

Sallamari Huhtala ja Stiina Karsikas

POTILASTURVALLISUUS JA SIIHEN LIITTYVIÄ
KEHITTÄMISHAASTEITA KIRURGIAN VUODEOSASTOLLA

Hoitotyön koulutusohjelma

2013

POTILASTURVALLISUUS JA SIIHEN LIITTYVIÄ KEHITTÄMISHAASTEITA KIRURGIAN VUODEOSASTOLLA

Huhtala, Sallamari
Karsikas, Stiina
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2013
Ohjaaja: Tuliniemi, Eija
Sivumäärä: 56
Liitteitä: 5

Asiasanat: potilasturvallisuus, vaaratapahtuma, teemahaastattelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia hoitohenkilökunnan näkökulmasta potilasturvallisuuteen liittyviä haasteita eräällä kirurgian vuodeosastolla Satakunnan keskussairaalassa. Aihe on ajankohtainen ja työelämälähtöinen. Osasto toivoi kartoitusta potilasturvallisuuteen liittyvistä haasteista ja niiden kohtaamisesta hoitajien keskuudessa sekä ehdotuksia siitä, miten potilasturvallisuutta voitaisiin lähteä parantamaan osastolla. Tavoitteena oli kartoittaa potilasturvallisuuden oleellisia ongelmakohtia sekä nostaa esiin mahdollisia kehittämisajatuksia. Tutkimustehtävät olivat 1) Mitkä ovat hyvän potilasturvallisuuden tunnuspiirteet kirurgian vuodeosastolla? 2) Mitä haasteita kirurgisessa hoitotyössä ilmenee potilasturvallisuuden näkökulmasta? 3) Millaisia potilasturvallisuuden kehittämisajatuksia hoitohenkilökunnalla on?

Tutkimusmenetelmä oli kvalitatiivinen eli laadullinen. Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla haastatteleamalla osaston hoitajia. Teemoja haastattelussa oli seitsemän, ja ne olivat potilasturvallisuus, lääkehoito, aseptiikka, tiedonkulku, fyysinen ympäristö ja laitteet, inhimilliset tekijät ja kehittämisajatukset. Tutkimukseen osallistui kolme neljän hengen ryhmää (n=12) ja jokainen haastattelu-tilanne kesti 45-60 minuuttia. Kerätty aineisto litteroitiin ja analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysia.

Tutkimustulokset osoittivat hoitajien kohtaavan potilasturvallisuuteen liittyviä haasteita jokapäiväisessä työssä. Hoitajat olivat yksimielisiä siitä, että kiireen vuoksi potilasturvallisuus usein vaarantuu monella hoitotyön alueella. Teemoista eniten keskustelua herättivät lääkehoito, aseptiikka ja tiedonkulku. Hoitajat pitivät työssään tärkeinä asioina turvallista ilmapiiriä, työn suunnitelmallisuutta ja yhteisiä rutiineja. Virhetapahtumien raportoinnissa koettiin hyödylliseksi HaiPro -järjestelmä. Hoitajat olivat valveutuneita ja tunnistivat hyvin osastolla olemassa olevia potilasturvallisuutta vaarantavia riskitekijöitä. Potilasturvallisuuden kehittämiseen oli jo kiinnitetty huomiota osastolla.

Potilasturvallisuuden kehittämistarpeet ja -ideat antoivat lähtökohdat osaston henkilökunnalle potilasturvallisuuden kehittämisessä pidemmälle sekä pohjan mahdolliselle jatkotutkimukselle tai -projektille.

PATIENT SAFETY AND ITS DEVELOPING CHALLENGES IN THE SURGICAL WARD

Huhtala, Sallamari

Karsikas, Stiina

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

May 2013

Supervisor: Tuliniemi, Eija

Number of pages: 56

Appendices: 5

Keywords: patient safety, hazard event, theme interview

The purpose of this thesis was to study patient safety on a surgical ward at Satakunta Central Hospital, from a nurses' perspective. The topic is current and is faced daily. The ward wished for a survey of challenges in patient safety and how they are faced among nurses, and also suggestions of improvements in patient safety. The goals of this study were to review relevant problems occurring in patient safety and document potential improvements. The research questions were 1) What are the signs of good patient safety? 2) What are the challenges in nursing care related to patient safety? 3) What ideas for improvements do nurses have related to patient safety?

The research method was qualitative. The data was collected through semi-structured interviews of the nurses on the ward. There were seven topics in the interview which were patient safety, medical treatment, asepsis, flow of information, physical environment and equipment, human factors and developing ideas. The study consisted of three groups of four persons (n=12) and every interview lasted 45-60 minutes. The collected data was transcribed and analyzed by using content analysis.

The results of this study showed that nurses face patient safety issues daily. The nurses agreed that because of being rushed in their work, patient safety is often endangered. Medical treatment, asepsis, and flow of information were the most discussed topics among the interviews. The nurses found having a safe atmosphere, planned work, and common routines important things in their jobs. HaiPro software was useful when reporting hazardous events. Nurses were aware and recognized well the existing risk factors in patient safety. Improvements in patient safety had already been observed on the ward.

The study, 'Patient Safety and Its Developing Challenges', gave a basis to the ward staff in developing patient safety further and the potential for an additional study or project.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	POTILASTURVALLISUUS	7
2.1	Käsitteiden avaamista	8
2.1.1	Eettinen turvallisuus potilasturvallisuudessa	11
2.2	Potilasturvallisuuden edistäminen	12
3	POTILASTURVALLINEN LÄÄKEHOITO	13
3.1	Lääkehoito ja sitä ohjaavat lait	13
3.2	Lääkehoidon vaaratapahtumat ja niiden käsittely	15
4	POTILASTURVALLINEN ASEPTIIKKA.....	18
4.1	Aseptinen työskentely.....	18
4.2	Kosketuseristys	20
4.3	Ympäristön puhtaus	22
5	TIEDONKULKU	22
5.1	Tietojärjestelmät	23
5.2	Dokumentointi ja raportointi.....	25
5.3	Tiedonkulku potilassiirroissa	26
6	FYYSISEN YMPÄRISTÖN JA LAITTEIDEN TURVALLISUUS.....	27
7	INHIMILLISET TEKIJÄT JA TYÖHYVINVOINTI	28
7.1	Tarkkaavaisuus, vireystila ja muisti.....	29
7.2	Työkaluja inhimillisen erehtymisen eliminointiin ja työhyvinvoinnin edistämiseen.....	30
7.3	Hoitajien arvot ja asenteet.....	32
8	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	33
9	TUTKIMUSMETODISET LÄHTÖKOHDAT	33
9.1	Tutkimusmenetelmä.....	33
9.2	Aineiston keruu.....	34
9.3	Kohderyhmä ja tutkimusympäristö.....	35
9.4	Aineiston analyysimenetelmät	36
9.5	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	37
10	TUTKIMUSTULOKSET.....	39
10.1	Potilasturvallisuuden tunnuspiirteet.....	39
10.2	Potilasturvallisuuden haasteet.....	40
10.2.1	Lääkehoito.....	40
10.2.2	Aseptiikka	41
10.2.3	Tiedonkulku	42

10.2.4	Fyysisen ympäristön ja laitteiden turvallisuus.....	44
10.2.5	Inhimilliset tekijät	46
10.3	Kehittämisaikajatkia.....	47
11	YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	48
12	POHDINTA.....	50
	LÄHTEET.....	53
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuus on kansainvälisen huomion ja kehittämisen kohteena. Terveysturvallisuudessa toimijat, asiantuntijat, potilasjärjestöt ja alan tutkijat ovat mukana maailmanlaajuisessa potilasturvallisuusliikkeessä. Potilasturvallisuus on yksi EU:n terveyspolitiikan painopistealueista, joita Euroopan komissio pyrkii kehittämään yhteistyössä esimerkiksi Maailman terveysjärjestö WHO:n, sen potilasturvallisuusallianssin (World Alliance on Patient Safety) sekä jäsenvaltioidensa järjestöjen, potilaiden sekä asiantuntijoiden kuten lääkäreiden ja hoitajien kanssa. (Euroopan komission www-sivut 2013.) Yhdysvalloissa, Kanadassa, Uudessa-Seelannissa, Australiassa ja Iso-Britanniassa potilasturvallisuuden edistämiseksi on tehty aktiivisesti töitä jo pitkään. Pohjoismaista Ruotsi ja Tanska ovat kärkimaita. Suomessa Vaasan sairaanhoitopiiri aloitti järjestelmällisen työn potilasturvallisuuden edistämiseksi vuonna 2007. (THL:n www-sivut.)

Potilasturvallisuutta vaalitaan ja edistetään monin kansallisin ohjelmin. Terveysturvallisuuden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma on asetettu vuosille 2011-2015 ja sen tavoitteena on, että hoitoon liittyvät kuolema- ja haittatapah- tumat puoliintuvat vuoteen 2020 mennessä. Myös Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on laatinut potilasturvallisuus strategian vuosille 2009-2013. Kansainvälisten suositusten ja ohjelmien pohjalta kehitellyt laajat kansalliset ohjelmat ohjailevat sairaanhoitopiirejä potilasturvallisuus ja laadunhallinta suunnitelmien laadinnassa. Tässä tutkimuksessa yhtenä lähteenä on käytetty yhteistyöorganisaatio Satakunnan keskussairaalan laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnitelmaa. (STM 2009:3; THL:n www-sivut.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia hoitohenkilökunnan näkökulmasta potilasturvallisuuteen liittyviä haasteita eräällä kirurgian vuodeosastolla Satakunnan keskussairaala- lassa. Tavoitteena oli kartoittaa oleellisia ongelmakohtia sekä nostaa esiin mahdollisia kehittämisajatuksia. Potilasturvallisuuden kehittämistarpeet ja -ideat an-

toivat lähtökohdat osaston henkilökunnalle potilasturvallisuuden kehittämisessä pidemmälle sekä pohjan mahdolliselle jatkotutkimukselle tai -projektille.

Aihe on työelämälähtöinen ja näkökulmia työhön esitteli meille osastonhoitaja. Aiheen valintaan vaikutti sen ajankohtaisuus ja moniulotteisuus sekä toisen tutkijan kirurgisen hoitotyön harjoittelun suorittaminen osastolla opintojen aikana. Aiheeseen löytyi kattavaa lähdemateriaalia ja aikaisempia tutkimuksia niin kirurgian kuin muillakin terveydenhuollon toimialoilta. Eniten potilasturvallisuuden näkökulmasta tutkimusaineistoa löytyi lääkehoitoa ja tiedonkulkua koskevista asioista. Aihe on erittäin ajankohtainen, sillä ihmiset ovat valveutuneempia omista oikeuksistaan ja hoitovirheitä tapahtuu.

2 POTILASTURVALLISUUS

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut suomalaisen potilasturvallisuusstrategian vuosille 2009-2013. Sen toiminta-ajatuksena on ohjata suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin ja edistää sen toteutumista. Tavoitteena on puolittaa potilaalle hoidossa aiheutuvien vaarojen ja haittojen määrä vuoteen 2020 mennessä. Strategiassa potilasturvallisuutta käsitellään neljästä eri näkökulmasta, joita ovat turvallisuuskulttuuri, vastuu, johtaminen ja säädökset. Potilaiden ja heidän läheistensä halutaan myös olevan suuressa roolissa hankkeessa edistämässä ja varmistamassa potilasturvallisuuden toteutumista. (Snellman 2009, 33.)

Turvallisuuden varmistamisessa terveydenhuolto on jäänyt jälkeen muista korkean riskin aloista (vrt. esimerkiksi lentoliikenteen turvallisuuskulttuuriin). Palvelujärjestelmässä ja sen toimintaympäristössä tapahtuu jatkuvasti monia potilasturvallisuuteen vaikuttavia muutoksia. Sähköinen potilasasiakirjajärjestelmä tulee käyttöön valtakunnallisesti ja samalla lääketiede ja teknologia jatkavat nopeaa kehittymistään. Eri ammattiryhmien työnjakoa sekä vastuita uudistetaan ja jatkuva uuden opettelu antaa tilaa virheille. Tehokkuuden korostaminen ja sen mielessä pitäminen lisää paineita päivittäisessä työssä vaikka pyrkimyksenä onkin, ettei henkilöstön uupuminen hei-

kentäisi terveydenhuollon laatua. Henkilövoimavarat ovat monesti niukat ja sijaisten käyttö taajaa. Määräaikaisten työsuhteet yleistyvät, koska henkilöstön määrän vaihtelulla on helppo saada aikaan terveydenhuollossa vaadittavia säästöjä. Kilpailuttaminen johtaa palvelujen tuotannon hajaantumiseen useille tuottajille, jolloin potilaiden valinnanvapaushoitopaikan suhteen lisääntyä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 18, 328; STM 2009:3, 12.)

2.1 Käsitteiden avaamista

Sosiaali- ja terveydenhuollossa *potilasturvallisuuskulttuuri* on yhteisön ja yksilön tapa toimia siten, että potilaiden saaman hoidon varmistetaan olevan turvallista. Potilasturvallisuuskulttuuri käsittää systemaattisen toimintatavan ja sitä tukevan johtamisen, arvot ja asenteet. Siihen kuuluu myös riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. (STM 2009:3, 14.)

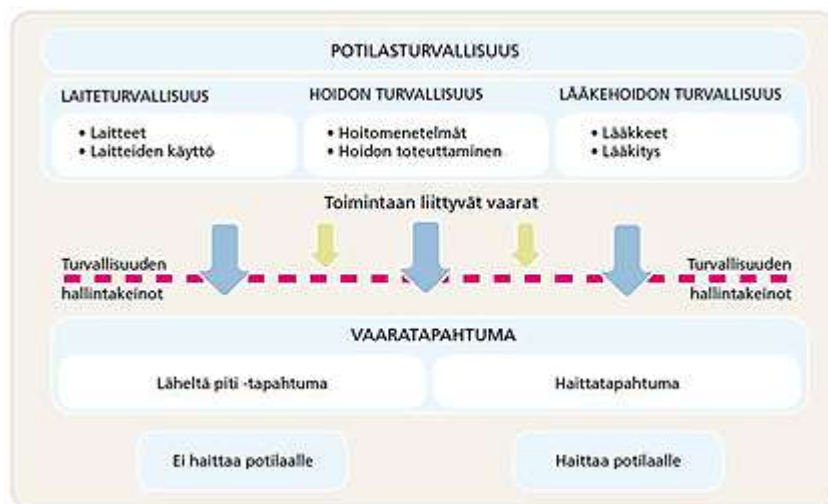
Potilasturvallisuus on oleellinen asia hoidon laatua. Se on myös keskeinen osa hyvää laatua ja suorituskykyä koko terveydenhuoltojärjestelmässä (Snellman 2009, 32). Potilasturvallisuuden keskeinen sanasto pitää sisällään käsitteitä kuten potilasturvallisuus (hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus ja laiteturvallisuus), vaaratapahtuma, haittatapahtuma, läheltä piti -tilanne ja HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmä (Kinnunen 2008).

Potilasturvallisuuden määritelmä vaihtelee hieman riippuen siitä, kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Potilaan kannalta tämä tarkoittaa hoidon toteuttamista hoitohenkilökunnan toimesta oikealla tavalla ja oikeaan aikaan siten, ettei siitä koidu potilaalle tarpeetonta vahinkoa. Tällöin potilaan hoidon turvallisuudella tarkoitetaan myös sairauksien ehkäisyä, diagnostiikan, hoidon ja kuntoutuksen turvallisuutta. (Potilasturvallisuusopas 2011; Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 13.)

Hoidon turvallisuudella (Kuvio 1) tarkoitetaan hoitomenetelmän turvallisuutta sekä sen toteuttamiseen liittyvän koko prosessin turvallisuutta. Esimerkiksi potilaalle voidaan antaa väärä diagnoosi, joka johtaa hoitojen viivästymiseen tai väärin hoitomenetelmien valitsemiseen. Vaikka diagnoosi olisi oikea, voi myös olla, ettei sairauden

etenemistä ja potilaan heikentyneitä tilaa huomata eikä hoitoa muuteta tilan vaatimaksi. Potilaiden hoitoketjut saattavat olla pitkiä ja hoitoprosessi saattaa katketa siten, ettei vaikuttavaa hoitoa jatketa potilaan siirtyessä osastolta toiselle. Organisaatioiden mahdolliset resurssipulat liittyen materiaalien saatavuuteen sekä riittävän miehityksen palkkaamiseen voi näkyä puutteellisena reagoitina potilaan tilaan. *Lääkehoidon turvallisuus* voidaan jakaa lääkevalmisteesta johtuviin haitallisiin vaikutuksiin tai lääkehoidon poikkeamaan, jonka takia hoito ei toteudu suunnitellusti ja tästä aiheutuu haittaa potilaalle. *Laiteturvallisuudella* tarkoitetaan sekä itse laitteen oikeaa toimivuutta että sen oikeaa käyttöä. Esimerkiksi potilastietojärjestelmän suunnittelussa tapahtunut virhe tai elintoimintoja ylläpitävän teknisen laitteen vika voi aiheuttaa vaaran potilaan terveydentilassa. Vaikka järjestelmä olisi toimiva, voi sen väärästä käytöstä kuitenkin aiheutua tarpeetonta haittaa potilaalle. Hoitaja voi esimerkiksi syystä tai toisesta unohtaa kirjata potilastietojärjestelmään potilaan kannalta elintärkeän tiedon. (Helovuo ym. 2011, 13-14; Pietikäinen, Reiman & Oedewald 2008, 22.)

Turvallisuutta käsitteenä saatetaan usein ajatella ainoastaan toiminnan lopputulokseksi, ”loppu hyvin, kaikki hyvin” -mentaliteetillä. *Vaaratapahtumiksi* kutsutaan haittatapahtumia ja läheltä piti -tilanteita. *Läheltä piti -tilanteessa* potilaan turvallisuus vaarantuu, mutta haittaa ei kuitenkaan aiheutunut. Mikäli vahinkoa ei synny, koetaan toiminnan olleen turvallista. Toiminnan turvallisuus voi kuitenkin vaihdella ilman näkyvää vaaraa tai vahinkoa. Siihen saattaa matkanvarrella sisältyä lukuisia riskejä tai läheltä piti -tilanteita, joista kuitenkin selvittää sattuman kaupalla ja hyvällä tuurilla. (Helovuo ym. 2011, 12-16.) *Haittatapahtumaksi* kutsutaan vaaratapahtumaa, josta aiheutui haittaa potilaalle. Yleisimpiä haittatapahtumia ovat hoitoon liittyvät infektiot, väärä tai viivästynyt diagnoosi, lääkitysvirhe, kirurginen virhe, laitevirhe ja inhimillinen virhe. (Kinnunen 2008; Pakkala 2011).



Kuvio 1. Potilasturvallisuuden alueet ja käsitteet (Kinnunen, Keistinen, Ruuhilehto & Ojanen 2009, 13).

Turvallisuus tulee ymmärtää kokonaisvaltaisesti organisaation ominaisuudeksi ja kaikkeen siellä tapahtuvaan toimintaan liittyviä vaaroja tulee aktiivisesti pyrkiä ymmärtämään ja ennakoimaan. Terveystieteiden hoidon lopputulokseen ja vaarojen mahdollistamiseen vaikuttavat monet tekijät kuten potilaan tila, vamman tai sairauden vakavuus, työntekijöiden persoonallisuuspiirteet sekä vireystilaan ja tarkkaavaisuuteen liittyvä vaihtelu. Potilasturvallisuuskulttuuri luo turvallisen työnteon edellytykset organisaatioon ja vaikuttaa työtilanteissa mahdollisiin toimenpiteisiin: esimerkiksi siihen onko työvoimaa riittävästi, onko tarvittava tieto saatavilla tai miten hyvin hoitajien ja lääkäreiden yhteistyö sujuu. (Pietikäinen ym. 2008, 26.)

Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen (VTT) kehittänyt ohjelma ”HaiPro” on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu. Se on käytössä jo yli 40:ssä terveydenhuollon yksikössä. Suomen sairaaloissa voidaan arvioida sattuvan vuosittain kuolemaan johtavia hoitovirheitä vähintään 700 tapausta, mahdollisesti jopa 1 700. Luku on joka tapauksessa suurempi kuin verrattuna kuolemaan johtavien liikenneonnettomuuksien vuotuisen määrään. Potilasvahinkoilmoitusten määrä on kasvussa, mikä käy ilmi Potilasvakuutuskeskuksen vuosina 2006-2011 tekemästä tilastosta. Vuonna 2011 potilasvahinkoilmoituksia tehtiin kaiken kaikkiaan Suomessa 7708 kpl. Niistä korvattavia haittatapahtumia oli yhteensä 1661, josta Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä 84. (Potilasvakuutuskes-

kuksen www-sivut 2012; VTT:n www-sivut 2010; Pasternack 2006, 2456; Satakunnan sairaanhoitopiirin laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnitelma, 17.)

2.1.1 Eettinen turvallisuus potilasturvallisuudessa

Hoitotyön etiikalla tarkoitetaan tiedonala, joka käsittelee hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän kysymyksiä osana ammatillista hoitotyötä. Yksittäinen hoitotyöntekijä joutuu yhä useammin tilanteeseen, jossa hän joutuu säästöpainneiden alla pohtimaan ja tekemään päätöksen potilaan hoitamisesta hoidon laatua heikentämättä. Eettisyys tulee vastaan hoitotyössä päivittäin. Hoitohenkilökunnalla tulisikin olla eettisesti tasokas työskentelytapa ja sellaiset perustelut ratkaisuille, että ne kestävät eettisen tarkastelun. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 17-23.)

Jotta turvallisuus toteutuisi, tulee siitä aidosti välittää. Tärkeää potilasturvallisuuden vaalimisessa ja kehittämisessä on se, että hoitohenkilökunta kokee voivansa vaikuttaa siihen. Professori ja terveystieteiden tohtori Helena Leino-Kilpi (2008) kertoo artikkelissa ”Eettinen turvallisuus – vetovoimaisten sairaaloiden ominaispiirre”, miten kunnioitus ammattikuntaa kohtaan, sivistynyt työyhteisö ja omien arvojen mukaiset toimintamahdollisuudet luovat eettistä turvallisuutta ja ovat juuret myös potilaalle turvallisen hoitoympäristön syntymiseen. Vetovoimaisuus tässä tarkoittaa sitä, mikä on potilaiden ja ammattihenkilöiden käsitys sairaalan tuottaman hoidon laadusta ja turvallisuudesta potilaalle tai sairaalan houkuttelevuudesta työympäristönä. Sairaanhoitajan eettisen turvallisuuden katsotaan muodostuvan ainakin kahdesta perusulottuvuudesta; 1) mahdollisuudesta toimia omien arvojensa mukaisesti ja edistää itse hyvänä pitämäänsä toimintaa sekä siitä, että 2) häntä kunnioitetaan autonomisena ja yksilöllisenä ihmisenä ja ammattilaisena. Sivistynyt työyhteisö tukee näiden perusulottuvuuksien toteutumista. Tällaisessa työyhteisössä pidetään itsestään selvyytenä, että jokaisen työ on arvokasta, kunnioitetaan toisten osaamista, omataan hyvät käytöstavat ja ollaan huomaavaisia työtovereita kohtaan.

Ammatillinen osaaminen on turvallisen hoidon keskeinen edellytys. Jokaisella terveydenhuollon työntekijällä on vastuu osaamisestaan. Sairaanhoitajalla on etulinjan työntekijänä erittäin tärkeä rooli hoidon laadun ja turvallisuuden varmistamisessa

(Kinnunen 2008). Työnantaja vastaa siitä, että työntekijä on saanut perehdytyksen ja koulutuksen tehtäviinsä. Avoimessa kulttuurissa työntekijä uskaltaa myöntää osamattomuutensa ja ilmoittaa työtehtävistä, joita hän ei hallitse. (STM 2009:3, 18.)

On tärkeää, että hoitohenkilökunnalla on mahdollisuudet tehdä työtä organisaatiossa, jossa jo työn suunnittelussa otetaan huomioon potilasturvallisuus. Hoitohenkilökunta työskentelee vaativissa olosuhteissa monimutkaisen tekniikan ympäröimänä, joten alttius erilaisille vaaratilanteille on suuri. Jokainen ihminen tekee virheitä, mutta suhtautuminen virheisiin vaihtelee. Syyllistäminen työyhteisössä johtaa virheiden peitteilyyn. Jos taas tapahtunut virhe salataan, ei virheestä myöskään opita. Ihanteellinen potilasturvallisuuskulttuuri on sellainen, jossa vaaratilanteet voidaan tuoda avoimesti esiin. Koulutuksen kautta erehdyksistä voidaan oppia ja siten parantaa hoidon laatua. (Kinnunen 2008; Pasternack 2006, 2459.)

2.2 Potilasturvallisuuden edistäminen

Potilasturvallisuutta edistävien toimien tavoitteena on terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta johtuvien haittojen tai vammojen ehkäiseminen, minimointi sekä lievittäminen (Helovuola ym. 2011, 12). Tämä tapahtuu parantamalla laadun- ja riskienhallintaa. Organisatoriset tekijät kuten taloudelliset ehdot ja hyvä johtajuus systeemin ylimmällä tasolla vaikuttavat potilasturvallisuuden laatuun. Terveydenhuoltolain 8 §:ssä asetetaan vaatimus potilasturvallisuussuunnitelmasta. Potilasturvallisuussuunnitelma on suunnitelma potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta sisältäen potilasturvallisuusjärjestelmän organisoinnin ja vastuut. Se voi olla myös osa isompaa laadunhallinnan suunnitelmaa. Siinä esitettävä potilasturvallisuusjärjestelmä on kuvaus toimintatapojen kokonaisuudesta, joka tarkoittaa tavoitteina potilasturvallisuuden edistämistä, kehittämistä, siihen liittyvää koulutusta ja tiedotusta sekä potilasturvallisuustapahtumien seuranta, analysointia ja raportointia. Sen tavoitteena on varmistaa, että potilasturvallisuuden edistämiseksi on asetettu selkeät tavoitteet, menettelytavat ja nämä kattavat resurssit. (Helovuola ym. 2011, 106-107; Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 8 §.)

Myös sairaanhoitajalla kuten kaikilla muillakin kentällä työskentelevillä terveydenhuollon ammattilaisilla on potilasturvallisuuden edistämässä etulinjan tärkeä rooli (Kinnunen 2008). Vaaratapahtumien taustalla on usein piileviä tekijöitä, jotka on tärkeä saada esiin jo ennen kuin haittoja syntyy. Erityyppisten turvallisuusriskien ennakointi ja analysointi sekä niihin puuttuminen ovat tärkeitä haittatapahtumien ehkäisyssä. Riskien hallinta työyhteisössä vaikeutuu, jos prosesseissa, toimintatavoissa tai ohjeistuksessa ilmenee puutteita. Puutteita voivat olla toimintaohjeen epäselvyys, puuttuminen, vanhentuneet ohjeet, toimintatapojen liiallinen vaihtelu ja riittämättömät varmistusmenettelyt prosesseissa. (Helovuo ym. 2011, 64.) Turvallisuuskulttuurin kehittämisessä on pohjimmiltaan kysymys organisaation kehittämisestä (Reiman, Pietikäinen & Oedewald 2009, 74). Erityisesti potilasturvallisuusriskejä liittyy tiedonhallintaan, organisaatiouudistuksiin sekä uuden teknologian ja uusien hoitokäytäntöjen käyttöönottoon (STM 2009:3, 16).

Yli-Villamo (2008) kuvailee Pro gradu -tutkielmassaan erään yliopistollisen sairaalan päivystyspoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien (n=15) kokemuksia potilasturvallisuuden toteutumisesta. Potilasturvallisuuden toteutumista edistäviksi asioiksi koettiin ammattitaitoinen hoitohenkilökunta, turvallinen hoitoympäristö sekä asianmukainen hoito. Vastaavasti potilasturvallisuuden toteutumista estävinä tekijöinä sairaanhoitajat kokivat ammattitaidottoman hoitohenkilökunnan, hoitajapulan, riittämättömät hoitohenkilökuntaresurssit, turvattoman hoitoympäristön ja potilaan aiheuttamat vaaratilanteet. Tulosten mukaan vaaratapahtumia voitaisiin ennaltaehkäistä koulutusta lisäämällä, systemaattisella perehdytyksellä, avoimella keskustelulla ja siihen liittyvällä reflektiolla.

3 POTILASTURVALLINEN LÄÄKEHOITO

3.1 Lääkehoito ja sitä ohjaavat lait

Lääkehoito tarkoittaa yleisesti terveydenhuollon toimintaa. Sitä toteuttavat pääsääntöisesti lääkehoidon koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattihenkilöt. Kokonaisvastuu lääkehoidon toteuttamisesta kuuluu lääkehoidon koulutuksen saaneille

laillistetuilla terveydenhuollon ammattihenkilöille. Jokainen lääkehoitoon osallistuva ammattihenkilö kantaa vastuun omasta toiminnastaan. Terveydenhuollon esimiehet ohjaavat ja valvovat lääkehoidon toteuttamista yleisten lääkehoidon ohjeiden sekä osaston oman lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Esimiehet päättävät eri henkilöstöryhmien työnjaosta sekä yhteistyöstä niin, että jokaisen ammattiryhmän lääkehoidon osaaminen hyödynnetään parhaalla mahdollisella tavalla. (STM:n www-sivut 2005.) Tähän tutkimukseen kohdistuvalla osastolla on käytössä osaston oma lääkehoitosuunnitelma. Sen mukaan osaston hoitohenkilökunnan lääkehoidon hallinta perustuu riittävään ammatilliseen perus- ja täydennyskoulutukseen. Tällä hetkellä uusi työntekijä perehdytetään lääkehoitokäytäntöihin muun hoitotyön ohella. (Osaston lääkehoitosuunnitelma 2010, 8.)

Lääkehoito on suuri osa potilaiden kokonaisvaltaista hoitotyötä. Lääkehoitoa toteuttavan ammattihenkilön tulee ymmärtää lääkehoidon merkitys kokonaisuutena. Tulee ymmärtää mitä lääkettä annetaan ja miksi, kuinka paljon ja mitä antoreittiä käytetään. Myös lääkehoidon vaikuttavuutta tulee osata arvioida. Lääkehoidon osaaminen ja toteuttaminen vaatii juridiseettisen, farmakologisen, fysiologisen, patofysiologisen sekä lääkelaskentaan liittyvän tietoperustan hallintaa. Hoidollisiin vaikutuksiin, lääkkeiden käsittelyyn, toimittamiseen, hankintaan, säilyttämiseen ja hävittämiseen liittyvien asioiden hallintaa vaaditaan myös. Lääkemuotojen sekä lääkevalmisteiden ja niiden ominaisuuksien ymmärtäminen ja osaaminen on välttämätöntä oikean käsitteilytavan vuoksi sekä lääkkeen käyttökuntoon saattamiseksi. (STM 2005:32, 3.)

Lääkehoidon tavoitteena on ehkäistä ja parantaa sairauksia sekä hidastaa niiden etenemistä. Lääkehoidon tehtävänä on myös ehkäistä sairauksien aiheuttamia komplikaatioita ja lievittää sairauden aiheuttamia oireita. Oikein toteutettu, turvallinen, taloudellinen, tehokas ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on tärkeä osa potilasturvallisuutta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan saaman palvelun laatua. (STM 2005:32, 11.) Lääkehoito on aina yksilöllistä kunkin potilaan kohdalla. Lääkkeitä saatetaan käyttää erisuuruuksina annoksina eri sairauksiin ja eri potilaille. (Nurminen 2012, 3-4.)

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2004 Lääkehoidon toteuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa -työryhmän laatimaan ohjeet lääkehoidon toteuttamisesta

kaikissa julkisissa sekä yksityisissä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä. Aikaisemmin lääkehoidon toteuttamista ohjattiin Lääkintähallituksen yleiskirjeellä. Lääkehoidon laadun kehittäminen on tärkeä osa-alue eurooppalaisessa potilasturvallisuusyhteistyössä. (STM 2005:32, 11.)

Keskeisellä sijalla potilaan tai asiakkaan näkökulmasta lääkehoitoa koskevassa lainsäädännössä ovat Potilaan asemaa ja oikeutta koskeva laki (785/1992). Tällä lailla tarkoitetaan potilaan terveydentilan määrittelemiseksi tai hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviä toimenpiteitä terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimesta terveydenhuollon toimintayksikössä. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) määrää sosiaalihuollon järjestämistä viranomaisen tai yksityisen toimesta. Lääkelaki (395/1987) määrittää lääkkeiden käytön turvallisuutta, tarkoituksenmukaista lääkkeiden käyttöä ja varmistamista lääkkeiden asianmukaisesta valmistuksesta sekä saatavuudesta. Tärkeä laki lääkehoidon kannalta on myös huumausainelaki (1289/1993), jossa säädetään huumausaineiden kulutuksen seurannasta, tilauksista sekä hävittämisestä. (STM 2005:32, 18-19.)

Nämä lait määrittävät potilaan ja asiakkaan oikeudet laadultaan hyvään terveyden ja sairaanhoitoon. Ne oikeuttavat asiakkaan ja potilaan myös hyvään sosiaalihoitoon ja kohteluun. Potilaslain (785/1992) mukaan potilaalle on annettava tarpeeksi tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista. Potilaslaissa keskeisessä asemassa on potilaan itsemääräämisoikeus (6 §). (STM 2005:32, 20.)

3.2 Lääkehoidon vaaratapahtumat ja niiden käsittely

Lääkehoidon vaaratapahtumilla tarkoitetaan potilaan turvallisuuden vaarantavaa lääkehoitoon liittyvää tapahtumaa, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle. Haittatapahtumalla, joka vaikutti potilaaseen, tarkoitetaan kansainvälisen määritelmän mukaan vammaa, joka on aiheutunut lääketieteellisestä hoidosta ja joka ei suoraan liity potilaan sairauteen. Haittatapahtuma voi pahimmalla mahdollisella tavalla johtaa pitkittyneeseen sairaalahoitoon tai pysyvään haittaan kotiutushetkellä tai mahdollisesti molempiin. (Helovuo ym. 2011, 16; Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 9.)

Lääkehoidon virheiden ja haittatapahtumien ehkäiseminen vaatii moniammatillista yhteistyötä. Kaikkien ammattihenkilöiden tulisi toimia yhteistyössä potilaiden ja omaisten kanssa. Pitkäaikaisten lääkitysten säännöllinen tarkastaminen päällekkäisyyksien välttämiseksi on tärkeää. Lääkepakkausten samannäköisyys, samankuuloiset kauppanimet ja liian pienillä kirjasimilla painetut, mahdollisesti vielä epäselvät ohjeet lisäävät haittatapahtumien riskiä. Suuri rinnakkaislääkkeiden määrä sekä vaihtuvuus tuovat Suomessa suuren määrän riskitekijöitä lääkehoitoon. Suuri riski virheisiin on myös terveydenhuollon ammattilaisten lääkelaskutaidot. Olisi tärkeää, että ammattihenkilöstö saisi harjoitella ja testata lääkelaskutaitojaan säännöllisin väliajoin. Lääkehoitoa saadaan turvallisemmaksi kirjaamalla vaaratilanteet sekä analysoimalla niitä. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 85.)

Tärkeänä asiana lääketurvallisuuden kehittämisen kannalta on henkilökunnan aktiivinen tiedonanto vaaratapahtumista. Säännöllisin koulutuksin henkilökunta osaa työskennellä potilasturvallisesti. Potilas itsekin voi toimia oman hoitonsa subjektina ja tehdä näin paljon turvallisen hoidon eteen. Tavoitteena vaaratapahtumien raportoinnissa on potilasturvallisuuden parantaminen. Vaaratapahtumien kirjaamisessa ja raportoinnissa päämääränä ovat oppiminen, läheltä piti -tilanteista sekä haittatapahtumista. Tällä tavoin pystytään vähentämään samanlaisia tapahtumia jatkossa. Tarkoituksena ei ole osoittaa yhden työntekijän tekemää virhettä, puutetta tai vahinkoa, vaan raportointi vaaratapahtumista tähtää pääasiassa järjestelmävirheiden löytämiseen. Raportoinnilla saadaan apu vaaratapahtumien tunnistamiseen. Raportoinnilla tuotetaan myös tietoa organisaation heikoista kohdista. (Kinnunen 2009, 117; THL:n www-sivut, 9.)

Tärkeitä periaatteita niin lääke- kuin muidenkin vaaratapahtumien raportoinnissa ovat aloitteellisuus, luottamuksellisuus, rankaisemattomuus, käytettävyys, järjestelmäsuuntautuneisuus sekä vastuu ja tarkoituksenmukaisuus. Työntekijöillä tulee olla aina oikeus ja mahdollisuus raportoida vaaratapahtumista. Ilmoittaminen perustuu hoitajan aloitteellisuuteen. Ilmoitus tulee saada tehdä luottamuksellisesti, joko anonyymisti tai omalla nimellä. Vaaratapahtumat käsitellään luottamuksellisesti. Raportoinnin kautta saatua tietoa vaaratapahtumista ei käytetä hallinnollisiin toimiin yksilöä vastaan. Käytettävyyden kannalta raportoinnin tulee olla helppoa, nopeaa, yksin-

kertaista sekä kaikkien työntekijöiden käytettävissä. Raportoiija saa palautetta, jolla pyritään estämään tulevaisuudessa tapahtuvat mahdolliset vaaratapahtumat. Turvallisuutta parantavia toimia suunnataan laajasti organisaatioiden kehittämiseksi sen kaikilla tasoilla. Vaaratapahtumasta raportointi on järjestelmällistä. (Helovuori ym. 2011, 139.)

Hoitotyössä yhdistyvät inhimillinen toiminta, korkeasti kehittynyt teknologia sekä usein äkillisesti muuttuvat tilanteet. Potilasturvallisuuden parantamiseksi tarvitaan ymmärrystä yksittäisistä vaaroista sekä niiden tunnistamiseen ja hallintaan liittyvistä organisaatorakenteista ja -prosesseista. Vaaratapahtumien ehkäisyssä tärkeimmät asiat ovat niiden syntyyn vaikuttavien tekijöiden ymmärtämisessä sekä ennakoivassa ajattelutavassa, jonka tavoitteena on toiminnan riskien tunnistaminen ja hallinta. Vaaratapahtuman taustalla on usein monia eri tekijöitä, jotka heikentävät turvallista hoitoa. Niiden selvittäminen on todella tärkeää, koska vain oikeisiin asioihin puuttamalla sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden turvallisuutta voidaan kehittää. (Helovuori ym. 2011, 20-21.)

Lääkityspoikkeama on lääkehoitoon liittyvä tapahtuma, joka voi johtaa vaaratapahtumaan johtuen tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä. Poikkeama, joka tapahtuu tietyn toiminnon seurauksena, tarkoittaa yleensä sitä, että lääke annetaan väärään aikaan, potilas saa väärän annoksen, lääkeaine on väärä tai potilas saa lääkkeen väärään paikkaan. Tekemättä jättämisessä tarkoitetaan sitä, että potilaalle ei muisteta antaa lääkehoitoa, joka on hoidon kannalta tärkeää. Lääkehoidon poikkeamiin ja lääkehoidon epäkohtiin on alettu kiinnittää huomioita aikaisempaa enemmän. Lääkehoitopoikkeamien ilmoituskynnys on laskenut. Tämä johtuu siitä, että hoitotyön yksiköissä on alettu korostaa hoidossa tapahtuvista poikkeamista oppimista ja syyllistämisen välttämistä. Yleisimmin puutteita on lainsäädännön ja ohjeistuksen tuntemisessa, lääkelaskentataidoissa, lääkkeiden annosteluun liittyvien mittasuhteiden ja määreiden hahmottamisessa sekä lääkkeiden vaikutusten ymmärtämisessä. (STM 2005:32, 29; Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 8.)

Artikkelissa ”Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat”, Amos Pasternack (2006) kertoo yhteenvedossaan tutkijoiden olleen melko yksimielisiä siitä, että lääkevahingoista suuri osa olisi ollut estettävissä organisaatioon luoduilla paremmilla käytän-

nöillä ja niitä noudattamalla. Gurwitz ym. (2005) seurasivat kahden yliopistosairaalan pitkäaikaishoidon (1229 potilaspaikkaa) osastoa 9 kk:n ajan Yhdysvalloissa ja Kanadassa. Lääkevahinkoja raportoitiin 815, joista 42 % olisi ollut estettävissä. Tuloksista ilmeni myös, että mitä useampi lääke oli käytössä, sitä enemmän sattui vahinkoja. Tavallisia virheitä lääketta määrättäessä olivat väärä annos, väärä lääkevalinta ja tunnetun interaktion huomiotta jättäminen. Lääkkeen vaikutuksen seuraaminen unohtui usein, eikä seurannan tuloksiin reagoitu riittävästi. Barker ym. (2002) seurasivat 36 eritasoisen sairaalayksikön lääkkeiden antoa Yhdysvalloissa. Joka viidennen potilaalle annetun lääkeannoksen raportoitiin olevan virheellinen. Useimpien virheet olivat väärä ajankohta (43 %), väärä annos (17 %), lääkkeen antamatta jättäminen (30 %) tai väärän lääkkeen antaminen (4 %).

4 POTILASTURVALLINEN ASEPTIIKKA

4.1 Aseptinen työskentely

Aseptinen työskentely tarkoittaa kaikkia niitä toimintoja, joiden avulla infektioiden synty pyritään ehkäisemään. Aseptinen työjärjestys toteutetaan aina puhtaasta likaiseen. Aseptiikkaan liittyviä keskeisiä käsitteitä ovat puhdistus, desinfektio ja sterilointi. Näiden peruselementtien avulla varmistetaan, että hoidossa käytetyt tilat ja välineet eivät aiheuta potilaalle infektioriskejä. (Hietala & Roth-Holttinen 1999, 70.)

Aseptisen työskentelyn kannalta oleellisia asioita ovat aseptinen työjärjestys (puhtaasta likaiseen), käsihygienia, riittävän ajan varaaminen työskentelyyn, hyvä työnsuunnittelu, välineiden varaaminen valmiiksi, kiireetön ja rauhallinen työympäristö, hyvässä valaistuksessa työskenteleminen sekä potilaan riittävä opetus ja ohjaus. (Hietala ym. 1999, 70.)

Aseptiikkaan kuuluu oleellisena osana aseptinen omatunto. Se on eettinen ohje siitä, millaista hoitoa potilaan tulee saada. Kaikilla potilailla on oikeus saada turvallista hoitoa ja hoitajan velvollisuus on toimia oikein. Jotta hoitaja ymmärtää ja osaa tämän, vaatii se häneltä tietoa ja taitoa soveltaa oikeaa aseptiikkaa hoitotyön käytän-

nössä. Hoitajan tiedollinen osaaminen koostuu teoreettisen, tutkitun tiedon ja kokemustiedon kartuttamisesta. Hoitotyö kehittyy ja muuttuu jatkuvasti ja vaatii uusia valmiuksia, joten hoitajan tulee kehittää pätevyyttään jatkuvasti. Hoitajan on tärkeää tunnistaa omat työskentelytavat, tarkkailla niitä jatkuvasti ja tunnistaa sekä tunnustaa mahdolliset virheet. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander, Puska & Söderström 2006, 36; Hietala ym. 1999, 70-71.)

Tavanomaisilla varotoimilla voidaan vähentää ja estää infektioiden siirtyminen potilaisiin. Tämä tarkoittaa sitä, että katkaistaan tartuntatie estämällä mikrobien siirtymisen työntekijästä potilaaseen, potilaasta tai potilaan lähiympäristöstä työntekijään tai työntekijän välityksellä toisiin potilaisiin. Varotoimissa on viisi keskeistä osaa. Nämä ovat oikea käsihygienia, oikea suojainten käyttö, oikeat työskentelytavat, pisto- ja viiltovahinkojen välttäminen sekä oikea välineiden käsittely. (Anttila ym. 2010, 28.)

Infektioiden ehkäisy tarkoittaa potilaan ihon sekä haavojen asianmukaista hoitoa, tarvittavan immunisaation sekä tartuntavaarallisten potilaiden eristämisen. Sentraalisten katetrien, iv- linjojen, intubaatioputkien, katetrien sekä nenämahaletkujen pitkityneen käytön vähentäminen ehkäisee runsaasti infektioita. Oleellisessa asemassa on kuitenkin tinkimätön käsihygienian toteuttaminen kaikkien sairaalassa olijoiden keskuudessa. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 90-91.)

Suomen tartuntalain mukaan sairaalainfektioilla tarkoitetaan terveydenhuollon toimintayksiköissä annetun hoidon aikana alkunsa saanutta tai syntynyttä infektiota. Hoitoon liittyville infektioilla altistuvien potilaiden määrä kasvaa jatkuvasti johtuen väestön ikääntymisestä sekä elimistön puolustusjärjestelmään kajoavien hoitojen yleistymisestä. Terveydenhuollon kustannustehokkuus asettaa paineita potilaspaikkojen sekä henkilöstön vähentämiselle, jotka asettavat selkeän uhan hoitoon liittyvien infektioiden lisääntymiselle. Tämä voi johtaa siihen, että hoitoon liittyvät infektiot lisääntyvät sekä erilaiset epidemiat lisääntyvät. Samanaikaisesti infektioiden torjunnassa on otettu merkittäviä askeleita kansainvälisesti ja toimintaa tullaan koko ajan kehittämään. (Anttila ym. 2010, 18.)

Käsihygienialla tarkoitetaan käsiin kohdistuvia toimenpiteitä, joilla vältetään infektioiden ja niitä aiheuttavien mikrobien siirtymistä käsien välityksellä potilaisiin sekä

muihin osastolla oleviin ihmisiin. Näihin toimenpiteisiin kuuluvat käsienpesu ja desinfiointi, käsien ihon hoitaminen sekä suojakäsineiden käyttö. Käsien pesu tehdään työvuoron alkaessa ja silloin kun kädet ovat näkyvästi likaantuneet. Käsihygieniaan liittyy tärkeänä osana pidättäytyminen sormusten, kellojen, käsikorujen ja kynsilakan käytöstä. (Tampereen kaupunki 2001; Syrjälä 2005.)

Kosketustartunta on tärkein hoitoon liittyvien infektioiden tarttumistapa. Tämän vuoksi alkoholipitoisen käsihuuhteen käyttö ennen ja jälkeen jokaisen potilaskontaktin kohdalla on tärkeää. Käsihygienian tärkeyden vuoksi WHO suosittelee käsihuuhteen käyttämistä viidessä tärkeässä kohdassa. Nämä ovat aina ennen potilaan koskettamista, ennen aseptisia toimenpiteitä, kehon nesteiden koskettamisen jälkeen, potilaskontaktin jälkeen sekä potilaan ympäristöön koskettamisen jälkeen. Jos käsihuuhtetta on kerrostunut käsiin, se voidaan huuhtoa pelkällä vedellä pois. Suojakäsineitä käytetään aina kun kosketetaan verta, kehon nesteitä tai eritteitä, rikkinäistä ihoa tai limakalvoja. Käsineitä käytetään aina haavanhoidossa sekä haavasidoksia poistettaessa. Suojakäsineiden käytöllä suojataan sekä potilasta että työntekijää. Suojakäsineet ovat potilas- ja toimenpidekohtaiset. Suojakäsineiden riisumisen jälkeen tulee aina käyttää käsihuuhtetta. Tehdaspuhtaita käsineitä käytetään infektioporttien käsittelyssä, eritteiden imemissä hengitysteistä, veren tai muun eritteen koskettamisessa, iv-katetrin laitossa, yli vuorokauden ikäisen leikkaushaavan koskettamisessa sekä eristyspotilaan hoitamisessa. Steriilejä suojakäsineitä tulee käyttää alle vuorokauden ikäisten leikkaushaavojen hoidossa sekä kestopatetrin laitossa. Käsineiden riisumisen jälkeen tulee aina käyttää käsihuuhtetta. (Anttila ym. 2010, 28; Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2010, 796.)

4.2 Kosketuseristys

Kosketuseristys eroaa tavanomaisista varotoimista kahdessa asiassa. Kosketuseristyksessä potilas sijoitetaan omaan huoneeseen. Tämä tarkoittaa sitä että vähintään suojakäsineitä tulee käyttää aina. Potilaan eristämällä pyritään estämään erilaisten mikrobien tarttumista muihin potilaisiin, työntekijöihin sekä vierailijoihin tartuntateitä katkaisemalla. Jotta asianmukainen eristys toteutuu, on tärkeää, että henkilökunta perehdytetään ohjeisiin hyvin ja että suojainten hankintaan on varattu tarpeelliset re-

surssit. Eristystoimien lisäksi on tärkeää, että on riittävästi koulutettua henkilökuntaa, asianmukaiset potilashuoneet sekä riittävä infektioiden torjuntaan perehtynyt henkilöstö koko sairaanhoidon alueella. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä toimii infektioiden torjunta- tai sairaalahygieniayksikkö, jota johtaa yleensä infektiolääkäri ja siellä toimii monta hygieniahoitajaa. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 93; Anttila ym. 2010, 28, 184.)

Eristysluokat ovat ilmaeristys, pisaraeristys ja kosketuseristys. Jokainen näistä kolmesta eristysluokasta perustuu nimensä mukaisen pääasiallisen tartuntatavan katkaisuun. Tartuntaeristys soveltuu hoitoon liittyvien infektioiden torjuntaan silloin, kun tartunnanlähde on tiedossa ja mikrobien leviäminen on estettävissä tartuntateitä katkaisemalla. Eristyksessä olevan potilaan kohdalla käytetään käsien desinfektiota, suojainhoitoa joka pitää sisällään instrumenttien, suojatakin tai esiliinan, suojakäsineiden, suu- nenäsuojaimen tai hengityksensuojaimen ja silmäsuojaimen käyttöä, tilaneristämistä sekä erillistä ilmastointijärjestelyjä. Potilaan sijoittaminen eristykseen vaatii usein tilajärjestelyjä, ylimääräisiä tarvikkeita ja välineitä sekä lisätyötä. Potilas voi usein kokea eristyksen ahdistavana. Siksi potilaan informoiminen tilanteesta on tärkeää ja on pyrittävä riittävään, mutta ei liialliseen eristystoimeen. Eristystoimet pyritään sopeuttamaan potilaan muuhun hoitotyöhön. Potilaan hoidon taso ei eristyksen vuoksi saa laskea. Potilaan riittävän ohjauksen tukemiseksi tulee hänelle kertoa, miksi hänen pitää olla eristyksessä, mikä hänessä on tarttuvaa, miksi suojaimia käytetään ja miten kauan eristystä on tarpeen jatkaa. Potilaalle tulee myös kertoa, mitä hän voi itse tehdä estääkseen tartunnan leviämistä. Eristyksestä on aina tiedotettava siten, että tieto menee sitä työssään tarvitseville, mutta ei kuitenkaan sivulaisille eikä muille potilaille. Eristyksestä tulee aina kirjata potilaan papereihin. Myös osastolta toiselle siirtäessä tulee informoida eristyksestä jo etukäteen. (Anttila ym. 2010, 185–195.)

Eristys voidaan toteuttaa myös kohortointina. Se tarkoittaa sitä, että kohortti voi olla potilashuone, jossa on useampi samaa infektiota sairastava potilas, tai osa osastoa, jonne siirretään kaikki samaa infektiota sairastavat ja muut lähetetään kotiin tai toiselle osastolle jatkohoitoon. (Mustajoki ym. 2010, 799.)

4.3 Ympäristön puhtaus

Sairaalaympäristöllä tarkoitetaan kaikkia tiloja, pintoja, huonekaluja, välineitä ja aineita, joita sairaalan sisällä on. Sairaaloiden ja hoitolaitosten puhtaudella ja siivoamisella on tärkeä merkitys hoitoon liittyvien infektioiden torjunnassa. Siivouksella tarkoitetaan puhtautta ylläpitävää toimintaa, jonka avulla poistetaan pinnoilta niiden ulkonäköä, hygieenisyyttä ja kestoikää vaarantava lika. Siivouksen tavoitteena on turvallinen, puhdas ja toimiva ympäristö, jolla on tärkeä esteettinen sekä psykologinen merkitys ihmisten käyttäytymiselle. Riittävä puhtaustaso saavutetaan oikeiden siivousmenetelmien ja puhdistusaineiden käyttämisellä. Huoneiden ja käytävien siivouksessa on tärkeää puhdistaa riittävän usein sellaiset paikat, joihin potilaat, henkilökunta ja omaiset koskettavat useita kertoja päivässä. Potilaiden vaihtuessa tulee tehdä normaalia siivousta perusteellisempi siivous ehkäisemään mikrobikantojen siirtymistä edelliseltä potilaalta seuraavaan potilaaseen. Siivouksessa on tärkeää noudattaa aseptista työskentelyjärjestystä. Pyykin ja jätteiden oikeasta säilytyksestä ja lajittelusta tulee huolehtia. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 97–98; Anttila ym. 2010, 129, 584.) Kaikkien pintojen ja hoitovälineiden puhdistaminen kuuluu sairaalan aseptiikan perusmenetelmiin. Hoitoympäristön pinnoilla elävät mikrobit saattavat aiheuttaa kontaminaation käsien, hoitovälineiden tai ilmajvirtojen avulla. (Hietala ym. 1999, 71.)

5 TIEDONKULKU

Tiedonkulku on oleellinen osa hoidon laatua. Hoitopolkuajattelulla kuvataan asiakkaan tai potilaan hoidon etenemistä kotoa hoitolaitokseen, kulkemista hoitolaitoksen eri yksiköiden sisällä ja eri laitosten välillä sekä hoitolaitoksesta kotiin. Potilaan hoidon kannalta merkittävää on nopeus, joustavuus ja yhteistyö sekä kiinteä hoitosuhde. Nämä merkitsevät mm. ammattitaitoisen hoidon saamista oikea-aikaisesti, potilastytyväisyyttä sekä sujuvaa tiedonkulkua. (Kerttunen, Korjonen, Kurtti & Paasovaara 2008.)

Saumaton tiedonkulku on tärkeä osa potilasturvallisuutta ja potilaan hoidon jatkuvuutta. Se säästää terveydenhuollon kustannuksia ja vapauttaa hoitajien aikaa potilaskohtaiseen hoitotyöhön. Avoimen kommunikaation toteutumisen voi kuitenkin estää huono ammattiryhmän sisäinen keskinäinen kunnioitus ja keho lähijohtaminen (Kinnunen & Peltomaa 2009, 86). Kommunikaatio-ongelmia aiheuttaa myös standardoidun ja strukturoidun tiedonvälityksen puute, epäselvyydet hoitovastuusta tiimin sisällä, sukupuoli, etninen tausta ja erilaiset kommunikaatiotyylit hoitajien ja lääkäreiden välillä. Hoitajat ovat usein hyvin yksityiskohtaisia raportoinnissaan, kun taas lääkärit ovat tottuneet tiivistettyyn, vain pääkohdat sisältävään raportointiin. (Kupari, Peltomaa, Inkinen, Kinnunen, Kuosmanen & Reunama 2012.)

Kohdeosastolla on käytössä sekä hiljainen että suullinen raportointi. Hiljainen raportointi tapahtuu iltavuorolaisten saapessa työvuoroon. Tämä tarkoittaa sitä, että iltavuoroon tulevat hoitajat lukevat itse oman alueensa hoidettaviin potilaisiin liittyvät taustatiedot sekä raportin, jonka aamuvuoro on potilaasta kirjannut. Aamu- ja yövuoroon saapuville hoitajille pidetään suullinen raportti.

5.1 Tietojärjestelmät

Sairaalaympäristössä tapahtuvassa tiedonkulussa on tapahtunut tietotekniikan kehityksen myötä suuria muutoksia. Tietojärjestelmien pitäisi kuitenkin olla yhtenäisempiä ja ”puhua” riittävästi keskenään. (Hiltunen 2009.) Kunnat vastaavat itse tietojärjestelmien hankinnasta ja vuosien aikana on otettu käyttöön erilaisia tietojärjestelmiä, joiden kehittäminen ja yhteensovittaminen ovat osoittautuneet hankaliksi. (STM:n www-sivut 2012.)

Erilaisia potilastietojärjestelmähankeita on käynnissä tällä hetkellä monia ja uusiin järjestelmiin laitetaan rahaa suuria summia muun muassa potilasturvallisen tiedonkulun parantamiseksi. Suurimpia uudistuksia on tekeillä esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä, jossa yhteisen potilastietojärjestelmän tulisi olla käytössä vuoteen 2017 mennessä. Kansalliseen Terveysarkistoon (KanTa) liittyvistä palveluista sähköistä potilaskertomusarkistoa (eArkisto) on pilotoitu Kuopiossa jo vuodesta 2011. KanTa-palveluihin kuuluu myös sähköinen reseptipalvelu (eResepti).

Uusien järjestelmien käyttöönotto leviää vaiheittain ja kaikkien julkisten terveydenhuoltolaitosten tulee ottaa käyttöön eResepti viimeistään huhtikuussa 2013 sekä eArkisto viimeistään syyskuussa 2014. Terveydenhuollon tietojärjestelmät ja tiedonkulku ovat siis lähivuosina kokemassa suuria mullistuksia, mikä vaatii resursseja ja merkitsee toiminnallisia muutoksia sekä henkilökunnan kouluttamista uusien järjestelmien käyttäjiksi. KanTa-hankkeseen arvioidut kokonaiskustannukset yltyvät noin 200 miljoonaan euroon. (STM:n www-sivut 2012; Kuopion kaupungin www-sivut 2012.)

Se, että hoito-organisaatioilla on omat tietojärjestelmänsä, on lisännyt hoito-organisaatioiden rajapintojen välisiä ongelmia. Lano (2008, 36-37) raportoi tutkimuksessaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä informaationprosessin kehittämistä hoitoketjun rajapinnoissa, että monet asiat, kuten esimerkiksi potilastietojen katselu ovat organisaation sisällä helppoja ja yksinkertaisia, mutta kun pitäisi saada tietoa käyttämällä toisen organisaation järjestelmää, asiat muuttuvat huomattavasti vaikeammiksi. Erilaisia puutteita tai ongelmia tietojärjestelmiin liittyen saattaa olla toimintahäiriöt ja viat, yhteensopivuusongelmat esimerkiksi kahden eri tietojärjestelmän välillä sekä varajärjestelmän puuttuminen tai huono saatavuus (Helovuo ym. 2011, 68).

Sosiaali- ja terveysministeriön kanta on, että se ei halua Suomeen yhtenäistä potilastietojärjestelmää. Tällä hetkellä 20 sairaanhoitopiiristä 11:llä on käytössä Effica-ohjelma ja suurin osa kunnista käyttää Efficaa. Satakunnan sairaanhoitopiirin yksiköistä osalla se on jo käytössä. STM viittaa muualla maailmassa tehtyihin kokeiluihin kansallisesti yhteisen potilastietojärjestelmän käytöstä ja raportoi, että se ei ole toiminut missään päin maailmaa. (STM: Suomeen ei haluta yhtä... 2012.) Kansainvälisissä vertailuissa Suomi on huipputasoa terveydenhuollon sähköisessä tiedonhallinnassa. Johtavina maina Suomen rinnalla ovat myös Ruotsi ja Tanska. (STM:n www-sivut 2012.)

5.2 Dokumentointi ja raportointi

Perusteellinen ja hyvä kirjaaminen eli dokumentointi luo pohjan turvallisuusriskien hallinnalle. Hyvä dokumentointi on perusedellytys hoidon jatkuvuuden takaamiseksi ja hyvän tiedonkulun varmistamiseksi. Se on keskeinen hoitotyön ammattilaisen työtehtävä ja siihen päteeikin sanonta: ”se mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty”. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjojen laatimisesta ja kaikkeen hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä määritellään kenen, miten, missä laajuudessa ja missä ajassa merkinnät tulisi suorittaa sekä miten mahdolliset virhemerkinnät korjataan. (Helovuori ym. 2011, 72; Saari 2012, 5-6.)

Työyhteisöissä tulisi olla yhteisesti sovitut selkeät käytännöt tiedon jakamisesta hoitoketjussa toimivien kesken. Määräykset ja hoito-ohjeet tulisi varmistaa toistamalla, kirjaamalla ne selkeästi sekä välittömästi. Jokaista merkintää tulisi seurata myös merkinnän tekijän allekirjoitus. Myös suullisen raportoinnin systemaattisuuteen ja sisältöön tulisi panostaa. Tässä apuna voidaan käyttää esimerkiksi ISBAR-menetelmää. (Helovuori ym. 2011, 72.)

ISBAR-menetelmä (tai SBAR-menetelmä) on Yhdysvaltojen puolustusvoimissa 1990-luvulla kehitetty työkalu toimivaan kommunikointiin ja sen parantamiseen, mistä se on levinnyt myös terveydenhuoltoon. ISBAR koostuu strukturoidusta mallista (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation). Menetelmän avulla on mahdollisuus järjestää olennaista informaatiota selkeään ja tiiviiseen muotoon suullisesti raportoitaessa potilaasta. ISBAR-menetelmä voi vähentää vaaratapahtumia, se kehittää kriittisen ajattelun taitoja ja rohkaisee tekemään toimintaehdotuksia. Raportin antajan tulee käyttää selkeitä, tarkkoja ilmaisuja ja vastaanottajalle tulee antaa mahdollisuus kysymyksiin. Menetelmässä tulee käyttää niin sanottua suljetun ympyrän viestintää, jossa vastaanottajan toistaa kuulemansa. Menetelmä on hyvin yksinkertainen, mutta uusien työtapojen opettelu vie henkilökunnalta aikaa ja haasteena on usein vanhasta poisoppiminen. (Kupari ym. 2012.)

5.3 Tiedonkulku potilassiirroissa

Tiedonkulun katkeaminen tai väärinymmärtäminen ovat yleisiä haittatapahtumien syitä prosessin eri rajapinnoissa, esimerkiksi potilasta siirrettäessä yksiköstä toiseen (Helovuola ym. 2011, 72). Hyvinkään sairaalassa vuonna 2005 tehdyssä tutkimuksessa tiedonkulun toimivuudesta organisaatorajat ylittävissä potilassiirtotapauksissa voitiin havaita, ettei tiedonkulku ole aina saumatonta. Tutkimuksessa kuvattiin tiedonkulkua potilassiirroissa potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidon vuodeosastolta terveyskeskuksen vuodeosastolle ja selvitettiin omahoitajan osallisuutta siirroissa. Aineisto kerättiin haastattelemalla viittä sairaanhoitajaa Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosastolla ja Hyvinkään terveyskeskussairaalan vuodeosastolla. (Kerttunen ym. 2008, 26-27.)

Sujuva ja päällekkäisiä tehtäviä poissulkeva potilaan siirtoprosessi on yksi hoitotyön laatutekijä hoidon jatkuvuuden kannalta. Hoitajilta ei myöskään kulu turhaa aikaa saman tehtävän toistamiseen eikä tapahdu resurssien hukkakäyttöä. Tuloksista ilmeni, että kirjallista (hiljaista) ja suullista raportointia tulisi yhdenmukaistaa ja valmiiksi tiedossa olevien siirtyvien potilaiden lääkärintarkastuksia aikaistaa, jotta hoitajalle jäisi enemmän aikaa siirtoilmoituksesta huolehtimiseen ja siihen tärkeiden tietojen (potilaan yleistila, ravitsemus, liikkuminen ja apuvälineet) kirjaamiseen. Myös lääkekorttien kirjaamisen menetelmä tulisi yhdenmukaistaa; tällöin hoitajien työstä jäisivät pois puhelimitse tehtävät lääketarkistukset. Tätä pidettiin tärkeänä potilaan lääkehoidon jatkuvuuden kannalta ja hoitajien aikaa säästävänä toimena. (Kerttunen ym. 2008, 26-27.)

Tulokset kertoivat myös, että päällekkäisiä toimintoja tapahtui tiedonkulussa potilassiirtoprosessin eri vaiheissa. Hoitajilta kului paljon aikaa tutkimustulosten kopioimiseen ja potilasasiakirjojen yhteen kokoamiseen. Tämä on työlästä osittain siksi, että yhteistä sähköistä tietojärjestelmäkantaa ei eri organisaatioiden välillä ole. Omahoitajuus näytti tukevan sujuvaa siirtoprosessia ja sulkevan päällekkäisiä työvaiheita pois. Potilassiirtoihin käytettävä aika yllätti ja siihen kuului paljon erilaisia asioita ja työvaiheita. Todettiin, että yhtenäinen tietokanta parantaisi hoidon jatkuvuutta myös laadullisesti. Työnjaon selkiyttäminen ja työtehtävien delegoiminen mahdollistaisivat potilastietojen saumattomamman etenemisen. (Kerttunen ym. 2008, 26-27.)

6 FYYSISEN YMPÄRISTÖN JA LAITTEIDEN TURVALLISUUS

Fyysisen ympäristön turvallisuus on tärkeää sekä potilaalle, omaisille että henkilökunnalle. Fyysiseen ympäristöön luetaan työtilojen rakenteet, järjestelyt ja muut työympäristön piirteet, jotka joko haittaavat tai edistävät työn tekemistä turvallisesti. Pohjarakenteiden, huoneiden ja sisustuksen tulisi mahdollistaa turvallisesti toimiminen ympäristössä. Vaaratapahtuman syntyyn voi myötävaikuttaa esimerkiksi tilojen sekavuus, ahtaus, melu, heikko valaistus ja puutteellinen puhtaanapito. Myös hoitoympäristöön kuuluvien huonokuntoisten kalusteiden ja välineistön käyttö voi aiheuttaa vaaratilanteita. Jos epäkohtiin ei voida puuttua ja esimerkiksi potilaan rikkinäistä apupöytää korjata, syntyy helposti epävirallisia tapoja ja virityksiä korjata kalusteeseen liittyvä käyttöongelma. Nämä epäviralliset tavat saattavat taas muodostaa uusia toisenlaisia riskejä, joita on vaikea ennakoida. (Helovuo ym. 2011, 67.)

Potilaiden kaatumiset tai putoamiset sairaalaympäristössä ovat siinä mielessä hankalia, että ne tapahtuvat hoidon aikana ja pitkittävät hoitoaika. Tämän tyyppisen haittatapahtuman syntyyn on monta mahdollistavaa seikkaa kuten kotioloista poikkeava, tuntematon fyysinen ympäristö. Kaatumis- ja putoamistapaturmia voidaan kuitenkin ehkäistä opettamalla ja totuttamalla potilas toimimaan sairaalaympäristössä, pitämällä potilaan sänky tarpeeksi matalalla sekä henkilökohtaiset esineet ja soittokello käden ulottuvilla. Vuoteessa käytettävien laitojen käytöstä tulee sopia potilaskohtaisesti. Ympäristöstä tulee tehdä mahdollisimman riskivapaa siten, että esimerkiksi lattian pintamateriaalit eivät altista liukastumisille, lattialla ei loju ylimääräistä tavaraa ja valaistusta on mahdollista käyttää myös yöllä. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 91-92.)

Laitteiden ja tarvikkeiden turvallisuuteen vaikuttavat niiden saatavuus, käytettävyys, toimintakunto ja ergonominen suunnittelu. Myös tilojen puutteellinen suunnittelu sekä riittämätön laitteiden huolto tai koulutus niiden käyttöön ovat yleisiä vaaratapahtumiin johtavia syitä. Erityisesti lääkinnällisten laitteiden käyttö on lisääntynyt ja ne toimivat hyvänä apuna potilaan hoidossa, mutta sisältävät myös riskejä. Yhdistettynä lääkkeiden annosteluun laitteiden vaikutus potilaan turvallisuuteen kasvaa. Esimerkiksi infuusiopumpun väärinkäytöllä voidaan saada aikaan vakavia vaaratilanteita. (Helovuo ym. 2011, 68-72.)

Yksikössä voi olla samoja laitteita usealta eri valmistajalta ja jokainen laite vaatii hieman eri osaamista. Tämä lisää monimutkaisuutta laitteiden hallittavuudessa sekä käytössä. Erilaisia puutteita tai ongelmia laitteisiin ja tarvikkeisiin liittyen saattaa olla toimintahäiriöt ja viat, epäselvä käyttöliittymä ja yhteensopivuusongelmat. Epävarmuus ja hankaluudet työssä välttämättömän teknologian käytössä vaikuttavat kokonaistyökuorman määrään ja häiritsevät keskittymistä muihin tehtäviin. Ongelmanratkaisuun kuuluu turhaa energiaa ja siitä aiheutuvat stressi sekä muun työn viivästymisen merkitsee ylimääräistä työkuormaa. Turvallisuus kriittisillä aloilla ja erityisesti sosiaali- ja terveysalalla on paljon kehitettävää työvälineiden peruskäytettävyydessä. Helppokäyttöiset ja käyttäjäystävälliset laitteet edistävät potilasturvallisuutta. Laitteiden käyttäjien tulisi voida osallistua hankintaprosesseihin ja arvioida laitteiden helppokäyttöisyyttä sekä raportoida niiden käytössä esiin tulevista ongelmista. (Helovuola ym. 2011, 68-72.)

7 INHIMILLISET TEKIJÄT JA TYÖHYVINVOINTI

Inhimilliset tekijät vaikuttavat merkittävästi potilasturvallisuuteen. Terveystieteiden kulttuurissa ei perinteisesti ole hyväksytty inhimillisiä virheitä. Toiminnassa korostetaan huolellisuutta ja tarkkaavaisuutta, jotta virheitä ei tapahtuisi. Virheitä kuitenkin tapahtuu ja ne ovat luonnollinen osa ihmisen elämää. Virheiden tekeminen on inhimillistä, mutta niiden hallinta on ammattitaitoa. Inhimillisestä virheestä on kyse silloin, kun virheen pääasiallisena syynä on ihmisen toiminta eikä esimerkiksi vika teknisessä järjestelmässä tai laitteessa. Taustavaikuttajia ihmisten tekemiin inhimillisiin virheisiin saattaa olla väsymys, työkuorma ja stressi, jotka taas vaikuttavat ihmisen tarkkaavaisuuskykyyn sekä muistitoimintoihin niitä heikentämällä. (Helovuola 2009, 99; Helovuola ym. 2011, 75-76.)

Perinteisesti inhimilliseksi virheeksi on tulkittu sellainen haittatapahtuma, jonka synnylle ei löydy parempaa selitystä. Usein emme tunnista tekemämme virhettä, vaan vasta toiminnan lopputulos kertoo, oliko toimintamme lopulta turvallista vai ei. Ru-

tiinityössä sattuvat vaaratapahtumat kuten väärinkäsitykset ja unohdukset kulkevat huomaamatta ohi, kunnes jotain sattuu ja ihmisen toiminnan huomataan myötävai-kuttaneen vaaran tai haitan syntyyn. (Helovuo 2009, 99; Helovuo ym. 2011, 75-76.)

Virheiden psykologian ja inhimillisten tekijöiden tutkimuksessa ansioitunut James Reason (2000) on todennut, että useimmat virheet ovat piileviä, toteutumistaan odot-tavia virheitä, jotka syntyvät huonosti suunnitelluista prosesseista ja hoitojärjestel-mistä. Vahingot ovat toisiaan seuraavien tapahtumien tulosta. Reason kuvaa tätä ta-pahtumaa niin kutsutulla Swiss Cheese eli reikäjuusto -mallilla. Juusto on siivujen muodossa ja reiät niissä kuvastavat järjestelmien heikkouksia, joilla on tässä mallissa taipumus aueta, sulkeutua ja vaihtaa paikkaa. Tämä tarkoittaa sitä, että usein vaarata-pahtuman kehitysprosessi pysähtyy eikä lopullista vahinkoa synny. Tapahtumasarja kuitenkin kulkee loppuaan kohti pysähtymättä, kun olosuhteet ja niissä toimivat ih-miset ovat sattuman varaisesti oikeissa kohdissa. Tätä voidaan kuvastaa juustosiivu-jen reikien olemisella oikeilla kohdilla, jotka läpäisemällä kehittyvä vaaratapahtuma pääsee toteutumaan. (Pasternack 2006, 7.)

7.1 Tarkkaavaisuus, vireystila ja muisti

Jokainen tietää omasta kokemuksestaan, että ihmisen tiedonkäsittelyprosessissa tark-kaavaisuus ja muistikapasiteetti ovat rajallisia. Asiat pysyvät aktiivisessa työmuistis-sa noin puoli minuuttia ja noin 5-7 asiaa samanaikaisesti. Unohdukset, erehdykset ja muut inhimillisten virheiden muodot, joita sattuu ja tapahtuu, ovat usein seurausta näistä rajoituksista. Kesken oman työn huomio kiinnittyykin vieressä soivaan puhe-limeen, vaikka siihen ei tarvitsisi vastata tai työkavereiden käymään keskusteluun, vaikka et itse siihen osallistuisi. Kaikki asiat, joita aistit havaitsevat, vievät osan huomiosta pois varsinaisesta tehtävästä. Joka kerta ulkoinen tekijä vie hetkellisesti huomion siitä, mitä ollaan juuri tekemässä. (Helovuo ym. 2011, 80; Työturvallisuus-keskus TTK:n [www-sivut](http://www.ttk.fi) 2008.)

Väsytys voi olla joko akuuttia pitkän valvellaoloajan seurauksena tai kauan jatku-neen vajaan unimäärän aiheuttamaa. Väsymyksen vaikutukset tuntuvat keskittymis-kyvyn puutteena, tarkkaavaisuuden alenemisena, päättelykyvyn ja päätöksentekoky-

vyn heikkenemisenä, ärtymyksenä ja fyysisenä uupumisena. Vireystilan aleneminen vaikuttaa ihmisen suorituskyykyyn. Väsymyksen kokeminen on varmasti tuttua monelle vuorotyöntekijälle. Riittävän palautumisen tulee olla mahdollista ja työtuntien pysyä lakisääteiden puitteissa. Stressi, kuten kiihtymyskin, vaikuttavat ihmisen tiedonkäsittelyyn ja heikentävät suoritustasoa etenkin ajattelukykyä vaativissa tehtävissä. Pienessä määrässä ja lyhytkestoisena stressi on hyvä, suorituskyykyä lisäävä tila. (Helovuom ym. 2011, 80; Työturvallisuuskeskus TTK:n www-sivut 2008.)

Dawson & Reid (1997) tutkivat Australiassa väsymyksen ja humalatilan aiheuttamaa suorituskyyvyn heikkenemistä. Tulokset osoittivat, että vuorokauden valvominen vastaa suorituskyyvyssä promillen humalatilaa. Yli vuorokauden kestävät yhtäjaksoiset työvuorot ovat terveydenhuollossa vielä tavallisia, etenkin lääkäreillä ja ensihoitajilla. Tuskin kukaan potilas hyväksyisi humaltuneen ihmisen hoitamaan häntä, mutta yhtäläillä potilas voisi vaatia, että häntä hoitavan henkilökunnan on ollut saatava tarpeeksi unta työvuoroa edeltävänä vuorokautena. (Helovuom ym. 2011, 79-81.)

Hoitotyössä monia asioita on havainnoitava samaan aikaan. Tarkkaavainen henkilö poimii ympäristöstään aktiivisesti ja nokkelasti tietoa ja pyrkii sen avulla pysymään tilanteen tasalla. Hoitajan tarkkaavaisuus joutuu koetukselle monessa potilaan hoitoon liittyvässä tilanteessa. Usein tarkkaavaisuutta joudutaan kääntämään pois meillä olevasta tehtävästä ja esimerkiksi samankaltaiset laitteista lähtevät äänihälytykset saattavat hämätä. (Helovuom ym. 2011, 78.)

7.2 Työkaluja inhimillisen erehtymisen eliminointiin ja työhyvinvoinnin edistämiseen

Työryhmän toiminta vaatii koordinoitua ja työnjakoa. Hyvässä tiimityöskentelyssä jokaiselle on osoitettu oma tehtävänsä ja tiimissä on myös varmistettu, että jokainen osaa hoitaa itselle osoitetun tehtävän. Roolien, vastuiden ja tehtävien epäselvyydet johtavat niin sanottujen harmaiden alueiden ja olettamuksien syntyyn. Tämä on uhka potilasturvallisuudelle. Aina usean ihmisen työpanos ei ole potilasturvallisuutta lisäävä tekijä. Pahimmillaan jaettu vastuu voi johtaa siihen, että kaikki luulevat jonkun muun varmistaneen asian ja todellisuudessa kukaan ei ole varmistanut asiaa. Näissä

tilanteissa avoimen tiedonkulun ja viestinnän tärkeys korostuvat entisestään. (Helovuoto ym. 2011, 78-84.)

Työympäristöä kehittämällä voidaan varmistaa tarpeellisen informaation olevan saatavilla ja tilannekuvan ylläpitäminen hoitoprosessien kriittisissä vaiheissa. Kommunikointi on kaikkein tärkein työkalu inhimillisten virheiden hallinnassa. Juuri aktiivisella tiedonkululla ja kommunikoinnilla kaikki saatavilla oleva tieto voidaan hyödyntää tilannekuvan muodostamiseksi. Turvallisuutta voidaan vaalia helpottamalla esimerkiksi pelkän muistin varassa toimimista teknisillä ratkaisuin, dokumentaatiolla ja erilaisilla tarkistus- ja varmistusmenettelyillä. (Helovuoto ym. 2011, 76-78.)

Terveystarkastuksissa ja ilmailussa käytettäviä tarkistuslistakäytäntöjä on usein verrattu toisiinsa. Tarkastuslistojen merkitys perustuu siihen, että niillä minimoidaan inhimillisten erehdysten riski. Listat auttavat työntekijää varmistamaan tärkeimmät tilanteeseen liittyvät työtehtävät tehdyiksi. WHO:n laatimaa leikkaussaliin tarkoitettua tarkistuslistaa testattiin vuoden ajan kahdeksassa eri maassa. Tutkimustulosten perusteella osoitettiin, että leikkauksissa kuolleiden määrä laski 1,5 prosentista 0,8 prosenttiin sekä komplikaatioiden määrä yhdestätoista prosentista seitsemään prosenttiin. (Helovuoto 2009, 106.)

Työhyvinvointi on kokonaisuus, jossa yhdistyvät työ, terveys, turvallisuus ja hyvinvointi. Mielekäs työ, hyvä työyhteisön henki ja työpaikalla solmitut sosiaaliset ihmissuhteet lisäävät työssä viihtyvyyttä, jatkamista ja jopa pidentävät työpäiviä. Työn hallinnan tunne myötävaikuttaa myös turvallisuuteen. Se on yksi turvallisuuskulttuurin ulottuvuus. Tunne työn hallinnasta lähtee siitä, millaiseksi henkilö kokee työnsä hänelle asettamat vaatimukset ja omat kykynsä vastata niihin. Työ voidaan kokea myös voimavarana. Voimavarojen tunnistaminen auttaa esimerkiksi stressin hallinnassa antamalla puhtia työpäivään. (Helovuoto ym. 2011, 70; Työturvallisuuskeskus TTK:n www-sivut 2008.)

Stressi on usein työhyvinvointiin liitetty käsite. Stressi on elimistön, mielen ja tunne-elämän reaktio normaalin elämän tasapainoa järkyttävään tilanteeseen. Yksilölliset erot stressin kokemisessa ovat huomattavia. Liiallinen työn kuormittavuus ja työpaineet aiheuttavat pidemmän päälle henkistä uupumusta ja sillä on merkittäviä vaiku-

tuksia yksilön hyvinvoinnille kaikilla elämänaalueilla. Työuupumus ilmenee voimakkaana väsymyksenä, kyynisyytenä, motivaation ja sitoutumisen puutteena työhön. Työpaikoilla tulisi olla järjestelmiä työntekijän stressin arvioimiseen sekä toimintamalleja, miten haitallinen stressi kohdataan ja käsitellään. (Työturvallisuuskeskus TTK:n www-sivut 2008.)

Hoitavan henkilökunnan on tunnettava omaa hyvinvointiaan heikentävät tekijät, koska omasta hyvinvoinnista huolehtiminen ja omien rajojen tunnistaminen on eettisesti tärkeää ja avain työssä jaksamiseen. Kehityskeskustelut sekä säännöllisesti toteutetut työilmapiirin arvioinnit antavat kuvaa työyhteisön voinnista ja tarvittaessa mahdollisuuden sen kehittämiseen kohti parempaa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 19; Työturvallisuuskeskus TTK:n www-sivut 2008).

7.3 Hoitajien arvot ja asenteet

Arvojen määrittäminen on vaikeaa. Hoitotyössä arvoja ei sellaisenaan voi nähdä, vaan ne ovat ihmisten ajatusmaailmassa ja voimme tehdä niistä päätelmiä heidän toimintansa perusteella. Arvojen kannattaja on henkilö, joka hyväksyy arvon, omistautuu sille ja pitää sen toteutumista tärkeänä. Ihmisillä saattaa olla heidän menneisyydestään tai elämänfilosofiastaan johtuvia periaatteita, jotka ohjaavat heidän toimintaansa. Jokaisen henkilökohtaiset arvot muodostavat perustan yksilön toiminnalle ja sille, mihin hän pyrkii, miten hän toimii ja miten hän arvioi toimintaansa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 62-64, 338.) Omien arvojen mukainen toiminta vaatii omien arvojen tunnistamista. Potilaan hoidon laadun varmistamisen tulee olla luonnollinen osa jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen työtä. Tietoisuuden juuret ovat oman ammatin peruskoulutuksessa ja siellä etenkin etiikan opetuksessa. (Leino-Kilpi 2008.)

Hoitava henkilö ei toimi ammattikuntansa jäsenenä ainoastaan omien vakaumuksiensa ja arvojensa mukaan. Eri ammattikunnilla on omat arvonsa ja eettiset ohjeet. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet toimivat meidän ammattikuntamme ohjenuorana. Ammatillisuudessa korostuu sitoutuminen esimerkiksi potilasturvallisuutta edistäviin periaatteisiin ja yhteisesti sovittuihin toimintatapoihin sekä toiminnan kehittämiseen.

Ammattikunnan näkemys arvoista takaa sen, että mahdollisimman moni hoitajista toimii samansuuntaisesti ja että toiminta on laadukasta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 165; Satakunnan sairaanhoitopiirin laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnitelma, 3.)

8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia hoitohenkilökunnan näkökulmasta potilasturvallisuuteen liittyviä haasteita eräällä kirurgian vuodeosastolla Satakunnan keskussairaalassa. Tavoitteena oli kartoittaa oleellisia ongelmakohtia sekä nostaa esiin mahdollisia kehittämisajatuksia. Tutkimus toteutettiin haastatteleamalla osaston hoitohenkilökuntaa. Potilasturvallisuuden kehittämistarpeet ja -ideat antavat lähtökohdat osaston henkilökunnalle potilasturvallisuuden kehittämisessä pidemmälle sekä pohjan mahdolliselle jatkotutkimukselle tai -projektille.

Tutkimustehtävät:

1. Mitkä ovat hyvän potilasturvallisuuden tunnuspiirteet kirurgian vuodeosastolla?
2. Mitä haasteita kirurgisessa hoitotyössä ilmenee potilasturvallisuuden näkökulmasta?
3. Millaisia potilasturvallisuuden kehittämisajatuksia hoitohenkilökunnalla on?

9 TUTKIMUSMETODISET LÄHTÖKOHDAT

9.1 Tutkimusmenetelmä

Tämä tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Tämän tutkimusmetodin eli -menetelmän valintaan päädyttiin, koska tavoitteena on saada tietoa osastolla työskentelevien hoitajien subjektiivisista kokemuksista ja mielipiteistä potilasturval-

lisuuden toteutumisesta hoitotyön eri alueilla. Metodi soveltuu parhaiten auttamaan ymmärtämään kohdeosaston potilasturvallisuuskulttuuria ja sen muodostumiseen liittyviä tekijöitä. Aivan työn alkuvaiheessa harkittiin myös kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen mahdollisuutta, jossa tutkimusaineisto olisi kerätty haastattelulomakkeen avulla, mutta se ei olisi palvellut tutkimustavoitteita tarpeeksi hyvin eikä olisi antanut tyydyttäviä vastauksia tutkimuskysymyksiin. (Metsämuuronen 2006, 83.) Kvalitatiivista tutkimusta on hieman vaikea määritellä selvästi, koska sillä ei ole omaa selkeää teoriaa tai täysin omaa metodologiaa eli tutkimustekniikkaa. Laadullisessa tutkimuksessa käytetty havainnointi on yksi tärkeä tekniikka, jolla yritetään ymmärtää toista kulttuuria – tässä tapauksessa kohdeosaston potilasturvallisuuskulttuuria. Havainnoinnissa on kyse tutkimuksen kohteen objektiivisesta eli puolueettomasta tarkkailusta. Havainnoista kerätään aineistoa esim. tilanteen ääninauhoitetta tukevilla muistiinpanoilla. (Metsämuuronen 2006, 116.) Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole löytää keskimääräisiä yhteyksiä asioiden välillä eikä tilastollisia säännönmukaisuuksia, vaan sen tarkoituksena on aineiston kylläntyminen. Käsite *kylläntyminen* tarkoittaa, että haastattelutilanteessa tutkijat jatkavat työtään ja keräävät tietoa niin kauan kuin haastattelut tuovat tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistosta ei tehdä yleistäviä päätelmiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 181-182.)

Laadullisesta tutkimuksesta tulee aina tutkijansa näköinen eli joka kerta se on hieman erilainen tai tyylinen. Sen luonne on tulkinnallinen ja esimerkiksi teemahaastattelutilanne on aina itse tutkijan ohjaimissa, joilla hän voi ohjata haastattelua muun muassa haastattelutilanteessa nouseviin etukäteen suunnittelemtomiin teemoihin tai keksiä uusia johdattelevia kysymyksiä. (Hirsjärvi ym. 2009, 182; Metsämuuronen 2006, 83.)

9.2 Aineiston keruu

Haastattelun eri tyyleistä tämän tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, koska haluttiin korostaa ihmisen näkemistä tutkimustilanteessa subjektina. Haastattelu yleisesti on kuin keskustelu, jolla on ennalta päätetty tarkoitus. Se on ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, koska siinä ollaan suorassa kielelli-

sessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Haastattelussa on sekä etuja että haittoja. Suurin etu on yleensä joustavuus aineistoa kerätessä. Etuja ovat myös joustavuus aineiston keruussa tilanteen edellyttämällä tavalla ja vastaajia myötäillen. Täten vastaajiksi suunnitellut henkilöt saadaan yleensä mukaan tutkimukseen. Haastatteluaiheiden järjestystä on mahdollisuus säädellä. Vastauksia on myös mahdollista tulkita laaja-alaisemmin kuin esimerkiksi lomakekyselyssä. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 25; Hirsjärvi ym. 2009, 193.)

Haastateltaville annetaan mahdollisuus tuoda esille asioita aiheesta vapaasti. Haastattelussa saattaa olla kysymyksessä vähän kartoitettu, tuntematon alue ja tutkijan on vaikea tietää etukäteen vastausten suuntia. Haastateltavat pystyvät myös kertomaan aiheesta laajemmin kuin tutkija pystyy ennakoimaan sekä saatuja tietoja on mahdollisuus syventää ja selventää. Lisäkysymyksiä voidaan esittää tarpeen mukaan. Haastattelun tekeminen edellyttää huolellista suunnittelua ja kouluttautumista haastattelijan rooliin ja tehtäviin. (Hirsjärvi ym. 2009, 194-195.)

Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit eli pääteemat ovat tiedossa, joita tässä tutkimuksessa oli seitsemän (Liite 1). Tämän tutkimuksen teemahaastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna. Se on tehokas tiedonkeruun muoto, koska samalla saadaan tietoja usealta henkilöltä yhtä aikaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 197-199.)

Aineiston keruu tapahtui käyttämällä Satakunnan ammattikorkeakoululta lainattavaa äänityslaitetta. Aineiston keruussa äänitteiden lisäksi tutkijat käyttivät apuna omia muistiinpanojaan havaitsemistaan asioista haastattelutilanteessa.

9.3 Kohderyhmä ja tutkimusympäristö

Kohderyhmä muodostui osaston hoitohenkilökunnasta. Henkilökunnan informointi tapahtui osastonhoitajan välityksellä. Osastonhoitaja ehdotti osaston hoitohenkilökunnalle mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen ja hoitajat itse päättivät osallistumisestaan. Osallistuminen tutkimukseen oli täten vapaaehtoista. Tutkimuksessa haastateltiin kolmea neljän hengen ryhmää eli haastateltavien määrä oli yhteensä 12.

Haastattelutilanteiden toteuttamisessa käytettiin osaston neuvotteluhuonetta. Äänitteiden äänenlaadun parantamiseksi valittiin pyöreä pöytä, jossa kaikki istuivat lähikäin toisiaan. Saapuessaan paikalle osallistujat saivat saatekirjeen, jossa kerrottiin tutkimuksen pääpiirteet, tarkoitus ja tavoitteet sekä tutkimustehtävät. Saatekirje (Liite 2) oli nähtävillä myös etukäteen henkilökunnan taukotiloissa haastatteluja edeltävällä viikolla. Kukin haastattelutilanne kesti 45–60 minuuttia. Tutkijat tekivät jokaisesta haastattelutilanteesta omia muistiinpanoja, jotka ohjasivat tarvittaessa seuraavien haastatteluiden kulkua. Haastattelutilanteet sujuivat tutkijoiden mielestä suunnitelmien mukaisesti eikä ongelmia esiintynyt.

9.4 Aineiston analyysimenetelmät

Kvalitatiivisen tutkimusaineiston analysointiin soveltui tässä tutkimuksessa parhaiten sisällönanalyysi. Tähän analyysitapaan päädyttiin, vaikka se on työläs, mutta näin aineistoa pelkistämällä ja luokittelemalla tullaan saamaan luotettavia tuloksia. Sisällönanalyysi voi olla joko induktiivista tai abduktiivista. Tässä tutkimuksessa on käytetty induktiivista sisällönanalyysiä eli päättelyssä on keskeistä aineistolähtöisyys eikä niinkään pyrkimys todentaa valmiita teoreettisia johtoideoita, kuten abduktiivisessa sisällönanalyysissä. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 136.)

Sisällönanalyysissä lähdetään liikkeelle aineiston litteroinnista. *Litterointi* tarkoittaa aineiston puhtaaksi kirjoittamista sanasta sanaan aivan kuten haastateltavat äänitalenteessa sanovat. Äänitalenteiden litterointi päädyttiin jakamaan niin, että toinen tutkijoista litteroi kaksi haastattelua ja toinen yhden. Vaikka otos ($n=12$) oli melko pieni, saatu aineisto oli runsas ja sen työstäminen aloitettiin heti kaikkien äänitteiden valmistuttua. Litteroinnin jälkeen aloitettiin aineiston pelkistäminen mukailien Tuomen & Sarajärven (2002) sisällönanalyysimenetelmiä. Pelkistäminen tarkoittaa sitä, että kaikki alkuperäisilmaukset numeroitiin ensin ja puettiin sen jälkeen lyhyempään sanalliseen eli pelkistettyyn muotoon. Yläluokat muodostuivat teemahaastattelun pääteemojen mukaan. Pelkistämisen jälkeen ilmaukset luokiteltiin merkityksen perusteella niin, että samoja, toistuvia asioita listattiin yläluokkien nimettyjen alaluokkien alle (Liite 3). Tämän jälkeen aloitettiin tutkimustulosten kirjoittaminen. Alkupe-

räisilmausten ja pelkistettyjen ilmausten perusteella tehtiin johtopäätöksiä tutkimustuloksista ja saatiin vastauksia haastattelun teemoihin ja tutkimusongelmiin. Tutkimustulosten tulkinnalla tarkoitetaan sitä, että tutkija pohtii analysoinnilla saamiaan tuloksia ja tekee niistä omia johtopäätöksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 135-138; Hirsjärvi ym. 2009, 221-229; Metsämuuronen 2006, 124-125; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110-115.)

9.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tulee noudatella hyvää tutkimusetiikkaa, luotettavuutta ja pyrkiä välttämään virheellisiä tieteellisiä tuloksia. Sen tulee tavoitella totuutta ja pyrkiä objektiivisuuteen. Tutkijan perushyve on rehellisyys. Tosiasiat on myönnettävä tosiasioiksi, eikä sellaisen asian saa väittää olevan totta, joka ei varmuudella ole tosi. Tekaistuja havaintoja ei tule esittää eikä alkuperäisten havaintojen ja tulosten esittämistä muokata niin, että tulos vääristyy. Tutkijan väittämät asiat tulee perustua tutkimustuloksiin, eivätkä ne saa olla toisesta tutkimuksesta luvottomasti lainattuja eli plagioituja. Yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä ovat valttia. Tutkijalta edellytetään myös avoimuutta, joka merkitsee tutkimuksen kulun selostamista ja valintoihin päätymistä perustellen. (Kurittu 2011; Mäkinen 2006, 24-27.)

Tutkimukseen osallistuville hoitajille taattiin tässä tutkimuksessa anonymiteetti. Tutkijat ja haastateltavat tapasivat ryhmähaastattelutilanteissa kasvotusten, mutta haastateltavien nimet eivät ole tutkijoiden tiedossa, eikä tämän tutkimusraportin mistään vaiheesta voi tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Tuloksissa ei myöskään mainita haastateltavien sukupuolta. (Mäkinen 2006, 114-115.)

Tutkimuksen laadukkuutta voidaan lähteä tavoittelemaan heti alusta asti tekemällä hyvä haastattelurunko. Pohtimalla tulevaa haastattelutilannetta voidaan teemoihin syventyä etukäteen ja miettiä mahdollisten lisäkysymysten muotoa. Lähettämällä osastolle saatekirje (Liite 2) ja haastattelun pääteemat (Liite 4), haastateltaville annettiin mahdollisuus valmistautua tilanteeseen. Näin haastateltavat pystyivät etukäteen hieman pohtimaan, minkälaista tietoa he haluaisivat tuoda haastattelussa esiin. Tutkimusprosessissa pohdittiin, miten tarkkaan haastateltavien tulisi ennalta tietää kysyt-

tävät kysymykset, joten päädyttiin tiedottamaan vain pääteemat. Luotettavuutta saataisi heikentää se, että hoitajat keskustelisivat ja jopa sopisivat etukäteen, mistä asioista ryhmähaastattelutilanteessa puhutaan. Haastattelutilanteen on kuitenkin tarkoitus olla melko spontaani ja tuoda esiin juuri siinä kohtaan mieleen tulevat asiat aiheiden tiimoilta. Toki haastatteluun on aina syytä valmistautua jotenkin, koska helposti haastateltavat voivat unohtaa mainita jonkin tärkeän seikan, joka tulee mieleen vasta haastattelutilanteen jälkeen, kun asiaa on pohdittu paljon ja se on saanut niin sanotusti muhia hetken ajatuksissa. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 184.)

Tutkimuksen luotettavuuden mittaamisessa voidaan käyttää monia eri mittaus- ja tutkimustapoja. *Reliaabelius* tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Jos tutkimus toistetaan tutkimalla samaa kohdetta, saadut tulokset ovat samat. Myöskin, jos kaksi tutkijaa päätyvät samoihin tutkimustuloksiin, tulokset ovat reliaabeleja. Reliaabelius kvalitatiivisessa tutkimuksessa koskee pikemminkin tutkijan toimintaa kuin haastateltavien vastauksia. Se, onko kaikki aineisto otettu huomioon ja onko tiedot litteroitu oikein, määrittelee myös tutkijan aineistosta tekemän analyysin luotettavuutta. Toinen tutkimuksen arviointiin liitettävä käsite on *validius*. Se tarkoittaa tutkimusmittarin tai -menetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. Esimerkiksi kyselylomakkeen kysymyksiin voidaan saada vastaukset, mutta vastaaja onkin käsittänyt kysymyksen täysin eri tavalla kuin kysymyksen asettelija sen on tarkoittanut. Tällöin kysymys ei mittaakaan sitä, mitä oli tarkoitus. Tuloksia ei voida tällöin pitää pätevinä tai tosina, koska mittari aiheuttaa vääristymiä ja virheellisiä tuloksia. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 185-186.)

Tutkimuksessa on tärkeää myös se, että litteroinnissa noudatellaan samoja sääntöjä alusta loppuun ja sisällön analyysissä luokittelu ei ole tehty sattumanvaraisesti. Aineistot jaettiin siten, että toinen tutkijoista litteroi kaksi äänitettä ja toinen yhden. Tutkijat tiedostivat, että samojen sääntöjen noudattelu voi vaarantua, jos litterointi jaetaan edellä mainitulla tavalla, mutta se oli aikataulutuksen kannalta välttämätöntä. Tutkimuksen luottamuksellisuuden ylläpitämiseksi tutkijat kävivät läpi toistensa litteroinnista syntyneen materiaalin ja pelkistykset sekä aineiston analysointi tehtiin yhdessä. Litteroidessa oli kaksi tilannetta, joissa puheenvuoroista ei saanut selvää päällekkäin puhumisen vuoksi. Näitä vastauksia ei valitettavasti pystytty käyttämään tutkimuksessa. Kaikki aineisto on otettu huomioon analysoinnissa paitsi asiaan kuu-

lumattomat humoristiset lausahdukset. Laadullisen tutkimuksen aineiston ja tulosten luotettavuus riippuu pitkälti siis siitä, kuinka hyvin ne vastaavat tutkittavien tarkoittamia merkityksiä ja kuinka hyvin tutkija on pystynyt tiivistämään aineistoa ja tuomaan keskeiset käsitteet esille. Aineistoja litteroidessa haastattelujen kulku oli loogista. Virhetulkintoja ei tutkijoiden mielestä syntynyt. (Kurittu 2011; Hirsjärvi & Hurme 2009, 185-186; Hirsjärvi ym. 2009, 231-232.)

Milloin tutkija voi olla varma, että haastateltava on nyt antanut kaiken informaationsa? Aineisto on riittävä eli kylläntynyttä, kun samat asiat alkavat toistua. Tällöin tutkimusongelmaan on saatu vastaus. Haastattelun luotettavuutta saattaa heikentää tutkimustilanteessa vallitseva sosiaalinen paine eli kollegojen läsnä ollessa annetaan sosiaalisesti suotavia vastauksia, eikä uskalleta luottaa niin paljon omiin näkemyksiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 182.) Haastatteluryhmiin osallistujien valinta saattaakin olla haastavaa tässä kohtaa, jos ryhmässä on sekä hiljaisempia yksilöitä että niin sanottuja päällepäsmäreitä, jotka jyräävät alleen hiljaisemmat yksilöt, jolloin he eivät saa ääntään kuuluviin. Osastonhoitaja tuntee alaisensa parhaiten, joten tutkijat luottivat hänen harkintakykyensä ja haastatteluryhmien muodostamiseen tasapainoisiksi työvuorolistojen sallimissa rajoissa. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastattelutilanne tapahtui työvuoron aikana.

10 TUTKIMUSTULOKSET

10.1 Potilasturvallisuuden tunnuspiirteet

Haastatteluissa tuli paljon ilmi potilasturvallisuuteen liittyviä tunnuspiirteitä. Yhtenä tärkeänä asiana ilmeni, että oikea potilas saa oikeaa hoitoa oikeaan aikaan. Tuloksissa korostui myös potilaan kokonaisvaltainen hoito. Hoitajat pitivät tärkeinä asioina turvallista ilmapiiriä, työn suunnitelmallisuutta ja yhteisiä rutiineja. He myös toivoivat, että kaikilla potilailla olisi henkilötietoranneke ja että kaikki ammattiryhmät tunnistaisivat potilaan nimen lisäksi henkilötunnuksella.

”...on ihan äärimmäisen tärkeätä, et aina pelataan sillä henkilötunnuksella, et ei koskaan niinku nimellä mennä tunnistamaan potilasta.”

Hoitajat arvostivat kollegoissaan ammattitaitoa, rehellisyyttä ja huolellisuutta, joihin liittyi aseptinen työskentely, laitteiden käytön hallinta ja inhimillisten virheiden minimointi. HaiPro -järjestelmä koettiin hyödylliseksi virhetapahtumien raportoinnissa.

10.2 Potilasturvallisuuden haasteet

10.2.1 Lääkehoito

Lääkkeiden jakoon ja antoon liittyen haastateltavat pitivät tärkeänä tarkkuutta ja huolellisuutta. Suurena tekijänä virheiden syntyyn vaikuttaa kiire ja osastolla oleva suuri potilasmäärä. Lääkkeiden kaksoistarkastukseen on osastolla yritetty panostaa enemmän ja sen koetaan toimivan hyvin aamuvuorossa kahden hoitajan tarkistamana. Kiireessä kuitenkin myös kaksoistarkastus jää joskus tekemättä. Hoitajat kokivat, että lääkkeiden nimien vaihtuvuus sekä rinnakkaisvalmisteet tuovat oman haasteensa lääkkeiden jakoon. Lääkekuppien uusien värikoodien toimivuutta hoitajien oli vielä vaikea arvioida lyhyen käyttöajan vuoksi. Haastatteluissa tuli kuitenkin ilmi, että värikoodien mukaan käytettäviä lääkekuppeja ei arvosteta, koska lääkkeiden antamatta jättäminen on pieni ongelma osastolla. Hoitajien mukaan lääkkeet jätetään potilaan pöydälle lääkekupissa vain silloin, kun potilas on hyvin yhteistyökykyinen. Desorientoituneelle potilaalle lääkkeet huolehditaan suuhun asti.

”Kiire, jää usein merkkaamatta ja lopettamatta.”

”Pyritään siihe, et joka päivä tehdä se kaksoistarkastus.”

Lääkehoitoon liittyvät tilat saivat paljon kehuja. Haastateltavat kokivat, että uusi lääkehuone on parantanut lääketurvallisuutta osastolla. Hoitajat kertoivat lääkehuoneen olevan rauhallinen, selkeä ja tilava. Lääkehuone on erillinen tila, jossa hoitajat saavat kertomansa mukaan jakaa rauhassa lääkkeitä.

”Se on parantanu paljo meijä turvallisuutta, ku tuli oma huone.”

”...täytyy antaa iha kymmene pistet.”

Kirjaaminen nousi tärkeäksi osaksi lääkehoitoa. Osa haastateltavista koki haasteelliseksi tietojen siirtämisen leikkauksen jälkeen potilaan papereihin sekä dosettiin. Haastatteluissa nousi esiin kipulääkkeiden kirjaamisen unohtuminen leikkauksen jälkeen. Hoitajat kertoivat myös, että kurvaan muistetaan lääkemuutokset kirjata, mutta lääkehuoneen doseteista se saattaa joskus unohtua. Kirjaamisunohduksia on haastateltavien mukaan sattunut myös toisin päin. Tärkeänä kirjaamisen osalta pidettiin yhteisiä käytäntöjä sekä niistä puhumista ja sovitusta asioista kiinni pitämistä.

Hoitajien mielestä *yleistä vastuuta* lääkehoidossa lisäävät suuri potilasmäärä, epävarmuus omassa työskentelyssä ja se, että potilailla on harvoin omia ajantasaisia lääkelistoja mukanaan osastolle tullessa. Haasteelliseksi osoittautui lääkelistojen selvittäminen monesta eri paikasta. Hoitajien mukaan valppaana pitääkin jatkuvasti olla.

10.2.2 Aseptiikka

Hoitajien kertoman mukaan *käsidesin käyttö* osastolla on runsasta ja käsidesit ovat hyvin saatavilla. Käytävillä olevat käsidesiautomaatit koettiin todella hyviksi. Ulkopuolisen tarkastajan käynnin jälkeen osastolla on kiinnitetty huomiota esiliinojen käyttöön ja niitä on alettu käyttää enemmän. Hoitajat eivät kertomansa mukaan käytä maskeja hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Jonkun hoitajan mukaan vain suurien ja haisevien haavojen hoidon yhteydessä maskia käytetään.

”Noi on tosi hyviä käytäviä molemmi puoli noi automaatit. Tulee aina otettua, ku menee ohitte.”

”Käsidesin käyttö on runsasta meillä.”

Hoitajat kertoivat, että osastolla noudatetaan *aseptista hoitojärjestystä* puhtaasta liikkeeseen. Potilaita, joilla on puhtaita ja likaisia haavoja, ei laiteta samaan huoneeseen. Joskus rajalliset tilat vaikeuttavat aseptista työskentelyä ja potilaan omalle pöydälle lasketaan usein hoitotarvikkeita. Haastatteluissa kerrottiin, että tarpeettomia hoitotarvikkeita viedään huoneeseen ja avattuja paketteja löytyy monista paikoista. Hoitajan mukaan jotkut käyttävät monissa paikoissa olleita avattuja paketteja. Hoitajat kokevat aseptiikan peittävän lääkärin kierroilla, koska haavasidokset pitää avata nopeasti,

samoja saksia saatetaan käyttää ja haavat saattavat kiireen vuoksi jäädä auki useammaksi tunniksi.

”...ku se avataa aamusti siihe lääkäri kierrol, ni sit siin o kaikkee muut härdellii, enneku päästää sitä haavaa hoitamaa.”

Eristyspotilaan hoito koettiin onnistuvan eristyshuoneessa. Monen eristyspotilaan hoitaminen samassa huoneessa aiheuttaa hoitajien mielestä haasteita. Osastolla on myös käytössä epävirallisia eristyshuoneita eli tavallisia potilashuoneita joudutaan käyttämään eristyshuoneina eristyspotilaiden suuren määrän vuoksi. Hoitajat kertoivat tavaroiden unohtumisen aiheuttavan lisätyötä, koska he joutuvat hakemaan lisää hoitotarvikkeita puhtaalta alueelta ja riisuutumaan sekä pukeutumaan sen vuoksi uudelleen. Haastatteluissa tuli myös ilmi, että aseptinen työskentely eristyshuoneessa pettää kiireessä. Erään hoitajan mukaan tarkkuutta tulisi lisätä. Eristyshuoneeseen hoitajat toivoivat vaihtohanskoja. Kaikki ammattiryhmät eivät toteuta eristystä ohjeiden mukaisesti.

“Lääkärit ei niinku ymmärrä eristystä. Et sin marssitaan potilaspaperit kädessä ja ne lasketaan pöydälle ja ei välttämäti oo ees hanskoja käsissä.”

10.2.3 Tiedonkulku

Potilassiirroissa tieto kulkee vaihtelevasti. Erikoissairaanhoidon kirurgisella osastolla potilaiden vaihtuvuus on tiuhaa ja siirtoja tapahtuu päivystyksestä osastolle, osaston ja heräämön välillä sekä osastolta eri hoitolaitoksiin, kuten yliopistollisiin sairaaloihin tai terveyskeskusten vuodeosastoille.

”Joka vuorokausi potilas tulee osastolle vajavaisin tiedoin.”

Hoitajista osa sanoi, että tieto kulkee vielä potilaan siirtyessä tämän sairaalan sisällä, mutta ei potilaan siirtyessä osastolle sairaalan ulkopuolelta. Kuitenkin etenkin päivystyksestä potilaan tullessa osastolle, riskitiedot, kuten potilaan liikkuminen, unohtuu usein kertoa puhelinraportissa. Potilaspaikkasijoituksilla mietitään paljon aseptiikkaan liittyvien riskien pienentämistä ja hoitajat kokivat tämän myös välillä hanka-

laksi tarpeellisen tiedon uupuessa. Joskus myös sanelutiedot puuttuvat potilaspapereista, ja hoitajat joutuvat ne itse tulostamaan.

”Et sitku potilas tulee päivystyksestä, ni se vaan jätetään siihen ja annetaan paperit käteen ja kuljettaja häippäsee... eikä ollu mitää tietoo siit liikkumisesta eikä mistää muustakaa oikee ja hän sit pyörty siin matkalla vessaan sit jo. Hän oli todella huonokuntonen potilas, et mun mielestä hänestä olis pitäny enemmän kertoa.”

Osaston oma päivittäiskaavake oli hoitajien mielestä hyvä. Tärkeänä pidettiin taitoa osata delegoida ja kirjata mahdollinen potilaanhoitoon liittyvä muutostieto kaikille tietoa tarvitseville tahoille. Joka yksikössä käytetään hieman erinäköistä kaavaketta, jonka hoitajat kertoivat hankaloittavan tiedonhakuja. Hoitajat kuvailivat kirjaamisen olevan melko henkilökohtaista ja sen tason riippuvan henkilöstä itsestään. Toisilla kirjaaminen on hyvinkin tarkkaa ja toiset noudattavat suurempia linjoja. Joskus tärkeitä asioita unohtuu kirjata. Monien mielestä päällekkäistä kirjaamista tapahtuu, joidenkin mielestä taas ei. Moneen paikkaan saman asian kirjaaminen työllistää turhaan.

”Et periaattees täs kohtaa on se suurin riski, et nyt sitä kirjataan niin moneen paikkaan, et nyt pettää joku.”

Kaikissa haastatteluissa kävi ilmi, että epäselvät käsialat ovat iso ongelma. Kauan yhdessä työskennelleet hoitajat jo tunnistavat toisensa käsialan perusteella ja osaavat sitä lukea, mutta uusille hoitajille ja opiskelijoille tämä on usein haaste ja se altistaa virheiden syntymiselle. Joku hoitajista mainitsi, että tiedon siirtäminen osaston päivittäisessä hoidonsuunnitelmassa laahaa perässä. Välillä siirretään väärää tietoa, ja viikon vanha tieto kulkee edelleen mukana.

”Onha meen kirjaaminen kehittyny... mut viel on paljon puutteita... sä tuut iltavuoroon pitkält vapaalta ja on niinku potilas, joka on maannu tääl viikon. Siel päivittäisis voi lukee, et ollu kävellen liikkeellä, mut sit se alku on voinu olla, et se on tullu tajuttomana osastolle. Et sä et tiä, mitä siin välil on tapahtunu.”

Erään hoitajan sanoin raportoinnissa korostuu hoitajan oma näkemys, vastuuntunto ja muisti, joten myös inhimillisten virheiden syntyä on vaikea välttää. Raportointia helpottamaan ei ole omaa kaavaa. Osastolla käytössä oleva *hiljainen raportti* iltavuorolaisille toi hoitajille mieleen sekä hyviä että huonoja puolia. Koettiin, että hiljainen

raportti asettaa kirjaamiselle kovat tavoitteet ja vastuun. Parhaimmillaan se kuitenkin irrottaa aamuhoitajien aikaa iltapäivällä enemmän potilaskohtaiseen hoitotyöhön. Hiljaisen raportoinnin kerrottiin vaativan sekä kirjaamiselta että lukijalta todella paljon.

”...tavallaan se on sellast perehdyttämistä uusil ihmisil ku sää raportoit, et mitä niitten kuuluu huomata. Nyt sen ihmisen tarvii se itse löytää.”

Hoitajat kertoivat, että raportin lukeminen tullaan usein keskeyttämään. Aamuvuoron hoitajat saattavat rampata huoneessa moneen otteeseen ja tulla myös suullisesti raportoimaan potilaasta tai kirjaamaan potilaspapereihin lisää. Hoitajat kuvailivat, että he saavat olla työssään ”skarppina” ja tiedonkulun sujuvuuteen vaikuttaa myös ihmistuntemus. Esimerkiksi lääkärit saattavat raportoida päätöksistään eri tavoin. Lääkäri voi nopeasti lähtiessään huikata muuttaneensa jonkin määräyksen, jolloin hoitajan on kirjattava se potilaspapereihin pikimmiten. Esille tuli myös toive yhteistyön ja kommunikaation lisäämisestä.

”...yleensä raportoidaan kolmen jälkeen tos kanslias, et ai nii muute...”

10.2.4 Fyysisen ympäristön ja laitteiden turvallisuus

Henkilökunnan tilat saivat paljon kiitosta kaikilta osallistujilta. Kahvihuone ja kanslia koettiin viihtyisiksi, joka hoitajien mielestä vaikutti erityisesti työmukavuuteen ja heidän turvallisuuteensa. Kritiikkiä kahvihuone sai sijaintinsa puolesta; sen koettiin olevan hieman nurkan takana, liian kaukana potilashuoneista. Kanslia taas on keskeisellä paikalla osastolla. Etenkin yövuoroissa kahvihuoneeseen asti ei kuule, jos osaston perällä käytävässä tai perimmäisessä potilashuoneessa tapahtuu jotain.

Tilojen ahtaus ja epäkäytännöllisyys osaston fyysistä ympäristöä arvioidessa keskittyi potilashuoneiden toimivuuteen ja varastotilojen puutteeseen. Monet kertoivat neljän hengen potilashuoneiden olevan hyvän kokoisia, mutta kahden hengen potilashuoneet ovat aivan liian ahtaita. Haastattelussa ilmeni, että juuri suuren potilasmäärän takia tilat ovat yleensä ahtaita ja myös sellaisia tiloja täytetään, joissa pitäisi olla vapaa kulku. Etenkin kahden hengen huoneessa ylipaikalla oleva kolmas potilas

tuottaa ahtautta. Tämä koettiin erityisen ongelmalliseksi, jos huoneen potilailla on lisäksi käytössä apuvälineitä.

”Aivan liikaa potilaita näihin tiloihin.”

Potilasta saatetaan lähteä yhtäkkiä siirtämään tehohoitoon tai leikkaussaliin toimenpiteeseen, jolloin kahden hengen huoneessa joutuu siirtämään muut potilaat pois edestä ennen kuin saa viimeisen potilaan pois huoneesta sängyn kanssa. Hoitajat kovat, että tähän uhrautuu aikaa välillä turhan paljon. He kertoivat myös, että suuren potilasmäärän takia potilaita on usein ylipaikoilla, jolloin heitä joudutaan sijoittamaan jatkuvasti myös käytäville tai osaston valmisteluhuoneeseen.

”Nythä meil juur tuli HaiPro, ku potilas rupes vuotamaan käytävällä... hänel ei ollu soittokelloa, hän odotti niin kauan, et joku meni ohi... hän vuosi siis sielt pistoskohdalta.”

Osallistujat olivat yhtä mieltä siitä, että käytävien hyödyntäminen varastotilana sekä potilaspaikkoina on sekä työ-, potilas- että paloturvallisuusriski.

”Potilaita on paikoilla, jossa heillä ei ole niinku soittokelloa, ei intimitteettisuojaakaan eikä rauhaa.”

Kaikki osallistujat olivat yhtä mieltä siitä, että potilashuoneiden wc:t ovat aivan liian ahtaita. Tilojen ahtaus ja epäkäytännöllisyys tulevat esiin esimerkiksi tilanteissa, kun potilas tarvitsee auttaa wc:hen kahden hoitajan avustamana. Potilasta ei voi auttaa wc-istuimen kummaltakin puolelta, koska se on sijoitettu niin lähelle seinää. Myös apuvälineen kanssa wc:hen meneminen on hankalaa. Potilaswc:iden lattioiden kaadot eivät toimi, mikä koettiin suurena turvallisuuteen vaikuttavana riskinä. Potilaan käydessä suihkussa vettä lainehtii oven alta huoneen puolelle, mikä tekee lattiasta todella liukkaaksi ja on riski potilaiden sekä henkilökunnan kaatumisille ja loukkaantumisille. Ilmeni myös, että wc- ja suihkutiloissa ilmastointi ei toimi, mikä tekee suihkutustilanteista usein tukalia, kun ilma loppuu kesken. Eristyshuoneiden tilat saivat kiitosta ja suurin osa hoitajista koki ne tarpeeksi tilaviksi. Osastolle tulevien eristystä vaativien potilaiden määrä on kasvanut ja tällöin normaaleita kahden hengen potilashuoneita on jouduttu muuttamaan eristyshuoneiksi. Eräs hoitaja mainitsi, että huoneiden verhot menevät tällaisen käytön jälkeen pesuun, eivätkä palaa sieltä nopeasti, jolloin

intimiteettisuoja joudutaan käyttämään sermejä. Sermit taas lisäävät tilan ahtautta ja ovat epäkäytännöllisempiä kuin väliverhot.

Osastolla käytettävien *laitteiden ja tarvikkeiden käyttö, saatavuus ja huolto* koettiin pääosin helpoksi ja hyväksi. Osa koki, että koulutukset ovat riittäviä, mutta ongelmana on se, että uuteen laitteeseen saa käyttökoulutuksen vain jotkut hoitajista. Pitkiltä vapailta tai lomilta töihin tullessa tarvitsisi saada parempi perehdytys uuteen laitteeseen. Tällöin työkaverin koulutus jää koulutuksen saaneen hoitajan tehtäväksi. Haastatteluissa tuli ilmi, että heräämöstä saa hyvin apua uusien laitteiden käytössä.

”Koulutukset on kyllä hyviä.”

10.2.5 Inhimilliset tekijät

Kaikissa haastatteluissa mainittiin samoja *hoitajia kuormittavia tekijöitä*. Pääsialliset syyt hoitajien kuormittumiseen ja inhimillisten virheiden syntyyn koettiin olevan kiire, ihmisen rajallinen muistikapasiteetti ja tiedonkulun puute. Liian suuri työmäärä, vajaa miehitys ja työn keskeytyminen vaikuttivat myös oleellisesti hoitajien työkykyyn. Osaston luonteeseen kuuluu nopea potilasvaihtuvuus ja sen kerrottiin olevan riski asioiden unohtamiseen tai tiedon puutteelliseen kulkuun. Liian suuri työmäärä käsittää myös sen, että osastolla työskentelee paljon opiskelijoita sekä kokemattomia ja vastavalmistuneita hoitajia, jolloin pidempään työskennelleet hoitajat kokevat joutuvansa kantamaan vastuun myös työparin työnteosta. Monien mielestä uusien työntekijöiden perehdyttämisvaihe saisi kestää pidempään, osittain riippuen siitä, kuinka helposti henkilö sisäistää uudet asiat. Pahimpien virheiden synnyn ehkäisyssä tulisi työtehtäviä delegoida sekä priorisoida niiden tärkeyden tai kiireellisyyden mukaan.

”...et onks se sit se puhdas paita, mikä jää viemät jollekki, ni sil ei sit voi mitään, se on siel listas viimisenä.”

Pitkät työputket aiheuttavat hoitajissa väsymystä. Tauoille on välillä niukasti aikaa, jos lainkaan. Kiireessä työtehtävät kasaantuvat, jolloin potilaiden perushoito kasaantuu perushoitajille. Hoitajat kertoivat, että he joutuvat usein muistuttamaan lääkäreitä asioista ja lääkäriä voi olla vaikea saada paikalle, jolloin aamuvuoron työtehtävät ka-

saantuvat iltavuorolle. Osaston hoitajia kuormittavana *ulkopuolisena tekijänä* pidettiin muiden erikoisalojen kirurgisten potilaiden hoitoa osastolla. Tällöin sekä hoitajat että kirurgit eivät tunne olevansa potilaan hoidon asiantuntijoita ja potilas saattaa kokea turvattomuutta. Haastatteluissa kerrottiin hiljaisen raportin käyttöönoton jälkeen ylitöiden vähentyneen hoitotyössä, koska aamuvuoron töistä ei tarvitse irrottautua raportin pitämiseen. Tämä vähentää oleellisesti hoitajien työtaakkaa.

10.3 Kehittämisaikajatuksia

Suurimmaksi kehittämistarpeeksi nousi työvoiman lisääminen etenkin ilta- ja yövuoroihin. Henkilökunnan määrä pitäisi olla suhteutettuna potilasmäärään ja mieshoitajia kaivattaisiin enemmän. Potilasmäärän rajoittamiseen tahdottaisiin edelleen selkeät lukumäärät.

”...johdol pitäs ol sen verran joustovaraa, et ku nähdään, et potilaita on viis-kuus ylipaikalla, ni sit saatas se yks ylimääräinen hoitajakin tänne, eikä painettas selkä ruvella näillä, mitä nyt on.”

Monet odottavat Effican olevan suunta oikeaan dokumentoinnissa ja tiedonkulussa. He toivoivat, että potilastiedot olisivat yhtenäiset ja muidenkin sairaaloiden tekstejä saisi lukea. Usein potilaan monet eri omaiset soittelevat ja tiedustelevat potilaan asioista, jolloin hoitajilta kuluu paljon aikaa pelkästään puhelimesta olemiseen. Idea yhteyshenkilöstä, joka vastaisi puhelimeen, johon omaiset voisivat soittaa ja kysellä potilaan tilasta, sai kannatusta yhden haastatteluryhmän sisällä. Hoitajat toivoivat työyhteisöltään enemmän suvaitsevaisuutta, yhteistyökykyisyyttä sekä ymmärrystä toisiaan kohtaan. Hoitajat kokivat, että osastonhoitaja kuuntelee heitä hyvin ja vie heidän toiveitaan eteenpäin ylemmän johdon tietoon. Taukuhuoneen sijainti koettiin ongelmalliseksi etenkin yövuorojen aikana, koska se sijaitsee melko kaukana osaston potilashuoneista. Myös osastonhoitajan ja hoidonvaraajan kanslioiden paikkaa voisi vaihtaa. Paloturvallisuuden kehittäminen nousi yhdeksi tärkeäksi osaksi potilasturvallisuuden kehittämistä osastolla.

”...jos siin tilantees (tulipalo) tää osasto on täynnä potilaita, ja tääl on kaks yöhoitajaa paikalla... ni ne ei pysty kauheesti tekemää siin kohta.”

”Et sää voi lyödä ku oven kii ja yrittää saad käytävält ne pois, mitä sää ehdit.”

Monen hoitajan mielestä paloturvallisuus paransi lisäämällä miehitystä etenkin yövuoroon ja sulkujen aikana, jolloin osastolla hoidetaan muidenkin erikoisalojen kirurgisia potilaita.

11 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että kiire on suurin vaikuttaja potilasturvallisuuden vaarantumiseen. Turvallisuus paransi lisäämällä työvoimaa. Oikeastaan kaikkien haasteiden voidaan sanoa kulminoituvan ongelmaan, joka on liian suuri potilasmäärä suhteutettuna hoitajien määrään, josta taas aiheutuvat kiire ja hektinen työilmapiiri.

Hoitajat olivat valveutuneita ja tietoisia riskeistä kirurgisessa hoitotyössä ja tunnistiivat hyvin osastolla olemassa olevat potilasturvallisuuteen liittyvät haasteet. Haasteelliseksi koettiin tiedonkulku eri terveydenhuollon yksiköiden välillä, potilaan lääkahoitotietojen selvittely ja osaston potilastilojen ahtaus. Monia asia vaikutti myös olevan hyvin. Lääkkeidenjakotila koettiin erittäin hyväksi ja samoin henkilökunnan tilat, joissa hoitajien työmukavuus ja turvallisuus olivat kunnossa. Laitteiden käyttö sekä saatavuus ja eristys huoneiden tilat koettiin toimiviksi sekä hiljaisesta raportista ilta- vuoron yhteydessä kerrottiin olevan paljon apua. Effican tuomaa muutosta odotettiin avoimesti. Osastolla aseptinen työjärjestys toteutui pääosin hyvin ja siihen panostettiin potilaspaikkasijoittelulla. Eristys huoneisiin oltiin tyytyväisiä ja käsidesin käyttö oli hoitajien mielestä automaattista ja runsasta. Hoitajat kokivat, että osastonhoitaja kuuntelee heitä hyvin osaston asioiden kehittämisessä. Toisiaan kohtaan hoitajat toivoivat kollegoiltaan enemmän suvaitsevuuutta.

Hoitajien arvoja ja asenteita potilasturvallisuutta kohtaan pystyi tulkitsemaan haastatteluissa heidän kertomansa perusteella. Hoitajista huokui vastuuntunto ja tunnollisuus. Joskus hoitajat saattoivat soittaa kotimatkalta kollegoilleen unohtaneensa raportoida tai kirjata jonkin tärkeän asian potilaan hoidon kannalta. Potilasturvallisuus ko-

ettiin olevan jokaisen vastuulla. Heidän kertomansa perusteella hoitajat vaikuttivat huolellisilta työssään eikä tahallista piittaamattomuutta esiintynyt. Tästä kertoo esimerkiksi se, että HaiPro-ilmoituksista on haluttu ottaa opiksi ja niiden pohjalta asioita on lähdetty parantamaan. Lääkkeiden kaksoistarkastuksella on saavutettu lääkeshoidon turvallisuutta ja lääkkeiden jako- ja kirjaamisvirheet ovatkin vähentyneet osastolla. Hoitajat vaikuttivat aidosti huolestuneilta potilaiden turvallisuudesta, kun muiden erikoisalojen kirurgisia potilaita tulee osastolle. Hoitajista tuntui epävarmalta hoitaa näitä potilaita ja heidän mielestään potilaatkin kokevat tällöin turvattomuutta, koska oman erikoisalan osaajia ei ole paikalla. Muutosvastarintaa oli aistittavissa uusien värillisten lääkekuppien käyttöönotossa, mutta muuten hoitajat vaikuttivat suhtautuvan positiivisesti potilasturvallisuuden kehittämiseen osastolla ja osoittivat aktiivisuutta esimerkiksi osallistumalla tähän tutkimukseen.

Huoli paloturvallisuudesta nousi esiin jokaisessa haastattelussa ja siitä keskusteltiin. Tutkimuksen teoriassa tämä aihe oli tietoisesti jätetty pois aihealueita rajattaessa. Hoitajia tämä aihe kuitenkin puhutti, ja paloturvallisuusharjoituksiin osallistumisesta saatiin ristiriitaista tietoa. Osa hoitajista kertoi sen olevan pakollinen kerran vuodessa ja jotkut eivät olleet olleet harjoituksissa moneen vuoteen.

Tutkimustuloksia voidaan oleellisesti hyödyntää kehitettäessä osaston potilasturvallisuutta. Esimerkiksi hoitajien kokema tarve työvoiman lisäämisestä voi tämän tutkimuksen myötä antaa johtoportaalte lisää painetta alkaa pohtia lisätyövoiman palkkaamista osastolle. Tuloksissa hoitajien esille tuomat konkreettiset esimerkit haittatapahtumista yhdistettynä osastolla syntyvien HaiPro-ilmoitusten määrään, tulisi tutkijoiden mielestä ottaa vakavasti ja tarjota osastolle apua ja tukea potilasturvallisen hoitotyön toteuttamiseen. Apu ja tuki osastolle voisivat tulla vaikka lisätyövoiman tai potilaspaikkarajoitusten muodossa. Esimerkiksi osaston fyysisten tilojen ahtauteen voitaisiin vaikuttaa potilasmäärää rajoittamalla tai tiloja laajentaen potilasmäärää vastaavaksi. Tällöin palkkaamalla lisää henkilökuntaa voitaisiin parantaa myös paloturvallisuutta etenkin yövuoroissa, eikä potilaita olisi enää ylipaikoilla käytävillä. Tutkimuksen vastaanottoa osastolla on vielä mahdotonta arvioida ennen esitysajan kohtaa, mutta tutkijat toivovat ja uskovat sen olevan hyvä, ja hoitajien suhtautuvat tuloksiin myönteisesti. Jatkotutkimuksia tai -projekteja tähän tutkimukseen pohjautuen voisi kehitellä muutamia. Esimerkiksi osastolla toteutuvaa potilasturvallisuutta

voitaisiin vastaavasti tutkia potilaan näkökulmasta kyselylomakkeella. Potilasturvallisuutta osastolla voitaisiin kehittää, tai potilasturvallisuuden kehittämistä voitaisiin edistää projektimaisella työllä konkreettisin toimin sekä tutkia, minkälaisia vaikutuksia projektilla oli potilasturvallisuuden parantamiseen osastolla.

Tutkimuksen tekemisestä oli myös itse tutkijoille valtavasti apua ammatillisen kehittymisen kannalta. Tutkimuksessa ilmi tulleet asiat ja tulokset ovat kuitenkin hoitoalalla yleisesti esiintyviä asioita ja samojen haasteiden kanssa työskennellään monessa muussakin terveydenhuollon yksikössä. Esimerkiksi tiedonkulussa hyvän raportin antamisen tärkeys ja siinä esiintyvien tärkeiden tietojen huomiointi ja painottaminen potilaan turvallisuuden kannalta, korostui nyt tutkijoiden mieleen entistä tärkeämpänä työtehtävänä.

12 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia hoitohenkilökunnan näkökulmasta potilasturvallisuuteen liittyviä haasteita eräällä kirurgian vuodeosastolla Satakunnan keskussairaalassa. Tavoitteena oli kartoittaa oleellisia ongelmakohtia sekä nostaa esiin mahdollisia kehittämisajatuksia. Tutkimuksen aihetta ja teoriaa alettiin työstää keväällä 2012 ja alkuperäinen suunnitelma oli, että teoriaosuus olisi kirjoitettu kokonaisuudessaan joulukuun mennessä, haastattelut toteutettu tammikuussa ja työ raportoitu 11.4.2013. Aikataulu muuttui sen verran, että varsinainen kirjoittaminen aloitettiin vasta joulukuussa 2012, eikä teoriaosuus edennyt syksyn aikana toisen tutkijan opiskelijavaihdon vuoksi. Teoria kirjoitettiin kolmessa kuukaudessa ja tutkimus eteni vauhdilla eteenpäin. Tiukka aikataulu aiheutti tutkijoissa stressiä ja epävarmuutta tutkimuksen valmistumisesta aikataulussa.

Osastonhoitajan kanssa sovittiin muutama tapaaminen, joissa keskusteltiin työn sisällöstä. Osasto toivoi kartoitusta potilasturvallisuuteen liittyvistä haasteista ja niiden kohtaamisesta hoitajien keskuudessa sekä ehdotuksia siitä, miten potilasturvallisuutta voitaisiin lähteä parantamaan osastolla. Tutkijat aloittivat tutkimuksen hahmottelun

pohtimalla, mitä asioita potilasturvallisuus -käsitteen alle kuuluu, ja tämän jälkeen työstämään laajan aiheen rajausta. Aihealueiden rajaamisessa saatiin apua myös ohjaavalta opettajalta. Tutustumalla kirjallisuuden ja internet-lähteiden avulla aiheeseen potilasturvallisuus, alkoi tutkijoille hyvinkin pian selkiintyä, millaisia aihealueita työssä tulisi käsitellä. Työn teoriaosuuden ulkopuolelle jäivät tapaturmat ja paloturvallisuus. Nämä aiheet olivat kuitenkin läsnä keskustelussa jokaisessa ryhmähaastattelutilanteessa. Tutkimuksen aineiston keruussa teemahaastatteluiden pää- ja aputeemat nousivat kirjoitetun teorian pohjalta. Teemahaastattelurungossa (Liite 1) pääteemat on nimetty tutkimuksen teoriaosuuksien mukaan. Ennen teoriaosuuden kirjoittamisen aloittamista, tutkijat kävivät vielä osastonhoitajan juttusilla, ja hän hyväksyi suullisesti suunnitelman työn sisällöstä ja toteutuksesta. Tarvittavat luvat anottiin ja niitä puollettiin. Tutkimuksen eteneminen sujui hyvin, vaikkakin hieman kiireessä, ja tutkimus raportoitiin alkuperäisen suunnitelman mukaan. Teoriaosuuden työnjako ja koko tutkimuksen aikataulus on esitetty ajankäyttösuunnitelmassa (Liite 5).

Tutkijat epäröivät aluksi hieman, miten osallistujat vastaisivat kysymyksiin ja kertoisivatko he oma-aloitteisesti teemoihin liittyvistä asioista. Tutkijat pyysivät haastatteluiden alussa hoitajilta avoimuutta ja rehellisyyttä. Haastattelutilanteet olivat rauhallisia ja sujuivat ilman häiriötekijöitä. Jokaisen ryhmän haasteltavat osallistuivat aktiivisesti keskusteluun. Ilmapiiri vaikutti sallivalta, jolloin jokainen sai vapaasti kertoa mielipiteensä. Aineistoa kerätessä tutkijat yllättyivät, kuinka laajalti haastateltavat keskustelivat teemoista ja kuinka paljon aineistoa kertyi. Ensimmäinen haastattelu antoi haastatteluista eniten materiaalia, ja periaatteessa aineisto alkoi kyllääntyä jo tämän ryhmän haastateltavien keskuudessa. Haastatteluja oli kuitenkin tarve tehdä enemmän kuin yksi, kuten oli suunniteltukin, jotta tutkimustulokset olisivat luotettavia. Ei voida myöskään tietää, esimerkiksi, mitä informaatiota neljäs haastattelutilanne olisi tuonut tutkimusaineistoon.

Eräässä haastattelussa oli tilanne, jossa haastateltavat olivat erimieltä asiasta, mutta se ei aiheuttanut sen enempää keskustelua. Haastatteluryhmät olivat hieman eritasoisia, mutta ryhmien sisällä vuorovaikutus ja keskustelu olivat tutkijoiden mielestä hyvää – toisissa vilkkaampaa. Ryhmissä oli puheliaampia hoitajia, jolloin tutkijat huomioivat hiljaisemmat hoitajat osoittamalla heille puheenvuoron. Välillä keskustelu

tyrehtyi ja tutkijat joutuivat esittämään osittain johdatteleviakin ja tarkentavia kysymyksiä asioista, jotka eivät muutoin olisi tulleet ilmi. Tutkijat tekivät lisäkysymyksiä perustuen aputeemoihin ja toisissa ryhmähaastatteluisa esiintyneisiin asioihin. Hoitajat myötäilivät toistensa kertomille asioille ja mielipiteille haastatteluissa, josta voitiin päätellä tiimihengen olevan hyvä ja sen voidaan myös katsoa olevan erinomainen lähtökohta asioiden, kuten potilasturvallisuuden, kehittämiseksi. Aineistossa tapahtui kylläntymistä jokaisessa teemassa, ja hoitajat olivat yllättävän yksimielisiä vastauksissaan.

Tutkimusmenetelmän lopulliseen valintaan oltiin tyytyväisiä. Teemahaastattelu osoittautui parhaaksi mahdolliseksi tiedon keruun menetelmäksi tässä tutkimuksessa. Koska teemahaastattelussa voi heti kysyä tarkentavan kysymyksen, tutkimustulosten vääristymien ja virhetulosten riski oli pieni. Tutkijoiden oli vaikea arvioida sosiaalisen paineen vaikuttavuutta hoitajien vastauksiin, koska tutkijat viettivät haastattelujen kanssa vain pienen hetken. Heillä ei myöskään ollut käsitystä hoitajien välisistä keskinäisistä suhteista eikä siitä, olivatko hoitajat mahdollisesti keskustelleet etukäteen antamistaan vastauksista. Suurin osa haastateltavista kertoi nähneensä saatekirjeen henkilökunnan taukotilojen ilmoitustaululla vasta juuri ennen haastattelutilanetta, josta voitiin päätellä, ettei vastauksista oltu keskusteltu etukäteen. Aineiston litterointi sujui pääasiassa ongelmitta ja vaivattomasti. Molemmat tutkijoista kokivat sisällön analyysin analyysimenetelmänä mielekkääksi.

Tutkimuksen tavoitteet saavutettiin tutkijoiden mielestä erinomaisesti. Aineiston keruumenetelmä sekä kerätty aineisto antoivat vastaukset työssä asetetuille tutkimustehtäville. Tutkimustulokset esitetään osaston hoitohenkilökunnalle toukokuun alussa, mutta osaston vastuulle jää, halutaanko tuloksista ottaa opiksi ja ryhtyvätkö he mahdollisiin kehittämistoimenpiteisiin tulosten pohjalta. Tutkijat toivovat, että osastonhoitaja sekä varaosastonhoitaja, ja mahdollisimman moni esityspäivänä työvuorossa oleva hoitaja osallistuisi osastotuntiin. Tutkimustulokset tullaan esittämään suullisesti ja mahdollisesti fläppitaulua apuna käyttäen. Näin siksi, että osastolla on huono mahdollisuus tulosten esittämiseen tietoteknisesti. Tutkimus toimitetaan osastolle lähettämällä se osastonhoitajalle sähköpostitse.

LÄHTEET

- Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim.
- Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M., Puska, E-L., Söderström, W. 3.-5. painos. 2006. Sairaanhoido ja huolenpito. Helsinki: WSOY.
- Anttila, V-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H., Vuento, R. 6.painos 2010. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Barker, K., Flynn, E., Pepper, G., Bates, D. & Mikeal, R. 2002. Medication errors observed in 36 health care facilities. *Internal Medicine* 16, 1897-1903. Viitattu 18.4.2013. <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=212740>
- Dawson, D. & Reid, K. 1997. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*, 235-237. Viitattu 26.3.2013. <http://www.fatiguescience.com>
- Euroopan komission www-sivut. Viitattu 6.1.2013. http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_safety/index_fi.htm
- Gurwitz, J., Field, T., Judge, J., Rochon, P., Harrold, L., Cadoret, C., Lee, M., White, K., LaPrino, J., Erramuspe-Mainard, J., DeFlorio, M., Gavendo, L., Auger, J. & Bates, D. 2005. The incidence of adverse drug events in two large academic long-term care facilities. *The American Journal of Medicine* 3, 251-258. Viitattu 18.4.2013. <http://www.amjmed.com/article/S0002-9343%2804%2900718-1/fulltext>
- Helovuoto, A. 2009. Inhimilliset tekijät, tiimityö ja turvallisuus – mitä voimme oppia ilmailusta? Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 99-116.
- Helovuoto, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hietala, M. & Roth- Holttinen, O. 1999. Infektiot ja hoitotyö. Helsinki: Kirjoittaja ja Kirjayhtymä Oy.
- Hiltunen, T. 2009. Terveystuollon heikko tiedonkulku uhkaa potilaiden turvallisuutta. *Helsingin Sanomat* 19.5.2009. Viitattu 18.1.2013. www.hs.fi
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1995. Teemahaastattelu. 7. painos. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu – teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. painos. Helsinki: Tammi.

Huumausainelaki. 2008. L 30.5.2008/373 muutoksineen.

Kerttunen, M., Korjonen, P., Kurtti, A. & Paasovaara, S. 2008. Tiedonkulku ei aina toimi organisaatorajat ylittävissä potilassiirroissa. *Sairaanhoitaja* 4, 26-27.

Kinnunen M. & Peltomaa K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) *Potilasturvallisuus ensin*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 77-97.

Kinnunen, M. 2008. Potilasturvallisuus alkaa asenteista ja haluista. *Sairaanhoitaja* 8. Viitattu 17.1.2013.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/8_2008/ajankohtaiskirjoitus/potilasturvallisuus_alkaa_asente/

Kinnunen, M. 2009. Vaaratapahtumien raportoinnista elävään turvallisuuskulttuuriin. Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) *Potilasturvallisuus ensin*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 117-138.

Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K., Ojanen, J. & THL. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Helsinki: Yliopistopaino.

Kuopion kaupungin www-sivut. 2012. Viitattu 16.1.2013. www.kuopio.fi

Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Reunama, T. 2012. ISBAR-menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. *Sairaanhoitaja* 3, 29-30.

Kurittu, K. 2011. Tutkimuksen eettiset kysymykset. Luento Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden moduulissa hoitotyön tutkimus ja kehittäminen.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. L 17.8.1992/785 muutoksineen.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. 2000. L 22.9.2000/812 muutoksineen.

Lano, H. 2008. Informaatioprosessin kehittäminen hoitoketjun rajapinnoissa: Case sepevaltimotauti. Diplomityö. Helsingin teknillinen korkeakoulu. Viitattu 16.1.2013. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,13120,25369,28770,28073,28049,28051>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit.

Leino-Kilpi, H. 2008. Eettinen turvallisuus – vetovoimaisten sairaaloiden ominaispiirre. *Sairaanhoitaja* 8. Viitattu 17.1.2013.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/8_2008/ajankohtaiskirjoitus/eettinen_turvallisuus_vetovoimai/

Lääkelaki. 1987. L 10.4.1987/395 muutoksineen.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Toim. Metsämuuronen. Mustajoki, M. Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. 2010. *Sairaanhoitajan käsikirja*. Helsinki: Oy Duodecim.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Nurminen, M-L. 2012. 10.–11. p. Lääkehoito. Helsinki: Sanoma Pro.

Pakkala, E. 2011. Jopa puolet hoitovirheistä voitaisiin estää. Viitattu 24.1.2013. www.medi uutiset.fi

Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim 20, 2459-2470. Viitattu 8.4.2013. www.duodecimlehti.fi

Pietikäinen, E., Reiman, T. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. Espoo: VTT. VTT tiedotteita 2456. Viitattu 2.1.2013. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2008/T2456.pdf>

Pietikäinen, E., Reiman, T. & Oedewald, P. 2009. Potilasturvallisuuskulttuuria kehittämällä huomio turvallisen työnteon edellytyksiin. Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 63-76.

Potilasturvallisuusopas. 2011. THL. Viitattu 5.1.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f>

Potilasvakuutuskeskuksen www-sivut. Viitattu 6.1.2013. <http://www.pvk.fi/fi/>

Reason, J. 2000. Human error: models and management. Western Journal of Medicine 6, 393-396. Viitattu 17.4.2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070929/>

Saari, L. 2012. Hoitotyön tiedonkulku ja potilasturvallisuus – suullinen ja hiljainen raportointi tiedon välityksessä kirurgisilla vuodeosastoilla. AMK-opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.1.2013. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/43409/leilasaari.pdf?sequence=1>

Satakunnan keskussairaala. 2010. Osaston lääkehoitosuunnitelma.

Satakunnan sairaanhoitopiiri. Satakunnan sairaanhoitopiirin laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnitelma. Pori.

Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 29-42.

Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Helsinki: Valopaino Oy. Viitattu 12.2.2012. <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>

STM. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. 2005:32 Helsinki: Yliopistopaino.

STM. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. STM julkaisuja 2009:3. Viitattu 5.1.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf

STM: Suomeen ei haluta yhtä potilastietojärjestelmää. 2012. Teknologia, talous, työ-elämä 3t 1.10.2012. Viitattu 18.1.2013. www.3t.fi

STM:n www-sivut. 2005. Viitattu 15.1.2013. <http://www.stm.fi>

STM:n www-sivut. 2012. Viitattu 16.1.2013. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/tietojarjestelmahankkeet/kysymyksiä_kanta_hankkeesta#vastaus7

Syrjälä, H. 2005. Käsihuuhde - mikrobien leviämisen eston kulmakivi. Viitattu 12.2.2013. <http://www.duodecimlehti.fi>

Tampereen kaupunki. 2001. Käsihygieniä. Viitattu 12.2.2013. <http://koulut.tampere.fi/materiaalit/sote1/aseptiikka/kasihygi.html>

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010. 30.12.2010/1326.

THL:n www-sivut. Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma. Viitattu 6.1.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/kansainvalinen

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Työturvallisuuskeskus TTK:n www-sivut. 2008. Viitattu 25.1.2013. www.ttk.fi

VTT:n www-sivut. Viitattu 6.1.2013. <http://www.vtt.fi/proj/typorh/>

Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 17.4.2013. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03103.pdf>

TEEMAHAASTATTELUN TEEMAT JA APUTEEMAT

1. Hyvän potilasturvallisuuden tunnuspiirteet
2. Lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät haasteet
 - Lääkkeiden jakoon liittyvät tilat
 - Lääkkeiden jako tilanteeseen liittyvät tilat
 - Lääkkeiden tarkistukseen liittyvät
 - Lääkkeiden anto potilaalle
 - Osaston omat tavat
3. Aseptisen työskentelyn haasteet
 - Hoitotoimenpiteet esim. haavahoito, injektiot, kanylointi
 - Infektiopotilaan hoito
 - Eristyspotilaan hoito
4. Tiedonkulun turvallisuusriskit
 - Tiedonkulun katkeaminen
 - Väärin ymmärtäminen
 - Puutteellinen kirjaaminen/ raportointi
 - Hiljainen raportointi
5. Fyysinen ympäristö
 - ahtaus, wc-tilat, käytävät, tavarasäilytys
6. Laitteiden käyttö potilasturvallisuuden kannalta
 - Käyttö, toimivuus
7. Inhimillisten tekijöiden vaikutus potilasturvallisuuteen
 - Kiire, väsymys

Saatekirje osastolle

28.2.2013

Olemme kaksi SAMK:in sairaanhoitajaopiskelijaa ja olemme tekemässä opinnäytetyötä osastollenne. Opinnäytetyömme aihe on: Potilasturvallisuuden haasteita ja kehittämisesajatuksia hoitohenkilökunnan näkökulmasta kirurgian vuodeosastolla. Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia hoitohenkilökunnan näkökulmasta potilasturvallisuuden liittyviä haasteita. Tavoitteena on kartoittaa oleellisia ongelmakohtia sekä nostaa esiin mahdollisia kehittämisesajatuksia. Käytämme tutkimusmenetelmänä teemahaastattelua. Ideana on, että osallistujat saavat mahdollisuuden tuoda esille itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti. Haastattelemme kolmea 3-4 hoitajan ryhmää ja kukin haastattelutilanne kestää noin tunnin. Toteutamme ryhmähaastattelut kolmena eri päivänä: ke 6.3, to 7.3 ja ma 11.3 klo 15-16. Tilana toimii osaston neuvotteluhuone. Haastattelutilanteet äänitetään digitaalisella nauhurilla ja äänitteet tuhotaan heti puhtaaksi kirjoittamisen jälkeen. Yksittäistä vastaajaa ei työstä voi tunnistaa. Työssä ei mainita kohdeosastoa eikä osallistujien henkilötietoja (lukuun ottamatta ammattinimikettä). Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Tutkimustehtävät:

1. Mitkä ovat hyvän potilasturvallisuuden tunnuspiirteet kirurgian vuodeosastolla?
2. Mitä haasteita kirurgisessa hoitotyössä ilmenee potilasturvallisuuden näkökulmasta?
3. Millaisia potilasturvallisuuden kehittämisesajatuksia hoitohenkilökunnalla on?

Annamme opinnäytetyön Satakunnan sairaanhoitopiirin sekä kohdeosaston käyttöön. Tulemme raportoimaan työmme tulokset hoitohenkilökunnalle myöhemmin kevään osastotunnilla.

Toivomme osallistumistanne tutkimukseen!

Yhteistyö terveisin

Sallamari Huhtala ja Stiina Karsikas

Esimerkki sisällön analyysistä (10.2 Haasteet)



TEEMAHAASTATTELUN PÄÄTEEMAT HAASTATELTAVILLE

1. Hyvän potilasturvallisuuden tunnuspiirteet
2. Lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät haasteet
3. Aseptisen työskentelyn haasteet
4. Tiedonkulun turvallisuusriskit
5. Fyysinen ympäristö
6. Laitteiden käyttö potilasturvallisella tavalla
7. Inhimillisten tekijöiden vaikutus potilasturvallisuuteen

SALLAMARI HUHTALA & STIINA KARSIKAS: AJANKÄYTTÖ-
JA TEHTÄVÄLUETTELO KAHDEN OPISKELIJAN TYÖSSÄ

Tutkimuksen vaihe	Tekijät / vastuuhenkilöt	Tunnit
<p>Tutkimuksen ideavaihe</p> <ul style="list-style-type: none"> - tutkimuksen rajaus, aihe-seminaari, tiedon haku, valmisteleva työ, esim. tiedon haku keskeisistä käsitteistä jne. 	<p>Sallamarin aihealueet: Potilasturvallisuuskulttuuri (eettisyys, edistäminen), Tiedonkulku (tietojärjestelmät, dokumentointi ja raportointi, vaitiolo), Ihimilliset tekijät (työssä jaksaminen), Fyysinen ympäristö ja laitteisto</p> <p>Stiinan aihealueet: Potilasturvallinen lääkehoito, Potilasturvallinen aseptiikka (aseptinen työskentely, infektiot ja niiden ehkäisy), Fyysinen ympäristö ja laitteisto</p> <p>Tapaaminen osastonhoitajan kanssa Tiedonhaussa koulun kirjasto- ja tietopalvelut (esim. Theseus), Satakunnan sairaanhoitopiiri, internet-lähteet Aiheseminaari pidetty 15.5.2012</p>	50 + 50 tuntia
<p>Tutkimuksen suunnittelu</p> <ul style="list-style-type: none"> - tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien selkeyttäminen ja kirjoittaminen, - tutkimussuunnitelman laadinta - suunnitteluseminaari 	<p>Sallamari+Stiina: tutkimussuunnitelman laadinta viikoilla 5 & 6, 20h</p> <p>Sallamari+Stiina: lupahakemusten laadinta (Samk:in lupa ja Satshp:n lupa)</p> <p>Tapaaminen osastonhoitajan sekä varaosastonhoitajan kanssa Suunnitteluseminaari pidetään 14.3.2013</p>	100 + 100 tuntia

Tutkimuksen toteutus	<p>Sallamari+Stiina: Ryhmähaastattelujen sisällön laadinta: teemojen laadinta ja kysymysten asettelu, aikataulutusta ja järjestelyt, osaston tiedottaminen, 50 + 50 h Ryhmähaastattelujen pitäminen: 3 x 1 h (+2 h) Tutkimustulosten analysointi: äänitteiden kuuntelu ja kirjoittaminen 75 + 75 h Tutkimustulosten analysointi: sisällön analyysiä 75 + 75 h Äänitemateriaalin tuhoaminen ja hävittäminen</p>	200 + 200 tuntia
Tutkimuksen raportointi <ul style="list-style-type: none"> - henkilökunnan informointi - opinnäytetyön viimeistely ja raportin kirjoittaminen 	<p>Sallamari+Stiina: työn viimeistely ja raportointiseminaarin laadinta 50 + 50 h Osastotunnilla henkilökunnalle tutkimuksen esittely ja tulosten läpikäyminen Raportointiseminaari pidetään 11.4.2013</p>	50 + 50 tuntia
		Yhteensä 800 tuntia

