaisesti

0 – 40 % Kertaa materiaaleja

Taulukko 6. Verkkotestin tulosten yhteenveto eri osaamisalueilla prosentteina

Osaamisalue/tulos	0-40 %	41 - 70 %	71 - 100 %	Yhteensä
Oikeat työskentelytavat	(2) 13.33 %	(7) 46.7 %	(6) 40 %	15 (100)
Tavanomaiset varotoimet	(2) 13.33 %	(0) 0 %	(13) 86.6 %	15 (100)
Oikea suojainten käyttö	(1) 6.66 %	(5) 33.33 %	(9) 60 %	15 (100)
Oikea käsihygienia	(0) 0 %	(5) 33.33 %	(10) 66.66 %	15 (100)
Neulojen ja terävien esineiden käsittely	(0) 0 %	(5) 33.33 %	(10) 66.66 %	15 (100)
Yhteensä	5	22	48	75

Kysely Sotkamon terveyskeskussairaalan hoitohenkilökunnalle käsien desinfektio- ja hygieniakoulutukseen osallistumisesta sekä käsihygienian edelleen kehittämistä.

Olet osallistunut käsien desinfektio- ja hygieniakoulutukseen sekä käsihygienian edelleen kehittämiseen osastollamme.

1.) Mikä asia on muuttunut käsien desinfektio- ja hygieniakoulutukseen osallistumisen jälkeen käsihygienian toteuttamisessasi?

2.) Miten Sinun mielestäsi osastollamme voidaan edelleen kehittää käsihygieniaa?

Kiitos vastauksestasi!

Kysely - sisällönanalyysin tulokset

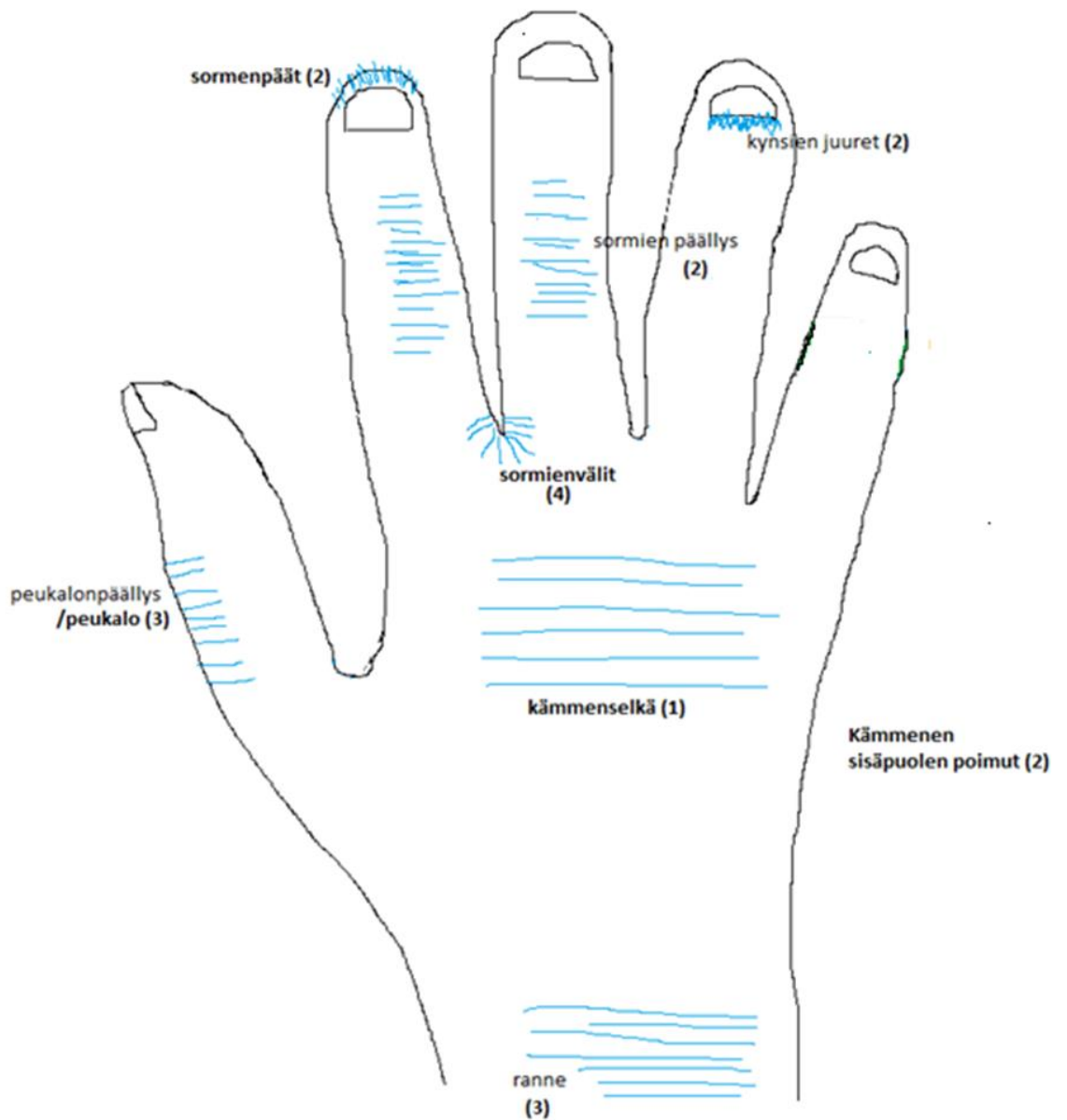
1.) Mikä asia on muuttunut käsien desinfektio- ja hygieniakoulutukseen osallistumisen jälkeen käsihygienian toteuttamisessasi?

Alkuperäiset ilmaukset koodattuna	Teemat
<p>1. Entistä huolellisempi olen käsihygienian suhteen. 2. Käytän entistä useammin hanskoja ja huolehdin, että käsihuuhdetta menee joka kohtaan käsissä. 3. Enemmän käytän huuhdetta. 4. Vähemmän hanskoja, mietin tarkkaan missä vaan tarvitsee hanskoja. 5. Haavanhoidon eri vaiheissa hanskojen järkävä vaihto. 6. Muistan useammin desinfioida käsiäni sekä ennen että jälkeen hansikkaiden pukemisen. 7. Vaihdan hansikkaita useammin saman potilaan hoidon aikana. 8. Kiinnitän huomiota niihin kohtiin joihin käsidesi ei ollut ”tarttunut”. 9. Laitan tarkemmin kynnenaluset ja rantteet 10. Määräkin ehkä lisääntynyt (kertaa kohden). 11. Käsidesin käyttö lisääntynyt. 12. Käsidesin levitykseen olen kiinnittänyt enemmän huomiota. 13. Kiinnitän enemmän huomiota käsidesin hieromiseen käsiini -> ajatuksella! 14. Käytän enemmän käsidesiä potilaskontaktien välissä. 15. Kiinnitän enemmän huomiota käsieni ihon kuntoon. 16. Potilaita hoitaessani mietin miten toimin aseptisesti ja missä järjestyksessä teen esim. vuodepesuja. 17. En pese käsiäni saippualla niin paljon kuin ennen -> kädet pysyvät ehjänä nyt paremmin. 18. Kiinnitän enemmän huomiota des.aineen käyttöön: enemmän ja huolellisemmin. 19. Alkuun ainakin tietoisempi miettiminen/toimiminen käsihygienian suhteen. 20. Heti testauksen jälkeen huolehdin desinfektion huolellisemmin. Nyt kun aikaa kulunut, huomaan sen huonontuneen. 21. Enemmän kiinnittää huomiota esim. käsihuuhteen käyttöön, että laittaa sen huolellisemmin joka kohtaan käsiin. 22. Käsidesin käytössä tullut tarkkuutta. Otan enemmän desiiä käsiin kerralla ja hieronta huolellisemmin. 23. Kynsilakan käyttö (en enää lakkaa töihin) 24. Oman toimintatavan tarkkailu lisääntynyt. 25. Käsidesin käyttö lisääntynyt. 26. Käsien pesun tarpeellisuuden pohdinta (milloin pesen) 27. Käsineiden käytön oma tarkkailu/pohdinta (milloin käytän käsineitä vai käytätkö) 28. Toisen hoitajan puutteellinen käsihygienia (sanonko hänelle) 29. Käsihuuhdetta tulee käytettyä kerralla enemmän ja hierottua paremmin käsiin.</p>	<p>Desinfektioaineen käyttö (3, 6, 10, 11, 14, 18, 20, 22, 25, 29)</p> <p>Desinfektioaineen levittäminen (2, 8, 9, 12, 13, 21, 22, 29)</p> <p>Suojakäsineiden tarkoituksenmukainen käyttö (2, 4, 5, 7, 27)</p> <p>Yleinen käsihygienia (1, 15, 17, 19, 23)</p> <p>Aseptisen toimintatavan tarkkailu (16, 24, 28)</p>

2.) Miten Sinun mielestäsi osastollamme voidaan edelleen kehittää käsihygieniaa?

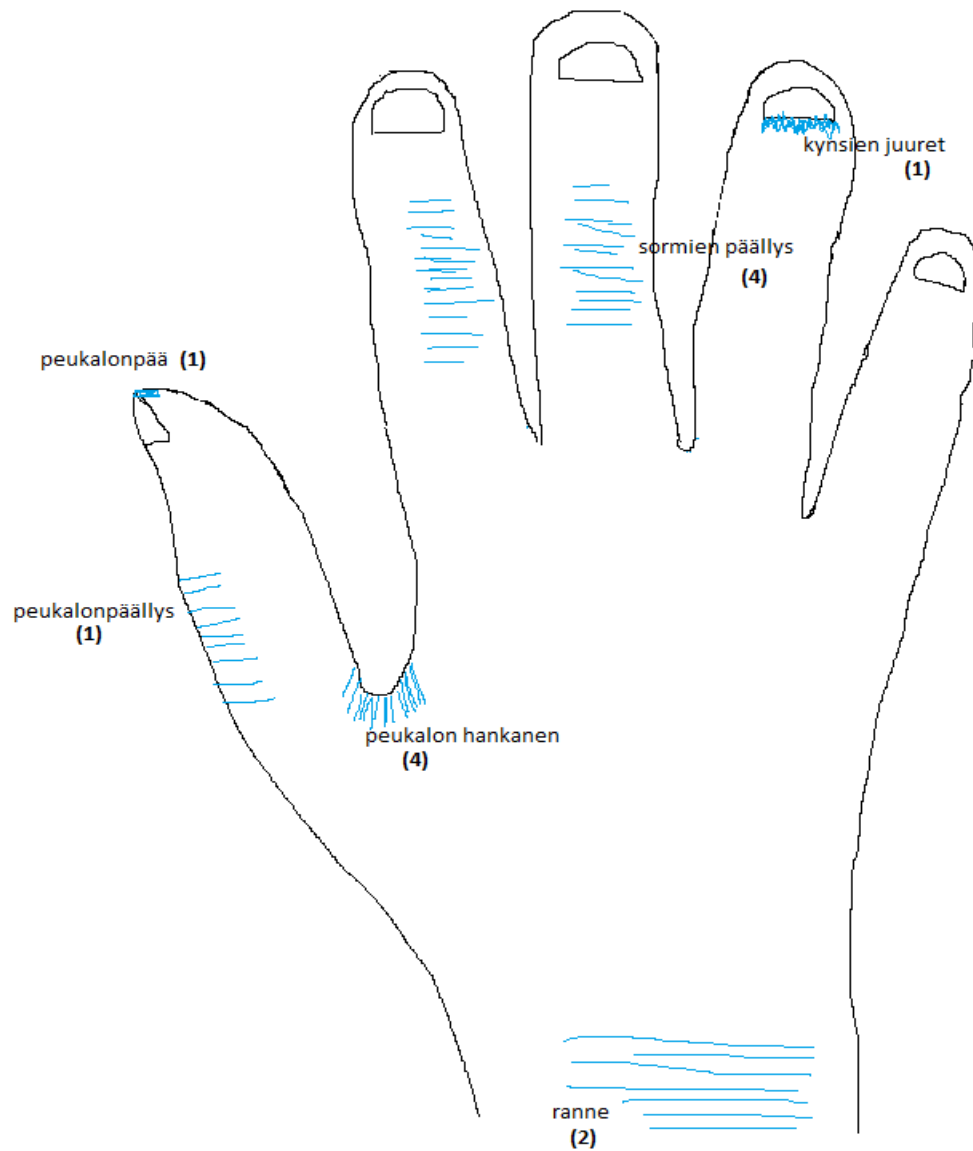
Alkuperäiset ilmaukset koodattuna	Teemat
<ol style="list-style-type: none"> 1. Potilaiden käsihygieniaan tulisi kiinnittää enemmän huomiota. 2. Käsineiden käytön vähentäminen. 3. Käsihuuhteiden pitäisi malttaa antaa kuivua. 4. Huomioida asia tehokkaammin perehdytyksessä. 5. Informoida omaisia oikeanlaisesta käsihygienian toteuttamisesta. 6. Enemmän käsidesipulloja/telineitä käytävälle. 7. Huomioidaan että desinfioidaan myös potilaiden kädet! 8. Potilaille ohjausta käsidesin käytöstä. 9. Muistamattomille hoitajan huolehdittava käsiin käsidesiä mm. wc käynnin jälkeen ja ennen ruokailua. 10. Vaikka asia itsestäänselvyys- sitä pitää muistuttaa ja puhua, erityisesti kun tulee uusia työntekijöitä, tai on epidemian uhka tms. 11. eos. 12. Pitää huomioida omaa käsihygieniaa edelleen ja etenkin milloin käyttää hanskoja ja milloin RIISUA NE!!! 13. Eristyshuoneista poistuttaessa muistaa riisua suojavaatteet sisäpuolella. Näitä asioita voitaisiin käydä vielä läpi yhdessä. 14. Useammin tietoisukuja tai opastuksia hlökunnalle, erit. uusille hoitajille. 15. Toistuvat ”tietoiskut” x 2-4/v. 16. Huuhtikseen heiluriovi. 17. Käsidesilaitteet osittain epäkuntoisia, tippuvat lattialle. 18. ”Tietoiskut”, muistutusta säännöllisin väliajoin. 19. Työkaverien esimerkki. 20. Itseä pitää ottaa niskasta kiinni ja huolehtia hygieniasta. 21. Tietoa ja koulutusta. 22. Väliajoin voisi olla aina muistutusta käsihygieniasta esim. tietoisukuja, koulutusta ym. 23. Myös potilaiden käsienpesuun/desinfointiin kiinnitettävä huomiota – tehostettava. 24. Aika ajoin voisi pitää ”tietoiskuja”, että pysyis mielessä. 	<p>Potilaiden käsihygienia (1, 5, 7, 8, 9, 23)</p> <p>Säännölliset koulutukset käsihygieniasta henkilökunnalle (4, 10, 13, 14, 15, 18, 21, 22, 24)</p> <p>Käsihygienian toteuttaminen (2, 3, 12, 16, 19, 20)</p> <p>Desinfektioainetelineet (6, 17)</p>

Kuvio 4. Desinfektioaineen puuttuminen ennen hygienihoitajan pitämää koulutusta



Kohdat jossa desinfektio puutteellinen sekä suluissa määrä, kuinka usealla oli puutteellinen desinfektion tulos kyseessä olevassa kohdassa.

Kuvio 5. Desinfektioaineen puuttuminen hygieniahoitajan pitämää koulutuksen jälkeen



Kohdat jossa desinfektio oli puutteellinen sekä sulussa määrä, kuinka usealla oli puutteellinen desinfektion tulos kyseessä olevassa kohdassa.

Toimintaohje huuhteluhuoneeseen

- Jos DEKO on käytössä tuodessasi likaisia tavaroita huuhteluhuoneeseen, laita ne odottamaan oikealla puolella oleviin altaisiin. Huolehdi tavarat pesuun koneen vapauduttua!
- DEKO:n voi kaataa ulosteet (ei wc paperia, eikä pesulappuja). Jos kaadat DEKO:n ulostetta, muista käyttää tyhjennys-huuhtelua (ohjelma 1). Odota, että tyhjennys-huuhtelu on valmis ja pese ohjelmalla 3 (virtsapullot, alusastiat, portatiivit)!
- Ulosteet voi kaataa myös kaatoaltaaseen. Huolehdi riittävän pitkä huuhtelu!
- Ruuantähteiden kaataminen vain kaatoaltaaseen. Biojäteastioiden huuhtelu hanan alla ennen DEKO pesua.
- Likaiset instrumentit laitetaan kannelliseen metallikoriin ja pestään ohjelmalla 5. Pesun jälkeen instrumentit siirretään välinehuoltajan koriin (ruskea kori) odottamaan huoltoon menoa.
- Huuhteluhuoneessa säilytetään riskijäteastiaa, johon kuuluu laittaa esim. haavanhoidossa käytetyt vihreät kyretit ja veitset. Pistävät/viiltävät jätteet asianmukaisesti astioihin!
- Pesun jälkeen puhtaat tavarat siirretään ikkunan alla olevalle pöydälle tai hyllyille omille paikoilleen.

Laatinut: sh. Jonna Jestola, lh. Seija Parvinen ja sh. Eija Kemppainen

Sotkamossa 28.5.2013. Versio 1.

Yleisiä ohjeita infektioiden torjuntaan

SUIHKUTUOLIT

Osastolla käytössä kolmenlaisia suihkutuoleja; korkeussäädettävät siniset, vihreät ja siniset perusmallit. Puhdista suihkutuolit jokaisen käyttökerran jälkeen (istuinosat, käsinojat, selkänojat ja työntökahvat). Siniset suihkutuolit pyyhitään Desioililla ja vihreät klorilliliuoksella. Pyyhkimisessä voi käyttää valkoista kertakäyttöistä siivousliinaa (huoneiden koreissa) tai käsipyyhepaperia. Siistijä pesee suihkutuolit kerran päivässä.

WC

Puhdista wc istuimen reunat ja käsituet klorilliliuoksella ennen ja jälkeen jokaisen potilaan wc käyntiä.

SUIHKU ARJO

Osastolla on käytössä yksi vuodepotilaiden pesuun tarkoitettu sininen lavetti (arjo). Se säilytetään pesuhuoneessa. Pyyhi arjo jokaisen käyttökerran jälkeen klorilliliuoksella tai käytä suojamuovia arjon suojana. Viimeisen pesun jälkeen siistijä pesee arjon päivittäin.

SUIHKUESSUT

Potilaita suihkuttaessa käytetään vahvempaa valkoista muoviessua. Essun käyttöön oton yhteydessä siihen kirjoitetaan päivämäärä ja kumpi puoli on itseä vasten. Vaihda suihkuessut viikon välein. Käytä potilashoidossa kertakäyttöessua aina tarvittaessa.

PARTAKONEET

Osaston sähkökäyttöisiä partakoneita säilytetään miesten pesuhuoneessa allaskaapissa. Puhdista partakone jokaisen käyttökerran jälkeen ja jokaisen potilaan jälkeen! Huuhtele partakoneiden teräosa vesihanalla. Teräyksiköt puretaan

osiin vain jos on näkyvää likaa. Kun purat teräosat erilleen, älä sekoita teriä keskenään. Huomioi että osat tulevat entisille paikoilleen. Pyyhi partakoneen muu osa Desioililla. Käytä potilaan omaa partakonetta aina kun se on mahdollista. Laita nimitarra potilaan omaan partakoneeseen.

ALUSASTIAT, VIRTSAPULLOT, PORTATIIVIT

Potilashuoneissa olevat alusastiat, virtsapullot ja portatiivit pestään DEKO:ssa ja vaihdetaan puhtaisiin joka yö. Älä jätä alusastioita potilashuoneisiin.

KATETRIPUSSIT

Katetripussit tyhjennetään yövuorossa. Tyhjennyskannut ovat potilaskohtaisia ja pestään aina käytön jälkeen. Tyhjennyskannua ei saa jättää wc:n tai potilashuoneeseen. Katetripussit vaihdetaan kerran viikossa (pesupäivänä) ja tarvittaessa muulloinkin. Merkitse vaihdon yhteydessä katetripussiin päivämäärä.

KÄDET DESINFIOIDAAN

Työvuoron alussa ja lopussa, ennen jokaista hoitotilannetta ja hoito-toimenpidettä, ennen suojakäsineiden laittoja, suojakäsineiden riisumisen jälkeen, eristyshuoneeseen mentäessä ja sieltä poistuttaessa, suojavaatteiden riisumisen jälkeen, eritteiden koskettelon jälkeen sekä käsien pesun ja kuivauksen jälkeen.

KÄDET PESTÄÄN

Kun ne ovat näkyvästi likaiset, kun käsihuuhe on kerrostunut käsiin, hoidettaessa norovirusinfektio tai Clostridium difficile -infektio potilasta, wc käynnin jälkeen tai jos olet koskenut kehon nesteisiin ilman suojakäsineitä.

TEHDASPUHTAITA SUOJAKÄSINEITÄ KÄYTETÄÄN

Kosketeltaessa kehon nesteitä, limakalvoja, rikkiäistä ihoa tai potilaalle laitettuja vierasesineitä.

Suojakäsineet ovat toimenpide- ja potilaskohtaisia!
Suojakäsineiden käyttö ei saa johtaa käsihuuhteen käytön laiminlyömiseen!

Laatinut: sh. Eija Kemppainen, lh. Seija Parvinen ja sh. Jonna Jestola
Sotkamossa 28.5.2013
Versio 2. Päivitetty 11/2013.



Hoivapalvelut ja sairaala				
LYHYT KAATUMISVAARAN ARVIOINTI (FRAT, Falls Risk Assessment Tool)				
Nimi:				
Syntymäaika:				
Osoite / osasto / huone:				
Asumismuoto: yksin / itsenäisesti / tuetusti				
			Arvioinnin tekijän nimikirjaimet	
			Arviointipäivämäärä (pv/kk/vv)	
				ARVIOINTIPISTEET
KAATUMISHISTORIA				
Kaatumiset edeltävän 12 kuukauden aikana	Ei yhtään kaatumista	(2 p.)		
	Yksi tai useampi kaatuminen viimeisen 12 kuukauden aikana	(4 p.)		
	Yksi kaatuminen viimeisen 3 kuukauden aikana	(6 p.)		
	Useampia kaatumisia viimeisen 3 kuukauden aikana	(8 p.)		
LÄÄKITYS				
Rauhoittavat, mielialalääkkeet, Parkinson-lääkitys, nesteenpoistolääkkeet, verenpainelääkkeet, uni- tai nukahtamislääkkeet	Ei mitään mainittujen lääkeryhmän lääkkeitä	(1 p.)		
	Yksi lääke	(2 p.)		
	Kaksi lääkettä	(3 p.)		
	Useampi kuin kaksi lääkettä	(4 p.)		
HENKINEN TILA				
Onko levottomuutta, masentuneisuutta, vaikeutta kommunikaatio- ja yhteistyökyvyssä, vaikeutta realistisesti arvioida omia resursseja, kuten liikkumis- ja toimintakykyä	Ei mitään mainituista	(1 p.)		
	Vähäisesti yksi tai useampia oireita	(2 p.)		
	Kohtalaisesti yksi tai useampia oireita	(3 p.)		
	Vaikea-asteista ongelmaa yhdellä tai useammalla osa-alueella	(4 p.)		
KOGNITIO/MUISTI				
Pisteytys joko MMSE*-testi-pisteiden tai kysymyksen mukaan	MMSE		Onko muistivaikeuksia?	
	25–30	(1 p.)	Ei vaikeuksia	(1 p.)
	18–24	(2 p.)	Vähäisiä muistivaikeuksia	(2 p.)
	10–19	(3 p.)	Kohtalaisesti muistivaikeuksia	(3 p.)
* Mini-Mental State Examination	0–12	(4 p.)	Etenevä muistisairaus	(4 p.)
PISTEET YHTEENSÄ (max. 20 p.)				


Hoivapalvelut ja sairaala
LYHYT KAATUMISVAARAN ARVIOINTI (FRAT, Falls Risk Assessment Tool)

Kaatumisvaara:	Pisteet	Toimenpiteet
Lievästi kohonnut kaatumisvaara	5–11 p.	Tasapainokyvyn ylläpitäminen. Liikuntakyvyn ylläpitäminen.
Kohonnut kaatumisvaara	12–15 p.	Kaatumisvaaran arviointi IKINÄ-lomakeella. Arviointiin perustuvien yksilöllisten ehkäisytoimien toteuttaminen.
Erittäin korkea kaatumisvaara	16–20 p.	Välitön kaatumisvaaran arviointi IKINÄ-lomakeella. Arviointiin perustuvien yksilöllisten ehkäisytoimien aloittaminen pikaisesti. Säännöllinen seuranta.

Lähde: Falls Risk Assessment Tool (FRAT-screening component)
 Developed by: Peninsula Health Falls Prevention Service, <http://www.health.vic.gov.au/agedcare>.
 Suomenkielisen käännöksen © THL, IKINÄ, www.tapaturmat.fi.

SUORITUSOHJE

- Arvioinnin tekijä kullakin arviointikerralla merkitsee lomakkeeseen arviointipäivämäärän ja omat nimikirjaimensa.
- Jokaisesta arvioitavasta kohdasta valitaan yksi, arvioitavan henkilön tilaa parhaiten kuvaava vaihtoehto.
 - jos henkilön tila vaihtelee, valitaan heikointa tilannetta/toimintakykyä vastaava vaihtoehto.
- Lasketaan yhteen osioiden pisteet, määritellään kaatumisvaara ja jatkotoimet.

Lähde: THL. 2013. Kaatumisvaaran arviointi. Arviointilomakkeet ja tarkastuslistat.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/9a4f3d43-9113-4039-9d74-2b937579923c>

KAATUMISTEN EHKÄISY

1. Jokaiselle uudelle potilaalle tehdään lyhyt kaatumisvaaran arviointi FRAT -lomakkeella viimeistään kahden vuorokauden kuluessa osastolle saapumisesta.
 - Selvitetään esitiedot (omaiselta, potilaalta itseltä, kotihoidosta, kuntoapu - lomakkeelta tai lähettävästä laitoksesta)
 - Testataan soittokellon käyttö yhdessä potilaan kanssa
 - Arvioidaan liikuntakyky heti potilaan tultua osastolle
 - Tarkistetaan ettei omia lääkkeitä jää potilaalle

2. Arviointilomakkeelle laitetaan pisteet
 - Kaatumishistoriasta (selvitä potilaalta, omaisilta, potilasasiakirjoista)
 - Lääkityksestä (lääkelista)
 - Henkisestä tilasta
 - Kongnitivisuudesta/muistista (Kysymällä esim. syntymäaika jne. MMSE:tä ei mielellään osastolla ollessa)

3. Lasketaan pisteet yhteen:
 Kohonnut kaatumisvaara 12 - 15 pistettä → potilaalle sininen ranneke.
 Erittäin korkea kaatumisvaara 16 - 20 pistettä → potilaalle punainen ranneke.

 Pisteet merkitään myös Efficaan OSASSU-lehdelle oikealle yläkulmaan: pisteet ja kaatumisvaara.

4. Toimintaohjeet kirjataan OSASSU-lehdelle ”Lääkärin määräys” -kohtaan. (Merkittään vain kullekin potilaalle tarpeelliset asiat seuraavista)

KOHONNUT RISKI

- nouseminen sängyltä totutulta puolen
- nousutuki ja tarvittavat muut apuvälineet
- suihkutuoli tarvittaessa vuoteen viereen
- tossut, liukuestesukat, sisäkengät, tarvittaessa pyydetään omaista tuomaan omat sisäkengät/tossut
- selvitetään ravitsemus/nesteytystilanne
- RR, P (tulovaiheessa), paino ja ortostaattinen koe
- ympäristön tarkistus: siisti ympäristö, ylimääräiset kulkuesteet pois huoneesta erityisesti yötä vasten, apuvälineet huoneissa ja käytävillä käyttämättöminä lukitus asentoon.
- sopiva valaistus päivällä ja yöllä, yövalo huoneeseen

ERITTÄIN KORKEA RISKI (edellisen lisäksi)

- potilasvuodepaikan valinta (potilashuoneen ovea ja kansliaa lähelle)
- g-tuoliin istumaan (g-tuolin käytöstä perustelu potilastietoihin)
- sängynlaitojen pito alhaalla/ylhällä (perustelut potilastietoihin)
- sängyn korkeus ala-asentoon hoitotoimenpiteiden jälkeen ja säädin pois potilaan ulottuvilta
- vain ääritapauksissa magneettivyön/haaravyön käyttö, luvan hankinta ja merkintä potilastietoihin
- PLV: n tarkistus
- Lääkityksen tarkistus lääkärin kierrolla
- Fysioterapeutin mukaanotto hoitosuunnitelman tekoon

Laatinut: aoh. Päivi Määttä, sh. Riitta Väyrynen, lh. Sari Herranen, lh. Mauri Moilanen ja sh. Sirpa Karen.

Sotkamossa. Päivitetty 25.10.2013. Versio 2.

Fokusryhmähaastattelu Sotkamon terveyskeskussairaalan hoitohenkilökunnalle FRAT - kaatumisvaaran arviointimittarin ja toimintaohjeen käytettävyydestä.

Haastattelun runko/kysymyksiä:

Millaisena olette kokeneet FRAT -mittarin käytettävyyden potilaiden kaatumisten ehkäisyssä osastollamme?

Mikä on FRAT -mittarin ja kaatumisten ehkäisyä varten olevan toimintaohjeen merkitys ja hyödynnettävyys potilaiden kaatumistapaturmien ehkäisyssä osastollamme?

Minkä näet tulevaisuudessa keskeisenä asiana osaston potilaiden kaatumistapaturmien ehkäisyssä?

Sotkamo

27.8.2013

OHJAUS- JA PROJEKTITYÖRYHMÄN YHTEINEN KOKOUS

Läsnäolijat: sh. Leena Tolonen, sh. Jonna Jestola, lh. Sari Herranen, lh. Seija Parvinen, oh. Marja-Leena Korhonen ja yliopettaja Rauni Leinonen

Leena Tolonen avasi kokouksen ja esitteli asialistan kokouskutsun mukaisesti.

Leena esitteli projektin etenemistä ja tutkimuksen erivaiheita kaavioiden avulla.

Kokouksessa käytiin läpi sitä, kuinka osastolla on kartoitettu infektioiden torjunnan osaamista. Leena kävi läpi aseptiikkaan liittyvällä kyselyllä kerättyä aineistoa ja siitä sisällön analyysilla saatuja tuloksia. Tuloksissa on nähtävissä, ettei koulutus lisännyt käsihygienian osaamista, vaan prosentuaalisesti käsiendesinfektio oli huonompaa koulutuksen jälkeen. Tämä on ollut nähtävissä myös aiemmissa tutkimuksissa. Koulutuksen vaikutus käsihygieniaan on vain hetkellinen.

Leena oli taulukoinut prosentein kyselyn tuloksia. Oikeissa työskentelytavoissa suurin osa (46,7 %) hallitsi asian kohtalaisesti. Tavanomaisissa varotoimissa ja suojainten oikeaoppisessa pukemisessa suurin osa hallitsi asiat hyvin. Kyselyn mukaan myös oikea käsihygienian olisi hallussa.

Kyselyn tulos kertoo, että kyselyyn vastanneilla työntekijöillä oli ennestään tietoa kyselyn osa-alueista. Kyselyssä oli tullut esille myös potilaslähtöinen näkökulma ja huoli potilaiden käsihygieniasta. Keskusteltiin myös omaisten ohjauksen merkityksestä käsidesinfektioaineen käytössä ja eristyshuone käyttäytymisessä.

Osastolle on tehty kansio, johon on koottu ohjeita infektioiden torjuntaan liittyen. Näiden aiheet ovat nousseet epäkohdista joita havaittu osastolla olevan aseptiikassa.

Sovittiin, että käsitellään ohjeistuksia osastotunnilla mahdollisimman pian. Sovittiin myös, että täsmennetään infektion torjunnan ohjeistuksia.

Palaverissa käsiteltiin myös kaatumisien ehkäisyyn tähtäävää toiminta ohjetta ja Fratmittarin käyttöä. Tähän liittyen Leena on tehnyt haastattelun hoitajille, jotka ovat hoitaneet potilaita toimintaohjeen käyttöaikana. Leena esitteli yhteenvedon haastattelumateriaalista ja tuloksista.

Sovittiin, että täsmennetään kaatumisen ehkäisyn toiminta ohjetta. Keskusteltiin keinoista joilla potilaan kaatumista voidaan ehkäistä.

Kehittämistyön jatkamiseksi sovittiin, että viimeistellään infektioiden torjunnan ohjeistuksia. Motivoidaan koko työyhteisö käyttämään ja huomioimaan Fratmittarin käyttöä kaatumisten ehkäisyssä. Tavoitteena olisi, että mittarin käyttö tulisi tutummaksi. Kehittämiskohteina esille nousee myös potilaiden ja omaisten ohjeistaminen ja motivointi infektioiden torjunnassa, käsidesinfektion käyttö yms. Keskusteltiin myös testausten jatkamisesta. Osana kehittämistyön jatkamista on myös potilasturvallisuuteen liittyvä verkkokoulutus, joka jokaisen työntekijän pitää suorittaa työnantajan velvoittamana.

Sovitaan että tämä kokous on viimeinen yhteinen kokous. Kehittämistyön päätyttyä Leena esittelee osastotunnilla kehittämistyön jatkumista.

7.11 Kajaanin ammattikorkeakoululla klinisten asiantuntijoiden opinnäytetöiden esittely päivä.

Pöytäkirjan laatinut, sh. Jonna Jestola



Kainuun maakunta -kuntayhtymä
Sosiaali- ja terveystoimi

TUTKIMUKSEN HALLINNOLLINEN LUPA

1/1

Laatimispvm:

Laatija(t):
Heikkinen, Helena

TUTKIJA		
Nimi <u>Leena Tolonen</u>	Puhelin <u>0408339129</u>	
Kotiosoite <u>Piilolantie 2b</u>		
Postinro ja -paikka <u>88600 Sotkamo</u>		
Mihin tutkimuksen hallinnollinen lupa lähetetään? <u>Leena Tolonen, Piilolantie 2 b, 88600 Sotkamo</u>		
TUTKIMUSTA KOSKEVAT TIEDOT		
Tutkimuksen nimi		
<u>Potilasturvallisuuden kehittäminen Sotkamon sairaalassa.</u> Tutkimussuunnitelma ohessa.		
Tutkimuksen toimeksiantaja / rahoittaja		
<u>Sotkamon sairaala.</u>		
Tutkimuksesta vastaava henkilö ja tutkimuspaikka (nimi, tutkinto, erikoistumisalat, yhteystiedot)		
<u>osastonhoitaja Marja-Leena Korhonen, Sotkamon sairaala, Keskuskatu 9, 88600 Sotkamo</u>		
Tutkimuksen hallinnollinen lupa	Suostun tässä ilmoitetun tutkimustyön suorittamiseen Kainuun maakunta -kuntayhtymässä johtamani tulosalueen/ vastualueen / tulosyksikön mahdollisuuksien puitteissa. Mikäli kysymyksessä on kuntayhtymän / tulosalueiden/vastuualueiden yhteistyöprojekti, tarvitaan kaikkien ao. tahojen esimiesten allekirjoitus. Kainuun maakunta -kuntayhtymässä lausuntohakemuksen allekirjoittavat hallintoyliääkäri ja tutkimukseen osallistuvien tulosalueiden/ vastualueiden esimiehet sekä tulosyksikön päällikkö.	
	Päiväys: <u>Kni 13/3,13</u>	
	Hallintoyliääkäri / yhteystaja Kainuun maakunta -kuntayhtymä Nimen selvennys <u>Marja-Leena Korhonen -Terveystoimi</u>	Tulosalueen/ vastualueen esimies <u>TERAV LAASJALAINEN</u> Nimen selvennys <u>U.S. VASTUUALUE PÄÄLL.</u>
	Päiväys: _____	Päiväys: _____
Tulosalueen/ vastualueen esimies	Tulosyksikön päällikkö <u>1,02</u>	
Nimen selvennys _____	Nimen selvennys <u>MARJA-LEENA KORHONEN</u>	
arvo/ammatti _____	arvo/ammatti <u>OH, TULOSYKSIKÖN PÄÄLLIKKÖ</u>	

Tyhjennä lomake

Tulosta lomake

Osoite
Urho Kekkosenkatu 2 - 4
87100 KAJAANI

Puhelin
08 615 61 / vaihde
Telefax
08 6155 4270

Y-tunnus
1905652-2

Pankki
Sampo pankki
800012-71023443

Sähköpostiosoite
nimi.sukunimi@kainuu.fi

Internet
www.kainuu.fi

TIEDOTE POTILASTURVALLISUUDEN KEHITTÄMISTYÖSTÄ TYÖYHTEISÖÖMME

Terveystieteiden lain (1326/2010 8§) edellyttää, että terveydenhuollon toimintayksikköön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Vastaanotto- ja terveyskeskussairaaloiminnan tulokortissa, suunnitelmassa vuosille 2012- 2015 yhtenä strategisena päämääränä on potilasturvallisuus. Potilasturvallisuus tarkoittaa terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilas vahingoittumasta. Potilasturvallisuus kattaa hoidonturvallisuuden, laiteturvallisuuden ja lääketurvallisuuden.

Opiskelen Kajaanin ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan kliininen asiantuntija koulutusohjelmassa. Työelämälähtöinen kehittäminen on osa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Kehittämistyön tulee liittyä työelämästä nouseeseen ongelmaan tai haasteen ratkaisemiseen. Kehittämistyön aiheena on potilasturvallisuus. Tavoitteena on selvittää, mitkä ovat työyhteisön potilasturvallisuuden kehittämisen tarpeet. Kehittämistehtävän tarkoituksena on kehittää työyksikön potilasturvallisuutta henkilöstön tuottamien ratkaisujen ja teorian avulla.

Toteutan alkukartoituksen 18.12. ja 20.12.2012. Toteuttamalla alkukartoituksella selvitan, mitkä ovat potilasturvallisuuden kannalta työyhteisömme kehittämistarpeet. Tarkoituksena on myös löytää menetelmät, millä tavalla lähdemme ratkaisemaan kehittämistä vaativat asiat. Kehittämistyötä varten perustetaan ohjausryhmä ja projektiryhmä osaston henkilökunnasta ja ohjaavasta opettajasta. Ohjausryhmän tehtävänä on tehdä kehittäminen kannalta keskeiset päätökset, ratkaista merkittävät ongelmat sekä valvoa ja tukea kehittämistyön tavoitteiden ja tulosten aikaansaamista. Projektiryhmä vastaa kehittäminen käytännön toteutuksesta. Jokaisen hoitotyöntekijän osallistuminen kehittämishankkeeseen on tärkeää, vaikka Sinua ei ole nimetty edellä mainittuihin ryhmiin, sillä työn luonteemme on tiimityöskentelyä. Kehittämistyön avulla kehitämme koko työyhteisön potilasturvallisuus osaamista.

Kehittämistyön arvioimiseksi kehittämishankkeen aikana tulen keräämään Teiltä aineistoa eri menetelmillä alkukartoituksen lisäksi. Lopullisessa kehittäminen raportissa tulokset tulen raportoimaan niin, etteivät kenenkään yksittäisen vastaajan tiedot paljastu.

Kerron mielelläni lisää kehittämishankkeestamme!

Yhteistyöterveisin, Leena Tolonen, sairaanhoitaja AMK, YAMK -opiskelija