

Nina Illi

# Hoivakotipotilaan tunnistamiskäytäntö verinäytteenotto-tilanteissa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Bioanalyttikko YAMK

Sosiaali- ja terveyspalvelujen johtaminen

Opinnäytetyö

5.12.2019

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Nina Illi Hoivakotipotilaan tunnistamiskäytäntö verinäytteenottotilanteissa 59 sivua + 5 liitettä 5.12.2019
Tutkinto	Bioanalyttikko YAMK
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysala
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaali- ja terveyspalvelujen johtaminen
Ohjaaja	Yliopettaja Mari Virtanen

Terveydenhuollon yhtenä peruseriaatteena on potilasturvallisuuden huomioiminen kaikissa toimenpiteissä ja -prosesseissa. Potilasturvallisuus tarkoittaa potilaan tarpeista lähtöisin toteutettua oikeaa hoitoa, jolla on mahdollisimman vähän haittavaikutuksia. Laboratoriotutkimusprosessissa potilaalle tehtävä näytteenottotoimenpide kuuluu potilaan hoitoon. Näytteenoton, joka tässä opinnäytetyössä on tarkennettu verinäytteenottoon, tärkein vaihe on potilaan tunnistaminen. Potilas tunnistetaan ensisijaisesti henkilötietojen etu- ja sukunimen ja henkilötunnuksen avulla potilaan itsensä ilmoittamana. Tunnistaminen tehdään, jotta varmistutaan oikeasta henkilöstä ja hänelle tehtävistä oikeista toimenpiteistä, kuten näytteenotosta ja laboratoriotutkimuksista. Sujuva ja oikea potilaan tunnistaminen lisää potilasturvallisuutta. Tunnistamistapahtumaan vaikuttavia asioita ovat muun muassa toimintaympäristön tavat, fyysinen ympäristö, viestintä ja inhimilliset tekijät.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, miten potilaiden verinäytteenoton tunnistus toteutuu hoivakodissa ja, mitkä tekijät edistävät ja mitkä tekijät estävät potilaan verinäytteenoton tunnistuskäytännön toteutumista. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa potilasturvallisuuden parantamiseksi ja tunnistusprosessin sujuvoittamiseksi. Tulosten perusteella voidaan kiinnittää huomio verinäytteenoton tunnistamiskäytännön ongelmakohtiin ja laatupoikkeamiin erityisesti verinäytteenottotilanteissa hoivakodeissa.

Tutkimus oli laadullinen havainnointitutkimus. Aineistonkeruun menetelmänä käytettiin strukturoitua havainnointimatriisia ja vapaita havaintoja. Havainnointit suoritettiin hoivakodeissa loppuvuonna 2018. Havainnointiyksikköinä olivat verinäytteenottajat (n=4), jotka työskentelevät hoivakodeissa (n=5). Aineiston analyysimenetelmänä oli induktiivinen sisälönanalyysi. Aineistosta saatiin myös kvantitatiivista tietoa, jota kuvailtiin frekvenssien ja prosenttiosuuksien avulla.

Tämän tutkimuksen mukaan hoivakotipotilaan tunnistamistilanteessa (n=29) ei aina kysytä henkilötietoja (n=6). Hieman yli puolessa (n=15) tunnistamistilanteissa hoivapotilas kertoi itse henkilötietonsa. Näytteenottaja ei aina tarkista potilaan henkilötietoja näytetietodokumentista (n= 7) ja osaston potilaskansiota tai -listasta (n=26). Tämän tutkimuksen mukaan hoivapotilaan tunnistamista verinäytteenottotilanteissa edistävät ammattihenkilöiden toimiva yhteistyö, toimiva viestintä, toimiva ohjeistus ja toimivat olosuhteet. Tunnistamista estäviä tekijöitä ovat toimimaton viestintä, toimimaton työprosessi ja potilaan perustarpeet.

Avainsanat	hoiva, preanalytiikka, potilas, potilasturvallisuus, tunnistaminen
------------	--

Author Title	Nina Illi Patient identification in the blood sampling situation in nursing homes
Number of Pages Date	59 pages + 5 appendices 5 December 2019
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Health Care and Social Services
Specialisation option	Master's Degree Programme in Social and Health Care Service Management
Instructor	Mari Virtanen Principal Lecturer
	<p>One of the basic principles of health care is notice the patient safety in all practices and processes. The meaning is perfect treatment with low harm effects. One part of the patient treatment is blood sampling in the laboratory total testing process. Patient identification is the most important phase in that process.</p> <p>The purpose of this study is to describe how patient blood sampling identification is implemented in a nursing home and which factors promote and which factors prevent patient identification in blood sampling practice.</p> <p>The aim of the study is to provide information to improve patient safety and to identify and streamline the process. Based on the results, attention can be drawn to the identification of blood sampling problems and quality deviations, especially in the case of blood sampling in nursing homes.</p> <p>In this study was used a qualitative observation method. Data was collected with the structured observation matrix and free observations. The observation was performed in nursing homes (n=5) and phlebotomist (n=4) were the subject of observations. The method of data analysis was inductive content analysis. Quantitative information was also obtained from the data.</p> <p>According to the results of this study the patient (n=6) is not always asked for personal information in the situation of the patient identification (n=29). Just over half of the patients (n=15) they said their personal information themselves. The phlebotomist does not always check the patient's personal information by the sample information document (n=7) or patient folder or list (n=26). Patient identification is facilitated by effective collaboration and communication between professionals, effective instructions and workable environment.</p>

	<p>Factors that prevent patient identification include inadequate communication, a malfunctioning work process and patient basic needs.</p>
Keywords	nursing homes, patient identification, patient safety, preanalytic

## Sisällys

1	Johdanto	2
2	Potilaan tunnistus verinäytteenotossa	4
2.1	Hoivapotilas	5
2.2	Verinäytteenotto	7
2.3	Tunnistamisen ohjeistus	9
2.4	Tunnistamiseen vaikuttavat tekijät	11
3	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	15
4	Menetelmät	15
4.1	Aineisto	15
4.2	Aineiston keruumenetelmä	17
4.3	Aineiston analysointimenetelmä	19
5	Tulokset	20
5.1	Kvantitatiiviset tulokset	20
5.2	Kvalitatiiviset tulokset	23
6	Pohdinta	31
6.1	Päätulosten pohdinta	31
6.1.1	Tunnistamisen toteutumisen tulokset	31
6.1.2	Tunnistusta edistävien ja estävien tekijöiden tulokset	37
6.2	Luotettavuus	44
6.3	Eettisyys	49
7	Johtopäätökset	50
8	Jatkotutkimusaiheet	51
	Lähteet	52
	Liitteet	
	Liite 1. Havainnointilomake	
	Liite 2. Tutkimussuostumus	
	Liite 3. Tiedote henkilökunnalle	
	Liite 4. Tiedote omaisille	
	Liite 5. Täytetty havainnointilomake	

## 1 Johdanto

Vaikuttavan, korkealaatuisen ja laadukkaan hoidon yhtenä määräävänä tekijänä on potilasturvallisuus. (Snellman 2009, 37-39; Helovuori – Kinnunen – Peltomaa - Pennanen 2011, 13-14). Potilasturvallisuus tarkoittaa potilaan tarpeista lähtöisin olevaa ja saamaa oikeaa hoitoa, jolla on mahdollisimman vähän haittavaikutuksia. Potilasturvallisuus tarkoittaa myös toiminnan periaatteiden ja käytäntöjen varmistamista. Organisaatiot, toimintayksiköt ja ammattihenkilöt varmistavat potilaan diagnostiikan ja hoidon turvallisuuden. (THL 2011, 7.) Kunta vastaa turvallisen hoitoketjun yhteensovittamisesta. (Terveydenhuoltolaki 1326/ 2010, 8 §).

Ensimmäiset potilasturvallisuutta ja potilaisiin kohdistuvia haittatapahtumien tutkimuksia tehtiin 1980-luvulla Yhdysvalloissa ja WHO aloitti potilasturvallisuuskulttuurin ja sitä tukevien menetelmien edistämisen vuonna 2004. (Helovuori ym. 2011, 24-25). Suomessa vuodesta 2005 ja Euroopan unionin neuvosto vuodesta 2008 lähtien ovat eri hankkeissa, verkostoissa, suosituksissa ja toimeenpanoissa pyrkineet määrätietoisesti edistämään hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. (Snellman 2009, 30, 33).

Hoidon turvallisuuteen kuuluu myös erilaisten prosessien turvallisuus, niiden ennakointi, tiedonkulku, raportointi, henkilökunnan osaaminen ja työnjako sekä asianmukaiset työkalut. (Helovuori ym. 2011, 13, 24-25). Prosesseja ja toimintatapoja tulisi analysoida. (Snellman 2009, 30-34). Hyvä ja suunniteltu yhteistyö esimerkiksi laboratoriohenkilökunnan ja muun terveydenhuollon henkilöstön välillä lisää potilasturvallisuutta. (Potilaan ohjaus laboratorionäytteenottoon, Hoitotyön suositus 2015).

Potilaan verinäytteen tutkimista edeltää prosesseja, kuten potilaan tunnistaminen. Jos tunnistaminen tehdään väärin, voi se aiheuttaa tuhoisia jatkoseuraamuksia. Väärän tunnistamisen vaikutukset kohdistuvat suoraan kyseisen potilaan, mutta myös toisen potilaan hoitopäätöksiin. Seurauksena voi olla yli- tai alilääkitsemistä, diagnosoimatta jättämisestä, epäasiallista hoitoa, hoidon puutetta, tarpeettomia leikkauksia tai vahingon, vammaisuuden ja kuoleman aiheutumista. (GP33, Accuracy in Patient and Specimen Identification, CLSI 2019, 6-8.)

Tiettyjä potilasturvallisuutta tukevia tapoja noudatetaan potilaille tehtävissä verinäytteenottotilanteissa, kuten potilaan tunnistamiseen liittyvät käytännöt. Tunnistamiskäytäntöi-

hin on luotu kuvauksia ja ohjeita. Verinäytettä otettaessa potilaan tunnistaminen tapahtuu työntekijän organisaation ohjeiden mukaisesti. Aina potilaan tunnistamisen apuna ei ole esimerkiksi potilastietoranneketta kuten sairaalassa, jolloin suullinen viestintä potilaan tai hoitohenkilökunnan kanssa korostuu. (Laboratorio 3.5.2017.)

Potilasturvallisuutta voidaan edistää säädöksiä kautta. (Helovuori ym. 2011, 24). Terveydenhuoltolaissa 1326/2010 8 § vuodelta 2011 säädetään potilasturvallisuudesta ja laadukkaasta toiminnasta. Toiminnan tulee perustua näyttöön, oltava turvallista ja hyvien käytäntöjen mukaista. Toimintayksikössä tulee olla suunnitelma ja ohjeistus potilasturvallisuudesta. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Monissa hoivakodeissa verinäytteenoton palvelut on voitu ulkoistaa eri toimijoille, jolloin yksikössä käyvä ulkopuolinen, hoivaorganisaatioon kuulumaton verinäytteenottaja ei välttämättä tunne ympäristöä, potilaita tai henkilökuntaa, jolloin potilaan tunnistamisen ohjeistuksen noudattaminen on oleellista.

Verinäytteenoton tunnistuskäytännön ilmiötä käytännössä, työprosessin yksityiskohtia tai ilmiöön vaikuttavia tekijöitä ei ole kattavasti tutkittu tai kuvattu nyt tutkimuksen kohteena olevassa hoivakoti tai vastaavassa ympäristössä, vaikka teoreettinen tietoperusta ja ohjeistus on olemassa. Tällöin ei ole selkeästi näkyvillä muun muassa tarkkaa työnkulkua ja toimintoja ja niiden liittymistä tunnistuskäytännön suositeltuihin kriteereihin. Työn arviointi ja kehittäminen on haasteellista ilman näyttöön perustuvaa tietoa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, miten potilaan verinäytteenoton tunnistuskäytäntö toteutuu hoivakodissa ja arvioida, mitkä tekijät edistävät ja mitkä tekijät estävät potilaan verinäytteenoton tunnistuskäytännön toteutumista.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa potilasturvallisuuden parantamiseksi ja tunnistusprosessin sujuvoittamiseksi. Tulosten perusteella voidaan kiinnittää huomio verinäytteenoton tunnistuskäytännön ongelmakohtiin ja laatueroihin erityisesti verinäytteenottotilanteissa hoivakodeissa.



## 2 Potilaan tunnistus verinäytteenotossa

Tämän opinnäytetyön Potilaan tunnistuskäytäntöihin verinäytteenottolanteissa kohdistettu pääasiallinen tieteellisen kirjallisuuden haku toteutettiin tietokannoista Medic ja Pubmed. Hakuja suoritettiin myös Helmet:n ja Metcat:n käsikirjastojen kantoihin ja hoitotieteen tutkimussäätiö Hotukseen ja vapaana sanahakuna internetverkosta Googlesta ja Google Scholarista sekä tutkimuksessa mukana olevien kuntien verkkosivustoille. Mukaan otettiin enintään 10 vuotta vanha aineisto. Joiltakin osin tästä rajasta joustettiin, mikäli aineisto sopi tämän tutkimuksen aiheeseen. Tutkimuksista ja artikkeleista aineistoksi hyväksyttiin kokotekstit ja tiivistelmät suomeksi tai englanniksi, alkuperäisiä tutkimuksia ja kirjallisuuskatsauksia. Kotimaisista tutkimuksista mukaan otettiin väitöskirjoja ja akateemisia artikkeleita. Haku suoritettiin sanahaulilla ja niiden yhdistelmillä, jotka kohdistettiin otsikkoon, tiivistelmään tai avainsanoihin. Lopullinen valinta tehtiin asiayhteyteen sopiviin tutkimuksiin tekstin lukemisen jälkeen. Taulukossa 1 on esitettynä tietokantoihin Medic ja Pubmed kohdistetut hakusanat ja saadut hakutulokset.

Taulukko 1. Tietokannoissa käytetyt hakusanat.

<b>tietokanta Medic</b>	valittu / kaikki
hoivakodit AND vanhukset	4 / 53
hoitokodit	1 / 117
perusterveydenhuolto AND julkinen	1 / 108
potilas AND tunnistaminen	1 / 16
potilasturvallisuus AND vanhukset	1 / 10
<b>tietokanta Pubmed</b>	valittu / kaikki
patient AND preanalytical AND identification	1 / 129
patient safety AND phlebotomy	4 / 102
patient safety AND phlebotomy AND quality AND standard	1 / 28
patient safety AND preanalytical errors	1 / 91
patient safety AND patient identification AND laboratory errors	1 / 95
patient safety AND nursing AND laboratory scientist	1 / 33
patient safety culture AND nursing homes	1 / 72
patient safety AND nursing homes AND home care services	2 / 101
patient safety AND nursing homes AND effective communication	1 / 28

patient safety AND nursing homes AND patient communication AND error	1/ 32
patient safety AND patient communication barriers AND quality AND nursing	1/ 100
patient AND communication barriers AND dementia	1/ 112
phlebotomy AND communication	1 / 72
patient identification AND phlebotomy	3 / 71
healthcare AND quality AND collaborator AND teamwork AND hospital AND nursing	1 / 112
healthcare AND dementia AND mental capacity AND decision	1 / 124
healthcare AND preanalytical AND errors	3 / 76
healthcare AND patient basic needs AND nurse	1 / 128
patient basic needs AND nurse AND quality	2 / 135

## 2.1 Hoivapotilas

Ikääntyneiden monet sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat siirtyneet perinteisestä varhaisen vaiheen kotipalvelun, laitoshoidon ja vanhainkotien kautta hoivakoteihin, erilaisten palveluasumisen ja senioriasumisen muotoihin. (Karsio – Anttonen 2017, 161-164). Suomessa noin 25 % kaikista 75-vuotta täyttäneistä käytti säännöllisesti hoiva- ja hoitopalveluja vuonna 2017. Uudellamaalla käyttöaste oli hieman alle 25 %. (Valtiovarainministeriö 2018,131-132.) Kaikkiaan Suomessa ympärivuorokautista hoivaa ja hoitoa tarvitsevia on noin 60 000 henkilöä palvelutaloissa ja laitoksissa - tehostetun palveluasumisen, vanhainkotien tai terveyskeskusten vuodeosastojen asiakkaina. (Vuottilainen – Löppönen 2016). Hoivapotilaiden fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen tila ja tausta voivat olla erilaisia. Espoon kaupungin määritelmässä hoiva-asumisen tarve täyttyy, jos ikäännytynyt tai pitkäaikaissairas ei enää tule toimeen kotona kotiin tuotavista palveluista huolimatta. (Taina - Hyvärinen – Vilkki – Lind 2017, 3.) Räsänen väitöskirjassa todetaan, että 75-vuoden iästä lähtien lisääntyvät ikääntymisen aiheuttamat muutokset ja tarve erilaisille hoiva- ja hoitopalveluille kasvaa. (Räsänen 2011, 18). Hoiva-asuminen voidaan lukea laitoshoidoksi silloin, jos se on pitkäaikaista ja ympärivuorokautista palvelua vaativaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö, laitoshoido 2018). Hoivapalvelujen tarvetta aiheuttavat korkean iän lisäksi esimerkiksi sairaus tai toimintakyvyn rajoitteet, sosiaalisen verkoston puute, päihdekäyttö ja mielenterveysongelmat. (Räsänen 2011, 21).

Hoivapotilas määritellään fyysisen ja psyykkisen heikkenemisen lähtökohdasta. Kun nämä ulottuvuudet eivät enää takaa hyvinvointia, tarvitaan joku muu taho ottamaan vastuu tarpeiden tyydyttämisestä. (Hoppania ym. 2016, 22.) Hoivapotilaat ovat moniongelmaisia, huonomuistisia ja lisääntyvän, suuren avun tarvitsijoita. (Molander 2014, 50). Hoivatyön päätöksenteossa on tärkeää toimia tavoitteellisesti ja erittäin kokonaisvaltaisesti. (Rautsalo 2014, 279).

Hoivapotilaan käsitettä voidaan ajatella elämänkaaren, hoivan antajan ja saajan näkökulmasta. Esimerkiksi vanhuus tuo rajoitteita ja lisää hoivan tarvetta. Vammautunut tai vakavasti sairastunut voi vaatia hoivaa lyhyen tai pidemmän ajan, jopa pysyvästi. Hoivanantajina voivat olla omaiset, läheiset tai hoiva-alan ammattilaiset. Hoiva on vaihtelevasti erilaisten tarpeiden, kuten fyysisten toimintojen tyydyttämistä, mutta myös henkistä tukea. Hoivatyö kuvataan poikkeukseksi monipuoliseksi ja vaativaksi. (Anttonen – Valokivi - Zechner 2009, 7-9, 16; Hoppania 2016,100; Komu 2017, 63.)

Hoivaa tapahtuu niin kotona, kuin sen ulkopuolellakin. Hoidossa näkökulma on usein hoito- ja lääketieteellinen ja hoivassa sen koetaan olevan sosiaalityötä. (Anttonen – Valokivi - Zechner 2009,17.) Hoivakodissa hoiva ja hoito on hyvinvointia lisäävää, pitkäaikaista ja sitä pitää olla jatkuvasti saatavilla. (Komu 2017, 63). Potilas ei välttämättä erota, onko kyseessä hoiva vai hoito, koska, niin fyysiset, psyykkiset kuin sosiaalisetkin tarpeet ja rajat sekoittuvat. (Hoppania 2016, 99).

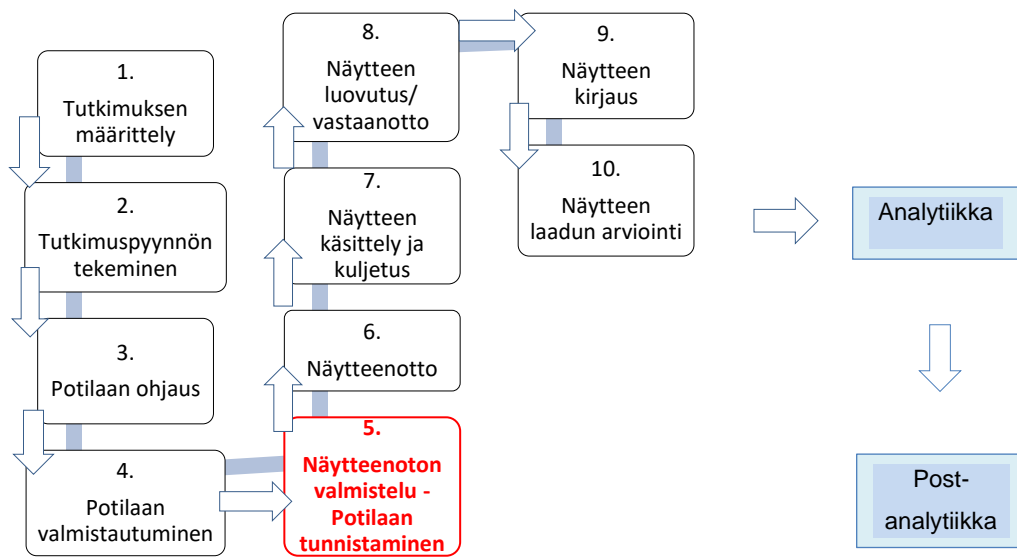
Hoivakotiympäristössä hyvä hoito on ihmistä ja yksilöllisyyttä kunnioittavaa. Monipuolisen hoidon, terapioiden ja aktiviteettien lisäksi potilaan annetaan toteuttaa mahdollisuuksien mukaan itsemääräämisoikeutta, toiveita ja omia persoonallisia ominaisuuksia. (Komu 2017, 63; Pirhonen 2017, 147.) Hoivayksiköiden omissa arvoissa korostuvat potilaan korkeatasoisen elämänlaadun ylläpitäminen ja työskentelyssä hyvä vuorovaikutus ja yhteistyö työntekijöiden ja ammattilaisten sekä omaisten kanssa ja työn tavoitteiden asettaminen. (Räsänen 2017, 118; Molander 2014, 50).

Hoivakodeissa on osastoja, joista osassa tarjotaan tehostettua palveluasumista ja osassa laitoshoitopalveluja. Pitkäaikaisen hoivan lisäksi on lyhytaikaispaikkoja sekä kuntouttavaa toimintaa. Hoito- ja palvelusuunnitelmat ovat yksilöllisiä ja moniammatillisen tiimin toteuttamia. (Kunta 2017; Taina – Hyvärinen – Vilkki – Lind 2017, 3.) Tehostettua palveluasumista määrittää henkilön runsas ympärivuorokautinen avuntarve, somaatti-

sen, psykogeriatrisen tai muistisairauden aiheuttama avuntarve. Ero laitospalvelun tarpeelle syntyy lähinnä lääketieteellisen hoidon tarpeen mukaan. (Taina – Hyvärinen – Vilkki – Lind 2017, 5-6.) Hoito- ja hoivatyön prosessin perustehtävä ja ydin on potilaan hoitotyö, johon sisältyy eri vaiheita kuten monet hoitotoimenpiteet. Näytteenottotyö on hoitotoimenpide, joka puolestaan sisältää omia, tyypillisiä osatehtäviä. (Pohjonen ym. 2003: 10-11.) Näytteenottotyön työketjuja tai yksittäisiä työn vaiheita voidaan tunnistaa ja kuvata, jolloin nähdään työn nykytila ja riskit. (Pohjonen ym. 2003, 10-11).

## 2.2 Verinäytteenotto

Verinäytteenotto on yleisin tehtävä invasiivinen toimenpide potilaiden hoidossa terveydenhuollossa. (van Dongen-Lases ym. 2015, 1141). Esimerkiksi erään eteläsuomalaisen sairaanhoitoalueen osastoilla, päivystyksissä, perusterveydenhuollon yksiköissä ja potilaiden kotona tapahtuu vuosittain yli 3 miljoonaa näytteenottotapahtumaa. (Sairaanhoitopiiri 2019). Verinäytteenottotyötä tehdään sosiaali- ja terveydenhuollon potilaan kehon tilanteen selvittämisen vuoksi. Näytetutkimusten avulla voidaan diagnosoida sairauksia, seurata terveydentilaa, työkykyä, hoidon tehoa, poissulkea tauteja ja sairauksia sekä kehittää hoitoja ja valita sopiva lääkitys. Verinäytteenottajan työ vaikuttaa potilaan hoitoon ja palveluun. Se voi olla avainroolissa hoidon ajoituksessa ja vaikuttavuudessa. Verinäytteenottajan on hyvä olla työssään taitava, ammattipätevä, mutta myös kommunikointi- ja yhteistyökykyinen. Verinäytteenottotyö on osa kliinistä laboratorioprosessia. Prosessin ensimmäinen, preanalyttinen vaihe luo pohjan koko ketjulle (kuvio 1). (Matiainen – Miettinen - Wasström 2016, 8-12; Gartza - Becan-McBride 2013, 2-3; McCall - Tankersley 2012, 4, 6-7.)



Kuvio 1. Laboratoriotutkimusprosessi ja sen preanalyttisen vaiheen toiminnot kohdat 1-10. (muokailen Matikainen – Miettinen - Wasström 2016, 12; Garza – Becan-McBride 2013, 3).

Preanalyttisen vaiheen osat tapahtuvat ennen näytteen analysointia eli tutkimista (kuvio 1). Jokainen vaihe luo edellytyksiä onnistuneelle ja luotettavalle näytteen analysoinnille ja saataville vastauksille eli postanalytiikalle. Vaiheen toimintoja on muun muassa näytteenoton valmistelu, joka tarkoittaa potilaan välittömässä läheisyydessä tapahtuvia toimintoja. Potilaan tunnistaminen on valmisteleva tapahtuma. (Matikainen – Miettinen - Wasström 2016, 10-12; Gartzza – Becan-McBride 2013, 2-4.) Tunnistaminen tehdään henkilöiden identiteettien sekoittumisen ehkäisemiseksi. (van Dongen-Lases ym. 2015, 1142).

Laboratoriotutkimusprosessin haastavin ja haavoittuvin osa on prosessin preanalyttinen vaihe – myös laboratorioalan ammattilaisille. (IFCC-WG-LEPS). Preanalytiikan kaikkien vaiheiden ennakoinnin ja toteutumisen hallinta ja raportointi sekä standardoitu toimintatapa etenkin laboratorioiden ulkopuolella on haaste. (Simundic – Lippi 2012). Laboratoriotutkimusprosessin virheet tapahtuvat yleisimmin pre- ja postanalyttisissä vaiheissa. (IFCC-WG-LEPS). Virheistä jopa lähes 70 % on todettu sijoittuvan preanalyttiseen vaiheeseen. ISO 15189: 2012 laatustandardin mukaan akreditoituissa laboratorioissa on huomioitava preanalyttiset tekijät ja prosessit: asetettava laadun seurannan indikaattorit, tunnistettava, valvottava ja jatkuvasti parannettava toimintaa. Prosessin riskejä ja suorituskykyä tulisi jatkuvasti arvioida ja kehittää. Prosessin kaikki vaiheet tulisi ymmärtää yksityiskohtaisesti, jotta kehitystyötä voidaan tehdä mahdollisimman hyvin. Kansainvälisen tason yhdenmukaista tietoa ja ohjeistusta tulisi hyödyntää ja noudattaa

standardoitujen toimintatapojen ja potilasturvallisuuden edistämiseksi. (IFCC-WG-LEPS; West ym. 2016, 14-19.) Verinäytteenoton yksi kriittisimmistä vaiheista on potilaan tunnistaminen. Virhe tunnistuksessa aiheuttaa suuren potilasturvallisuusrisikin. (Lippi – Mattiuzzi – Bovo – Favaloro 2017; van Dongen-Lases 2015; Simundic ym. 2014.) Verinäytteenottajan rooli on olla potilasturvallisuuden arvioija ja säätelijä. (Lippi – Mattiuzzi – Bovo – Favaloro 2017).

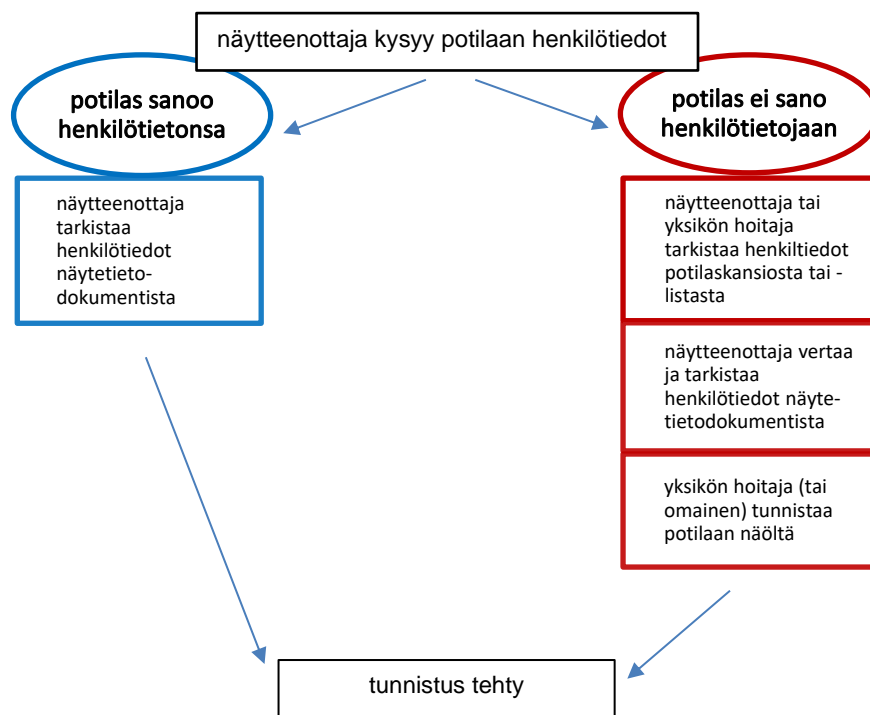
### 2.3 Tunnistamisen ohjeistus

Verinäytteenoton tunnistaminen pohjautuu WHO:n The Joint Commission International'n Patient Safety Solutions Preamble – ohjeeseen vuodelta 2007. (WHO 2007). Sairaanhoidopiirissä ohjeistusta noudatetaan ja sovelletaan organisaation sisällä alueen sairaaloiden osastoilla sekä ulkopuolella, hoitoyksiköissä, joissa sopimuksen mukaan käydään suorittamassa hoitotoimenpiteitä, kuten verinäytteenottoa. (Laboratorio 3.7.2017.) Simundicin ym. (2014) tutkimuksessa on kuitenkin todettu, että verinäytteenotossa standardoitua työtappaa tai ohjeistusta ei aina noudateta potilaan tunnistamisessa. Nikolac`n, Krlezan ja Simundicin (2017) vuosien 2014-2016 aikana 161-175 kliiniseen laboratorioon tehty laadunarviointitutkimus osoitti, että vain 55 % laboratorioden näytteenottajista kysyi potilaan syntymäajan ennen näytteenottoa. Toisaalta, peräti 96 % laboratorioista ilmoitti näytteenottajien pyytävän potilaan todistamaan henkilöllisyytensä ennen näytteenottoa.

Potilaan tunnistamisesta ovat vastuussa kaikki hoitoon osallistuvat työntekijät ja se tehdään aina hoitavan henkilön vaihtuessa. Potilas tunnistetaan hoitoyksikössä rannekkeesta ja/tai potilaan itse ilmoittaman nimen ja henkilötunnuksen perusteella. Henkilötiedot tarkistetaan kahta lähdettä käyttäen. (Laboratorio 3.5.2017; Potilaan ohjaus laboratorionäytteenottoon, Hoitotyön suositus 2015.) Näin menettelemällä edistetään potilaan tunnistuksen luotettavuutta. (Lippi – Mattiuzzi – Bovo – Favaloro 2017). Tunnistamisen ehdottomuus korostuu erityisesti potilaalle tehtävien erilaisten toimenpiteiden yhteydessä. (Mustajoki – Kinnunen – Aaltonen 2014). Verinäytteenotossa ei voi tukeutua ajatukseen, että jo aiemmin muussa yhteydessä potilas on tunnistettu. (Potilaan ohjaus laboratorionäytteenottoon, Hoitotyön suositus 2015). Rannekkeen olemassaolo on tärkeä potilailla, joiden puhumisessa on ongelmia. (Helovuo ym. 2012, 204-205). Böleniuksen, Brulinin ja Graneheimin (2014) tutkimuksen mukaan verinäytteenotossa viestintä koetaan ongelmaksi muun muassa dementiapotilaiden kanssa. Dementiapotilaan, psyykki-

sesti sairaan ja kehitysvammaisen henkilön kyky tehdä arvioivaa päätöksentekoa verinäytteenottotilanteessa on huomattavasti alentuneempi kuin väestössä yleensä. (Wong ym. 2000). Tunnistaminen rannekkeesta ei kuitenkaan kelpaa yksistään (Helovuori ym. 2012, 204-205).

Verinäytteenottotilanteissa, joissa ranneke puuttuu, mutta potilas itse sanoo nimensä ja henkilötunnuksensa, verrataan näitä henkilötietoja viralliseen henkilöllisyyden todistavaan dokumenttiin. Edellä mainitussa tapauksessa osastonäytteenotossa ei ole vaatimusta tarkistaa henkilötietoja virallisesta henkilötodistuksesta. Jos potilas ei pysty todentamaan henkilötietojaan itse eikä hänellä ole ranneketta, voi henkilöllisyyden varmistaa hoitoyksikössä hoidosta vastuussa oleva hoitaja vertaamalla potilaskansion tai -listan tietoja tutkimuspyyntödokumenttiin. Tällöin yksikön hoitajan tulee tunnistaa potilas myös näöltä. Läsnä oleva omainen voi myös suorittaa tunnistuksen. Kaikissa tapauksissa verinäytteenottaja vertaa ilmoitettua nimeä ja henkilötunnusta tai henkilörannekkeen tietoja asiakkaasta otettavaksi tarkoitettuihin näytteen tutkimuspyyntödokumenttiin. Epävarmoissa tunnistustilanteissa ei oteta verinäytteitä, vaan toimenpide siirretään, kunnes tunnistus voidaan luotettavasti tehdä. (Laboratorio 3.5.2017.) Kuviossa 2 on esitettyä potilaan tunnistamisen prosessit osastonäytteenotossa silloin kun potilas sanoo henkilötietonsa tai ei sano henkilötietojaan ja kun käytössä ei ole potilastietorannekettä.



Kuvio 2. Potilaan tunnistusprosessi osastonäytteenotossa potilastietorannekkeen puuttuessa. (mukaellen Laboratorio 3.5.2017).

Potilaan tunnistamisessa ei tule yksistään käyttää nimeä, erilaisia potilasasiakirjoja esimerkiksi potilaan huoneen pöydällä, potilaan huoneen tai vuoteen numeroa. (Potilaan ohjaus laboratorionäytteenottoon, Hoitotyön suositus 2015). Sairaanhoidopiirin ohjeistuksessa todetaan, että tunnistus toteutuu myös silloin kun verinäytteenottaja tuntee varmasti pitkäaikaisosaston potilaan ulkonäön ja muistaessa hänen nimensä, jonka lisäksi varmistetaan nimi, henkilötunnus ja sijainti potilaskansiosta tai -listasta. (Laboratorio 3.7.2017, 9).

Hoivakodissa tapahtuva potilaan näytteenotto ja tunnistaminen voi olla rinnastettavissa yksityisessä kodissa tapahtuvaan näytteenottoon ja tunnistamiseen. Tunnistamisen ohjeistus on sama – henkilötunnus ja nimi on varmistettava. Kuitenkin, näytteenottajan tuntiessa potilaan ja tietäessä potilaan koko nimen, voidaan varmentaa vain henkilötunnus. (Laboratorio 3.5.2017, 8.)

## 2.4 Tunnistamiseen vaikuttavat tekijät

Potilaan tunnistamiseen vaikuttavia tekijöitä voidaan käsitellä käytännön toiminnan, fyysisen ympäristön, tiedonkulun, inhimillisten tekijöiden, organisaation ja systeemien sekä potilasturvallisuuskulttuurin näkökulmasta. (Helovuo 2012, 49-92). Nilssonin ym. (2015) mukaan verinäytteenoton tunnistuskäytännön ohjeistuksen noudattamiseen vaikuttavat organisatoriset ja yksilölliset tekijät. Riittävien resurssien kohdentaminen potilasturvallisuuden edistää potilaan tunnistamisen luotettavuutta (Lippi – Mattiuzzi – Bovo – Favoloro 2017). Riskienhallinnan kehittämisessä ja potilasturvallisuuden edistämiseksi on tärkeää valvoa ja analysoida työnkulkua ja prosesseja. Potilasturvallisuuden kehittämisessä ja ratkaisussa pitää tunnistaa paikalliset olosuhteet ja ihmisten toiminta (Lippi ym. 2011, 124; van Dongen-Lases ym. 2015, 1142-1143.) Monimutkaiset prosessit, monenlaiset työskentelytavat, toimintojen solmukohdat ja kosketuspinnat, reitit sekä epäselvä tai puutteellinen tiedonkulku, yhteistyö ja työnjako aiheuttavat selkeitä turvallisuusriskejä, näitä pitäisi arvioida ja minimoida riskit. (Helovuo 2012, 63-67.) Psykologisesti turvallinen toimintakulttuuri edistää potilasturvallisuutta. Turvattomassa toimintakulttuurissa pelätään virheitä ja esimerkiksi työkaverin ilmiantoja. Johtamisella, viestinnällä ja tarkkaan palveluperinteeseen panostamalla voidaan oleellisesti vaikuttaa turvallisen toimintakulttuurin ylläpitoon ja potilasturvallisuuden ja laadun parantamiseen. Laatuohjelmien tulee olla toteutuksessa jatkuvasti ja virheitä tulee käsitellä ja seurata tiheästi ja säännöllisesti. (Smith ym. 2013.)



Työympäristön pysyvät, konkreettiset rakenteelliset ja muuttuvat järjestelyt vaikuttavat potilasturvallisuuteen. Tilojen asiallinen käytettävyys ja joustavuus, siisteys, häiriöttömyys, valaistus, välineistö ja toimintaa ohjaavat merkinnät työympäristössä vaikuttavat työskentelyyn. Esimerkiksi välineiden ja teknisten laitteiden käytettävyyttä tulisi hankinnasta alkaen ajatella koko työprosessin, potilasturvallisuuden ja muuttuvien työtapojen näkökulmasta. (Helovuori 2012, 67, 71-72).

Simonsenin (2013) kyselytutkimuksessa (n=986) selvitettiin neljän suomalaisen kunnan muun muassa perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon parissa työskentelevien ammattilaisten terveyden edistämistyöhön vaikuttavia tekijöitä. Terveyden edistämisen käsite on laaja ja monitasoinen ja, joka perustuu kansanterveyslakiin, mutta myös monet muut lait kuten terveydenhuoltolaki ja sosiaalihuoltolaki säätelevät sitä. Terveyden edistäminen on ihmisten toimintakykyä ja terveyttä lisäävää ja sairauksia vähentävää toimintaa. Lisäksi se on terveyspalvelujen turvallisuuteen, toimivuuteen, vuorovaikutteisuuteen ja olosuhteisiin vaikuttamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveyden edistäminen 2018; Sairaanhoidtajaliitto 2014.) Kyselyssä ammattilaiset tekivät käytännön vaikuttavaa työtä pääasiassa yksilötasolla. Simonsenin (2013) tutkimuksen vastausten (n=562) perusteella selvisi, että työn tekemisen aktiivisuutta lisäsi kollegoiden sosiaalinen tuki, oma osaaminen, työn sopivaksi koettu haastavuus ja monipuolisuus sekä mahdollisuus päätöksentekoon ja yhteistyöhön yli organisaatorajojen. (Simonsen 2013, 58-108.) Tehtävän haasteellisuus ja henkilön vuorovaikutuskyky vaikuttavat ihmisen päätöksentekokykyyn. (Wong ym. 2000). Yleisesti oletetaan, että potilaan henkilöllisyyden toistuva tarkistus aiheuttaa työhön kuormitusta ja ajanhukkaa sekä heikentää suhdetta potilaaseen (Lippi – Chiozza - Mattiuzzi – Plebani 2017).

Howanitzin, Rennerin ja Walshin (2002) kahden vuoden mittainen tutkimus osoitti, että verinäytteenottajan seurattessa ja raportoidessa järjestelmällisesti hoitoyksikön ylläpitämää potilaan tunnistamisjärjestelmää, kuten potilastietorannekkeita ja niiden virheellisyttä sekä kuntoa, tunnistamisvirheet vähenivät huomattavasti. Puuttuvien potilastietorannekkeiden aiheuttamat tunnistusvirheet muodostivat yli 70 % kaikista virheistä. Seurannan aloitusvuonna toimipaikoissa keskimääräinen 7,4 prosentin rannekkeiden virhetaso saatiin laskemaan parhaimmillaan 3,05 prosenttiin. Tutkimuksen johtopäätöksissä todettiin, että verinäytteenottajien ei tule ottaa näytteitä ennen kuin potilastietorannekkeiden virheet tai puuttumiset on korjattu. Eniten potilastietorannekkeiden virheitä vä-

hentäneet yksiköt määrittivät parhaat käytännöt ja toimenpiteet tilanteen parantamiseksi. Verinäytteenottajan nähtiin olevan verinäytteenotosta vastaava henkilö, ranneke korjattiin välittömästi, kun virhe tai puute huomattiin, viivakoodillisia rannekkeita ei käytetä ja hoitoyksikön sairaanhoitajan tuli tehdä rannekkeen vaihto. Laboratoriohenkilöstön tulisi seurata rannekkeiden virheitä. Virheiden väheneminen edellytti koulutusta ja eri tahojen kiinnostusta ja sitoutumista kehitystyöhön ja siitä seuraavaan suorituskyvyn nostamiseen. (Howaniz – Renner – Walsh 2002.)

Viralliset, kirjatut käytännöt vaikuttavat työntekijän käytännön tekoihin, yksittäiseen tehtävään tai yhteistyöhön. (Helovu 2012, 63-67.) Kirjallisen tiedonkulun sujuva ja luotettava toteutuminen riski- ja haittatapahtumien ehkäisyssä on oleellista. Terveystieteiden tutkimuksessa tarvittavat tiedot tulee dokumentoida, mutta myös löytyä vaivattomasti tilanteesta riippumatta jokaiseen työvaiheeseen. Kaikessa viestinnässä – myös suullisessa - tulisi panostaa systemaattisuuteen ohjeistuksien toteuttamisessa, jotta tiedonkulku tai tiedon ymmärtäminen toteutuisi mahdollisimman hyvin. Riskipaikkoja on erityisesti prosessien nivelkohdissa, esimerkiksi henkilöiden, ryhmien tai hallinnollisten rajojen välillä, joissa potilasturvallisuus tulisi varmistaa hoitohenkilökunnan kesken kasvokkain. Tiedonkulkua voidaan tehostaa soveltuvalla teknologialla. (Helovu 2012, 72-74; Snellman 2009, 35-38; Lippi – Chiozza - Mattiuzzi – Plebani 2017.)

Sahlströmin ym. (2018) selvityksessä todetaankin, että vaaratapahtumat syntyvät usein puuttuvan, puutteellisen, epäselvän, väärän tai väärin ajoitetun informaation vuoksi tilanteissa, jolloin potilaan hoitovastuu siirtyy toisalle. Riskien välttämiseksi ja esimerkiksi toimenpiteiden kuten näytteenoton toteutumiseksi tulisi suosia strukturoitua suullista kommunikointitapaa. Böleniusen, Brulinin ja Graneheimin (2014) mukaan standardoitu työtapo lisää potilasturvallisuutta ja työn tekemisen varmuutta ja tarkkuutta. Henkilökunnan koulutus, perehdytys ja osaaminen sekä moniammatillinen yhteistyö tukevat myönteistä kehitystä. (Sahlström ym. 2018). Dementiapotilaiden verinäytteenotossa viestinnän on todettu olevan ongelmallista. (Bölenius – Brulin - Graneheim 2014).

Kodynan ym. (2010) tutkimuksessa selvitettiin kyselyn avulla potilaan hoidon moniammatillisen tiimin jäsenten käsityksiä yhteistyöstä ja viestinnästä potilasturvallisuuden näkökulmasta, yksikkö- ja yksilötasolla ja niiden välillä. Tiimi- ja yhteistyön sekä viestinnän edut tiedostettiin hyvin muun muassa työn tehokkuutta lisäävänä tekijänä, mutta todellinen moniammatillinen yhteistyö todettiin riittämättömäksi. Yhteistyön laadun tasosta olttiin eri mieltä ja erillisissä yksiköissä yhteistyön todellinen taso oli alhainen. Vastuuta

haluttiin jakaa, mutta päätöksentekoa ei, eikä myöskään toimintatapoja haluttu kyseenalaistaa. Toisaalta, epäselvyyttä oli ryhmän vetäjistä ja lopullisista päätöksentekijöistä. Tutkimuksen loppupäätelmänä oli, että potilasturvallisuus ja hyvä hoito edellyttävät monipuolista yhteistyötä ja käytännön työn koordinoinnin kehittämistä. (Kodyna ym. 2010; 94-97.)

Potilaan tunnistamiseen vaikuttavat inhimilliset tekijät voidaan ajatella olevan seikkoja, joita ei tunnisteta kuin vasta sitten kun jotain odottamatonta, turvallisuutta uhkaavaa on jo tapahtunut. Inhimillinen toiminta perustuu henkilön tiedonkäsittelykykyyn ja siitä seuraaviin ratkaisuihin. Inhimillisen toiminnan arvioinnissa tulee aina pyrkiä ymmärtää toimintaa, miksi jokin toiminto tehtiin. Ihmisen toiminnassa tarkkaavaisuus ja muisti ovat rajallisia välineitä ja kyseenalaisia potilasturvallisuuden ylläpitämiseen pelkästään. Muistin ja eri työvaiheiden avuksi tulisi olla esimerkiksi teknisiä ratkaisuja ja varmistusmenetelmiä. Työn stressi ja kuormitus aiheutuvat liian monesta samanaikaisesta tiedonkäsittelytehtävästä. Pitkään jatkunut paine vaikuttaa hyvinvointiin, jolloin henkilö alkaa välttlemään tiedonkäsittelyä vaativia toimintoja ja tukeudutaan ihmisen luontaiseen - ei tietoiseen - ongelmaratkaisuun. Tiedonkäsittelyprosessiin vaikuttavat väsymys ja vireystila, jotka ilmentyvät tarkkaavaisuuden, keskittymis- ja päättelykyvyn sekä kärsivällisyyden ja fyysisen voiman heikkenemisinä. Sosiaaliset tekijät, kuten hierarkia ja työryhmän koko ja koostumus voivat vaikuttaa toimintaan ja sitä kautta potilasturvallisuuteen. Roolien ja vastuiden epäselvyydet ja yhteistyön puute ovat riskitekijöitä, joihin viestinnällä ja työn koordinoinnilla voidaan vaikuttaa. (Helovuo ym. 2012, 75-84.) Inhimillisen arviointikyvyn, muistin ja valppauden pettämiset tulee erottaa taustalla vaikuttavasta prosessin suunnittelun virheestä. (Smith ym. 2013).

Bondevik ym. (2017) tutkivat norjalaisen hoivakotityöntekijän (n=288) iän, työkokemuksen, ammatillisen taustan ja äidinkielen vaikutusta potilasturvallisuustekijöiden kokemukseen. Mitattavia potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä olivat tiimityön tekemisen ilmapiiri, turvallisuuden kokemisen ilmapiiri, työtyytyväisyys, työolosuhteet ja stressin tunnistaminen. Tutkimuksessa todettiin, että hoivakodeissa saadaan yleisesti matalampia potilasturvallisuuden arvoja kuin keskimäärin muualla yleisterveydenhuollossa. Tutkimuksen kohteena olevien työntekijöiden korkeammat ikä ja hierarkkinen asema korreloivat parempaan potilasturvallisuustekijöiden kokemukseen. Äidinkielenään norjaa puhuvat työntekijät tunnistivat työssä enemmän stressiä ja vähemmän työtyytyväisyyttä kuin ei-natiivit työntekijät. Ammatilla tai työkokemuksella ei ollut merkitystä potilasturvallisuustekijöiden kokemukseen. Henkilökunnan keskinäinen yhteistyö ja viestintä koettiin

laadukkaammaksi ja merkityksellisemmäksi kuin viestintä esimerkiksi hoitotyön johdon tai kuntien viranomaisten kanssa potilasturvallisuustekijöiden ollessa kyseessä. (Bondvik ym. 2017.)

### **3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset**

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, miten potilaan verinäytteenoton tunnistus toteutuu hoivakodissa ja arvioida, mitkä tekijät edistävät ja mitkä tekijät estävät potilaan verinäytteenoton tunnistuskäytännön toteutumista.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa potilasturvallisuuden parantamiseksi ja tunnistusprosessin sujuvoittamiseksi. Tulosten perusteella voidaan kiinnittää huomio verinäytteenoton tunnistamiskäytännön ongelmakohtiin ja laatupoikkeamiin erityisesti verinäytteenottotilanteissa hoivakodeissa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten potilaan verinäytteenoton tunnistaminen toteutuu hoivakodissa?
2. Mitkä tekijät edistävät tai estävät potilaan verinäytteenoton tunnistamista hoivakodissa?

## **4 Menetelmät**

### **4.1 Aineisto**

Tämän opinnäytteen tutkimusympäristöinä olivat kahden kunnan viisi, lähinnä ikäihmisille palveluja tarjoavaa hoivakotia, joissa havainnoitiin potilaiden verinäytteenoton tunnistustapahtumia. Tutkimukselle haettiin luvat seitsemään hoivakotiin kunnilta ja eteläsuomalaiselta sairaanhoitopiiriltä. Kaikki tutkimusluvut myönnettiin vuoden 2018 loppupuoliskolla. Taulukossa 2 on esitettyä toteutuneet käyntipäivämäärät kuhunkin hoivakotiin ja tutkimuksen havainnointimäärät (n=31).

Taulukko 2. Tutkimuskäynnit hoivakoteihin ja niissä tehdyt havaintojen määrät.

Hoiva- koti	31.10. 2018	28.11. 2018	10.12. 2018	11.12. 2018	13.12. 2018	17.12. 2018
1	5	7				
2			3			
3				5		
4					4	
5						7

Noin 30 työntekijän perusjoukosta oli tavoitteena saada tutkimuksen tiedonantajiksi 10 näytteenottajaa. Lopulta tutkimukseen osallistui neljä näytteenottajaa. Jokaisena eri havainnointipäivänä potilaan näytteenottotyöhön ja tunnistukseen osallistui vain yksi ja sama näytteenottaja kerrallaan. Tavoitteena oli tehdä tutkimuskäynnit kaikkiaan seitsemään hoivakotiin, mutta tutkijan ja näytteenottajien ajankäytön yhteensovittamisen ongelmat tai näytteenottokäyntien puuttuminen kokonaan aiheuttivat kahden hoivakodin poisjäännin tutkimuksesta. Tutkimusjakson aikana tavoitteena oli saada kaikkiaan 50-100 havainnointitapahtumaa. Havaintoja kertyi kaikkiaan 31 kappaletta, joista 29 päättyi tutkimukseen. Yksi havainnointi hylättiin havainnoitsijan työn keskeytymisen vuoksi ja toinen havainnoitavana olevan näytteenottajan työn keskeytyksen vuoksi.

Näytteenottajan kanssa varmistettiin aikataulut vielä tutkimuspäivän aamuna. Näytteenottajille selvitettiin tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja eettiset näkökohdat. Tutkija sai näytteenottajilta suostumuksen tutkimukseen. Tutkija kertoi hoivakodin henkilökunnalle läsnäolonsa tarkoituksen. Hoivakodin esimiehelle oli jo aiemmin lähetetty kirjallinen materiaali tiedotettavaksi ja jaettavaksi hoivakodissa - tutkimussuunnitelma sekä henkilökunnalle, potilaille ja potilaiden omaisille osoitettu tiedotteet. Potilaille kerrottiin havainnoinnin aluksi tutkimuksen tarkoitus ja tavoite ja pyydettiin suullinen lupa tehdä tutkimusta.

Havaintoyksikkönä eli tiedonantajana toimivat verinäytteenottajat. Havainnointi alkoi näytteenottajan tehdessä päätöksen kulloisenkin potilaan verinäytteenotosta ja päättyi kun näytteenottaja arvioi tunnistamisen tapahtuneen ja siirtyi työprosessin seuraavaan vaiheeseen eli verinäytteenottoon. Tutkija kulki verinäytteenottajan mukana havainnointien tunnistamistapahtumaa. Verinäytteenottajan työ kesti kunakin havainnointipäivänä noin 1-2 tuntia ja tunnistamistapahtumia tehtiin jokaisessa hoivakodissa 3-7 kappaletta. Jokaisesta tunnistamistapahtumasta täytettiin oma havainnointilomake (liite 1).

Havainnointilomakkeelle täytettiin strukturoidut ja vapaat havainnot. Havainnointi alkoi, kun näyttteenottaja valitsi sen potilaan näytetietodokumentin, jolta oli aikeissa ottaa verinäytteet. Strukturoitujen havaintojen täyttäminen ja kyllä- ja ei- vaihtoehtojen valinta noudatti tiettyä ehdotonta menettelyä. Havainnoitsija tarkkaili esimerkiksi näyttteenottajan ja potilaan sanomisia siten, että kysyttiinkö ja sanottiinko henkilötiedot täydellisesti vai epätäydellisesti. Esimerkiksi jos potilas kuullun perusteella sanoi henkilötietonsa täydellisesti, ne kirjattiin havainnointilomakkeelle kyllä-kohtaan. Jos havainnoitsija tulkitsi, että potilas ei sanonut henkilötietojansa ollenkaan tai sanoi ne epätäydellisesti, kirjaus tapahtui ei-kohtaan. Samaan aikaan tutkija havainnoi näyttteenottajan toimintaa ja reaktioita sekä potilaan henkilötietojen tarkistamista näytetietodokumentista. Havainnoitsija tulkitsi näyttteenottajan tarkistaneen potilaan sanomat henkilötiedot, mikäli katse oli suunnattu näytetietodokumenttiin. Samoin toimittiin kaikkien havainnoitavien asioiden kohdalla. Tutkija ei esimerkiksi itse tarkistanut mitään kirjallisen tai suullisen tiedon paikkaansa pitävyyttä, vaan tarkkaili ja havainnoi kuulo- ja näköetäisyydellä näyttteenottajan, hoitoyksikön henkilökunnan ja potilaan ja muiden henkilöiden kommunikaatiota ja käyttäytymistä, joista tulkinnat tehtiin. Havainnoitsija kuunteli ja katseli näyttteenottajan toimintaa ja kirjasi tapahtumat sitä mukaa kun näyttteenottajan käytös puolsi vastaavuutta havainnointikaavakkeessa. Vapaisiin havaintoihin pyrittiin dokumentoimaan asiat, joilla tulkittiin olevan tekemistä potilaan tunnistamisen kanssa tai vaikuttavan potilaan tunnistamisen prosessiin tai potilasturvallisuuteen selvästi. Havainnoissa pyrittiin fokuoitumaan työn tekemisen sujuvuuteen sekä potilasturvallisuuteen.

#### 4.2 Aineiston keruumenetelmä

Aineisto kerättiin havainnointimenetelmällä. Havainnointi on aistein tapahtuvaa ympäristön ja ihmisten tarkkailua, tiedonkeruuta ihmisten todellisesta käyttäytymisestä. (Hirsijärvi – Remes - Sajavaara 2014, 212.) Asioita tarkkaillaan oikeissa yhteyksissään. Tarkkailu nostaa esiin ihmisen käyttäytymisen suhteessa asiaan liittyvään normiin. (Tuomi - Sarajärvi 2018, 94.) Havainnointi tapahtuu aina jonkin aikavälin ja tilanteen puitteissa. (Kananen 2017, 85.) Havainnointia käytetään menetelmänä silloin kun halutaan saada tietoa tapahtumista luonnollisessa toimintaympäristössä ja syvälinen kuva ilmiöstä. Tutkimuskohteena voi olla esimerkiksi ihmisen toiminta, henkilöiden keskinäinen vuorovaikutus ja käytännöt sekä toimintoketjut. Havainnointi tarkentaa tiedossa olevia vähäisiä tietoja ja pyrkii ymmärtämään tapahtumaan vaikuttavia ulkoisia tekijöitä. (Ojasalo – Moilanen - Ritalahti 2014, 114; Kananen 2017, 32-26, 83.) Tutkija itse tulkitsee ja suodattaa

tutkimuskohdetta. Tuloksia ei voida laajemmin yleistää, koska tutkimusympäristö ja reaalimaailma ovat aina ainutkertaisia. (Kananen 2017, 32-36.)

Tutkittavat asiat voidaan jäsentää, järjestää ja luokitella eli havainnoinnin tarkat kohteet ovat etukäteen tiedossa, jolloin ongelma on strukturoitu. Tutkimuksessa kirjataan myös ennalta arvaamattomia ja tilannesidonnaisia asioita, joista syntyy strukturoimatonta aineistoa. Dokumentointi tapahtuu kirjallisesti täyttämällä havainnointipäiväkirjaa. (Ojasalo – Moilanen - Ritalahti 2014, 116; Kananen 2017, 85-87.)

Tässä tutkimuksessa havainnointi tapahtui siten, että tutkija pysytteli riittävällä etäisyydellä näytteenottajasta kuitenkin niin, että näkö- ja kuuloyhteys pysyi. Tutkija ei itse aloitteellisesti osallistunut näytteenottajan tai hoivakodin henkilökunnan työskentelyyn tai keskusteluihin havainnointiympäristössä.

Kun tutkija ei osallistu tutkimuskohteessa vuorovaikutustilanteisiin, kommunikaatioon ja tapahtumiin, jolloin hän on tarkkailijan asemassa ja havainnointimenetelmä on niin sanottu suora tai tarkkaileva havainnointitapa. Menetelmä sopii ympäristöihin, joissa tilanteet voivat vaihtua nopeasti, ennakoimattomasti ja tietoa halutaan ihmisten suhtautumisesta toisiinsa tai ympäristöön. (Vilka 2006, 43.) Tieto tutkijasta työyhteisön keskellä voi vaikuttaa henkilöiden käyttäytymiseen ja siten havainnointiin, jolloin tutkimus altistuu virheille. (Kananen 2017, 84.)

Verinäytteenottaja työskenteli hoivakodissa yhtenä päivä viikossa itsenäisesti noudattaen erilaisia, oman organisaation ohjeistuksia ja ennakkotietoja. Hoivakodin potilaiden verinäytteenotto vaati usein yhteistyötä kyseisen työyhteisön henkilökunnan kanssa, johon tuen pääsääntöisesti potilaiden sairaudesta, vammasta tai kognitiivisen tilasta, jolloin kommunikointi potilaan kanssa oli ongelmallista ja potilaan kanssa ensisijaisesti käytettävä suullinen tunnistamiskriteeristö ei täyttynyt. Yhteistyötä tarvittiin myös siksi, että verinäytteenottaja työskenteli laitoksessa ulkopuolisena, työyhteisöön kuulumattomana, joten hänen täytyi tarkentaa ja varmistaa henkilökunnalta mahdolliset ennakkotiedot ja muutokset työympäristössä tai potilaissa ja heidän sijainnissaan.

Tutkimuksesta rajattiin pois poikkeustilanteet kuten potilaan veriryhmä- ja sopivuuskokeen näytteenotossa tapahtuva tunnistuskäytäntö sekä tavallisen verinäytteenoton potilaan tunnistuksen ohjeistuksen mukaan tapahtuva toinen vaihe eli verinäytteen merkitseminen kyseessä olevan oikean potilaan tunnistetiedoilla. Tutkimuksessa keskityttiin

havainnoimaan potilaan tunnistamista ennen verinäytteenottoa. Tutkimusympäristöissä ei ole käytössä potilastietorannekkeita tai sähköisiä potilaan tunnistamisen välineitä. Havainnointilomakkeessa (liite 1) alun perin ollut tunnistamisprosessin kohta 8. b, yksikön hoitaja tunnistaa potilaan kuvailemalla, ei lopulta otettu mukaan tutkimukseen, koska se ei sisällynyt työelämän ohjeistukseen potilaan tunnistamisessa.

#### 4.3 Aineiston analysointimenetelmä

Tutkimuksen havainnointiaineistosta saatiin laadullista ja määrällistä tietoa. Laadullinen aineisto analysoitiin sisällönanalyysin keinoin. (Kananen 2017 68-69, 126, 129.) Sisällönanalyysissä analysoidaan ja kuvataan dokumenttien ja tekstien sisältöä. Dokumentti on mikä tahansa kirjallisessa muodossa oleva materiaali, esimerkiksi päiväkirja tai raportti. (Tuomi - Sarajärvi 2018 117,118-119.) Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä strukturoimatonta aineistoa pelkistetään. Tällöin kirjoitetusta tekstistä haetaan tiettyä sanaa, ajatuskokonaisuutta tai havainnon yhtä ydinasiaa ja tutkimuksen kannalta turha tieto jätetään huomioimatta. Seuraavaksi aineisto järjestellään ja ryhmitellään, jotta saadaan aineistosta oleellinen ja käsitteellinen tieto esiin. Ryhmittelyssä etsitään ja yhdistetään samaa tarkoittavia asioita tai merkityksellisiä tekijöitä vapaasta tekstistä. Ryhmittelyn jälkeen samantyyppiset ilmaukset yhdistetään eli luokitellaan edelleen abstraktimmalle tasolle. Luokittelua jatketaan, kunnes saadaan yksi ilmaus. Koko analyysiprosessin ajan tutkijalla tulee olla ennakkoaavistus mitä materiaalista haetaan suhteessa tutkimuskysymykseen. (Kananen 2017, 131-137, 148; Tuomi – Sarajärvi 2013, 108-110.) Aineisto abstrahoidaan eli käsitteellistetään, josta saadaan vastaus tutkimuskysymykseen ja voidaan tehdä johtopäätöksiä. Sisällönanalyysi on tulkintaa ja päättelyä sekä vertailua viitekehykseen. Tuloksissa ja arvioinnissa esitellään muodostuneet käsitteet ja niiden sisällöt. Tutkija pyrkii koko ajan liittämään ymmärryksensä niin koko ilmiötä kohtaan kuin sen merkityksestä tutkittaville. (Tuomi – Sarajärvi 2013, 111-113.)

Havainnointilomakkeen strukturoitu rakenne salli määrällisten analyysimenetelmien käytön lukujen ja taulukoiden muodossa osana aineiston kuvailua. (Kananen 2017 83, 87). Strukturoidun aineiston sisältö kvantifioitiin, joka on sisällön erittelyä ja toimii sisällönanalyysin apuna. (Tuomi - Sarajärvi 2018 118-119).



Laadullisessa tutkimuksessa ei tavoitella tilastollisia yleistettävyyksiä ja usein tiedonantajien määrä on pieni. (Tuomi – Sarajärvi 2013, 85). Kuitenkin laadullisessa tutkimuksessa voidaan kerätä myös kvantitatiivista tietoa. Strukturoitu matriisi sisältää kysymyksiä ja niihin valmiit vastausvaihtoehdot. Vaihtoehtoihin vastataan ja ne kuvataan lukuina. (Kananen 2017, 43.) Ilmiöstä saadaan tiivistetty kuvaus ja kerätty aineisto järjestetään johtopäätöksiä varten. (Tuomi - Sarajärvi 2018, 117). Tilastollisesti merkittäviä päätelmiä ei voida tehdä otoksen tiedonantajien lukumäärän ollessa alle sadan tai paljon alle 20 prosenttia perusjoukosta. Havainnoaineiston strukturoidusta osasta esitellään tunnusluvuista lukumäärä, summat ja frekvenssi. (Valli 2001, 14, 51-54.)

Tässä tutkimuksessa käytettävän havainnointilomakkeen (liite 1.) strukturoitu ja määrällistä tietoa antava osa olivat tunnistamisprosessin havainnoinnin kohteet 1-9 ja niiden kyllä- ja ei-vaihtoehdot. Havainnointilomakkeelle kirjoitettavat vapaat havainnot antoivat strukturoimatonta ja laadullista tietoa. Tässä tutkimuksessa keskityttiin aineiston koon vuoksi laadullisen aineiston käsittelyyn.

Havainnointitaulukko oli laadittu tätä tutkimusta varten näytteenottajien työelämän alkuperäisen kirjallisen ohjeistuksen pohjalta. (Laboratorio 3.5.2017). Alkuperäinen ohjeistus oli osin tekstimuotoinen, osin kaaviokuvoin havainnollistettu, joita kumpiakin yhdistelemällä havainnointitaulukko luotiin. Havainnointitaulukon (liite 1) kohtaa 1, näytteenottaja valitsee potilaan näyte- tai tunnistetietodokumentin, ei määritelty tunnistamisprosessin erityiseksi aloitukseksi alkuperäisessä kirjallisessa ohjeistuksessa kuten tässä tutkimuksessa. Kohta 1. oli tutkijan määrittelemä systemoitu aloituskohta jokaiselle havainnoinnille tätä tutkimusta varten. Ohjeistuksen mukaan potilaan tunnistamisen virheiden välttämiseksi näytetietodokumentit pidetään järjestyksessä ja esillä potilaskohtaisesti. Tämä ohjeen kohta ei ollut mukana tässä tutkimuksessa. (Laboratorio 3.5.2017.)

## 5 Tulokset

### 5.1 Kvantitatiiviset tulokset

Kvalitatiiviset tulokset on esitetty taulukossa 3. Tulokset kuvaavat havaintojen kyllä- ja ei- vaihtoehtojen tulokset tunnistamisprosessin eri vaiheissa, niiden prosenttiosuudet (%) ja frekvenssit (f).

Taulukko 3. Kaikkien strukturoitujen havaintojen prosenttiosuudet (%) ja frekvenssit (f).

Tunnistamis- prosessi	Kaikki havainnot n=31					
	Hyväksytyt havainnot n=29				Hylätyt havainnot n=2	
	kyllä (%)	kyllä (f)	ei (%)	ei (f)	Havainnointi keskeytyi (n), havainnoija	Tunnistamis- prosessi keskeytyi (n), näytteenottaja
1.näytteenottaja valitsee potilaan näytetietodokumentin	100	29	0	0	1	1
2.näytteenottaja selvittää/kysyy henkilökunnalta potilaan sijainnin	100	29	0	0	1	1
a. oma huone	86	25	14	4	1	1
b. yleiset tilat	14	4	86	25	1	1
c. muu	0	0	0	0	1	1
3.näytteenottaja kysyy potilaan henkilötiedot (nimi+henk.tunnus)	79	23	21	6	1	1
4.potilas sanoo henkilötiedot (nimi+henk.tunnus)	52	15	48	14	1	1
5.näytteenottaja tarkistaa potilaan sanomat henkilötiedot näytetietodokumentista (nimi+henk.tunnus)	76	22	24	7	1	1
6.näytteenottaja tarkistaa henkilötiedot potilastietorannekkeesta	0	0	100	29	1	1
7.näytteenottaja tarkistaa henkilötiedot potilaskansiosista tai -listasta (nimi+henk.tunnus)	10	3	90	26	1	1
8.hoivayksikön hoitaja tunnistaa potilaan						
8.a. näöltä	72	21	28	8	1	1
8.b. tarkistaen potilaan henkilötiedot (nimi+henk.tunnus) potilaskansiosista tai -listasta	24	7	76	22	1	1
9.omainen tunnistaa potilaan	0	0	100	29	1	1

Tuloksista voidaan nähdä, että potilaan tunnistamisprosessi alkoi aina (100 %) potilaan näytetietodokumentin valitsemisella. Tulosten mukaan näytteenottaja selvitti tai kysyi aina (100 %) hoivakodin henkilökunnalta potilaan sijainnin. Tunnistamisprosessissa 25 (86 %) havainnossa potilaat olivat omassa huoneessaan. Yleisissä tiloissa potilaat olivat 4 (14 %) havainnossa. Näytteenottaja kysyi potilaan täydelliset henkilötiedot - henkilötunnuksen ja nimen - 23 (79%) havainnossa ja 6 (21%) havainnossa henkilötietoja ei kysytty. Potilas sanoi henkilötietonsa 15 (52%) havainnossa ja 14 (48%) havainnossa potilas ei sanonut henkilötietoja.

Näytteenottaja tarkisti tunnistetietodokumentista potilaan itse sanomat henkilötunnuksen ja nimen 22 (76%) havainnossa ja 7 (24%) havainnossa tarkistusta ei tehty. Näytteenottaja tarkisti potilaskansioista tai -listasta potilaan henkilötiedot 3 (10%) havainnossa ja 26 (90%) havainnossa henkilötietoja ei tarkistettu potilaskansioista tai -listasta. Hoivayksikön hoitaja tunnisti potilaan näöltä 21 (72%) havainnossa ja 8 (28%) havainnossa ei kyseistä tunnistusta tehty. Hoivayksikön hoitaja tarkisti potilaan henkilötiedot potilaskansioista tai -listasta 7 (24%) havainnossa ja 22 (76%) havainnossa hoitaja ei tarkistanut potilaan henkilötietoja potilaskansioista tai -listasta.

Jotta kvantitatiivisista luvuista saatiin tarkempi ja todellisempi kuva potilaan tunnistamisen toteutumiseen, dokumentoidut potilaiden tunnistamiset käytiin läpi havainto havainnolta potilaskohtaisesti yhdistämällä strukturoidut ja vapaat havainnot. Näin kvantitatiivisista tuloksista saatiin tarkempaa tietoa potilaiden tunnistamisen toteutumisesta suhteutettuna työelämän ohjeistukseen ja prosessin sujuvuuteen ja, mikä on vaikuttamassa 1. tutkimuskysymyksen muodostumiseen, miten potilaan verinäytteenoton tunnistaminen toteutuu hoivakodissa. Lukujen taustalle saatiin vastauksia, miten jokin asia toteutettiin, joka sitten ovat vaikuttamassa tutkimuskysymyksen 2. vastauksen muodostumiseen, mitkä tekijät edistävät tai estävät potilaan verinäytteenoton tunnistamista hoivakodissa.

Kaikkien havainnointikaavakkeiden yksityiskohtaisen läpikäynnin jälkeen voidaan luotettavasti tulkita, että 29 analyysiin hyväksytyistä potilaan tunnistamisista 20 tunnistusta tehtiin ohjeistuksen mukaan ja 7 tunnistamista ei tapahtunut hyväksytysti ohjeistuksen mukaan. Kahden potilaan tunnistamisen pystyi hyväksymään varauksin.

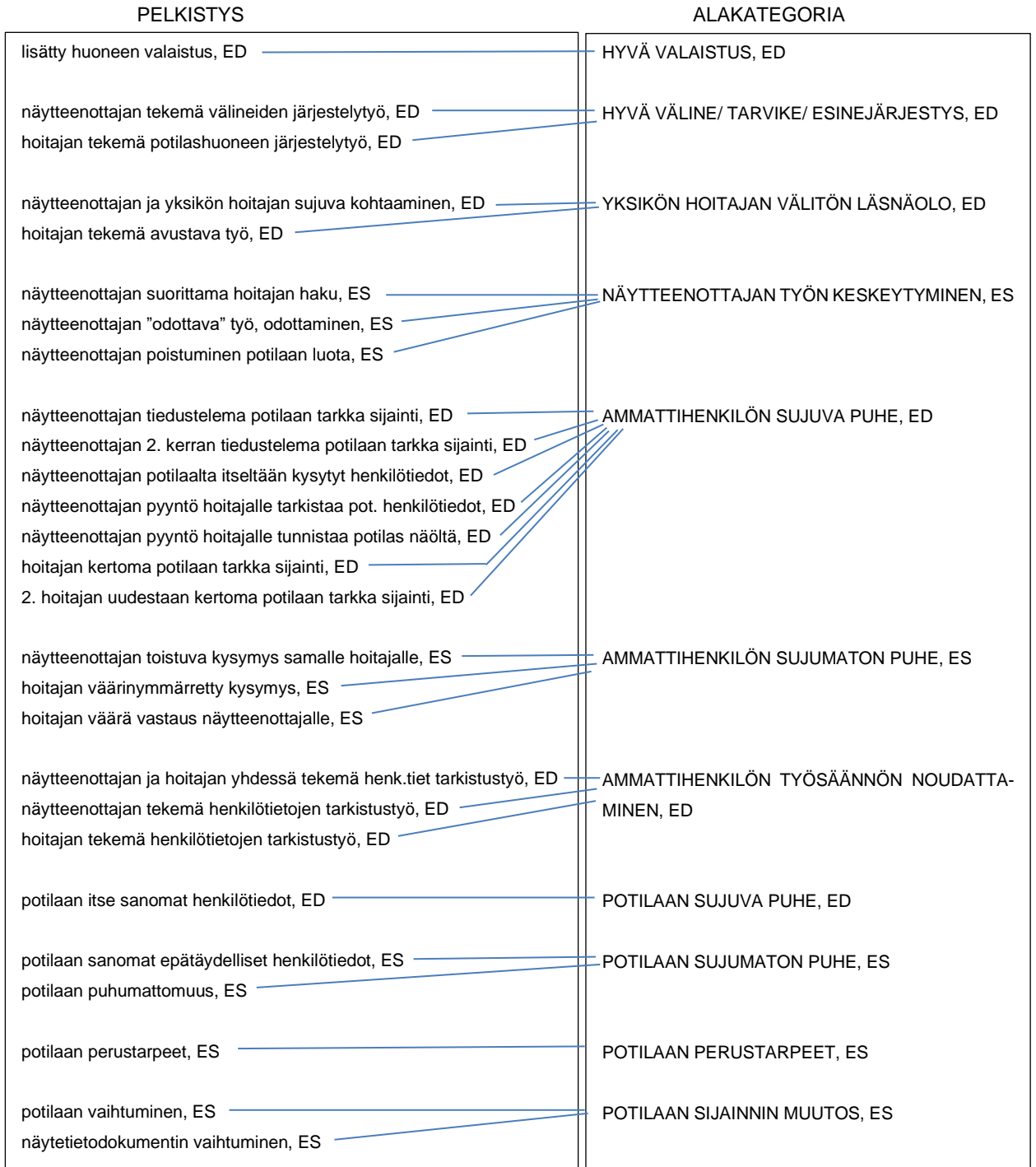
Kappaleessa 6.1.1 käsitellään ja pohditaan kvantitatiivisia tuloksia tarkemmin.

## 5.2 Kvalitatiiviset tulokset

Vapaat havainnoinnit tehtiin havainnointilomakkeelle (liite 1.) Vapaat havainnot oli sidottu samaan havainnointitapahtumaan kuin strukturoidut havainnot ja tehtiin samaan aikaan. Vapaita havainnoiteja tehtiin 31 kappaletta, joista kaksi hylättiin.

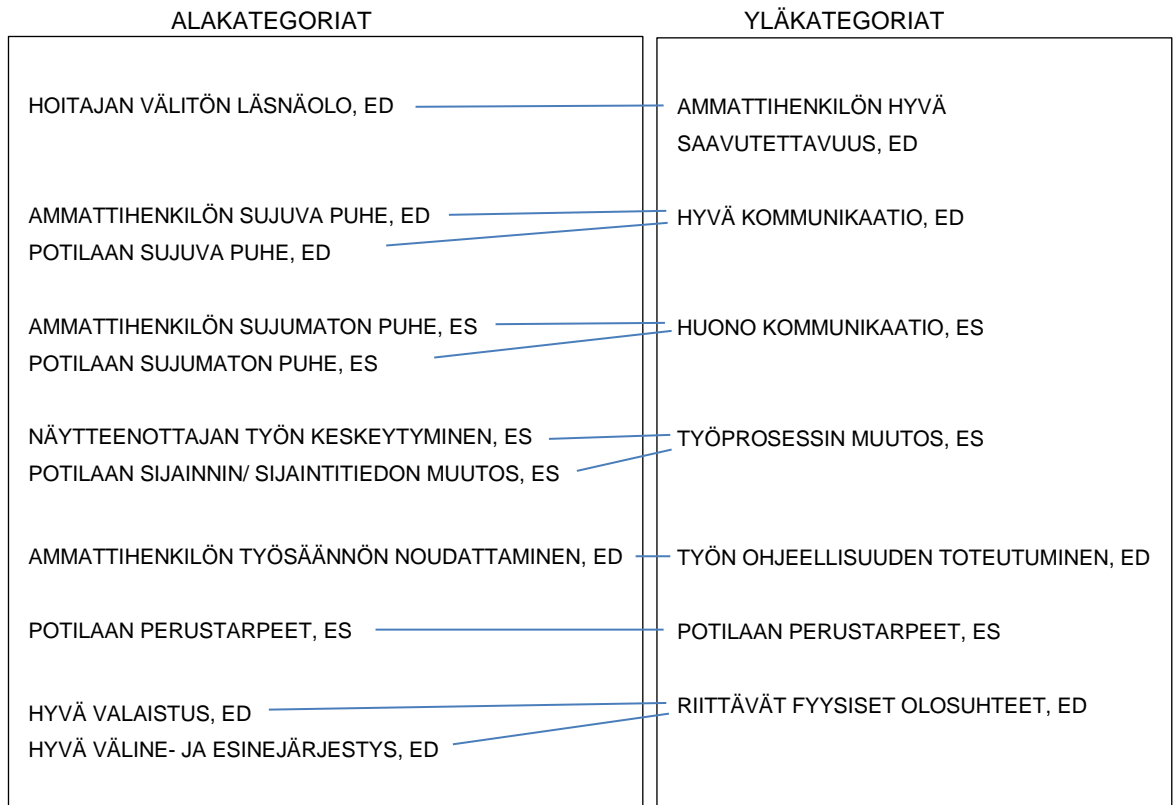
Tutkija analysoi havainnoista tulkittua - nähtyä ja kuultua - ja tuotettua omaa tekstiä. Koska havainnointitilanteissa ei tallennettu - nauhoitettu tai videoitu - puhuttua kieltä tai tapahtumia, induktiivinen sisällönanalyysi tehtiin tutkijan oman tulkinnan kautta omista dokumentoiduista teksteistä. Vapaiden havaintojen tulokset muodostettiin siten, että havainnot ensin kirjoitettiin auki selkokielelle, koska lomakkeelle tehtyjä kaikkia merkintöjä ja symboleja ei voitu sellaisenaan esittää pelkistysenä. Teksteistä tehtiin pelkistys. Jokaisen tunnistustapahtuman pelkistetyt ilmaisut koottiin yhteen ja näistä muodostettiin alakategorioita (kuvio 3). Alakategorioista johdettiin yläkategorioita (taulukko 4). Lopuksi yläkategorioista johdettiin pääkategoriat (taulukko 5)

Vapaiden havaintojen tulosten jälkeen esitellään esimerkkejä tehdyistä havainnoista. Esimerkkinä alkuperäisestä havainnoinnin dokumentoinnista on esitetty liitteessä 5. Pelkistettyjä havaintoja saatiin 27 kappaletta.



Kuvio 3. Kaikkien vapaiden havaintojen pelkistykset ja alakategoriat.

Luokittelussa on alusta alkaen arvioitu, onko kyseessä potilaan tunnistusta edistävä vai potilaan tunnistusta estävä tekijä. Kuvioissa 3 ja 4 merkintä ES kuvaa potilaan tunnistusta estävää tekijää ja merkintä ED kuvaa potilaan tunnistusta edistävää tekijää. Kuviossa 4 on esitettyinä vapaiden havainnointien alakategoriat ja yläkategoriat.



Kuvio 4. Vapaiden havaintojen ala- ja yläkategoriat.

Taulukossa 4 on koottuna saadut yläkategoriat jaoteltuna potilaan tunnistusta edistäviin ja estäviin tekijöihin.

Taulukko 4. Yläkategoriat.

Potilaan tunnistusta edistää	Potilaan tunnistusta estää
AMMATTIHENKILÖN HYVÄ SAAVUTETTAVUUS	HUONO KOMMUNIKAATIO
HYVÄ KOMMUNIKAATIO	TYÖPROSESSIN MUUTOS
TYÖN OHJEELLISUUDEN TOTEUTUMINEN	POTILAAN PERUSTARPEET
RIITTÄVÄT FYYSISET OLOSUHTEET	

Yläkategorioista johdettiin pääkategoriat (taulukko 5). Potilaan tunnistusta edistävästä tekijöistä ammattihenkilön hyvä saavutettavuus on edellytys toimivalle yhteistyölle, hyvä kommunikaatio on edellytys toimivalle viestinnälle, työn ohjeellisuuden toteutuminen on edellytys toimivalle ohjeistukselle ja riittävät fyysiset olosuhteet ovat edellytys toimiville olosuhteille.

Taulukko 5. Pääkategoriat.

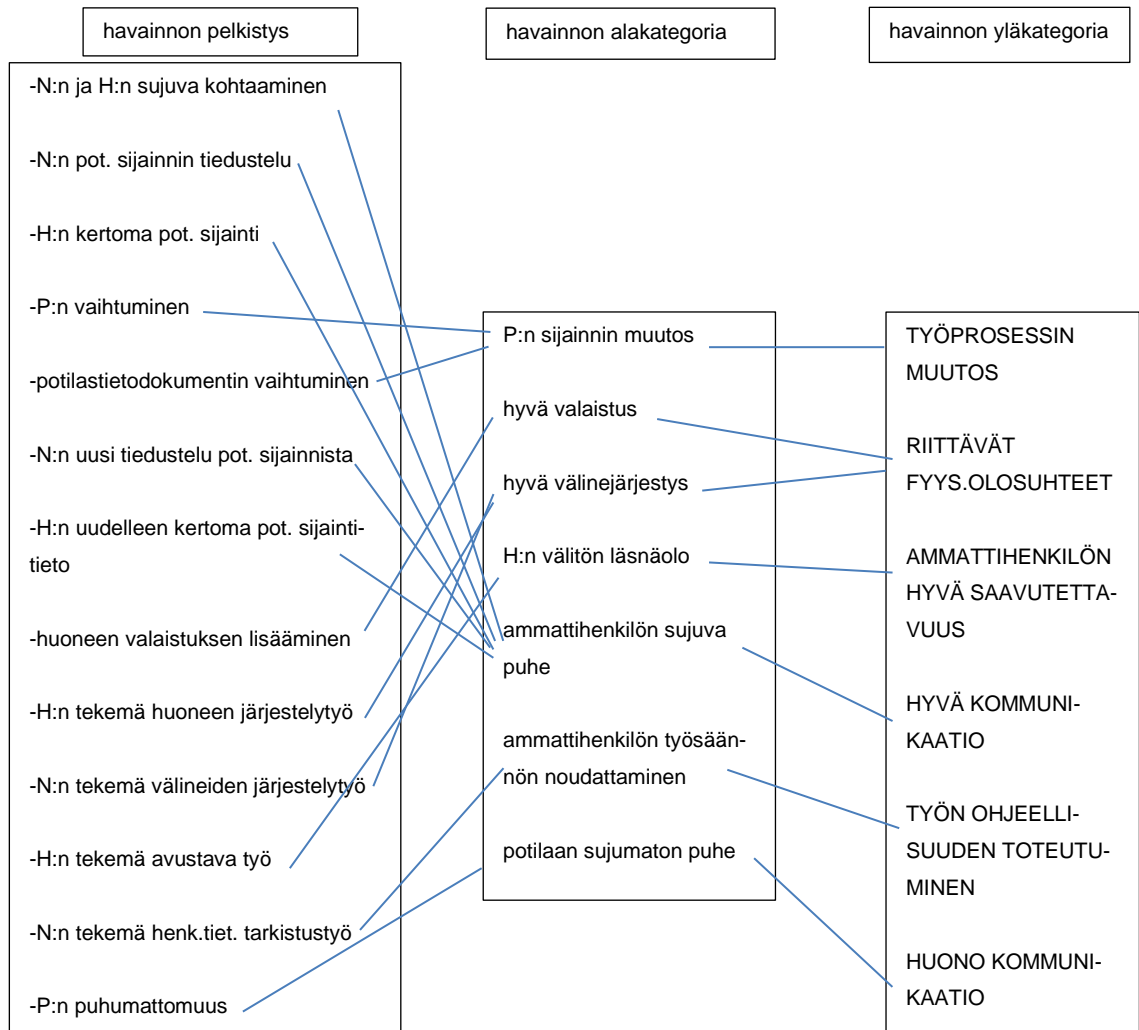
Potilaan tunnistusta edistää	Potilaan tunnistusta estää
TOIMIVA YHTEISTYÖ	TOIMIMATON VIESTINTÄ
TOIMIVA VIESTINTÄ	TOIMIMATON TYÖPROSESSI
TOIMIVA OHJEISTUS	POTILAAN PERUSTARPEET
TOIMIVAT OLOSUHTEET	

Potilaan tunnistusta estävistä tekijöistä huonosta kommunikaatiosta voitiin johtaa toimimaton viestintä ja työprosessin muutoksesta toimimaton työprosessi. Potilaan perustarpeet ovat käsitteenä riittävän laaja ja kattava, jota ei tässä tutkimuksessa lähdetty muuttamaan yläkategoriasta käsitteellisempään muotoon.

Havainnointitapahtuma oli joka kerta yksi yksittäinen tapahtumien sarja ja kokonaisuus, josta saadut tulokset eriteltiin. Seuraavassa on esitetty havaintoesimerkkejä, jotka on valittu siten, että aina alakategoriasta lähtien kaikista analyysiin päätyneistä 29 havainnosta tulokset toistuvat ja ovat esillä esitetyissä esimerkeissä. Alkuperäinen havainto on ensin selkokirjoitettu, joka näkyy havaintoesimerkeissä ja sen jälkeen pelkistetty. Pelkistyksistä on muodostettu alakategorioita ja edelleen yläkategorioita. Esimerkeissä N tarkoittaa näytteenottajaa, H tarkoittaa hoitajaa ja P tarkoittaa potilasta.

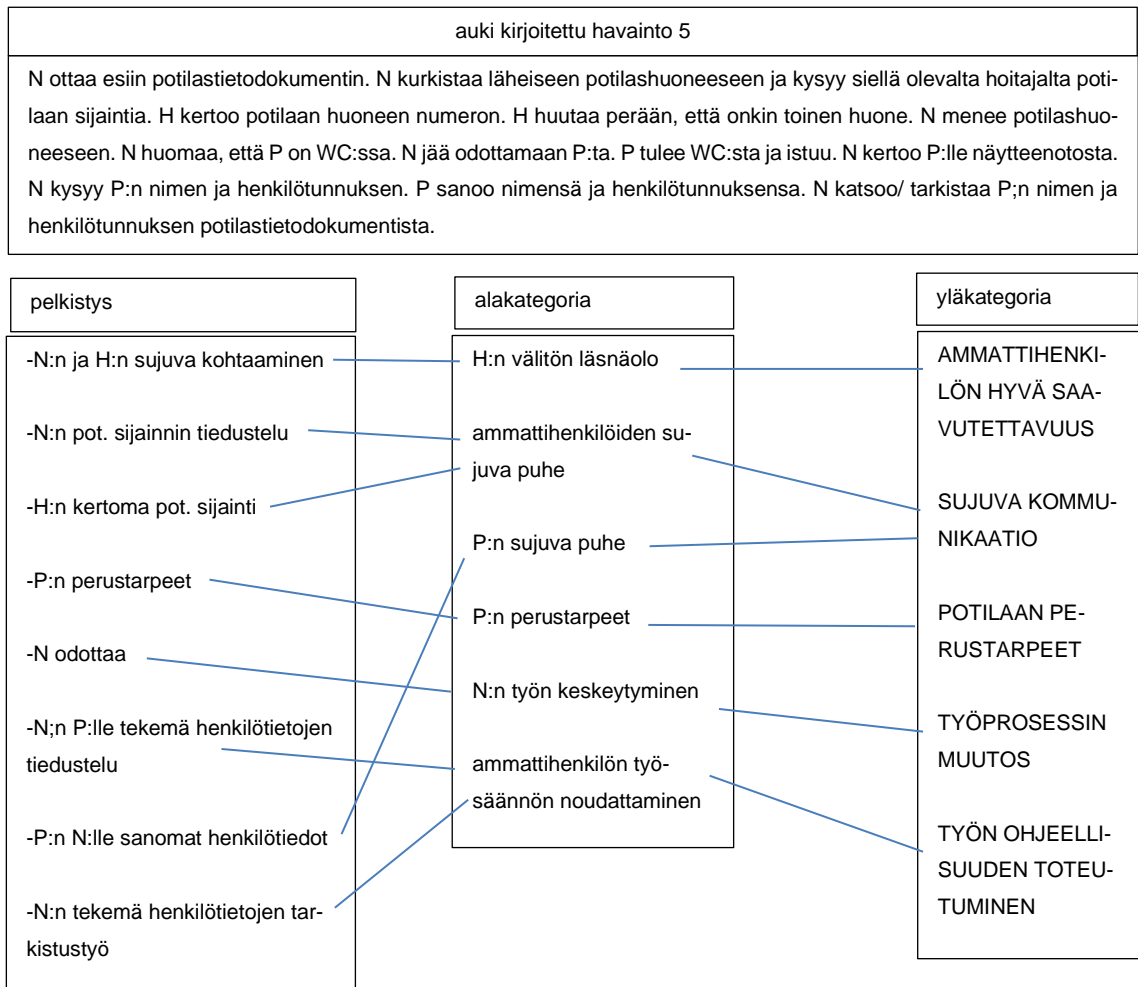
auki kirjoitettu havainto 1

N ottaa esiin potilastietodokumentin. N kävelee potilasosastolle. N pysähtyy päiväsaliiin. N kohtaa hoitajan. N kysyy H:lta P:n sijaintia. H sanoo P:n olevan toisella osastolla. N järjestelee potilastietodokumentit uudelleen. N ottaa esiin toisen P:n kortin. N kysyy hoitajalta P:n sijaintia. H sanoo P:n olevan omissa huoneessaan. N menee P:n huoneeseen. H tulee pot. huoneeseen. Huone on pimeä. H laittaa valot päälle. H järjestelee huoneen kalusteita ja tavaroita. N järjestelee näytteenottotarvikkeita potilaan vierelle. H puhuu P:lle näytteenotosta. H ja N puhuvat keskenään näytteenotosta. N puhuu P:lle näytteenotosta. N kysyy P:n nimen ja henkilötunnuksen. P ei vastaa. H pitää P:n kädestä kiinni. N aloittaa näytteenoton.



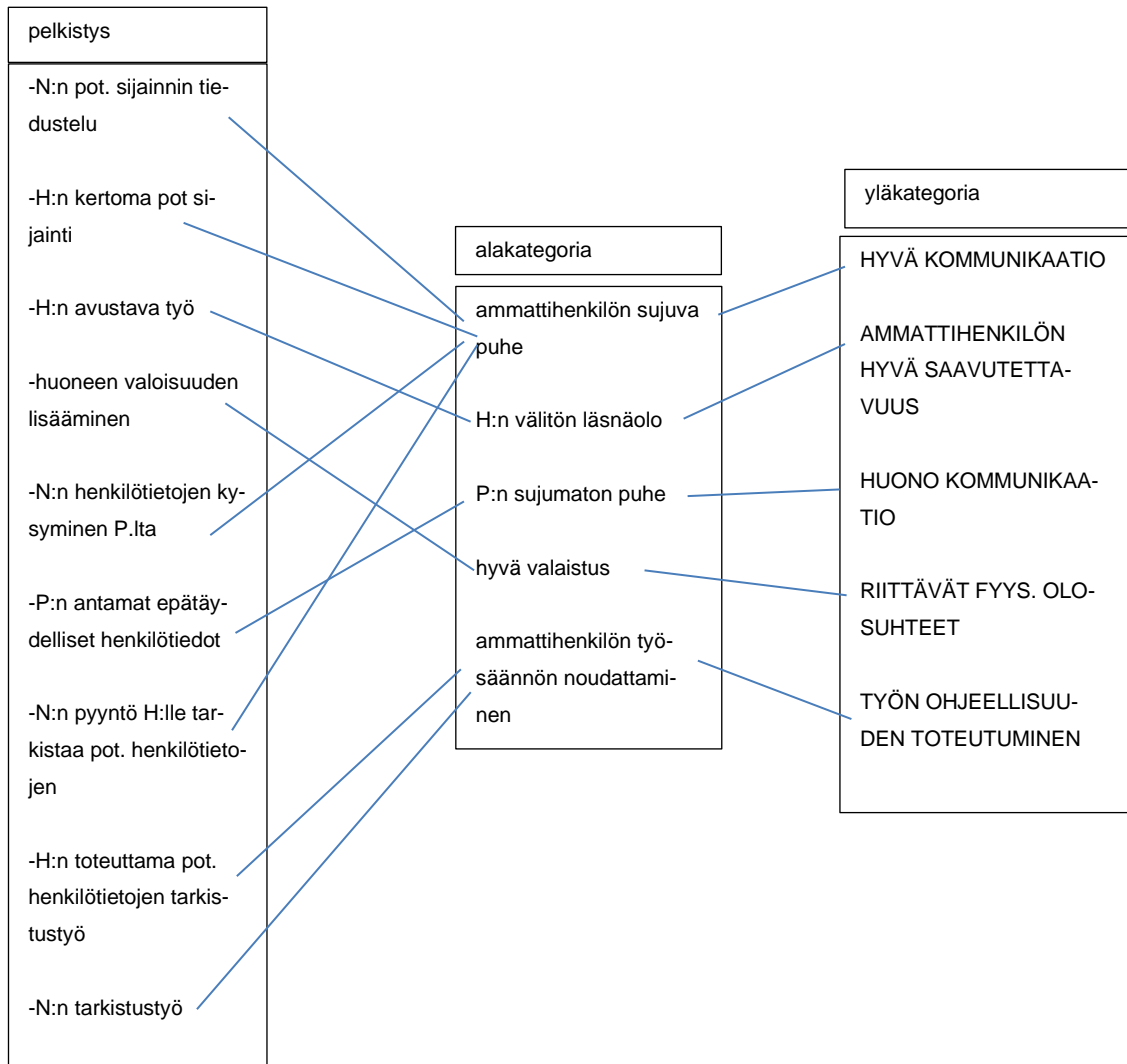
Havainnossa 1 potilaan tunnistus ei tapahdu ohjeistuksen mukaan. Näytteenottaja kysyy potilaan henkilötiedot. Potilas ei kerro henkilötietojansa. Hoitaja on läsnä tunnistamassa potilaan näöltä. Nimeä ja henkilötunnusta ei kuitenkaan tarkisteta potilastietodokumentista eikä potilaskansiosista tai -listasta.





Havainnossa 5 potilaan tunnistus tapahtuu ohjeistuksen mukaan. Näytteenottaja kysyy potilaan nimen ja henkilötunnuksen ja potilas sanoo nimensä ja henkilötunnuksensa. Näytteenottaja tarkistaa tiedot potilastietodokumentista.

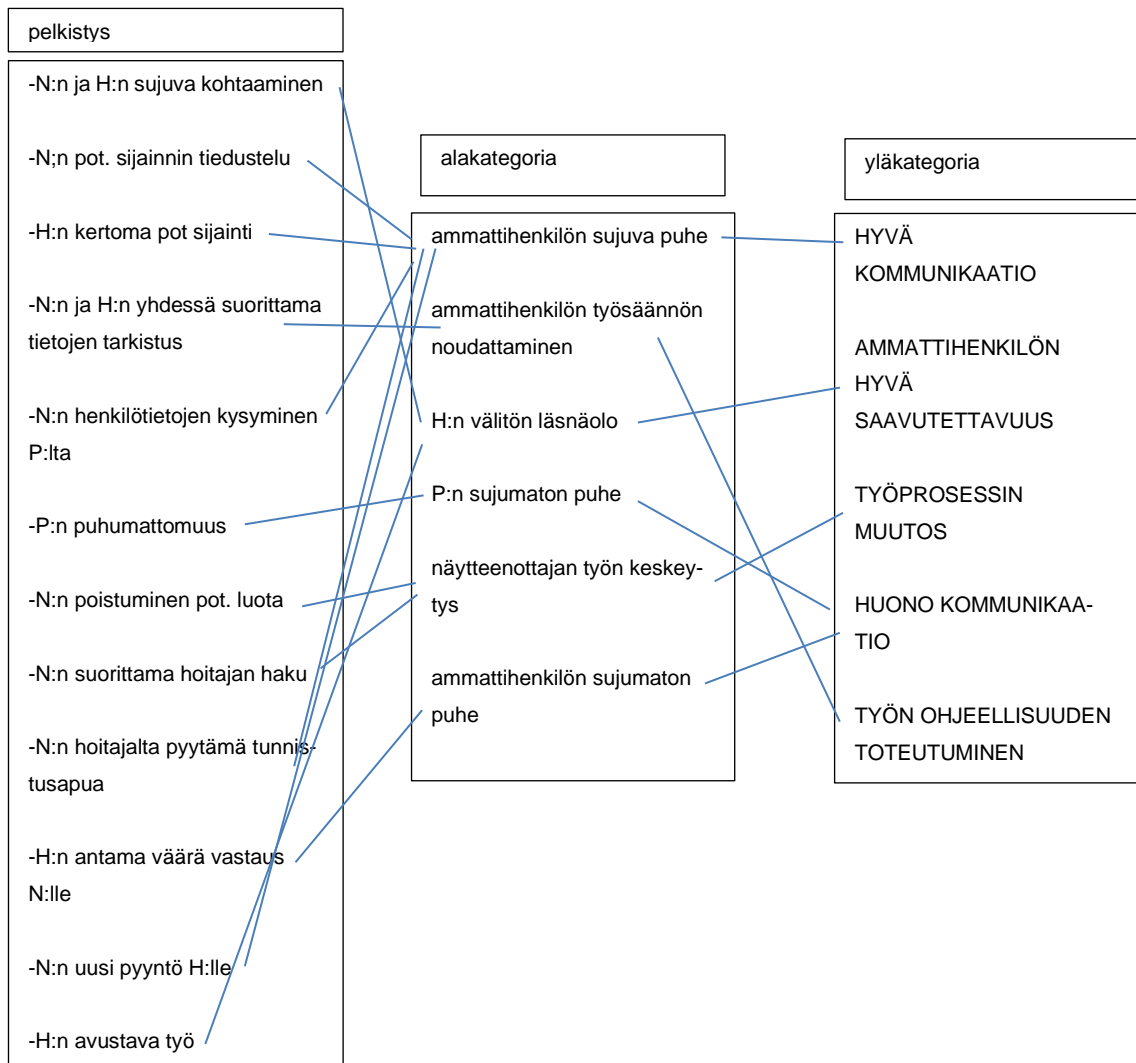
auki kirjoitettu havainto 6
N valitsee potilastietodokumentin. N kysyy osaston käytävällä P:n sijaintia kahdelta H:lta. Ensimmäinen H sanoo potilaan olevan omissa huoneessa. H vaihtuu ja toinen H menee pot.huoneeseen. N menee pot.huoneeseen. N laittaa valot päälle. H puhuu P:lle näytteenotosta. P puhuu sekaisin suomea ja ruotsia. N kysyy suomeksi P:n syntymäajan. P kertoo ruotsiksi osittain syntymäaikansa. N pyytää H:ta katsomaan koneelta potilaan henkilötunnuksen. H poistuu huoneesta. H tulee takaisin paperilapun kanssa ja antaa sen N:lle. N vertaa paperilapun tietoja potilastietodokumenttiin.



Havainnossa 6 tunnistus tapahtuu ohjeistuksen mukaan varauksin. Näytteenottaja kysyy potilaan syntymäajan, ei nimeä ja koko henkilötunnusta. Hoitaja on paikalla tunnistamassa potilaan näöltä ja käy hakemassa näytteenottajan pyynnöstä itrolapulle potilaan henkilötunnuksen. Näytteenottaja tarkistaa lapun tiedot vertaamalla potilastietodokumenttiin. Havainnoinnista ei selviä oliko paperilapussa myös nimi, joka jää epäselväksi tarkistukseksi.

## auki kirjoitettu havainto 12

N ottaa potilastietodokumentin. N kävelee ja vaihtaa osastoa. N tapaa hoitajan. N kysyy H:lta potilaan tietoja. H kertoo potilaasta. H ja N menevät potilaskansioille. H näyttää potilaskansiosta potilaan henkilötiedot. N tarkistaa ja vertaa tietoja potilastietodokumenttiin. H kertoo potilaan sijainnin/ huoneen. N menee potilashuoneeseen. N kysyy potilaan henkilötiedot. Potilas ei sano henkilötietojaan. N poistuu pot.huoneesta. N etsii hoitajaa. N menee toiseen pot.huoneeseen, näkee H:n, jota pyytää ensimmäiseen pot. huoneeseen tunnistamaan potilaan. H sanoo, että potilas on omassa huoneessaan. N toistaa pyynnön H:lle tulla ensimmäiseen pot.huoneeseen tunnistamaan P. H tulee ensimmäiseen pot.huoneeseen.



Havainnossa 12 tunnistus tapahtuu ohjeistuksen mukaan. Näytteenottaja kysyy potilaan henkilötiedot, mutta potilas ei sano henkilötietojaan. Tällöin hoitaja ja näytteenottaja todentavat henkilötiedot potilaskansiosta, vertaavat tietoja näytetietodokumenttiin ja hoitaja tunnistaa potilaan näöltä.

Vapaiden havaintojen analysoinnissa yhdessä tapauksessa jäi epäselväksi, tarkistettiin potilaan nimi, vaikka henkilötunnus tarkistettiin. Kriteerit täyttäneiden 20 potilaan joukossa oli 2 potilasta, joilta näytteenottaja ei lähtenyt kysymään henkilötietoja. Näissä havainnoissa pystyi päättämään, että näytteenottaja tiesi potilaan tilan olevan sellainen, että hän ei henkilötietojaan pysty kertomaan.

Ohjeiden mukaan tapahtuneista tunnistuksista vain 10 tapauksessa voitiin tulkita, että myös työskentelyprosessi oli sujuvaa. 11 tapauksessa, vaikka tunnistus lopulta tehtiin oikeaoppisesti, niin työtapo ja sen eteneminen oli hidasta ja ilmeni prosessin etenemistä estäviä tekijöitä. Nämä tekijät ovat yhteneväisiä potilaan tunnistusta estävien seikkojen kanssa.

7 tapauksessa potilaan tunnistusta ei tehty ohjeistuksen mukaan. 4 potilaalta kysyttiin henkilötiedot, 3 potilaalta ei kysytty laisinkaan. 1 potilas sanoi henkilötietonsa, 6 potilasta ei sanonut. Vaikka yhdeltä potilaalta kysyttiin henkilötiedot ja hän ne sanoi, näytteenottaja tai hoitaja ei tarkistanut niitä potilastietodokumentista eikä myöskään potilaskansiota tai -listasta. Hoitoyksikön hoitaja oli kyllä yhtä aikaa läsnä potilaan ja näytteenottajan luona kaikissa tapauksissa. Kahdessa havainnossa hoitoyksikön hoitaja tarkisti potilaan henkilötiedot lääkepurkista tai -listasta.

## 6 Pohdinta

### 6.1 Päätulosten pohdinta

#### 6.1.1 Tunnistamisen toteutumisen tulokset

Strukturoidut havainnot kertovat hoivapotilaan tunnistuksen toteutumisen kvantitatiivisesti. Koska havainnoituja tunnistustapahtumia saatiin vain 29 kappaletta, aineistosta ei voida tehdä tilastollisia johtopäätöksiä, vaan niitä voidaan pitää suuntaa antavina. Kaikkien kvantitatiivisten lukujen kuvaamista varten ei riittänyt pelkästään strukturoitujen havaintojen yhteen laskeminen vaan tarvittiin kaikkien havainnointien yksityiskohtaista läpi käymistä ja ryhmittelyä, koska potilaan tunnistamisessa ohjeistuksen mukaan toteutettuna voidaan tietyt toiminnot korvata tai potilaan tunnistamisessa on voitu tehdä myös

moninkertaista työtä. Joitakin taulukon 3 lukuja on selvennetty tarkemmin, jotka on esitetty taulukoissa 6 ja 7.

Tuloksista voidaan havaita, että potilaan tunnistus ei kertaakaan (n= 29) tapahtunut potilastietorannekkeesta. Missään tutkimusympäristöinä olleissa hoivalaitoksissa ei ollut käytössä potilastietorannekkeitä, joten näytteenottaja ei voinut käyttää niitä potilaan tunnistamisen apuna. Kertaakaan potilaan tunnistus ei tapahtunut myöskään omaisen puolesta. Tutkimuksen aikana omaisia ei ollut paikalla. Potilaan olemassa oleva sijainnin hoivakodissa näytteenottaja selvitti joka kerta. Ilman tätä etukäteistietoa näytteenottajan oli vaikeaa ja aikaa vievää lähteä umpimähkäisesti etsimään potilasta hoivayksiköstä. Näytteenottajan mukana olleissa näytetietodokumenteissa oli tieto potilaan huoneesta, joka oli lähtökohtainen oletus potilaan sijainnille, mutta tieto ei aina ollut ajantasainen tai se oli puutteellinen tai puuttui kokonaan. Tällöin näytteenottaja usein joko välittömästi kohtasi tapaamansa yksikön hoitajan saavuttuaan hoivakotiin tai omaehtoisesti etsi yksikön hoitajan ennen jokaista aiottua näytteenottoa ja potilaan tunnistusta. Näytteenottaja kysyi hoitajalta, missä potilas oli. Tutkijan havainnoinnin mukaan potilas ei aina ollut huoneessaan vaan jossain hoivakodin yleisissä tiloissa. Jossain tapauksissa potilaan huone oli vaihtunut ja se jouduttiin tarkistamaan potilaspapereista.

Potilaan tunnistamisen ensisijainen menetelmä on ja potilaan tunnistuksen kriittiset vaiheet verinäytteenottotilanteissa alkavat, kun näytteenottaja kysyy potilaalta itseltään hänen nimensä ja henkilötunnuksensa ja potilas itse sanoo oikean nimensä ja henkilötunnuksensa. Jos hän ei kykene sanomaan niitä tai jompaakumpaa niistä, tulisi hoitoyksikön hoitajan tunnistaa potilas sekä näöltä, että potilaskansiossa tai -listasta tarkistaa nimi ja henkilötunnus. Näytteenottaja voi myös itse tai yhteistyössä hoitajan kanssa tarkistaa henkilötiedot potilaskansiossa tai -listasta. Kaikkia näitä tietoja näytteenottajan tulisi verrata näytetietodokumenttiin.

Taulukosta 3 voidaan havaita, että näytteenottaja ei kysynyt joka kerta potilaan henkilötietoja. Kysymättä jättämistä tapahtui 6 kertaa kaikista 29 havainnoista. Mikäli näytteenottaja kuullun perusteella kysyi henkilötiedot täydellisenä, tutkija tulkitsi ja tallensi näytteenottajan kysyneen henkilötiedot täydellisenä ja merkintä oli myönteinen. Jos näytteenottaja ei kysynyt henkilötietoja tai kysyi ne epätäydellisesti, tulkinta oli ja merkintä tapahtui kielteisenä.

Jos potilas ei sano henkilötietojaan, näyttöhoitajan tai/ ja yksikön hoitajan tulisi tarkistaa henkilötiedot potilaskansiossa tai -listasta. Näin tapahtui yhteensä 10 kertaa. 4 kertaa jäi tarkistamatta, koska 14 kertaa potilas ei sanonut henkilötietojaan tai sanoi ne epätäydellisesti. Potilas tulisi tunnistaa näöltä yksikön hoitohenkilökunnan puolesta, jos potilas ei kykene kertomaan henkilötietojaan täydellisesti. Näin tapahtui 21 tapauksessa, mutta taulukosta 3 ei voida tulkita kattoiko näöltä tunnistukset kaikki ne 14 potilasta, jotka eivät sanoneet henkilötietojaan. Näöltä tunnistuksia oli enemmän kuin tarpeen. 15 potilasta kertoi henkilötietonsa, jonka lisäksi 6 kertaa potilas tunnistettiin näöltä. Näyttöhoitaja tarkisti potilaan henkilötiedot näytetietodokumentista 22 kertaa, mutta vain 15 kertaa potilas sanoi ne.

Taulukon 3 tulkinnassa tulee huomioida, että merkinnät on tehty mekaanisesti aina kun jokin toiminto tapahtui. Tulokset on koottu yhteen kaikista havainnoista. Saaduista yhteenlasketuista luvuista ja taulukosta 3 ei käy suoraan ilmi tapahtuiko havainnointitilanteissa yhden potilaan kohdalla moninkertaista tunnistusta tai oliko esimerkiksi näyttöhoitajan ja hoivayksikön hoitajan potilaskansiossa tai -listasta tekemät henkilötietojen tarkistukset samasta vai eri potilaista, toisin sanoen kohdistuiko tarkistus sellaiseen potilaaseen, jonka henkilötietojen tarkistus oli aiheellista vai aiheetonta.

Taulukosta 3 ei ilmene tekivätkö näyttöhoitaja ja hoitaja henkilötietojen tarkistuksen yhteistyössä vai erikseen ja kenen potilaan kohdalla. Strukturoiduista tuloksista ei voida erotella hoivapotilaita, jotka näyttöhoitaja varmasti tunsi näöltä ja, joilta ohjeistuksen mukaan tunnistukseen riitti pelkkä henkilötunnuksen tarkistaminen ja, jolloin potilaan ei tarvitse sanoa nimeä. Tutkijalla ei tiennyt ketkä potilaat olivat näyttöhoitajalle ennalta tuttuja ja ketkä eivät. Jos tehtyjen havainnointien joukossa oli tällaisia tapauksia, niin havainto on tulkittu ja kirjattu siten, että tunnistusta ei ole tehty.

Hoitoyksikön hoitajan tekemiä potilaan tunnistuksia näöltä kuvaavia lukuja ei myöskään voida luotettavasti arvioida taulukosta 3 suhteessa lukuun, joka kertoo, sanoiko potilas itse henkilötietonsa, sillä havainnointitilanteissa esimerkiksi yksikön hoitaja tai useampi hoitaja on voinut tunnistaa potilaan, vaikka potilas on kuitenkin sanonut henkilötietonsa myöhemmin. Huomioitavaa kuitenkin on, että 52 % potilaista varmasti kertoi henkilötietonsa ja 48 % ei varmasti kertonut henkilötietojaan. Hoitohenkilökuntaa on voinut olla paikalla potilaan luona esimerkiksi muissa tehtävissä ja käyty keskinäinen kommunikatio on voinut olla tunnistusta tukevaa, vaikka sitä ei olisi tarvittu, joka on tullut ilmi vasta

prosessin edetessä. Tutkija on kirjannut tapahtumat strukturoituun havainnointikaavakeeseen samassa järjestyksessä, kun ne ovat näyttöönottajan toiminnan tuloksena syntyneet. Toiminnan järjestystä ei merkitty.

Jotkin taulukon 3 tulokset kertovat suuntaa-antavaa tietoa potilaan tunnistamisesta. Tutkimusta varten, potilaan tunnistamisen työelämän ohjeistuksen pohjalta luotu kvantitatiivinen mittari (liite 1.) kokoaa yhteen 29 havainnoinnin tulokset elävästä elämästä, jossa jokainen potilaan tunnistustapahtuma oli kuitenkin erilainen ja yksilöllinen. Vasta kunkin havainnon yksittäinen läpikäynti ja analysointi havainnointikaavake kerrallaan kertoi luotettavasti tuloksista. Erityisesti mittarin kohdat 3- 8.c ovat tärkeitä potilaan oikeassa tunnistamisessa. Kaikki kohdat eivät silti tarvitse toteutua, jos ne korvataan toisella toiminnolla. On voitu toimia myös oikein, vaikka on tehty ylimääräistä työtä. Seuraavassa käydään läpi kvantitatiivisia tuloksia tarkemmin.

Tuloksia tarkastellaan jaettuna ne ohjeistuksen mukaan tehtyihin potilaan tunnistamisiin ja ei ohjeistuksen mukaan tehtyihin tunnistamisiin sen mukaan mitä keinoja käyttäen potilas tunnistettiin ja sen mukaan minkälaisin variaatioin potilaan tunnistamisessa epäonnistuttiin. Ohjeistuksen mukaan tehdyt potilaan tunnistamiset jaettiin kolmeen ryhmään: A1, A2 ja A3. Ei ohjeistuksen mukaan tehdyt potilaan tunnistamiset jaettiin myös kolmeen ryhmään: B1, B2 ja B3.

Ryhmässä A1 potilaalta kysyttiin henkilötiedot ja hän kertoi ne ja henkilötiedot tarkistettiin näytetietodokumentista. Tämä keino tunnistaa potilas on ideaali ja työelämän perussuositus ja edesauttaa sujuvaa prosessia.

Ryhmässä A2 potilaalta kysyttiin henkilötiedot ja hän kertoi ne ja henkilötiedot tarkistettiin näytetietodokumentista, jonka lisäksi yksikön hoitaja tunnisti potilaan näöltä. Tässä potilas tunnistettiin ohjeistuksen mukaan, mutta hoitajan tunnistaminen oli ylimääräinen toimenpide, joskaan ei väärin tai haitaksi. Kuitenkin, joissakin tapauksissa hoitajaa lähdettiin hakemaan tunnistusavuksi ikään kuin varmuuden vuoksi, vaikka ei ensin tiedusteltu potilaan kykyä kertoa henkilötietojaan ja näin todettu hoitajan läsnäolo turhaksi. Hoitajaa hakiessa saatettiin hukata aikaa myös muuhun kuin varsinaiseen hoitajan hakemiseen kuten esimerkiksi juttelemiseen tunnistamiseen kuulumattomista asioista. Kontaktointi ja kommunikointi näyttöönottajan ja hoitajan välillä saattoi olla jostain syystä myös ongel-

mallista, aina he eivät esimerkiksi ymmärtäneet toisiaan välittömästi suomen kieltä käyttäen. Joissain tapauksissa hoitaja oli läsnä jo valmiiksi tai välittömässä läheisyydessä, jolloin aikaa prosessiin ei tuhlaantunut.

Ryhmässä A3 potilaalta joko kysyttiin tai ei kysytty henkilötietoja ja potilas ei niitä kertonut, henkilötiedot tarkistettiin sekä näytetietodokumentista, että potilaskansiosta tai -listasta, jonka lisäksi potilas tunnistettiin näöltä hoitajan toimesta. Tässä potilas tunnistettiin ohjeistuksen mukaan. Havaintojen perusteella voitiin tulkita, että tässä ryhmässä joissakin tapauksissa näytteenottajalla oli vahva tunne tai tieto, että potilas ei pysty henkilötietojaan kertomaan, jolloin niitä ei lähdetty lähtökohtaisesti kysymään ja henkilötietojen tunnistus tehtiin jo oletusarvoisesti suoraan potilaskansiosta tai -listasta ja hoitajan avustuksella. Prosessi oli sujuvaa, mikäli hoitaja tavoitettiin suhteellisen nopeasti. Joissain tapauksissa hoitajan tavoittamiseen ja potilaspapereiden esiin ottamiseen tai tietokoneen avaamiseen kului paljon aikaa.

Taulukossa 6 on kuvattuna ryhmät A1-A3, niiden frekvenssit (f) ja prosenttiosuudet (%) kaikista ohjeistuksen mukaan tehdyistä tunnistuksista sekä osuudet kaikista 29 tutkimuksen tunnistustapahtumasta.

Taulukko 6. Ohjeistuksen mukaan tehdyt potilaan tunnistukset jaoteltuna ryhmittäin.

Ryhmä	f	%	% / 29 tunnistusta
A1 (ideaali)	8	40	28
A2	7	35	24
A3	5	25	17
yhteensä	20	100	69

Taulukosta 6 voidaan havaita, että ryhmä A1 mukaisesti tapahtuneita potilaan tunnistamisia oli 8 kappaletta, 40% kaikista ohjeistuksen mukaan ja 28 % kaikista koko tutkimuksen 29 tehdyistä potilaiden tunnistamisista. Tämä olisi ideaali tapa potilasturvallisuuden ja prosessin sujuvuuden kannalta. Ryhmän A2 mukaisesti potilaan tunnistamisia tehtiin 7 kappaletta, 35 % ohjeistuksen mukaan ja 24 % kaikista koko tutkimuksen 29 tehdystä potilaiden tunnistamisista. Potilaan tunnistaminen ryhmän A3 käytännön mukaisesti tehtiin 5 kertaa, 25 % osuudella kaikista 20 ohjeistuksen mukaan tehdystä tunnistamisesta ja 17 % osuudella kaikista 29 tutkimuksen havainnoista.



Ei ohjeistuksen mukaan tehdyt potilaan tunnistustapahtumat jaettiin 3 ryhmään B1-B3.

Ryhmässä B1 potilaan henkilötietoja ei kysytty, potilas ei sanonut henkilötietojaan, potilaan henkilötietoja ei tarkistettu näytetietodokumentista ja potilaskansiosta tai -listasta, yksikön hoitaja tunnisti potilaan näöltä. Pelkkä hoitajan tunnistus näöltä ei riitä.

Ryhmässä B2 potilaan henkilötiedot kysyttiin, potilas ei sanonut henkilötietojaan, potilaan henkilötietoja ei tarkistettu näytetietodokumentista ja potilaskansiosta tai listasta, yksikön hoitaja tunnisti potilaan näöltä. Pelkkä hoitajan tunnistus näöltä ei riitä.

Ryhmässä B3 potilaan henkilötietoja ei kysytty, potilas ei sanonut henkilötietojaan, henkilötietoja ei tarkistettu näytetietodokumentista, henkilötietoja ei tarkistettu potilaskansiosta tai -listasta, henkilötiedot tarkistettiin lääkepurkista tai -listasta, yksikön hoitaja tunnisti potilaan näöltä. Lääkepurkista tai -listasta tehty potilaan tunnistus ei ole pätevä, jonka lisäksi hoitajan tekemä tunnistus näöltä ei riitä.

Ryhmissä B1-B3 hoitajan läsnäolo ja potilaan tunnistus näöltä katsottiin riittäväksi. Joissain tapauksissa katsottiin, että tunnistus tulee tehdä myös jostain dokumentista ja päädyttiin lääkepurkkiin tai -listaan. Näissä ryhmissä havainnoitiin lukumääräisesti eniten ja pitkäkestoisimpia epäselvyyksiä hoitajan etsimisessä hoivayksikössä ja hoitajan tai hoitajien roolin epäselvyyttä tunnistustapahtumassa. Joissain tapauksissa tarvittiin tunnistamiseen hoitaja, mutta paikalle tulikin esimerkiksi kaksi hoitajaa. Näytteenottaja ei usein toiminut tai kommunikoinut sujuvasti. Usein oli aistittavissa kiireen ja työpaineen tuntua. Usein prosessiin kului paljon aikaa, mutta silti potilasta ei tunnistettu oikein.

Taulukossa 7 on kuvattuna ei ohjeistuksen mukaan toteutuneen potilaan tunnistukset, ryhmät B1-B3, niiden frekvenssit (f) ja prosentiosuudet (%) tutkimuksen kaikista 29 tunnistustapahtumasta.

Taulukko 7. Ei-ohjeistuksen mukaan toteutuneet potilaan tunnistamistapahtumat jaoteltuna ryhmittäin.

Ryhmä	f	%	% / 29 tunnistusta
B1	2	28,5	7
B2	3	43	10
B3	2	28,5	7
yhteensä	7	100	24

Taulukosta 7 voidaan havaita, että B1-ryhmän tunnistamisia havaittiin 2 kappaletta, 28,5 % kaikista ei-ohjeistuksen mukaan tehdyistä tunnistamisista. Näitä oli 7 % kaikista tutkimukseen hyväksytyistä 29 havainnosta. B2-ryhmään saatiin 3 havaintoa, jotka kattavat 43 % kaikista ei-ohjeistuksen mukaan tehdyistä havainnoista ja 10 % kaikista 29 havainnoista. B3-ryhmän tunnistamisia havainnoitiin 2 kappaletta, jotka kattavat 28,5% kaikista ei-ohjeistuksen mukaan tehdyistä 7 havainnosta ja 7 % kaikista 29 havainnosta.

Kaikista 29 havainnosta ja tehdystä potilaan tunnistamisesta varauksin voitiin hyväksyä 2 tehtyä potilaan tunnistusta. Ne kattavat 7 % kaikista hyväksytyistä havainnoista. Näitä ei ole laskettu kumpaakaan edellisiin A tai B ryhmiin. Kummassakin tapauksessa potilaan henkilötiedot tuli tarkistaa osaston dokumenteista, koska potilas ei sanonut henkilötietojaan. Tutkijan pystyi varmasti havainnoimaan tapahtumat siten, että ensimmäisessä yksikön hoitaja tarkisti ja toi näytteenottajalle potilaan henkilötunnuksen paperilapulle kirjoitettuna näytteenottajan pyytäessä sitä, mutta ei ole varmuutta oliko lapulle kirjoitettu myös nimi. Toisessa havainnossa yksikön hoitaja katsoi tietokoneelta henkilötiedot ja kertoi potilaan näytteenottajalle suullisesti. Potilaan tunnistuksen ohjeistuksesta voidaan tulkita, että henkilötiedot tulisi tarkistaa kirjallisen dokumentin pohjalta potilaskansioista tai -listasta verraten näytetietodokumenttiin.

### 6.1.2 Tunnistusta edistävien ja estävien tekijöiden tulokset

Tunnistusta edistäviä ja estäviä tekijöitä saatiin kvalitatiivisista, vapaista havainnoista muodostetuista tuloksista. Alkuperäisistä vapaista havainnoista saatiin 27 erilaista pelkistettyä havaintoa, joista johdettiin 12 alakategoriaa. Alakategorioita yhdistämällä muodostettiin 7 yläkategoriaa. Yläkategorioista muodostettiin pääkategoriat, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin.

Tässä tutkimuksessa potilaan tunnistusta edistäviksi tekijöiksi muodostuivat toimiva yhteistyö, toimiva viestintä, toimiva ohjeistus ja toimivat olosuhteet. Toimiva yhteistyö työelämässä on tavoitteellista ja jäsenilleen käypää toimintaa. Se on jonkin tietyn tyypillisen yhteisen asian riittävän hyvin tekemistä ja tasapainon löytämistä prosessissa ja tuloksissa. Toimiva yhteistyö on lähtöisin vuorovaikutuksesta ihmisten välillä. Jos yhteistyöstä puuttuu sitä kannatteleva ylläpito eli vuorovaikutus, yhteistyön osapuolia on hankala tavoittaa ja yhteydessä ollaan herkästi vain viimeisessä pakossa. (Aira 2013, 49, 51, 61.) Tässä tutkimuksessa toimiva yhteistyö edellytti ammattihenkilön hyvää saavutettavuutta.

Tällä tarkoitetaan hoitoyksikössä olevan hoitajan välitöntä läsnäoloa näytteenottajan näkökulmasta. Korkeatasoinen tiimityö edistää tehtävän hoidon laatua. (Zuñiga, 2015 ym.) Tiimiyhteistyö edistää potilasturvallisuutta. (Ree – Wiig, 2019). Potilasturvallisuus syntyy yhteistyöstä. (Kodyna 2010; Sandhu ym. 2017). Hoivakotien yksi yleisimpiä syitä haittatapahtumien syntyyn on henkilökunnan yhteistyön epäonnistuminen. (Andersson ym. 2018). Henkilökunnan ja toimintojen oikea organisointi ja johtaminen ovat tärkeitä tekijöitä tehtäessä päätelmiä laboratorioprosessin preanalyttisestä vaihtelusta. (Lima-Oliveira – Volanski – Lippi – Guidi, 2017). Tässä tutkimuksessa hoitajan hyvään saavutettavuuteen päästiin tilanteissa, jolloin hoitoyksikön hoitaja ylipäättänsä oli välittömästi valmiiksi läsnä potilaan luona tai tekemässä avustavaa työtä näytteenottajalle tai näytteenottaja muutoin kohtasi hoitajan vaivattomasti hoitoyksikössä. Näytteenottaja pystyi heti tekemään yhteistyötä läsnäolevan hoitajan kanssa, pyytää tunnustusapua tai muuta apua, mikäli totesi potilaan olevan fyysisesti tai psyykkisesti kykenemätön todistamaan henkilöitytään. Havainnot osoittivat, että näytteenoton tunnistamisen prosessi oli sujuvaa ja sitä edistää ammattihenkilöiden välinen toimiva yhteistyö.

Toinen potilaan tunnistusta edistävä tekijä oli toimiva viestintä. Hyvä viestintä edistää työn tehokkuutta ja koordinoitua. (Kodyna 2010; Georgiou – Marks - Braithwaite - Westbrook 2013, Sanhu ym. 2017). Ammattilaisten välinen toimiva viestintä ja yhteisymmärrys tekemisestä edellyttää ammattimaista käytöstä, toisen ammatin kunnioitusta ja halua yhteistyöhön. Nopea reagointi, kuuntelutaito, puheen selkeys ja tarpeen esittäminen ytimekkäästi edistävät toimivaa viestintää. (Tjia ym. 2009.) Suullisen viestinnän järjestelmällisyys ja strukturoitu rakenne parantavat viestintää. (Sahlström 2018; Lippi – Chiozza – Mattiuzzi – Plebani 2017). Ikääntyneiden hoidossa eri ammattilaisten välinen toimiva viestintä edistää potilasturvallisuutta ja -hyvinvointia. Viestinnän tulee olla luotettavaa ja ajantasaista. Viestinnän pohjana oleva tieto pitää olla hyvin hallittavissa ja nopeasti käytettävissä. Tietojen vaihto tulisi standardoida. (Georgiou – Marks - Braithwaite - Westbrook 2013.) Tässä tutkimuksessa toimiva viestintä syntyi hyvästä kommunikaatiosta ja tarkoitti ammattihenkilön – hoitoyksikön hoitajan tai näytteenottajan - tai potilaan sujuvaa puhetta tai keskustelua. Puheen sujuvuuden merkitys tuli esille erityisesti näytteenottajalla. Näytteenottajan osuus hyvää kommunikaatiota edistävästä tekijänä oli kaikista merkittävin. Vapaista havainnoista saatiin 4-5 näytteenottajan hallinnassa olevaa tekijää kommunikaatiossa. Potilaan tunnistamista edisti näytteenottajan sujuva puhe tiedusteltaessa potilaan tarkkaa sijaintia hoitoyksikössä, joko kerran tai toistettaessa, potilaalta itseltään kysytyt henkilötiedot sekä pyyntö tarkistaa potilaan henkilötiedot tai pyyntö tun-

nistaa potilas näöltä hoitoyksikön hoitajalle osoitettuna. Hoitoyksikön hoitajan hyvä kommunikaatio tunnistusta edistävänä tekijänä tuli esille tilanteissa, jossa hän sujuvasti puhui ja kertoi potilaan tarkan sijainnin hoitoyksikössä, joko kerran tai toistuvasti prosessin aikana. Potilaan sujuva kommunikaatio ja se tunnistamista edistävänä tekijänä tarkoitti yksinkertaisesti hänen itsensä sujuvaa puhekykyä kertoa henkilötietonsa.

Preanalyttisten haitallisten käytäntöjen viestiminen auttaa kohottamaan työn laatutasa. (Stankovic 2004). Näytteenottaja vastaa verinäytteenoton prosessista ja hänellä on oltava hyvä yhteistyö- ja kommunikointikyky. (Howanitz – Renner – Walsh 2002; Matikainen – Miettinen – Wasström 2016; 8-12). Tässä tutkimuksessa ilmeni, että näytteenottajan roolin osuus kommunikaatiossa oli tärkeä sisällöllisesti ja prosessin sujuvuuden kannalta. Siinä korostui pyrkimys löytää oikea potilas hoitoyksikössä, määrätietoisuus tiedusteltaessa potilaalta henkilötietoja sekä viestiä tilanteessa, kun tarvittiin hoitoyksikön hoitaja tunnistamaan potilas näöltä ja henkilötiedoiltaan. Hoitoyksikön hoitajan rooliksi kommunikaatiossa potilaan tunnistustilanteessa jäi neuvoa ja toteuttaa näytteenottajan pyyntöjä tarvittaessa. Potilaan rooli oli vastata kysymykseen, jos hän kykeni ja jos kysyttiin. Havainnoista pystyi tekemään päätelmän, että jos näytteenottajan puhe oli sujuvaa ja tavoitteellista, se oli myös hoitoyksikön hoitajalla ja potilaalla huomioiden hänen tilansa.

Kolmas potilaan tunnistusta ja potilasturvallisuutta edistävä tekijä oli toimiva ohjeistus. Kliinisessä työssä ohjeiden tavoitteena on parantaa potilasturvallisuutta vähentämällä erilaisia vaihtoehtoisia toimintatapoja. (Nilsson ym. 2015). Ohjeistuksen toimivuutta voidaan mitata valvomalla, raportoimalla vaaratilanteita ja keskustelemalla potilasturvallisuuden vaikuttavista tekijöistä ja niiden ymmärtämisestä ja sisäistämisestä henkilöstön kesken. Hoitokodeissa ohjeiden noudattaminen katsotaan tärkeämmäksi potilasturvallisuutta edistäväksi tekijäksi kuin kommunikaation avoimuus. (Ree – Wiig 2019.) Potilaan valmistautumiseen laboratoriokokeisiin ja laboratorioprosessin alun virheisiin vaikuttavat työntekijöiden toiminta ja menettelyt. Vastuu ja valvonta ovat hoitoyksikössä. (Lima-Oliveira – Volanski – Lippi - Guidi 2017.) Laboratorion työntekijöiden – näytteenottajien – tulee yksityiskohtaisesti ymmärtää ja noudattaa osaltaan voimassa olevaa akkreditointia ja laatustandardia, joissa on määritetty laboratorion preanalytiikka ja prosessi, tunnistaa sieltä riskikohdat ja parantamisen mahdollisuudet. (IFCC-WG-LEPS; West 2016). Eri ammattiryhmien tietämättömyys näytteenottajan työhön kuuluvista ohjeistuksista voi edes auttaa preanalyttisiä, kuten potilaan tunnistamisen virheiden syntymistä. (Sandhu ym. 2017). Howanitzin, Rennerin ja Walshin (2002) mukaan näytteenottajan seurattessa

ja raportoidessa yksikön potilaan tunnistamiskäytännöistä, tunnistamisvirheet saadaan vähenemään noin 40 %. Toimiva ohjeistus tuli ilmi työn ohjeellisuuden toteutumisenä eli ammattihenkilön työsäännön noudattamisena. Ensinnäkin tämä edellytti näyttteenottajan ohjeistuksen mukaan tekemää todellista henkilötietojen kysymistä potilaalta ja toiseksi, että näyttteenottaja ja hoitoyksikön hoitaja tietoisesti, sujuvasti ja yhteistyössä huolehtivat potilaan henkilötietojen tarkistamisesta toista lähdettä käyttäen eli potilaskansioista tai -listasta jos potilas ei jostain syystä kyennyt itse henkilötietojensa todentamaan. Hoitoyksikön hoitaja ja näyttteenottaja olivat myös samalla kertaa potilaan luona todentamassa näöltä potilas oikeaksi.

Neljäs potilaan tunnistusta edistävä tekijä olivat toimivat olosuhteet. Tutkimuksessa keskityttiin tarkkailemaan fyysisiä olosuhteita. Työpaikan ympäristötekijät ja organisatoriset prosessit ovat tärkeitä tekijöitä vaikuttamassa toteutettavan hoidon laatuun. (Zúñiga ym. 2015). Paikalliset olosuhteet, tilat, välineistö ja ihmisten toiminta vaikuttavat potilasturvallisuuden toteuttamiseen. (Lippi ym. 2011; van Dongen-Lases ym. 2015; Helovuo 2012, 67). Toimivat olosuhteet toteutuivat, mikäli tunnistustilanteessa oli hyvä valaistus ja hyvä väline- ja esinejärjestys. Usein näyttteenottajan kohdatessa potilaan hänen huoneessaan valaistus oli aluksi riittämätön tunnistamiselle. Sitä lisättiin joko hoitoyksikön hoitajan tai näyttteenottajan toimesta, jotta prosessissa päästiin eteenpäin. Havainnointitilanteissa myös potilashuoneen huonekalut ja esineet sekä näyttteenottajan tarvikkeet järjestettiin heti siten, että potilaan kohtaaminen ja tunnistaminen oli sujuvaa ja esteetöntä.

Potilaan tunnistamista estäviksi tekijöiksi saatiin kolme pääluokkaa: toimimaton viestintä, toimimaton työprosessi ja potilaan perustarpeet. Laboratorioprosessin virheistä 20 % aiheutuu viestinnän ja tiedon vaihdon virheestä. Epäonnistuminen viestinnässä tarkoittaa viestinnän katkoksia tai aukkoja henkilöiden tai tiimien välillä yksikössä tai eri yksiköiden ja eri tiimien välillä. Tämä voi vaikuttaa potilasturvallisuuteen ja laatuun. Toimimaton viestintä saa alkunsa yksikössä tai yksiköiden välillä, jossa ei toteuteta toimintaa tai menettelytapoja siten, että viestintä voisi olla sujuvaa. Tällöin se on toimintalähtöinen eli prosessin häiriö tai käyttäytymisen seurauksena syntynyt häiriö. (Smith ym. 2013; Georgiou – Marks - Braithwaite - Westbrook 2013.) Hoivakodeissa riittämätön viestintä on 4. yleisin syy haittatapahtumien syntyyn. (Andersson ym. 2018). Kiire, valmistautumattomuus, ammatillisen kunnioituksen, yhteistyökyvyn ja avoimuuden puute sekä kiekkelliset vaikeudet ymmärtää toisiaan ovat esteitä toimivalle viestinnälle. (Tjia ym. 2009.)

Annetun informaation epäselvyys huonontaa viestintää. (Sahlström 2018). Tässä tutkimuksessa toimimaton viestintä tulkittiin ammattihenkilön sujumattomaksi puheeksi tai keskusteluksi ja potilaan sujumattomaksi puheeksi tai keskusteluksi. Ammattihenkilöiden sujumaton puhe tai keskustelu tarkoitti näytteenottajan tai hoitoyksikön hoitajan sujumattontaa puhetta tai keskustelua. Näytteenottajan kohdalla tämä tarkoitti saman, kysymysmuotoisen asian toistamisesta yksikön hoitajalle kahdesti tai useammin. Useimmiten kysymys oli potilaan sijainnin tiedustelusta suunnattuna hoitoyksikön hoitajalle. Tutkijan havainnoinnin mukaan näytteenottaja sisällytti usein samaan kysymykseen ja puheeseen monta asiaa. Näytteenottajan puhe ei ollut täsmällistä ja varsinaista kysymystä ja asian ydintä tai tärkeysjärjestystä oli hoitajan vaikea hahmottaa. Hoitoyksikön hoitajan sujumaton puhe tai keskustelu tuli esille hänellä näytteenottajan asian väärin ymmärtämisenä tai täysin vääränä vastauksena näytteenottajan kysymykseen. Havainnoista voitiin päätellä, että kysymys oli ammattihenkilöiden välisestä huonosta kommunikaatiosta. Edellä mainitut seikat vaikeuttivat tai heikensivät ja hidastivat potilaan tunnistamisen prosessia.

Potilaan kohdalla huono kommunikaatio ja sujumaton puhe tuli esille yksinkertaisesti potilaan puhumattomuutena tai kyvyttömyytenä kertoa asiat oikein. Tässä tutkimuksessa oli kyse potilaan puheesta näytteenottajalle. Potilas ei pystynyt tai halunnut kertoa henkilötietojaan ollenkaan tai kertoi ne epätäydellisesti. Joissakin havainnoissa tuli esille, että potilaan kotikieli ei ollut suomi vaan venäjä tai ruotsi. Venäjänkielinen potilas ei ymmärtänyt suomea eikä näytteenottaja venäjää. Eräs ruotsinkielinen potilas ei kyennyt kertomaan henkilötietojaan suomeksi eikä ruotsiksi. Smith ym. (2013) totesivat, että kielellisten rajoitusten vuoksi tai kielellisenä vähemmistönä olevat potilaat joutuvat kaksi kertaa useammin hoitovirheen tai haitan kohteeksi. Kielimuuri aiheuttaa päivittäisiä potilaan hoidon ongelmia ja uhkaa potilasturvallisuutta. (van Rosse ym. 2016).

Potilaan tunnistamista estäväksi toiseksi tekijäksi saatiin toimimaton työprosessi. Toimimaton prosessi aiheutuu työn tekemisen ja toteuttamisen tarpeeksi tarkan kirjallisen protokollan ja raportoinnin puutteesta. Työtä ei ole prosessoitu ja suunniteltu tarkasti etukäteen. Heikko prosessi vaikuttaa tehokkuuteen ja toiminnan ajantasaisuuteen. Olemassa olevaa prosessia tulisi seurata tarkasti koko pituudeltaan. (Smith ym. 2013.) Sujuva työprosessi edistää työn laatua. (Zuñigan ym. 2015). Tässä tutkimuksessa toimimaton työprosessi aiheutui työprosessin muutoksesta. Sitä edelsi useimmiten näytteenottajan työn keskeytyminen ja potilaan sijainnin tai sijaintitiedon muutos. Näytteenottajan työ keskeytyi kolmen syyn vuoksi: näytteenottaja joutui hakemaan luokseen yksikön hoitajan tai

hoitajia, näytteenottaja joutui odottamaan työnsä jatkamista tai näytteenottaja joutui poistumaan potilaan luota kesken tunnistusprosessin. Yleisimmin näytteenottaja joutui keskeyttämään työnsä ja hakemaan hoitajan paikalle näytteenottajan jo olleessaan potilaan luona ja havaitessaan, että potilaan tunnistamiseen tarvitaan paikalle hoitoyksikön hoitaja. Aina hoitaja ei ollut valmiiksi puhe- tai näköetäisyydellä vaan hänet joutui hakemaan etäämmältä, esimerkiksi toiselta osastolta. Joissakin tapauksissa näytteenottaja joutui hakemaan hoitajan toistamiseen huomattessaan ensin hakemansa hoitajan jo poistuneen paikalta, vaikka vielä olisi tarvinnut apua potilaan tunnistamiseen. Joissakin havainnoissa näytteenottaja joutui hakemaan hoitajaa hoivakodin tiloista jo heti aluksi selvitettyä potilaan sijaintitietoa hoivakodissa. Potilaan sijainnin tai sijaintiedon muutos aiheutui potilaan vaihtumisesta toiseen potilaaseen kesken alkuperäisen suunnitellun näytteenottokierron. Potilaan vaihtuminen johtui useimmiten siitä, että potilas ei sijainnut siellä missä alun perin oli pitänyt, kuten omassa huoneessaan. Alkuperäinen, väärä tieto oli peräisin joko hoitoyksikön hoitajalta tai näytteenottajan näytetietodokumentista. Potilas oli esimerkiksi toisella osastolla, jolloin näytteenottajan tuli keskeyttää työprosessi ja suunnitella hoivakodin näytteenottokierto uudelleen. Tieto potilaan sijainnista ja näytteenottajan hallussa olevien potilaskohtaisten näytetietodokumenttien järjestyksen välillä vallitsi syy - seuraus -vaikutus. Jos tieto potilaan sijainnista muuttui, arvioi näytteenottaja heti uudelleen omaa työjärjestystä ja mahdollisesti muutti työjärjestystä. Jos näytteenottaja ei jostain syystä tavoittanut oletettua potilasta, vaihtoi hän toisen potilaan näytetietodokumenttiin ja jatkoi tämän potilaan tavoittamista. Tavoittamaton potilas ja näytetietodokumentti siirtyivät työjärjestyksessä myöhemmäksi, muuttaen lopullista työprosessia. Näytteenottajan työn runkona sisällöllisesti ja rakenteellisesti toimi näytetietodokumentit, jotka oli etukäteen järjestetty suoritettavaksi työjärjestykseksi. Työjärjestys saattoi muuttua myös silloin, jos alkuperäistä potilasta ei tavoitettu, mutta hoivayksikön osastolla lähempänä oli toinen näytteenottokierrossa mukana ollut potilas, jolloin näytteenottaja valitsi tämän toisen potilaan näytetietodokumentin ja jatkoi työtään tästä. Cornesin, Ibarzin, Ivanovin ja Grankvistin (2019) mukaan potilaan tunnistamisessa tulisi käyttää uusimpia työprosessia edistäviä keinoja kuten teknisiä innovaatioita - viivakoodattuja rannekeita tai radiotaajuusyhteyttä. Jälkimmäisellä menetelmällä onnistuu myös potilaan sijainnin selvittäminen.

Kolmas potilaan tunnistamista estävä tekijä oli potilaan perustarpeet. Potilaslähtöisyys on enenemässä määrin hoidon tavoitteena. (Moore 2017; Faeda – Perroca 2016). On tärkeää kunnioittaa potilaan henkilökohtaisia tarpeita ja mieltymyksiä. Tavoitteena on käytäntöjen, asenteiden ja henkilökohtaisten potilaslähtöisten toimintojen kehittäminen

hoitoyksikössä. (Moore ym. 2017.) Laadukas, korkeatasoinen hoivayksikkö ottaa huomioon potilaan päivittäiset tavat ja rutiinit kaikissa toiminnoissa. (Voutilainen – Löppönen 2016). Yksikön potilaan hoitoon osallistuvan tiimin ja potilaan välillä näkemys perushoidon ja -tarpeiden toteutumisesta on erilainen. Potilaat arvioivat toteutumisen heikommaksi kuin terveydenhuollon ammattihenkilöt. (Martins – Perroca 2017.) Tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että näytteenottajan tuli kunnioittaa potilaan perustarpeita, esimerkiksi puhtaanapidon, syömisen tai tarpeiden toimituksen aiheuttamaa keskeytystä tai viivästystä tunnistamisprosessissa. Näytteenottaja ei yleensä voinut ennalta varautua potilaan perustarpeisiin. Perustarpeiden toteutuminen on potilaan perusoikeuksia, mutta näytteenoton tunnistusprosessia estävä tekijä.

Vapaista havainnoista saadun tiedon perusteella voitiin arvioida hoivapotilaan toteutuneen tunnistuskäytännön, sitä edistävien ja estävien tekijöiden kautta prosessin sujuvuutta ja potilasturvallisuutta. Prosessin sujuvuutta ja potilasturvallisuutta voidaan kuvata oikeiden asioiden oikea-aikaisella tekemisellä ja tekijöillä ja mitkä niihin vaikuttavat. Lisäksi ne kertovat esimerkiksi ohjeistuksien, sääntöjen ja hyväksi havaittujen käytäntöjen noudattamisesta, tiedonkulusta, työntekijöiden tiedon ja osaamisen tasosta.

Tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että useimmiten prosessin sujuvuuden esteinä olivat erityisesti ammattihenkilöiden keskinäinen toimimaton viestintä. Näytteenottaja ei aina esimerkiksi ilmaissut haluamaansa toivetta hoitajalle tarpeeksi selvästi, lyhyesti ja loogisesti tai hoitaja ei toistuvista yrityksistä huolimatta ymmärtänyt mitä hänen olisi pitänyt tehdä tai työtilanteessa saatettiin keskustella pitkään tunnistustilanteeseen kuulumattomista asioista. Ilmeni erilaisia epäselvyyksiä potilaan sijaintitiedoissa ja saavutettavuudessa, niin näytteenottajan kuin hoitoyksikön hoitajankin puolesta, hoitajien tietämättömyyttä mitä tehdä tai hidasta reagointia tilanteissa, kun ilmeni, että henkilötietojen kirjallista tarkistusta ja potilaan tunnistusta näöltä tarvitaan. Näytteenottajan apuna ollut hoitaja myös vaihtui usein erilaisista syistä kesken tunnistusprosessin tai näytteenottaja joutui etsimään hoitajaa suhteellisen kauan hoitoyksikössä, joka aiheutti prosessiin hidastumista. Joissain tapauksissa esiintyi näytteenottajan ja hoitajan yhtäaikaista saman asian tekemistä, jonka vain toinen olisi voinut tehdä yksistään ja näin säästynyt aikaa. Esimerkiksi henkilötietoja saatettiin mennä tarkistamaan yhdessä osaston kansliaan, joka sijaitsi kaukana potilaan luota.



## 6.2 Luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen luotettavuusarviointi riippuu tutkimuksen validiteettista eli aineiston kyvystä vastata tutkimuskysymyksiin, joka edellyttää spesifien asioiden tutkimista. Reliabiliteetti eli aineiston analyysin oikea ja virheetön käsittely ja tulkinta vaatii tutkimuksen oikean käytännön toteutuksen. (Kananen 2017, 175.) Tutkimustulosten totuudenmukaisuutta tulee pohtia ja tulkintaan tulee käyttää tutkijan oman alan ja ilmiön asiantuntemusta. Tuloksiin tulee suhtautua maltilla ja tutkia sekä selittää niiden muodostumiseen vaikuttavia tekijöitä. (Valli 2001, 8.) Laadullisesta tutkimuksesta arvioidaan kirjoitettua raporttia; teoriaa, käsitteitä ja lähdeaineistoa, raportin selkeyttä, sisältöä ja rakennetta sekä sitä, ovatko kaikki tutkimuksen eri vaiheet toteutettu oikein ja ilmaistu riittäväällä tarkkuudella. Aineiston saturaatio eli aineiston samojen havaintojen ja tapahtumien toistuminen on itsessään luotettavuutta lisäävä tekijä. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta ei voida laskea numeerisesti vaan se on sanallista ja raportin antaman näytön arviointia. (Kananen 2017, 174, 175-179.)

Tutkimukseen oli tavoitteena saada havaintoja 50-100 kappaletta. Lopulta niitä saatiin 31 kappaletta, joista analyysiin päätyi 29 kappaletta. Tutkimuskysymyksiin saatiin vastaus. Havaintojen määrä ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkittävä, mutta kertoo suunta-antavasti ilmiöstä. Tiedonantajien määrä oli pieni. Tavoitteena oli saada tutkimukseen mukaan 10 tiedonantajaa. 30 työntekijästä mukaan saatiin neljä, joka on noin 13% perusjoukosta. Kaksi tiedonantajaa osallistui kaksi kertaa kaikista yhteensä seitsemästä havainnointikerrasta, mikä voi vaikuttaa tuloksiin. Ulkoinen validiteetti eli tiedonantajien vastaavuus perusjoukkoon ei ole kovin hyvä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.) Tutkimus suoritettiin viidessä eri hoivakodissa seitsemänä kertana, joten kahdessa hoivakodissa tutkimus suoritettiin kaksi kertaa. Tutkimuslupa haettiin seitsemään hoivakotiin, mutta kahteen ei tullut käyntejä ollenkaan. Kahden hoivakodin työtapojen vaikutus painottui.

Aineisto oli pieni, joten kattavaa yleistystä ei tutkimuksen tuloksista voitu tehdä, joka koskee erityisesti tutkimuksen kvantitatiivisia tuloksia. Tulosten käsittelyä varten valitut menetelmät vastaavat tutkimuskysymyksiin laadullisen tutkimuksen mukaisesti. Tutkimusraportissa käsitellään ilmiöön liittyvää teoriaa ja käsitteitä. Potilaan tunnistamisesta verinäytteenottotilanteissa erityisesti hoivakotiympäristössä ei suoraa vastaavuutta aikaisempiin tutkimuksiin löytynyt. Peilattavia muita tutkimuksia löytyi kuitenkin samalta alalta

toisenlaisista ympäristöistä tiedonantajina vaihtelevat ammattiryhmät. Haasteena oli löytää vastaavuutta kvalitatiivisessa mielessä. Tutkimus on pyritty kuvaamaan tarkasti ja toistettavasti. Laadullisessa tutkimuksessa vaadittava saturaatio toteutui, joka tarkoitti, että tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset. (Kananen 2017, 88).

Laadullisessa tutkimuksessa tilanteiden ja koko prosessin vakioiminen on pääsääntöisesti mahdotonta, kun kysymyksessä on ihmisten toiminnan, käyttäytymisen ja ajattelun tutkiminen. Tilanteet, ympäristö ja ihmiset muuttuvat ja vaihtuvat. Tutkimus tapahtuu autenttisessa ympäristössä, jota ei voi vakioida kuten laboratorio-olosuhteita. Yksittäisen työntekijän työskentelytapa on voinut vaihdella työn eri vaiheissa ja tilanteissa sekä eri potilaiden ja eri hoitoyksikön hoitajien kanssa ja hoitoyksiköissä. Tutkimuksessa tapahtuu oppimista ja asetelmat voivat muuttua. Tutkimusraportissa tutkijan tulee avata lukijalle päättelyään, arviointiaan, tekemiensä ratkaisujen oikeutusta ja luotettavuutta. (Kananen 2017, 173.)

Yleisenä oletuksena on, että kvalitatiiviset tutkimusmenetelmät, kuten havainnointi, on ”pehmeä” menetelmä vastakohtana ”koville”, tilastollisille menetelmille. Ne ovat kuitenkin samanarvoisia ja yhtä tieteellisiä, mutta eri näkökulmasta ongelmaa avaavia. Tieteellisyys ei aina perustu matematiikkaan vaan eritoten tutkimuksen antamaan selitysvoimaan. Kvalitatiivisen tutkimuksen tieteellisyys todennetaan raportin luotettavalla kerronnallisuudella. Tutkimuksen luotettavuus ei lisääny tilastollisin menetelmin silloin, mitä sensitiivisemmästä, intiimimmästä ja inhimillisemmästä kohteesta on kyse. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan osuus aineiston keruussa ja käsittelyssä on oleellinen, hän toimii itse tärkeimpänä tutkimusvälineenä ollen tiiviissä yhteydessä tiedonantajiin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tavoitteena ei ole löytää kaiken kertovaa totuutta, johon menetelmät tai tutkija itse ei vaikuttaisi, vaan osoittaa se, että ongelman tarkastelu ulkoapäin, tilastollisin keinoin on mahdotonta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan silti myös kerätä tietoa kvantitatiivisin keinoin. (Grönfors – Vilkkä 2011, 4-5.)

Tutkija itse analysoi omaa tekstiään, jonka myöhempi ymmärtäminen ja tulkinta on voinut vaihdella. Tutkimus kulki vaiheittain yleiseltä ja laajalta tasolta suppeammalle ja yksityiskohtaisemmalle tasolle ja tutkimuksen edetessä tutkija pyrki oppimaan ja erottelemaan havainnoista oleellisen ja kirjaamaan havainnon mahdollisimman lyhyesti, täsmällisesti ja samalla tavoin. (Kananen 2017, 84-85). Sisällönanalyysissa ja tulkinnassa pyrittiin hakemaan toistuvia samankaltaisuuksia sisältönsä puolesta, vaikka ne olisivat olleet alun perin kirjattu hieman eri sanoin tai merkein. Aineistosta pyrittiin tiivistämään ja löytämään

oleellinen tutkimuskysymysten kannalta. Tutkimusongelma ohjaa etsittävää tietoa ja koodaus voidaan toteuttaa monin tavoin. (Kananen 2017, 136-137.) Kirjatut vapaat havainnot olivat paikoin epäselvää ja haastavaa luettavaa, jolloin oli vaarana, että jälkikäteen analysoitaessa ei ymmärretty, mitä tekstillä oli tarkoitettu. Koska tutkimuksessa ei käytetty sähköisiä tallennusvälineitä, aitoihin ja eläviin tilanteisiin ei voinut palata myöhemmin tarkistamaan asioita. Havainnointilomakkeet toimivat ainoana dokumentteina menneistä tapahtumista.

Tutkimus suoritettiin kvalitatiivisen suoran havainnoinnin menetelmällä, jossa tutkija ei osallistunut toimintaan tutkimusympäristössä. (Kananen 2017, 84). Näin toimittiin, koska tietojen dokumentointi tapahtui manuaalisesti kirjaamalla ja kirjaaminen olisi ollut mahdotonta, jos tutkija olisi itse osallistunut työhön, jota havainnoi. Tutkija arvioi, että omaa työntekoa olisi häirinnyt huomion jakaminen sekä havainnointiin, että sen kirjaamiseen, joten pitäytyi työnteolta havainnoinnin ajaksi. Tutkimuksessa ei käytetty havainnoinnin dokumentointiin tallennusvälineitä, koska haluttiin välttyä eettisiltä ongelmilta ja jopa tutkimusluvan myöntämättä jättämiseltä.

Kvantitatiivisena mittarina toiminut havainnointikaavakkeen strukturoitu osa ja siitä laaditun taulukon 3 tietyt tulokset vastaavat suuntaa-antavasti sellaiseen tiedontarpeeseen missä on kiinnostuttu yleisesti tietämään kuinka paljon tai vähän kaikissa havainnointitilanteissa tapahtui tiettyjä ennalta määriteltyjä asioita tässä tutkimuksessa. Taulukon 3 tiettyjen tulosten luotettavuutta tässä laadullisessa tutkimuksessa laskee se, että autenttista tutkimusympäristöä, jota on havaintomenetelmällä tutkittu, ei voi täydellisen totuudenmukaisesti tulkita yhteenlasketuin frekvenssein tai prosenttein. Ilmiötä tutkiessa luvut saatiin ihmisen käyttäytymisen tuloksena ja tiettyä käyttäytymistä saatettiin korvata vaihtoehtoisella käyttäytymisellä tai käyttäytyminen sisälsi kaikki vaihtoehdot. Laadullisessa tutkimuksessa elävän, autenttisen elämän kuvaamisessa kvantitatiiviset tulokset eivät ota huomioon ihmisten käyttäytymiseen vaikuttavia yksilöllisiä ja muita tekijöitä ja ympäristön muutoksia. Elävä elämä ei aina noudata strukturoitua rakennetta tai sisältöä eikä sitä voi täysin vakioida. (Kananen 2017, 173.) Taulukon 3 osaa tuloksia varten luotiin tarkat, selvennetyt ja sanoitetut taulukot 6 ja 7.

Koska laadullisessa havainnointitutkimuksessa tutkija muodostaa näkemyksensä käyttäen omaan persoonallista tulkintaa, on se myös merkittävin virhelähde. Aineiston tulkinnalle ei ole tarkkaa säännöstöä. (Kananen 2017, 84, 179.) Silti laadullisessa tutkimuksessa pyritään virheettömyyteen ja luotettavuuteen. Voidaan ajatella, että tulkinta on

totta, jos todellisuudesta löytyy sille vastaavuus. Väite voi olla myös tosi, jos siitä on hyötyä ja se on käyttökelpoinen. Asia voi olla tosi, jos se perustuu yhteiseen päätökseen ja yhteisymmärrykseen. Lisäksi todettu asia voi olla totta, jos siihen liittyvää näyttöä on jo olemassa. (Tuomi – Sarajärvi 2013, 134-137.)

Yksittäistä havainnointitapahtumaa varten luotu havainnointikaavake (liite 1) antoi luotettavasti kaikki ne tiedot, jotka tätä tutkimusta varten ja tutkimuskysymyksiin vastaamiseen tarvittiin. Havainnointikaavakkeen strukturoitu osa ei kuitenkaan toiminut hyvin suorana mittarina ja pohjana kaikkien strukturoitujen havaintojen kokoamiseen yhteen ja antaen kuvaa ilmiöstä lukujen muodossa kaikilta osin. Ilmiötä selittää välittävät muuttujat eli tuloksiin vaikuttavat mahdollisesti myös jotkin muut tekijät kuin suoraan mitattavat asiat. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 193). Havainnointitilanteissa tapahtui ihmisten toiminnan tuloksena päällekkäisyyksiä, moninkertaista tekemistä tai tekemättä jättämistä, jota strukturoitu osio ei suoraan ota huomioon. Nämä päällekkäisyydet pystyttiin todentamaan vain käymällä läpi kaavakkeet yksitellen ja luomalla tarkemmat taulukot 6 ja 7. Potilaan tunnistamisessa ja tätä tutkimusta varten luotu kvantitatiivinen tunnistamisstrukturi, jotta se tapahtuisi ohjeistuksen mukaan, sisältää vaiheita, jotka tulee aina ehdottomasti tehdä, mutta on myös kohtia, joilla tekemiset voi korvata tai sivuuttaa kokonaan, ovat riippuvaisia tai riippumattomia toisistaan. Toisin sanoen strukturoidut tapahtumat ovat ehdottomia tai ehdollisia. Esimerkiksi havainnointikaavakkeen kohdat 1. näytteenottaja valitsee potilaan näyte-/ tunnistetietodokumentin ja 2. näytteenottaja selvittää/ kysyy potilaan sijainnin a. oma huone, b. yleiset tilat tai c. muu sekä kohta 3. näytteenottaja kysyy potilaan henkilötiedot ovat yksiselitteisiä, ehdottomia tapahtumia. Ne voidaan havainnoida joko tapahtuneen tai ei, niitä ei voi korvata jollakin toisella toiminnalla. Kohta 1. aloittaa prosessin, kohta 2. on välttämätön prosessin jatkumiselle ja kohta 3. on potilaan tunnistamisen varsinainen ensimmäinen kohta, joka ohjeistuksen mukaan tulee tehdä. Havainnointikaavakkeen kohta 4. potilas sanoo henkilötietonsa, on ehdoton, mutta sen voi korvata toteuttamalla kohdat 7. ja 8.a tai 8. ja 8.c. Kohta 5. näytteenottaja tarkistaa henkilötiedot näyte- / tunnistetietodokumentista on ehdoton, koska se voidaan havaita tapahtuneeksi tai ei ja kuuluu erottamattomana potilaan tunnistusprotokollaan. Kohdat 6. näytteenottaja tarkistaa henkilötiedot potilastietorannekkeesta ja kohta 9. omainen tunnistaa potilaan ovat ehdottomia ja yksiselitteisiä, mutta tässä tutkimuksessa jäivät merkityksettömäksi, koska yhdessäkään hoivakodissa ei ollut käytössä potilastietorannekkeita ja yhdenkään potilaan omainen ei ollut paikalla tunnistamistapahtuman aikana. Kohdat 3. ja 4. toimivat näytteenottajalle tunnistamisprosessin varsinaisena suunnannäyttäjänä. Se miten kyseiset tunnistamisprosessin kohdat toteutuvat

määräävät ne prosessin seuraavia vaiheita. Kuitenkin prosessin edetessä ja monimutkaistuesssa ja mahdollisesti eri henkilöiden liittyessä tunnistamisprosessiin, kasvavat myös eri variaatiot ja moninkertainen tekeminen toiminnassa. Variaatiot jäävät kvantitatiivisten lukujen alle.

Tässä tutkimuksessa pyrittiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin kohdentamalla tutkimus ja käytännön toimet siihen ympäristöön ja niihin ihmisiin ja ilmiöön, jotka antavat parhaat vastaukset. (Tuomi – Sarajärvi 2013, 140.) Tutkija havainnoi potilaan tunnistustapahtumaa verinäytteenottotilanteissa, autenttiossa ympäristössä ja tiedonantajina toimivat kyseistä työtä tekevät näytteenottajat. Ilmiötä mittaamaan kerättiin kvantitatiivista ja kvalitatiivista tietoa sitä varten luodun havainnointikaavakkeen avulla, joka perustui työelämän potilaan tunnistuksen ohjeistukseen.

Tutkimuksen aihe nousi esiin ja se toteutettiin tutkijan omassa työympäristössä. Tutkijan itse työskenneltä samassa ympäristössä ja ennalta tunnettujen ongelmien läsnä ollessa ja prosesseissa, saattoivat ennako-odotukset tulla paremmin huomioiduksi ja dokumentoiduksi. Tiedonantajina toimivat näytteenottajat olivat tuttuja. Tämä asetelma on voinut olla vaikuttamassa tuloksiin. Tutkimuksessa kuitenkin pyrittiin objektiivisuuteen ja puolueettomuuteen (Tuomi – Sarajärvi 2013, 135-136; Vilkkä 2006, 56-57.) Tutkimusympäristössä työskennelleet hoitoyksikön henkilöt ovat voineet muuttaa käyttäytymistään ja suhtautumistaan nähdessään tutkimusta tekevän henkilön. (Kananen 2017, 84; Vilkkä 2006, 56-57; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 196). Työntekijöille on voinut aiheutua esimerkiksi arvostiriitaa tai ”esiintymiskuumetta”, joka on voinut vaikuttaa henkilöiden käyttäytymiseen. Toisaalta, näytteenottajilla oli oma työnsä ja sen aiheuttamat haasteet, jonka lisäksi henkistä painetta lisäsi tutkija tutkimuksineen. Tämä on voinut puoltaa käyttäytymisen ja toiminnan pyrkimystä täydellisyyteen. Toisaalta, jos paine on kasvanut liian suureksi, käyttäytymiseen ja toimintaan on voinut tulla hermostuneisuutta ja lopulta asiat eivät ole menneet niin kuten normaalitilanteessa. Tuttuun ihmiseen suhtautuu oletettavasti subjektiivisemmin ja tunteellisemmin kuin täysin vieraaseen. Toisaalta, tuttuus on voinut ilmentyä esimerkiksi jonkin asteisena varovaisuutena, ennakkoiden toisen reaktiota tai tunteita. Tutkitut saivat etukäteen informaatiota tutkimuksesta ja tutkimuksen aikana, mikä myöskin on voinut ohjata käyttäytymistä niin yksilöllisesti kuin tutkittuna ryhmäkonaisuutena.

Havainnointitilanteissa tutkimuksesta saattoi jäädä toisia, yhtä tärkeitä asioita vähemmälle huomiolle tai huomioimatta kokonaan. Tutkijan itsensä dokumentoidut kirjallisessa

muodossa olevat asiat ovat ainutkertaisia, omaa subjektiivista kokemusta. Havainnointitilanteissa oli usein läsnä monta ihmistä ja toimintaa oli runsaasti ja tilanteet vaihtuivat nopeasti, joten jokin oleellinen asia on voinut jäädä kirjaamatta tai jokin häiriötekijä on voinut vaikuttaa kirjaamiseen. (Kananen 2017, 87).

### 6.3 Eettisyys

Tutkimuksessa noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistusta hyvästä tieteellisestä tutkimuksesta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2012). Tutkimuseetiikka koski tiedon hankintaa, tutkittavien suojaa sekä tutkijan vastuuta tuloksista. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26-28; Sarvimäki 2006, 11-13.) Havainnointitutkimuksessa eettiset kysymykset koskivat myös tutkijan omaa asemaa ja osallisuutta, positiota tutkimusympäristössä. Tutkijan tuli käyttäytyä ja toimia vastuullisesti. (Topo 2006, 28.)

Tutkijan tuli pitäytyä ulkopuolisena roolissaan, vaikka hän olisi tutkittavien kanssa saman työyhteisön jäsen. Ihmisiin ja työn arkeen vaikuttamista saattoi silti tapahtua, mistä seuraa tutkijalle eettistä arviointia. Tutkittavien kanssa tuli säilyttää luottamuksellinen vuorovaikutussuhde ja havainnoinnin päämäärät ja kohteet tuli kertoa ajoissa. (Vilkkä 2006, 56-57.) Tutkimuksen tarkoitus piti selittää tutkittaville. Tutkimusluvut organisaatioilta ja suostumukset tutkittavilta tuli olla saadut. Tutkittavilla oli oikeus keskeyttää osallistuminen tai kieltäytyä tutkimuksesta kokonaan. Osallistujien anonymiteetin säilyminen tuli varmistaa. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26-30.)

Tutkimusten tulokset raportoidaan ja julkaistaan rehellisen, avoimen ja tieteellisen tutkimuksen kriteerien ja käytännön mukaisesti. Tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja vilpittömästi. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 31-33.)

Ainoastaan tutkijalla oli tiedossa tutkimukseen mahdollisesti valikoituvat tiedonantajat työyksiköstä ja tutkimuksen toteutuksen tarkka ajankohta ja paikka. Työnantaja ei saanut tarkempaa selostusta tiedonantajista, jotta anonymiteetti voitiin suojata. Anonymiteetti suojattiin tutkimuksen jokaisessa vaiheessa sekä tulosten ja lopullisen raportin osalta. Tiedonantaja päätti suostumuksestaan tai kieltäytymisestään.

Tutkimusympäristönä olevassa hoivakodissa huomioitiin erityishaasteet. (Vilkkä 2006, 63-64). Tutkijan noudatti ehdotonta hienovaraisuutta ja kunnioitusta tehdessään havainnot suljetussa laitosympäristössä. (Sarvimäki 2006, 11-13).

Tutkimussuunnitelmavaiheessa osalliset olivat saaneet suullisen informaation tutkimuksesta. Tutkimusluvan saannin jälkeen informaatio annettiin kirjallisesti (liite 2, liite 3, liite 4).

Tässä opinnäytetyössä kaikki tunnisteet oli määritelty riittävän yläkäsitteiksi henkilöiden yksityisyyden suojelemiseksi. Tutkimuksessa ei kerätty henkilöiden, työntekijöiden, potilaiden tai heidän läheistensä nimiä, ominaisuuksia tai muitakaan tunnistetietoja. Yksittäisten vastaajien nimet eivät tulleet näkyviin missään vaiheessa. Henkilöistä ei rekisteröity, luetteloitu, kerätty tai raportoitu arkaluontoisia asioita. Tiedot henkilöistä olivat vain tutkijan hallussa.

Tutkimuslupaa haettiin Sairaanhoidopiiriltä ja Sairaanhoidopiirin Laboratoriolta ja tutkimusympäristönä olevilta hoivakotien kunnilta, Kunnalta 1 ja Kunnalta 2. Lupa tutkimukselle myönnettiin Kunnalta 1 kesäkuussa 2018 ja Laboratoriolta lokakuussa 2018. Kunnalta 2 lupa saatiin joulukuussa 2018. Kaikki tutkimukseen liittyvä materiaali ja dokumentit käsiteltiin ja säilytettiin luottamuksellisesti ja ne olivat vain tutkijan hallussa henkilökohtaisella tietokoneella salasanaa suojattuna ja asianmukaisesti säilytettävässä tilaan. Tutkimusaineisto tuhoetaan tutkimuksen ja raportoinnin päätyttyä.

## **7 Johtopäätökset**

Potilaan oikea ja ohjeiden mukainen tunnistaminen on potilasturvallisuuden perusasioita. Verinäytteenottotyötä tekevät henkilöt ovat avainasemassa oikean tunnistamisen ohjeistuksen tuntemisessa ja toteuttamisessa. Näytteenottaja johtaa potilaan näytteenotto- ja tunnistustapahtumaa. Näytteenottaja toimii ja kokoaa ympärilleen ne elementit, joilla saadaan aikaiseksi turvallinen ja oikea potilaan tunnistus. Hän ei kuitenkaan toimi kentällä yksin ja ilman haasteita. Haasteita voi aiheutua potilastyössä sekä yhteistyössä hoivayksikön henkilökunnan kesken. Potilaat itse edes auttavat vaihtelevasti tunnistautumistaan. Hoivayksikköjen hoitohenkilökunta toimii vaihtelevasti eikä systemaattista tapaa ja ryhtymistä tunnistamistoimenpiteeseen ole. Niin näytteenottajan kuin hoivayksikön hoitajienkin osalta potilaan oikea tunnistaminen ei aina näytä olevan rutiinia, vaan se on usein ikään kuin erikoistapaus, johon liittyy epätietoisuutta tehtävistä toimista ja työnjaosta. Erityisesti tiedostava ja sujuva yksilötyö ja yhteistyö sekä viestintä eri toimijoiden kesken edes auttavat potilasturvallisuutta ja prosessin sujuvuutta.

## 8 Jatkotutkimusaiheet

Tämä tutkimus toteutettiin havainnoimalla näytteenottajaa hoivakotiympäristössä. Jatkotutkimuksena voisi toteuttaa samassa ympäristössä haastattelu tai kyselytutkimuksen näytteenottajille ja hoitoyksikön hoitajille kohdistettuna, tarkoituksena selvittää mielipiteitä hoivakotipotilaan tunnistamistapahtumasta, mitkä tekijät siihen vaikuttavat, miten tunnistamisprosessia voisi sujuvoittaa ja potilasturvallisuutta lisätä. Toisena tutkimuksena voisi toteuttaa vertailututkimuksen hoitoyksikköön, jossa on käytössä potilastietorannekkeet. Mukaan voisi ottaa näytteenottajan ajankäytön seuranta ja Lean-periaatteiden toteutumista potilaan tunnistamisprosessissa. Kolmantena voisi toteuttaa kysely- ja havainnointitutkimuksen, jossa selvitetään potilaan tietosuojan toteutumista tunnistamis- ja verinäytteenottotilanteissa hoivakodissa.



## Lähteet

Aira, Annaleena. 2012. Toimiva yhteistyö. Työelämän vuorovaikutussuhteet, tiimit ja verkostot. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. <<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/37743/9789513947088.pdf>> Luettu 13.10.2019

Andersson, Å – Frank, C – Willman, AM – Sandman, PO – Hansebo, G. 2017. Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*. 2018: 27(1-2):354-362. Verkkodokumentti. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.13914>> Luettu 5.10.2019.

Anttonen, Anneli – Valokivi, Heli – Zechner, Minna. 2009. Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Vastapaino.

Bondevik, Gunnar – Hofoss, Dag – Husebø, Bettina – Deilkås, Ellen. 2017. Patient safety culture in Norwegian nursing homes. *BioMed Central Health Services Research*. 2017: 17: 424. Verkkodokumentti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5479007/#idm140503318206752aff-info>>. Luettu 20.11.2018

Bölenius, Karin – Brulin, Christine – Graneheim, Ulla H. 2014. Personnel's Experiences of Phlebotomy Practices after Participating in an Educational Intervention Programme. *Nursing Research and Practice*. Verkkodokumentti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4230197/>>. Luettu 30.11.2017.

CLSI 2019. Clinical and Laboratory Standards Institute. GP33. 2<sup>nd</sup> Edition. Accuracy in Patient and Specimen Identification. <[https://clsi.org/media/3121/gp33-ed2\\_sample.pdf](https://clsi.org/media/3121/gp33-ed2_sample.pdf)>. Luettu 17.3.2019.

Cornes, M – Ibarz, M – Ivanov, H – Grankvist, K. 2019. Blood sampling guidelines with focus on patient safety and identification. *Kirjallisuuskatsaus. Diagnosis*. 2019: 26;6(1):33-37 <<https://www.degruyter.com/view/j/dx.2019.6.issue-1/dx-2018-0042/dx-2018-0042.xml>>. Luettu 28.9.2019.

van Dongen-Lases, Edmée C - Cornes, Michael P. - Grankvist, Kjell - Ibarz, Mercedes - Kristensen, Gunn B.B. - Lippi, Giuseppe – Nybo, Mads – Simundic, Ana-Maria. 2015. Patient identification and tube labelling – a call for harmonisation. *European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM) Position paper. Clin Chem Lab Med* 2016: 54(7): 1141–1145. Verkkodokumentti. <<https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/cclm.2016.54.issue-7/cclm-2015-1089/cclm-2015-1089.pdf>>. Luettu 24.11.2017.

Faeda, MS – Perroca, MG. 2016. Care management: agreement between nursing prescriptions and patients' care needs. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2016. 8;24:2723. Verkkodokumentti.

Garza, Diana – Becan-McBride, Kathleen. 2013. *Phlebotomy simplified*. USA, New Jersey: Pearson Education Inc.

Georgiou, A - Marks A – Braithwaite, J - Westbrook JI. 2013. The Gerontologist. 2013: 53(5):770-9. Gaps, disconnections, and discontinuities - the role of information exchange in the delivery of quality long-term care. Verkkodokumentti. <<https://academic.oup.com/gerontologist/article/53/5/770/589996>>

Grönfors, Martti - Vilka, Hanna (toim.) 2011. Laadullisen tutkimuksen kenttätymenettelmät. Hämeenlinna. Sofia-Sosiologi-Filosofiapu Vilka. <[http://vilka.fi/books/Laadullisen\\_tutkimuksen.pdf](http://vilka.fi/books/Laadullisen_tutkimuksen.pdf)> Luettu 29.4.2019

Helovu, Arto – Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karolina – Pennanen, Pirjo. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.

Helovu, Arto – Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karolina – Pennanen, Pirjo. 2012. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. 2. painos. Helsinki: Fioca Oy.

Hirsijärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2014. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hoppania, Hanna-Kaisa - Karsio Olli – Näre, Lena – Olakivi, Antero – Sointu, Liina – Vaitinen, Tiina – Zechner, Minna. 2016. Hoivan arvoiset. Vaiva yhteiskunnan ytimessä. Tallinna: Gaudeamus.

Howanitz, Peter J. - Renner, Stephen W - Walsh, Molly K. 2002. Continuous Wristband Monitoring Over 2 Years Decreases Identification Errors A College of American Pathologists Q-Tracks Study. Archives of Pathology & Laboratory Medicine: 2002: 126 (7). 809-815. Verkkodokumentti.<[http://www.archivesofpathology.org/doi/10.1043/0003-9985\(2002\)126%3C0809:CWMOYD%3E2.0.CO;2?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed&code=coap-site](http://www.archivesofpathology.org/doi/10.1043/0003-9985(2002)126%3C0809:CWMOYD%3E2.0.CO;2?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed&code=coap-site)>. Luettu 16.5.2018.

IFCC - WG-LEPS. International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine. The Education and Management Division (EMD). Working Group: Laboratory Errors and Patient Safety (WG-LEPS). Verkkosivut. <[http://217.148.121.44/MqiWeb/Page\\_Presentation.jsf](http://217.148.121.44/MqiWeb/Page_Presentation.jsf)>. Luettu 24.11.2018.

Jyväskylän yliopisto 2014. Jyväskylän avoimen yliopiston Koppa. Verkkodokumentti. <<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/tapaustutkimus>> Luettu 10.9.2018.

Kananen, Jorma 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karsio, Olli – Anttonen, Anneli. 2017. 2010-luvun vanhushoivaa – julkisen ja yksityisen risteyskohdissa. Pääkirjoitus. Gerontologia 2017: 3.161-164. <<https://journal.fi/gerontologia/article/view/65949/26697>> Luettu 19.9.2018.

Komu, Hannele. 2017. Organisaatiokulttuuri julkisissa ja yksityisissä hoivakodeissa. Väitöskatsaus. *Gerontologia* 2017: 1. 62-66. Verkkodokumentti. <<https://journal.fi/gerontologia/article/view/61055/22648>> Luettu 19.9.2018.

Kunta 1. 2017. Verkkosivut. Luettu 30.9.2017.

Kydona, ChK. – Malamis, G. – Giasnetsova, T. – Tsiora V. – Gritsi-Gerogianni N. 2010. The level of teamwork as an index of quality in ICU performance. *Hippokratia* 2010: 14(2): 94 – 97. Verkkodokumentti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2895292/>> Luettu 20.11.2018.

Laboratorio 3.5.2017. Potilaan tunnistus näytteenottotilanteessa. Potilaan tunnistaminen ja näyteastian merkintä. Osastonäytteenotto ja päivystysnäytteenotto.

Laboratorio 3.7.2017. Potilaan tunnistus näytteenottotilanteessa. Asiakaspalvelu näytteenotossa. Preanalytiikka. Palvelutuotanto, toimintaohje.

Lima-Oliveira, G – Volanski, W – Lippi, G – Picheth, G – Guidi, GC. 2017. Pre-analytical phase management: a review of the procedures from patient preparation to laboratory analysis. *Scandinavian journal of clinical and laboratory investigation*. 2017: 77(3):153-163. Verkkodokumentti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28266238>> Luettu 15.9.2019.

Lippi, Giuseppe - Chance, Jeffrey J - Church, Stephen - Dazzi, Paola - Fontana, Rossana - Giavarina, Davide - Grankvist, Kjäll - Huisman, Wim - Kouri, Timo - Palicka, Vladimir - Plebani, Mario - Puro, Vincezo - Salvagno, Gian Luca - Sandberg, Sverre - Sikaaris, Ken - Watson, Ian - Stankovic, Ana K. - Simundic, Ana-Maria. 2011. Article. Preanalytical quality improvement: from dream to reality. *Clin Chem Lab Med* 2011: 49(7):1113–1126. Verkkodokumentti. <<https://www.degruyter.com/download-pdf/j/cclm.2011.49.issue-7/cclm.2011.600/cclm.2011.600.pdf>> Luettu 8.2.2018.

Lippi, Giuseppe - Chiozza, Laura - Mattiuzzi, Camilla - Plebani, Mario. 2017. Patient and Sample Identification. Out of the Maze? *Journal of Biochemistry* 2017: 36(2). 107-112. Verkkodokumentti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5471642/>> Luettu 16.1.2018.

Lippi, Giuseppe – Mattiuzzi, Camilla – Bovo, Chiara – Favoloro, Emmanuel J. 2017. Managing the patient identification crisis in healthcare and laboratory medicine. *Clinical Biochemistry* 2017: 50. 562-567. Verkkodokumentti. <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009912017300012?via%3Dihub>> Luettu 16.1.2018.

Martins, Priscila Fernandes – Perroca, Marcia Galan. 2017. Care necessities: the view of the patient and nursing team. 2017. 70(5):1026-1032. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Verkkodokumentti. <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000501026&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501026&lng=en&nrm=iso&tlng=en)> Luettu 1.10.219

Matikainen, Anna-Mari – Miettinen, Marja – Wasström, Kalle. 2016. Näytteenottajan käsikirja. Helsinki: Edita.

McCall, Ruth E. – Tankersley, Cathee M. 2012. Phlebotomy Essentials. USA, Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.

Molander, Gustaf. 2014. Hoidanko oikein? Eettinen kuormitus hoito- ja hoivatyössä. Juva: PS-kustannus.

Moore, Lucy - Britten, Nicky - Lydahl, Doris - Naldemirci, Öncel - Elam, Mark - Wolf, Axel. 2017. Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2017: 31(4): 662–673. Verkkodokumentti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5724704/>> Luettu 14.10.2019.

Mustajoki, Pertti – Kinnunen, Marina – Aaltonen, Leena-Maija. 2014. Väärä potilas. *Suomen Lääkärilehti*. 2014; (10): 722 - 723. Verkkodokumentti. <<https://www-laakari-lehti-fi.ezproxy.metropolia.fi/pdf/2014/SLL102014-722.pdf>>. Luettu 15.10.2018.

Nikolac, Nora - Krleza, Jasna - Simundic. Ana-Maria. 2017. Preanalytical external quality assessment of the Croatian Society of Medical Biochemistry and Laboratory Medicine and CROQALM: finding undetected weak spots. *Biochemia Medica* 2017: 15; 27(1): 131–143. Verkkodokumentti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5382847/>> Luettu 23.11.2018.

Nilsson, Karin - Juthberg, Christina - Söderberg, Johan - Bölenius, Karin - Grankvist, Kjäll - Brulin, Christine - Lindkvist, Marie. 2015. Associations between workplace affiliation and phlebotomy practices regarding patient identification and test request handling practices in primary healthcare centres: a multilevel model approach. Verkkodokumentti. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4640357/>

Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Pirhonen, Jari. 2017. Hyvä elämä vanhojen ihmisten hoidossa. Väitöskatsaus. *Gerontologia* 2017: 2: 147 - 151. Verkkodokumentti. <<https://journal.fi/gerontologia/article/view/64173/26238>>. Luettu 19.9.2018.

Pohjonen, Tiina – Murtonen, Mervi – Toikka, Tuija – Tamminen, Anna. 2003. Työhyvinvointia hoiva- ja hoitotyöhön – työprosessien kuvaaminen ja vaarojen arviointi työn kehittämisen välineenä. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Potilaan ohjaus laboratorionäytteenottoon. Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö 2015. Viitattu 1.10.2017. Saatavilla: [www.hotus.fi](http://www.hotus.fi).

Rautsalo, Pirkko. 2014. Teoksessa: Molander, Mikko. 2014. Hoidanko oikein? Eettinen kuormitus hoito- ja hoivatyössä. Juva: PS-kustannus. 279.

Ree, Eline - Wiig Siri. 2019. Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services. *BMC Health Serv Res* 2019; 19: 607. Verkkodokumentti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6716833/>> Luettu 20.9.2019.

van Rosse F - de Bruijne M - Suurmond J - Essink-Bot ML - Wagner C. 2016. Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study *International Journal of Nursing Studies*. 2016; 54:45-53. Verkkodokumentti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25840899>> Luettu 15.9.2019.

Räsänen, Riitta. 2017. Hoitajien työajan merkitys asiakkaiden elämänlaadulle vanhus-ten ympärivuorokautisessa hoidossa. *Gerontologia* 2017; 32(2) 116 - 132. Verkkodoku-mentti. <<https://journal.fi/gerontologia/article/view/64926/26241>>. Luettu 19.9.2018

Räsänen, Riitta. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Väitöskirja. Verkkodoku-mentti. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Rovaniemi. <<http://lauda.ulapland.fi/handle/10024/61722>>. Luettu 20.2.2017.

Sahlström, Merja – Liukka, Mari - Roine, Risto - Aaltonen, Leena-Maija – Kinnunen, Marina. 2018. Hyvä suunnittelu ehkäisee riskisiirtoja. *Lääkärilehti* 2018. 73(1-2): 62-63. Verkkodokumentti. <<https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.metropolia.fi/tyossa/kantapaan-kautta/hyva-suunnittelu-ehkaisee-riskisiirtoja/>>. Luettu 30.9.2018

Sairaanhoitajaliitto. 2014. Verkkosivut. <<https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/terveyden-edistaminen-kasitteena-ja-kaytannossa/>> Luettu 23.11.2018.

Sairaanhoitopiiri 2019. Kliininen kemia ja näytteenottopalvelut. Verkkosivut. Luettu 20.3.2019.

Sandhu, Paramjit - Bandyopadhyay, Kakali - Ernst, Dennis J - Hunt, William - Taylor, Thomas H. Jr. - Birch, Rebecca - Krolak, John – Sharon, Geaghan. 2017. Effectiveness of Laboratory Practices to Reducing Patient Misidentification Due to Specimen Labeling Errors at the Time of Specimen Collection in Healthcare Settings. *The Journal of applied laboratory medicine*. 2(2): 244–258. Systematic Review. Verkkodokumentti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5701285/>> Luettu 28.9.2019.

Sarvimäki, Anneli. Vanhustenhuollon tutkimus ja tutkimusetiikka. Teoksessa: Topo, Päivi (toim.) Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Seminaari 26.1.2006. Helsinki: Stakes

Simonsen, Nina. 2013. Health promotion in local contexts and enabling factors: a study of primary healthcare personnel, local voluntary organizations and political decision makers. Väitöskirja. Hjelt Institute. Department of Public Health Faculty of Medicine, University of Helsinki and Folkhälsan Research Center. Helsinki <[https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42075/simonsen\\_dissertation.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42075/simonsen_dissertation.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Luettu 22.11.2018.

Simundic, Ana-Maria – Lippi, Giuseppe. 2012. Preanalytical phase – a continuous challenge for laboratory professionals. *Biochemia Medica* 2012; 22(2): 145-149. Verkkodokumentti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4062337/>>. Luettu 24.11.2018.

Simundic, Ana-Maria - Church, Stephen - Cornes, Michael P. - Grankvist, Kjäll - Lippi, Giuseppe - Nybo, Mads - Nikolac, Nora - van Dongen-Lases, Edmee - Eker, Pinar - Kovalevskaya, Svjetlana - Kristensen, Gunn B.B. - Sprongl, Ludek - Sumarac, Zorica. 2014. Compliance of blood sampling procedures with the CLSI H3-A6 guidelines: An observational study by the European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM) working group for the preanalytical phase (WG-PRE). *Clin Chem Lab Med* 2015; 53(9): 1321–1331. Verkkodokumentti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25536667>> Luettu 29.11.2017.

Smith, ML - Raab SS – Fernald, DH – James, KA – Lebin, JA – Grzybicki, DM – Zelic, C – West, DR. 2013. Evaluating the connections between primary care practice and clinical laboratory testing: a review of the literature and call for laboratory involvement in the solutions. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. 2013; 137(1):120-5. Verkkodokumentti. <[https://www.archivesofpathology.org/doi/10.5858/arpa.2011-0555-RA?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](https://www.archivesofpathology.org/doi/10.5858/arpa.2011-0555-RA?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed)> Luettu 3.10.2019.

Snellman, Erna. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa: Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Laitoshoido. Verkkosivut. <<https://stm.fi/laitoshoido>> Luettu 23.11.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Terveysten edistäminen. Verkkosivut. <<https://stm.fi/terveyden-edistaminen>> Luettu 24.11.2018.

Stancovic AK. 2004. The laboratory is a key partner in assuring patient safety. *Clinics in Laboratory Medicine* 2004; 24(4):1023-35. Verkkodokumentti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15555754>> Luettu 7.10.2019.

Taina, Sanna - Hyvärinen, Maritta - Vilkki, Päivi – Lind. 2017. Hoiva-asumisen asiakkuuden kriteerit Espoon vanhusten palveluissa. Espoon kaupunki. Verkkodokumentti. <[https://www.espool.fi/fi-FI/Seniorit/Seniorien\\_asuminen/Hoivaasuminen](https://www.espool.fi/fi-FI/Seniorit/Seniorien_asuminen/Hoivaasuminen)>. Luettu 27.5.2018.

Terveydenhuoltolaki 1326/ 2010. Verkkosivut. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki#L1P8>>. Luettu 20.3.2019.

THL. 2011. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. Potilasturvallisuusopas. Verkkodokumentti. <<https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>>. Luettu 20.3.2019.

Tjia, J – Mazor, KM – Field, T – Meterko, V – Spenard, A – Gurwitz, JH. 2009. 5(3):145-52. Verkkodokumentti. Nurse-physician communication in the long-term care setting: perceived barriers and impact on patient safety. Journal of Patient Safety. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2757754/>> Luettu 3.10.2019

Topo, Päivi. 2006. Dementiaoireisten sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden tutkimus ja tutkijan ammattitaito. Teoksessa: Topo, Päivi (toim.) 2006. Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Seminaari 26.1.2006. Helsinki: Stakes

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK. 2012. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki. Verkkodokumentti. <[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)> Luettu 5.6.2018.

Valli, Raine 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Valtiovarainministeriö. 2018. Peruspalvelujen tila 2018 - raportti. Kuntatalouden ja hallinnon neuvottelukunta. Valtiovarainministeriön julkaisuja 2018; 13. Verkkodokumentti. <[http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160753/VM\\_13\\_2018\\_Peruspalvelujen\\_tila\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160753/VM_13_2018_Peruspalvelujen_tila_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Luettu 19.9.2018

Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

West, Jamie - Atherton, Jennifer - Costelloe, Seán J. - Pourmahram, Ghazaleh - Stretton, Adam - Cornes, Michael. 2016. Preanalytical errors in medical laboratories: a review of the available methodologies of data collection and analysis. Annals of Clinical Biochemistry: International Journal of Laboratory Medicine 2016; 54(1): 14-19. Verkkodokumentti. <[https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0004563216669384?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed](https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0004563216669384?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed)>. Luettu 24.11.2018.

WHO, World Health Organization 2007. The Joint Commission. International Patient Identification. Patient Safety Solutions. Verkkodokumentti. <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf?ua=1>> Luettu 28.5.2018.

Vilka, Hanna 2006. Tutki ja havainnoi. Vaajakoski: Tammi.

Wong, JG - Clare, CH - Holland, AJ – Watson, PC - Gunn M. 2000. The capacity of people with a 'mental disability' to make a health care decision. *Psychological Medicine*. 2000;30(2):295-306. Verkkodokumentti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10824650>>. Luettu 5.8.2018.

Voutilanen, Päivi – Löppönen, Päivi. 2016. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Käypä hoito. Duodecim. 2019. Verkkodokumentti. <<https://www.kaypahoito.fi/nix01676>> Luettu 16.10.2019.

Zúñiga F - Ausserhofer D - Hamers JP - Engberg S - Simon M - Schwendimann R. 2015. Are Staffing, Work Environment, Work Stressors, and Rationing of Care Related to Care Workers' Perception of Quality of Care? Verkkodokumentti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26027721>>



## Havainnointilomake

Tunnistamisprosessi	kyllä	ei	vapaat havainnot
1. näytteenottaja valitsee potilaan näyte-/tunnistetietodokumentin			
2. näytteenottaja selvittää/ kysyy potilaan sijainnin			
a. oma huone			
b. yleiset tilat			
c. muu			
3. näytteenottaja kysyy potilaan henkilötiedot			
4. potilas sanoo henkilötietonsa			
5. näytteenottaja tarkistaa henkilötiedot näyte-/tunnistetietodokumentista			
6. näytteenottaja tarkistaa henkilötiedot potilastietorannekkeesta			
7. näytteenottaja tarkistaa henkilötiedot potilaskansiosta tai -listasta			
8. yksikön hoitaja tunnistaa potilaan			
a. näöltä			
b. kuvailemalla			
c. tarkistaen potilaan henkilötiedot potilaskansiosta tai -listasta			
9. omainen tunnistaa potilaan			

## Tutkimussuostumus

### TUTKIMUSSUOSTUMUS

Tällä suostumuksella allekirjoittanut antaa luvan tutkimukseen ja myöntää saaneensa riittävän informaation tutkimuksesta. Tutkittava on lukenut ja ymmärtänyt suostumuksen asiasisällön.

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää hoivapotilaan verinäytteenoton tunnistuskäytännön toteutumisista hoivakodissa sekä tunnistamista edistäviä ja estäviä tekijöitä. Verinäytteenottaja on paras asiantuntija ja tiedonantaja potilaan tunnistamisessa näytteenotossa. Hoitotyötä arvioidaan ja kehitetään näyttöön perustuvalla tiedolla, jota saadaan tieteellisen tutkimuksen avulla. Tutkimus auttaa kehittämään potilasturvallisuutta ja potilaan tunnistamisen prosessia ja käytänteitä. Tutkimuksesta saatavia tietoja on mahdollista käyttää käytännön työelämän arviointiin ja kehittämiseen.

Tutkimus toteutetaan havainnointimenetelmällä. Tutkija havainnoi verinäytteenottajaa potilaan verinäytteenoton tunnistamisessa. Havainnointi tapahtuu hoivakodissa. Näytteenottajan ei tarvitse valmistautua tutkimukseen millään tavoin, eikä häneltä odoteta mitään toimenpiteitä tutkimuksen jälkeen. Tutkimuspäivänä tutkija voi olla yhteydessä tutkittavaan tarkistaen näytteenottajan aikataulun. Tutkija mukailee näytteenottajan normaalia työrytmiä ja -aikaa. Tutkija ei osallistu näytteenottajan työhön tai toimintoihin. Tutkimus edellyttää, että havainnoija näkee ja kuulee näytteenottajan ja muut tutkimuskohteessa olevat henkilöt ja ympäristön.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Suostumuksen antaja voi milloin tahansa ilmaista haluavansa keskeyttää tai lopettaa tutkimukseen osallistumisensa. Hän voi myös kieltää antamiensa tietojen käytön.

Tutkimuksen tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Havainnoinnilla kerätyt tiedot käytetään vain tähän kyseessä olevaan tutkimukseen. Tutkittavan nimeä tai muita tunnistetietoja ei käytetä tai analysoida. Tutkittavan kuvaa tai ääntä ei käytetä. Suoria ilmaisuja ei julkisteta. Tutkimuksessa tutkittava toimii anonyymisti. Tutkimuksen aineistosta ei voida jäljittää yksittäistä henkilöä tai paikkaa. Tutkimuksen kaikki aineistotiedot ovat vain tutkijan hallussa.

Päivämäärä

Tutkittava

## Tiedote henkilökunnalle

TIEDOTE

1.9.2018

### Hyvä Hoivakodin työntekijä

Hoivakodissa on tarkoitus toteuttaa tutkimus hoivapotilaan tunnistamisesta verinäytteenotossa. Tutkimus liittyy opinnäytetyöhöni Metropolia ammattikorkeakoulussa.

Tutkimus toteutetaan havainnoimalla verinäytteenottajaa. Hänen työskentelyään ja toimintaa seurataan Hoivakodin tiloissa ja osastoilla normaalin työnkulun ja aikataulun mukaisesti. Tutkija ei osallistu näytteenottajan työskentelyyn millään tavoin, mutta pyrkii pitämään häneen koko ajan näkö- ja kuulokontaktin. Tarkoituksena ei ole osallistua myöskään Hoivakodin toimintaan.

Tutkimus toteutetaan arviolta noin kymmenen päivän aikana. Tutkimukseen kuluu aikaa kerrallaan noin 1-2 tuntia. Tutkimus ei edellytä henkilökunnalta mitään valmistautumista, jatkotoimenpiteitä tai havainnoinnin aikanakaan mitään tavallisesta poikkeavaa toimintaa. Tutkimus toteutetaan syksyn 2018 aikana.

Tutkimukseen on myönnetty lupa Kunnalta. Hoivakodin osastonhoitajan ja henkilökunnan kanssa on käyty läpi tutkimuksen pääkohdat ja menettelyt. Hoivakodin osastonhoitaja toimii tutkijan linkkinä ja apuna Hoivakotiin päin.

Yhteistyöterveisin,

Nina Illi

Yhteystiedot:  
Nina Illi

Mari Virtanen

## Tiedote omaisille

TIEDOTE

1.9.2018

### Arvoisa Hoivakodin Asiakkaan Omainen

Hoivakodissa on tarkoitus suorittaa tutkimus, jossa havainnoidaan, miten hoivapotilaan tunnistamiskäytäntö tapahtuu verinäytteenotossa. Tutkimuksesta selviää myös tunnistamista edistäviä ja estäviä tekijöitä. Tutkimuksen kohteena on verinäytteenottaja ja hänen toimintansa Hoivakodissa. Tutkimus ei kohdistu potilaaseen tai Hoivakodin henkilökuntaan, vaikka tutkimusympäristönä on Hoivakoti ja, vaikka kysymyksessä on potilaan tunnistaminen. Tutkija tutkii verinäytteenottajaa.

Tunnistaminen on oleellinen osa verinäytteenottajan työtä. Oikeiden ja yleisesti sovittujen tunnistamiskriteerien täytyminen takaa potilasturvallisen toiminnan. Näytteenottajan tulee aina tunnistaa potilas ennen verinäytteenottoa. Jos potilas ei jostain syystä pysty itse todentamaan henkilöllisyyttään, niin silloin Hoivakodin hoitohenkilökunta tai mahdollisesti paikan päällä oleva omainen osallistuu tunnistamiseen. Henkilökunnan tai omaisen tunnistaminen on merkityksellistä, koska verinäytteenottaja ei kuulu Hoivakodin henkilökuntaan, eikä näin ollen ole jatkuvasti läsnä Hoivakodin arjessa ja eikä tunne potilaita. Verinäytteenottajan tekemä tunnistaminen ei voi perustua ennalta tuntemiseen eikä muihin kuin virallisiin potilasdokumentteihin.

Tutkimuksessa noudatetaan ehdotonta tieto- ja intymiteettisuoja. Kenenkään henkilö- tai tunnistetietoja ei rekisteröidä tai tallenneta. Tutkimusympäristön tai paikkojen nimiä ei tallenneta. Kenenkään henkilön puhuttua kieltä ei tallenneta. Tutkimuksessa ei käytetä kuva- tai äänitallentajia. Tutkija ei mene tilanteisiin ja keskeyttää tutkimuksen, jos intymiteettisuoja uhkaa rikkoutua.

Tutkimus toteutetaan syksyn 2018 aikana. Tutkimukseen on saatu Kunnan lupa. Tutkimuksen kohteena olevalta näytteenottajalta on saatu lupa. Hoivakodin henkilökuntaa on tiedotettu tutkimuksesta ja sovittu yhteistyöstä Hoivakodin osastonhoitajan kanssa.

Tutkimus on osa Metropolia ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä. Tutkimuksen tarkoitus on osaltaan auttaa työn arviointia ja kehittämistä potilasturvallisuudessa ja potilaan tunnistamisessa. Tutkija on koulutukseltaan ja ammatiltaan laboratoriohoitaja. Tutkijalla on noin 25 vuoden työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollon alalta.

Ystävällisin terveisin,

Nina Illi

Mari Virtanen

Täytetty havainnointilomake

Tunnistamisprosessi	kyllä	ei	vapaat havainnot
1. näytteenottaja valitsee potilaan näyte-/tunnistetietodokumentin	X		<p>- n valitsee p.kortin            - kysy pot. <sup>kauskiassa</sup> <del>esitt</del> hoit:            - hoit.vast. ei ole huoneessa            - n menne huon. n kysy pot. nime            - pot. ei pysty puhumaan            - nottaja: <del>ei</del> kehoittaa            synt.ajan, haluaa että pot.            nyökään, h tulee huon.            hoitaja sanoo            pot. ei ymmärrä suomea            - pot. venäjän kiel.            - h: tunnistaa            - n pyytää tunnist.kuitt.</p>
2. näytteenottaja selvittää/ kysyy potilaan sijainnin	X		
a. oma huone	X		
b. yleiset tilat			
c. muu			
3. näytteenottaja kysyy potilaan henkilötiedot	X		
4. potilas sanoo henkilötietonsa		X	
5. näytteenottaja tarkistaa henkilötiedot näyte-/tunnistetietodokumentista		X	
6. näytteenottaja tarkistaa henkilötiedot potilastietorannekkeesta		X	
7. näytteenottaja tarkistaa henkilötiedot potilaskansiota tai -listasta		X	
8. yksikön hoitaja tunnistaa potilaan	X		
a. näöltä	X		
b. kuvailemalla		X	
c. tarkistaen potilaan henkilötiedot potilaskansiota tai -listasta		X	
9. omainen tunnistaa potilaan		X	