

Jukka Leppäkoski, Pirkko Pasanen ja Henna Yli-Hynnälä

Potilaan tunnistaminen osana potilasturvallisuutta

Opetusvideo tunnisterannekkeen käytöstä hoitoketjun aikana

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

SXXFA05

23.4.2013

Tekijät Otsikko Sivumäärä Aika	Jukka Leppäkoski, Pirkko Pasanen ja Henna Yli-Hynnälä Potilaan tunnistaminen osana potilasturvallisuutta – opetusvideo tunnisterannekkeen käytöstä 29 sivua + 2 liite 23.4.2013
Tutkinto	Sairaanhoidtaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaajat	Lehtori Leena Hinkkanen Lehtori Anu Leppänen
<p>Potilasturvallisuus perustuu turvalliseen ja korkealaatuiseen potilaan hoitoon. Hoidon ei pidä aiheuttaa potilaalle haittoja tai vaaroja. Hoitoon kuuluvat riskit tulee ennakoida ja ehkäistä. Opinnäytetyömme tavoite on edistää potilasturvallisuutta potilaan tunnistamisessa tunnisterannekkeen avulla. Opinnäytetyömme on toteutettu yhteistyössä HUS/HYKS operatiivisen tulosyksikön kanssa.</p> <p>Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö, missä syntyy tuotos perinteisen tutkimustuloksen sijasta. Tuotoksena voi olla esimerkiksi opetusvideo.</p> <p>Työelämän tarve oli saada käyttöön opetuksellinen menetelmä, jonka avulla mahdollistetaan oppiminen systemaattisesta potilaan tunnistamisesta hoidon eri vaiheissa. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli toteuttaa opetusvideo hoitohenkilökunnalle sekä alan opiskelijoille. Teemamme on potilaan tunnistaminen tunnisterannekkeen avulla. Potilaat tulee tunnistaa kahta eri lähdettä käyttäen ennen lääkitystä, hoitoja, toimenpiteitä tai tutkimuksia. Potilaan tunnistaminen tulee tapahtua kysymällä potilaan nimi ja henkilöllisyystunnus. Sairaalassa potilaan täytyy pitää tunnisterannekettä, jotta hoitava henkilökunta pystyy varmasti tunnistamaan hänet.</p> <p>Opetusvideomme ”Potilaan tunnistaminen hoitotilanteissa – opetusvideo potilaan tunnistamisesta ja tunnisterannekkeen käytöstä tunnistamisen välineenä” kuvattiin helmikuussa 2013 Metropolia ammattikorkeakoulussa. Opetusvideo on tehty yhteistyössä Laajasalon opiston elokuva- ja näyttelijätyölinjan kanssa. Linjan opiskelijat ovat vastanneet opetusvideon kuvauksesta, editoinnista sekä näyttelijätyöstä.</p>	
Avainsanat	potilasturvallisuus, potilaan tunnistaminen, tunnisteranneke

Authors Title Number of Pages Date	Jukka Leppäkoski, Pirkko Pasanen and Henna Yli-Hännilä Identifying Patient During the Treatment Period – Producing an Educational Video 29 pages + 2 appendices 23 April 2013
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructors	Leena Hinkkanen, Senior Lecturer Anu Leppänen, Senior Lecturer
<p>Patient safety is based on safe treatment of high-quality. It should not cause any danger or harm to the patient. Any risk factor should be forecast and prevented. The aim of our final project was to develop the patient safety with the help of new recommendations for identifying patient. Our customer was the Finnish Hospital district of Helsinki and Uusimaa together with the Helsinki University Central Hospital area operative profit unit.</p> <p>We produced an educational video for the persons who work in the field of nursing and health care including students. Our theme was patient identify. The patient should be identified from two different sources before medication, treatment and examination by asking the patient's name and identify number, for instance in the hospital the patient should use a patient bracelet, so that the health care personnel could identify them.</p> <p>Our study, the educational video is work-oriented and the need for the educational video came from working life representative. Many of the foreigner nurses and doctors who work today in Finland are used to tighter health care protocol in their own country and we heard from the working life representative that they would like to have same kind of guidelines here in Finland as well, like in identifying the patient.</p> <p>The material for the video was shot in the February 2013 in Metropolia University of Applied Sciences. The video was produced together with the Finnish Laajasalo Opisto filmmaking and actor students.</p>	
Keywords	patient safety, identifying the patient, patient bracelet

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Potilasturvallisuus	2
	2.1 Potilasturvallisuuden määritelmä	2
	2.2 Potilasturvallisuuteen liittyvät uhka- ja vaaratilanteet	4
	2.3 Potilasturvallisuutta heikentävät tekijät	6
	2.4 Potilasturvallisuuden kehittäminen	8
3	Potilaan tunnistamisen merkitys	9
	3.1 Potilaan tunnistaminen eri hoitotilanteissa	9
	3.2 Potilaan tunnistaminen	10
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	13
5	Toiminnallinen opinnäytetyö	14
6	Opetusvideo	15
	6.1 Opetusvideo oppimisen prosessissa	15
	6.2 Opetusvideon hyödyt ja vaatimukset	17
	6.3 Opetusvideon käsikirjoituksen laatiminen	19
	6.5 Opetusvideon toteutus ja arviointi	21
7	Pohdinta	23
	7.1 Opinnäytetyön hyödynnettävyys	23
	7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	24
	7.3 Arviointi ja kehittämissuhteet	25
	Lähteet	27
	Liite 1. Opetusvideon käsikirjoitus	
	Liite 2. Kuvakäsikirjoitus	

1 Johdanto

Potilasturvallisuus koostuu laadukkaasta ja turvallisesta hoidosta, joka toteutetaan oikeaan aikaan ja oikealla tavalla. Hoidon tai hoitolaitoksessa olemisen ei pidä aiheuttaa potilaalle vaaroja tai haittoja. Hoitoon kuuluvat riskit tulee ennakoida ja ehkäistä. Hoidon turvallisuuden lisäksi muun muassa lääkehoidon sekä lääkinnällisten laitteiden turvallisuus sisältyy potilasturvallisuuteen. Koko terveydenhuollon organisaation täytyy ennakoida ja etsiä potilasturvallisuusriskejä. (THL. 2012a.)

Opinnäytetyömme ”Potilaan tunnistaminen osana potilasturvallisuutta – opetusvideo tunnisterannekkeen käytöstä hoitoketjun aikana” on toteutettu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS operatiivisen tulosityksikön käyttöön. Opinnäytetyömme käsittelee potilaan oikeaoppista tunnistamista tunnisterannekkeen avulla. Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö.

Työelämän tarve on saada käyttöön opetuksellinen menetelmä, jonka avulla mahdollistetaan oppiminen systemaattisesta potilaan tunnistamisesta eri hoidon vaiheissa tunnisterannekkeen avulla. Opetusvideon kohderyhmää ovat hoitohenkilökunnan lisäksi myös terveydenhuoltoalan opiskelijat.

Opetusvideon hyötyjä potilasturvallisuuden edistämiseksi ovat oppimisen jatkuvuus, koska tuotetta voi katsoa yhä uudelleen ja myös jaksotetusti sekä erilaisten oppimistyylien tehokkaamman oppimisen korostuminen. Opetusvideon avulla on mahdollisuus nähdä ja oppia asioita, mitä ainoastaan lukemalla tai kuuntelemalla on vaikea havaita tai erottaa.

Olemme keränneet opinnäytetyöhömme teoriapohjaa muun muassa potilasturvallisuudesta, potilaan tunnisterannekkeesta sekä sen hyödyistä. Opinnäytetyön lopussa käsittelemme opetusvideon tekemiseen liittyvää teoretietoa. Liitteeksi olemme laittaneet käsikirjoituksemme opetusvideosta.

2 Potilasturvallisuus

2.1 Potilasturvallisuuden määritelmä

Terveysthuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveysthuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Kunnan perusterveydenhuollon on vastattava potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta, jollei siitä muutoin erikseen sovita. Terveysthuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa. (Terveysthuoltolaki 1326/2010 § 8.)

Suomen sairaaloissa arvioidaan vuosittain tapahtuvan kuolemaan johtavia hoitovirheitä vähintään 700. Suurimmillaan hoitovirheitä voi olla jopa 1700. Ruotsissa tapahtuu arviolta 3000 hoitovirheestä johtuvaa kuolemaa vuodessa. Suomessa vastaavia tutkimuksia ei ole tehty koska on arveltu, että vertailukelpoisten maiden, kuten Ruotsin tilastot, kuvastavat myös Suomen tilannetta. Yleisimpiä haittatapahtumia ovat muun muassa lääkityslaitteista johtuvat virheet, hoitoon liittyvät infektiot sekä lääkityksessä tapahtuneet virheet. (THL. 2012a.) Terveysten ja hyvinvoinnin laitos on laskenut, että pelkätään vuodeosastohoidossa, maassamme aiheutuu haittatapahtumista ja hoitovirheistä yli 400 miljoonan euron vuosittaiset lisäkustannukset. (Anttonen 2012.)

Vuonna 2006 Maailman terveystjärjestön (WHO) potilasturvallisuuden yhteistyökeskus kokosi yhteen yli 50 tunnustettua potilasturvallisuuden johtajaa ja asiantuntijaa ympäri maailmaa kiteyttämään yhteen yhdeksän eri keinoa potilasturvallisuuden parantamiseksi. Kansainväliseen katselmukseen oli kerätty palautetta johtavilta potilasturvallisuusyhteisöiltä, terveystministeriöiltä, kansainvälisiltä terveystalan ammatillisilta järjestöiltä sekä muilta terveysthuoltoalan asiantuntijoilta, joiden lausuntojen perusteella "Nine patient safety solutions" lopulta muotoutui. Kun ohjeistus vuotta myöhemmin julkaistiin, WHO:n pääjohtaja Margaret Chan totesi: "On tunnustettava, että terveysthuollon virheet vaikuttavat joka kymmeneeseen potilaaseen ympäri maailmaa." Samassa tilaisuudessa Sir Liam Donaldson, WHO:n valtuuttaman allianssin puheenjohtaja ja ylilääkäri Englannista sanoi: "Potilasturvallisuuden on oltava ensisijaista koskien terveysthuollon järjestelmiä ympäri maailmaa. Potilasturvallisuuden parannusohjelma käsittelee useita elintärkeitä alueita, jotka ovat riskejä potilaille. Selkeät ja ytimekkäät yhdeksän tapaa potilasturvallisuuden parantamiseksi, ovat osoittautuneet hyödyllisiksi

auttaen vähentämään hyväksymättömän suuren määrän lääketieteellisiä haittoja ympäri maailman." (WHO. 2007a.)

Yhdeksän tapaa potilasturvallisuuden parantamiseksi ovat:

- 1) samannäköisten ja samalta kuulostavien lääkkeiden riskien tunnistaminen,
- 2) potilaiden ohjeistuksen mukainen tunnistaminen,
- 3) katkeamaton tiedonkulku potilaita siirrettäessä,
- 4) oikean toimenpiteen ja leikkauskohdan varmistaminen,
- 5) elektrolyyttiliuosten oikean konsentraation varmistaminen,
- 6) oikean lääkityksen varmistaminen yhtenäisillä ja selkeillä menettelytavoilla hoitopaikan muutosten yhteydessä,
- 7) katetrien ja letkujen väärinkytöntöjen välttäminen,
- 8) kertakäyttöisten injektio- ja infuusiopistostarvikkeiden käyttö ehkäisemään HI-, B-hepatiitti- ja C-hepatiittivirusten leviämistä, sekä
- 9) hyvän käsihygienian noudattaminen hoitoon liittyvien tartuntojen ehkäisyssä. (THL. 2012b.)

Potilasturvallisuus on hoidon laatua. Hoidon laatua määrittäviä tekijöitä ovat hoidon perustuminen näyttöön, hoito on lääketieteellisesti vaikuttavaa ja potilaskeskeistä, hoitoa on saatavilla oikeudenmukaisesti ja hoito on kustannusvaikuttavaa. Terveystieteiden ammattihenkilöiden sekä organisaation periaatteet ja toimintakäytännöt varmistavat potilasturvallisuuden toteutumisen. (THL. 2012a.)

Suomalainen potilasturvallisuusstrategia julkistettiin vuonna 2009, minkä päivittämisestä vastaa Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos ja sosiaali- ja terveysministeriö vahvistaa päivitykset. Strategian missiona on potilasturvallisuuden edistäminen ja visiona, että hoito on vaikuttavaa ja turvallista vuoteen 2013 mennessä. Strategian keskeisimpänä tavoitteena on potilasturvallisuuden hallinta ennakoimalla ja oppimalla - vaaratapahtumista raportoidaan ja niistä opitaan. Potilasturvallisuuteen tulee myös panostaa riittävät voimavarat ja terveydenhuollon tutkimus ja opetus huomioi potilasturvallisuuden kehittämistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009.)

2.2 Potilasturvallisuuteen liittyvät uhka- ja vaaratilanteet

Potilasturvallisuus vaarantuu potilaan virheellisestä tunnistamisesta. Potilaan virheellinen tunnistaminen on johtanut tapahtumiin, joista osa on aiheuttanut potilaalle vähäisiä seuraamuksia, mutta osalle seuraamukset ovat olleet vakavia. Iso-Britanniassa tiedetään viiden potilaan menehtyneen verensiirron yhteydessä vuosien 1996–2002 aikana, kun potilaalle oli annettu toiselle potilaalle tarkoitettua verta. Vuonna 2000 tehdyn tutkimuksen mukaan potilasturvallisuuden vaaratilanteita tapahtui 850 000 tapausta vuodessa, joista puolet olisi ollut ehkäistävässä. Iso-Britannian lisäksi samankaltaisia tutkimustuloksia on saatu myös Yhdysvalloissa, Australiassa, Kanadassa ja Tanskassa. (Ranger - Bothwell 2004.)

Stahelin ym. (2010) tutkimuksessa analysoitiin kuuden ja puolen vuoden ajan vuosina 2002–2008 Coloradossa USA:ssa 27 370 kirurgisessa hoitotyössä kirjattua haittatapahtumaa. Tutkimusjakson aikana todettiin 25 tapausta, jossa oli hoidettu väärää potilasta ja 107 tapausta jossa potilaalle oli tehty väärä toimenpide, johtuen potilaan väärästä tunnistamisesta. Potilaan sairauskertomuksen, röntgenlausuntojen ja laboratoriotulosten sekoittuminen aiheuttivat paljon vaaratilanteita, mitkä johtivat potilaalle annettuun väärään hoitoon. Potilaan virheellinen tunnistaminen vaikutti merkittävästi potilaalle aiheutuneisiin haittoihin. Potilaan väärä tunnistaminen on suuri riskitekijä, joka aiheuttaa potilaille eniten merkittäviä ja pysyviä haittoja, joskus myös kuolemantapauksia. Suosituksena potilaan oikeaan tunnistamiseen tutkimusryhmä ehdottaa tarkistuslistan käyttöä kirurgisessa hoitotyössä, mikä on muun muassa ilmailussa perustyökalu. Suurimmiksi ongelmiksi potilaille koituneissa haittatapahtumissa osoittautuivat kommunikation puutteet tiedonkulussa ja epäselvyydet päätöksenteossa.

Tarkistuslista on potilasturvallisuutta lisäävä työväline, jonka avulla ehkäistään muun muassa leikkaussalissa tapahtuvia vaaratapahtumia. Tarkistuslistan avulla varmistetaan, että potilaasta on huomioitu kaikki välttämätön tieto ja tarpeelliset toimet on suoritettu ennen kuin siirrytään seuraavaan työvaiheeseen. (THL. 2013.)

Potilasturvallisuus saattaa vaarantua myös uusien lääkkeiden ja teknologian myötä, joiden hallittu ja oikea käyttö on yhä vaativampaa. Hoidon hajaantuminen erikoistumisen myötä, hoitoprosessien pirstaleisuus, liian niukat henkilöstöresurssit sekä työntekijöiden vaihtuvuus vaikeuttavat omalta osaltaan potilaskeskeistä ja turvallista hoidon toteuttamista. Koska tietojärjestelmiä ei ole pystytty integroimaan keskenään, rajapintaongelmat tiedonkulussa lisäävät virhemahdollisuuksia ja hoitopäätöksiä saatetaan tehdä puutteellisten tai väärin tietojen perusteella. Terveystieteiden tutkimuksissa potilasturvallisuuden seuranta ja edistäminen on erityisen tärkeää, mutta nykyiset potilasasiakirjajärjestelmät eivät tarjoa siihen riittävää tukea. Hoitohenkilöstön osaamisen tarve koskien potilasturvallisuutta on yhä laajempaa ja jatkuvaa. Virheiden ja erehdysten mahdollisuus kasvaa suhteessa työn vaativuuteen ja henkilöstön onkin tunnistettava, milloin ollaan turvallisuuden suhteen vaarallisella alueella. (THL. 2012a.) Alla olevat esimerkit ovat todellisia kuvauksia hoitotyössä tapahtuneista virheellisistä potilaan tunnistamisista.

Esimerkki 1.

Poikkeama sädehoidon toteutuksessa

”Hoitaja pyysi nimellä potilaan odotushuoneesta sädehoituhuoneeseen. Kesken sädehoidon paikalle tuli hoitaja, joka ennestään tunsi potilaan, jolle hoito oli tarkoitus antaa. Hän totesi, että hoidossa oli väärä potilas, jolle oli ehditty antaa jo yksi sädehoitokenttä. Odotushuoneessa oli ollut kaksi samannimistä.” (Duodecim. 2008.)

Esimerkki 2.

Lääke- ja nestehoitoon liittyvä antovirhe

”Potilas sai päiväruokailun yhteydessä väärän potilaan tarjottimen ja väärät lääkkeet. Tapahtuma huomattiin heti ja siitä ilmoitettiin päivystävälle lääkärille. Potilaalle jätettiin antamatta omat päivällislääkkeet. Myötävaikuttavat tekijät: potilailla joiden välillä virhe sattui, oli sama etunimi ja tarjottimen vienyt hoitaja oli ollut osastolla vasta muutaman viikon kesätoissa.” (Kinnunen 2010.)

Esimerkki 3.

Laboratorio- tai kuvantamistutkimukseen liittyvä vaaratilanne

”Läheltä piti, ettei askites-näytteen vastaukset menneet väärälle potilaalle. Näyte oli otettu huoneessa 5 olevasta potilaasta, mutta näytteiden tarroissa oli huoneessa 4 olevan potilaan henkilötiedot. Virhe huomattiin sattumalta, kun laboratoriohoitaja soitti osastolle varmistaakseen, onko bakteeriviljelynäyte myös otettu. Osasto lähetti laboratorioon oikeat tarrat ja vastaukset kirjattiin suoraan oikealle potilaalle. Väärälle potilaalle tilatut pyynnöt poistettiin. Potilaalla ei ollut tunnisteranneketta eikä itse pystynyt sanomaan nimeään ja syntymäaikaansa.” (Kinnunen 2010.)

Samannimisten potilaiden sijoittuminen samalle vuodeosastolle tuo esille ainutlaatuisen haasteen terveydenhuollon potilasturvallisuusohjeistukselle. Tilanne on erityisen merkityksellinen yhteisöissä, joissa useiden ihmisten nimet eivät ole ainutlaatuisia. Erityisiä ohjeistuksia ja toimenpiteitä tarvittaisiin, jotta välttyttäisiin virheelliseltä potilaan tunnistamiselta. (Lee – Leung – So 2005.)

2.3 Potilasturvallisuutta heikentävät tekijät

Inhimillisten tekijöiden osuus potilasturvallisuuteen on merkittävä. Perinteisesti terveydenhuollon kulttuurissa inhimillisten tekijöiden huomioonottaminen ei ole ollut hyväksyttyä. Ajattelutapa, missä virheet ovat seurausta huolimattomuudesta tai välinpitämättömyydestä on vieläkin hyvin yleinen terveydenhuoltoalalla. Inhimillisten virheiden hyväksyminen on vaikeaa ja usein ajatellaan, että kunhan vain virheistä kerrotaan virheenteikijälle ja kehoitetaan toimimaan toisin, niin ongelmat ratkeavat. Turvallisuutta kehitetään herkästi ilman pohtimista, mikä saa ihmiset tekemään virheitä. Inhimillisten virheiden tiedostamisen lähtökohtana on ymmärtää, miksi ihminen toimii, kuten toimii virhetilanteessa ja mitkä ovat olosuhteet, kun virheitä tapahtuu. (Helovuori – Kinnunen – Peltomaa – Pennanen 2011: 75–76.)

Kaikki ihmisen toiminta perustuu kykyyn käsitellä tietoa ja toimintaa. Asioita tulkitaan sen perusteella, mitä on aiemmin opittu ja koettu. Nämä tiedot yhdistetään nykyisiin aistihavaintoihin. Erehdykset ihmisen tiedonkäsittelyprosessissa, kuten tarkkaavaisuuden puute ja unohtaminen johtavat virheisiin. Ihminen ei pysty yhtäaikaisesti käsittelemään suurta määrää tietoa, vaan tiedon käsittely on aina rajallista. Terveydenhuollossa on tapana organisoida työtehtävät siten, että ne muistetaan tehdä, mutta usein asiat unohtuvat, koska tietoa joudutaan käsittelemään liian paljon kerralla. Institute on medicine suosittelee, ettei muistiin tai valppauteen tule luottaa organisaatioissa, joissa ollaan tekemisissä potilasturvallisuuden kanssa. Suositus perustuu siihen, että hoitohen-

kilökunnan toimiessa kiireessä ja stressin alla, olisi epärealistista olettaa, että kaikki asiat tulisivat tehdyiksi vain muistin varassa. Ihmisen muistamista ja tiedonkäsittelyprosessia voidaan helpottaa muun muassa erilaisin tarkistus- ja varmistusmenetelmillä, kuten juuri potilaan oikeaoppisella tunnistamisella rannekkeen avulla. Hoitoprosessissa erilaisten tarkistuslistojen käyttö helpottaa leikkauksien turvallista suorittamista varsinkin silloin, kun on paljon asioita muistettavana, jotta operaatio sujuisi turvallisesti. (Helovuo ym. 2011: 76–77.)

Terveydenhuoltoalalla stressin kokeminen on varsin yleistä. Huoli potilaan terveydestä aiheuttaa hoitotyöntekijälle stressiä, mikä vaikuttaa työn henkiseen kuormittavuuteen. Ihmisen oma elämäntilanne voi olla stressaava ja työpaikka hyvin meluisa, joka aiheuttaa stressiä. Koska stressi heikentää havainnointikykyä ja tarkkaavaisuutta, työtehtävien suorittaminen on hankalampaa ja virheitä sattuu helpommin. Stressinhallintaan onkin alettu kiinnittämään huomiota terveydenhuoltoalalla, koska stressin haitallinen vaikutus suorituskyykyyn on merkittävä. (Helovuo ym. 2011: 79–80.) Kansainvälisissä tutkimuksissa ylikuormitus on yleisin havaittu stressin aiheuttaja lääkäreillä. Myös vaikutusmahdollisuuksien ja sosiaalisen tuen puute ovat nousseet tutkimuksissa stressin aiheuttajiin. Suomessa sekä mies- että naislääkärit ilmoittivat suureksi stressin aiheuttajaksi työn. Naislääkärit toivat esiin myös työn ja perheasioiden yhteensovittamisen aiheuttamaa stressiä. (Aaltonen – Rosenberg 2013: 107.)

Väsymys vaikuttaa keskittymiskykyyn, tarkkaavaisuuteen ja päättelykykyyn alentavasti. Terveydenhuoltoalalla, jossa tehdään paljon vuorotyötä ja usein myös ylitöitä, vireystilan hallinta on vaikeaa ja työstä palautuminen haasteellista. Useat tutkimukset ovat osoittaneet riittämättömän levon vaikutukset potilasturvallisuuteen. Jo 1970-luvulla tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että rytmihäiriöiden havaitseminen EKG-käyrästä heikkeni selvästi, jos unitila edellisenä yönä ei ollut riittävä. Tutkimuksissa on myös havaittu, että vuorokauden valvominen vastaa promillen humalatilaa, mikä selkeästi heikentää suorituskyykyä. Tällöin tapaturmariski voi nousta jopa kolminkertaiseksi, jos työaika on jatkunut yli 15 tuntia. Vireystilaa voidaan parantaa erilaisilla työ- ja lepoaikasäädöksillä. (Helovuo ym. 2011: 80–81; Aaltonen - Rosenberg 2013: 106.)

Ryhmässä toimiminen aiheuttaa haasteen potilasturvallisuudelle. Ryhmässä ihmiset eivät välttämättä toimi samalla tavoin kuin yksinään. Hyvänä esimerkkinä toimii oman mielipiteen ilmaisu, jonka esittämisen kynnyks kasvaa, mitä enemmän ihmisiä on läsnä.

Sellaisissa ryhmissä, missä on ammattihierarkiaa, kuten terveydenhuoltoalalla, oman mielipiteen ilmaisu voi olla vaikeaa. Jos hoitohenkilökunnan kommunikointi on puutteellista, itse työn koordinointi sekä työnjako kärsivät. Asioista syntyy helposti vääriä oletuksia, jos työtehtävistä ei sovita etukäteen ja kommunikointi on puutteellista. Esimerkkinä voidaan mainita uhka- ja vaaratilanteet potilaan tunnistamisessa. (Helovuo ym. 2011: 83–84.)

WHO:n potilasturvallisuuskartoituksen mukaan esteitä potilaan ohjeistetulle tunnistamiselle voivat olla hoitohenkilökunnan vähättelevä asenne tai sitoutumattomuus noudattaa suosituksia, eri organisaatioiden väliset toimintatapojen vaihtelut sekä teknologiset ratkaisut, jotka eivät vastaa kliinisiä hoitotilanteiden tarpeita. Potilas saattaa kokea kiusallisena sekä kunnioituksen puutteelta vaikuttavalta käyttäytymiseltä terveydenhuollon edustajan toistuvat henkilöllisyyden tarkistukset. (WHO. 2007b.)

Kulttuurisia kysymyksiä potilasturvallisuuden kartoituksessa olivat tunnisterannekkeen käyttämiseen liittyvä häpeän tunne, henkilöllisyystodistusten väärentäminen palvelujen saamiseksi, henkilöllisyyden kätkeytyminen esimerkiksi burkhan alle, ulkomaalaisten terveydenhuollon työntekijöiden tottumattomuus paikallisiin nimiin sekä mahdolliset vaikeudet nimien oikeinkirjoituksessa. (WHO. 2007b.)

Riskejä potilaan tunnistamiseen liittyen voivat olla perushoidon tarpeiden arvioinnin puute, potilaiden kliinisen tilan tarkkailun vaikeutuminen sekä mahdollinen yhtenäinen potilastietojärjestelmä, joka vaarantaa potilaan luottamukselliset tiedot sekä yksityisyyden. (WHO. 2007b.)

2.4 Potilasturvallisuuden kehittäminen

Potilasturvallisuuden riskien vähentämiseksi on kehitetty suosituksia, joista yleisempiä kohteita ovat olleet kommunikaation ja tiimityöskentelyn parantaminen sekä potilaiden asioista tiedottamisen selkeyttäminen potilasta hoitavien tahojen kesken, etenkin akuuttihoitossa. Esimerkiksi kriittisten potilastietojen tulisi kulkea sujuvasti hoitopaikasta toiseen, jos potilas siirtyy osastolta toiselle. Tarkistuslistojen käyttö on monissa tutkimuksissa todettu tehokkaaksi keinoksi parantaa potilasturvallisuutta. Selkeän suullisen ilmaisun parantaminen, kuten asioiden varmistaminen toistamalla: ”Annan potilaalle insuliinia 20 kansainvälistä yksikköä.”, on todettu parantavan potilasturvallisuutta.

Potilaan tunnistaminen enemmän kuin yhdestä lähteestä on suositeltavaa. (Lembitz – Clarke. 2009.)

Englannissa on kehitetty riskien hallinnan prosessi sekä taulukot, joilla riskiä voidaan numeerisesti luokitella. Riskien hallintaan kuuluvat vaarojen tunnistaminen keräämällä tietoa, seuraamalla ja analysoimalla riskejä. Seurannassa todetut riskit arvioidaan ja tunnistetaan kehittämistarpeet. Edellä mainituista arvioinneista tehdään johtopäätökset ja suositukset riskien hallinnalle. Prosessin jälkeen aloitetaan toiminta riskien hallitsemiseksi. (Helovuo ym. 2011: 124–132.)

Riskien arvioinnissa käytetään apuna seurauksien ja todennäköisyyksien kertoimia. Kertomalla luvut saadaan todennäköisyyskerroin, mikä kertoo riskin suuruuden. Seurauksien ja todennäköisyyden kertoimet ovat asteikolla 1–5 ja riskin suuruus määritellään luvuilla 1–25. Esimerkkinä potilaalle annetaan väärät lääkkeet, koska potilasta ei tunnisteta oikein. Seuraus voi olla vakava, joten kertoimeksi saadaan neljä ja todennäköisyys tälle tapahtuneelle on mahdollinen eli se on kerrointaulukossa kolme. Kertomalla 4x3 saadaan luku 12, mikä tarkoittaa korkeaa riskiä. Ongelmana taulukoinnissa on vaikeus päätellä tapahtumien todennäköisyyttä ja vakavuutta, koska eri ihmiset arvioivat asioita eri tavalla. Siksi on tärkeää määritellä mihin arviointi perustuu. Esimerkkinä ”todennäköisesti melkein varma”, asteikolla viisi tarkoittaa, että tilanne tapahtuu todennäköisesti ja uusiutuu lähiaikoina. (Helovuo ym. 2011: 124–132.)

3 Potilaan tunnistamisen merkitys

3.1 Potilaan tunnistaminen eri hoitotilanteissa

Useissa sairaanhoitopiireissä on jo otettu käyttöön ohjeet potilaan tunnistamisesta. Toimintaohjeissa keskitytään potilaan tunnistamiseen erilaisissa tilanteissa, kuten potilaan saapuessa päivystykseen, potilaan siirtyessä osastolta toiselle, potilaan tunnistamisessa hänen kotiutuessaan ja potilaan ollessa psykiatrisessa hoidossa. Ohjeistuksissa kerrotaan erilaisten potilaan tunnistamiseen liittyvistä riskialueista. (Vaasan sairaanhoitopiiri 2011; Lapin Sairaanhoitopiiri; 2013.) Potilaan tunnistamisen varmistamiseksi on terveydenhuollon henkilökunnan käytettävä ainakin kahta eri tunnistamisen muotoa erehtymisen mahdollisuuden minimoimiseksi. Tunnistustavoista kumpikaan ei

saa perustua potilaan huoneen tai vuoteen numeroon. Toimintatapaa, jossa kysytään ”Olettehan Matti Meikäläinen, syntynyt vuonna 1932?” ei saa käyttää, koska esimerkiksi huonosti kuuleva potilas saattaa tällöin vastata vain kyllä. Tästä syystä potilasta tulisi aina pyytää kertomaan itse oma nimensä tai henkilötunnuksensa. Omien henkilötietojen lisäksi tunnistamisen pitää perustua tunnisterannekkeeseen. (THL. 2012.) Jos potilas ei pysty kommunikoimaan, niin tunnistamisessa voidaan käyttää esimerkiksi toista työntekijää tai omaista. (Peltomaa 2011.)

WHO:n potilaan tunnistamisen ohjeistuksessa sekä potilasta että hänen omaisiin/läheisiään kannustetaan olemaan aktiivisia osallistujia potilaan henkilötietojen tunnistamisessa, kokonaisvaltaisessa hoidossa ja ilmaisemaan mahdolliset huolensa potilaan turvallisuudesta, uhkaavista hoitovirheistä sekä esittämään kysymyksiä hoidosta. (WHO. 2007b.)

3.2 Potilaan tunnisteranneke

Potilaan tunnisteranneke on sairaalaolosuhteissa käytetty usein muovinen, nepparilla ranteeseen tai nilkkaan kiinnitettävä työväline, josta ilmenee potilaan henkilötunnus, koko nimi sekä hoitopaikka. Tunnisterannekkeen tarkoituksena on toimia toisena osana kahta tunnistelähdettä käyttämällä ennen lääkehoitoja, tutkimuksia tai toimenpiteitä, jonka käytöllä osana potilaan tunnistamista tiedetään olevan suora vaikutus potilasturvallisuuden toteutumiseen. (Vaasan sairaanhoitopiiri 2011; THL. 2012a.) Potilaan henkilöllisyys on varmistettava rannekkeesta kysymällä hänen nimeään sekä henkilötunnustaan. Ilman ranneketta potilasta ei saa viedä toimenpiteeseen. Kun potilas siirtyy osastolta leikkaussaliin, niin potilaan henkilötunnus varmistetaan ensisijaisesti potilaalta ja toissijaisesti saattajalta. Potilaan saattaja kertoo potilaan nimen, henkilötunnuksen, suunnitellun toimenpiteen ja sen kohteen. Mahdollisuuksien mukaan potilaalta varmistetaan suunniteltu toimenpide. Hoitohenkilökunnan tulee varmistaa, että potilaalle on asetettu tunnisterannekkeet molempiin ranteisiin. Leikkaussalissa anestesia-
lääkärin valinnan jälkeen, kanyloitavan käden tunnisteranneke poistetaan. Potilaan tunnisterannekkeen ohjeistuksen mukainen käyttö ehkäisee useita potilaan tunnistamiseen liittyviä haittatapahtumia, kuten väärä potilas, väärät lääkkeet tai verensiirrot, väärät näytteet, väärät toimenpiteet tai väärät potilassiirrot. (Vaasan sairaanhoitopiiri. 2011.)

Tunnisterannekkeen tulee olla kaikilla sairaalassa hoidossa olevilla potilailla. Tunnisteranneke kiinnitetään yleensä ranteeseen, mutta vaihtoehtoisesti myös nilkkaan. Ran-

neketta ei saa laittaa kiinni potilaan vuoteeseen tai pöytään. Jos ranneke pitää poistaa toimenpiteen vuoksi, se laitetaan potilaalle takaisin heti toimenpiteen jälkeen. (THL. 2012a.)

Päijät-Hämeen keskussairaalassa on kehitetty potilaan tunnistamista potilasrannekkeen avulla. Joulukuusta 2009 on sairaalan osastoilla otettu käyttöön potilasranneke. Rannekkeessa on potilaan nimi sekä henkilötunnus ja se on helppo kiinnittää käteen. Ranneke kestää hyvin toistuvaa pesua ja hankausta. Sairaalassa on todettu, että koska ranneke on vaivaton, niin sen käyttäminenkin on käytännössä helppoa. Potilasrannekkeessa on viivakoodi, jonka avulla tunnistaminen tapahtuu. Sairaalassa on todettu potilasrannekkeen olevan helppo tapa varmistaa, että potilaalle annetaan esimerkiksi oikeat lääkkeet ja tehdään oikeat hoitotoimenpiteet. Muistisairaajat sekä leikkauksesta saapuvat potilaat tarvitsevat ehdottomasti rannekkeen, koska heidän kommunikatiokykynsä voi olla heikentynyt. (Päijät-Hämeen keskussairaala. 2009.)

Australiassa terveysministerit ovat jo vahvistaneet yhtenäiset maanlaajuiset potilaan tunnisterannekkeen yksityiskohtaiset standardit. Normeja ovat muun muassa tunnisterannekkeen väri, joka tulee olla valkoinen. Rannekkeeseen tulee olla kirjoitettu mustalla värillä potilaan koko nimi, henkilötunnus sekä hoitava yksikkö koko sairaalan kattavalla yhtenäisellä tietojen asettelulla. Rannekkeiden koko tulee olla muokattavissa, jotta se sopii niin vastasyntyneille kuin suurikokoisimmille aikuisille tai vaihtoehtoisesti erikokoisia rannekkeita tulee olla saatavilla. (SA Health. 2011.)

Tunnisterannekkeessa ei saa olla teräviä kulmia, eikä se saa ärsyttää tai hangata ihoa. Rannekkeen reunojen tulee olla pehmeitä, jotta käyttömukavuus ei kärsi pitkäaikaisenaan hoitajakson aikana, eikä ranneke saa painua ihoa vasten. Tunnisterannekkeen materiaalin tulee olla joustava, sileä, veden- ja muiden puhdistusaineiden sekä puremisen kestävä, hengittävä sekä allergiatestattu. (SA Health. 2011.)

Koko sairaalan henkilökunnan tulee olla koulutettu käyttämään tunnisteranneketta vaihtelevissa tilanteissa, kuten henkilötietojen täyttämisessä, tietojen tarkastuksessa sekä rannekkeen kiinnittämisessä ja poistamisessa. Lisäksi rannekkeiden helppo saatavuus, potilaan henkilötietojen vaihtaminen tai niiden päivittäminen, rannekkeen kiinnittäminen sekä poistaminen tulee olla nopeasti ja helposti omaksuttavissa. (SA Health. 2011.)

Ranneke ei saisi takertua vaatteisiin tai hoitovälineisiin, kuten suonensisäisiin katetreihin tai letkuihin. Riippumatta, onko tunnisteranneke tulostettu tietokoneen kautta tai kirjoitettu käsin, tulee sen tietojen ja fonttityylin olla helposti luettavissa, eikä rannekeen materiaali saa vaatia erikoiskyniä henkilötietojen täyttämiseen. Rannekkeessa tulee olla riittävästi tilaa, jotta pitkien, useiden tai yhdysnimien kirjoittaminen ei tuota ongelmia. Potilaan tunnisterannekkeen tulisi mahdollistaa uusien teknologioiden, kuten radiotaajuustunnisteiden, viivakoodien tai digitaalisten kuvien käyttämisen, mutta täyttää silti kaikki edellä mainitut vaatimukset. (SA Health. 2011.)

Monet teknologisen alan yritykset ovat kehittäneet potilasturvallisuutta innovatiivisilla potilaan tunnisterannekkeilla. Sairaalakäyttöön valmistettuihin rannekevalikoimiin kuuluvat viivakoodirannekkeet sekä RFID-rannekkeet (Radio Frequency Identification), jotka tarkoittavat radiotaajuuksista etätunnistusta. Kiinnityksenä on tarjolla liimatarra ja neppariinnikkeet. Rannekkeet täyttävät täysin sairaalakäytön vaatimukset; ne kestävät hyvin kulutusta ja toistuvia pesuja. Potilastiedot syötetään rannekkeisiin sairaalan potilastietojärjestelmästä ja rannekkeet tulostetaan erityisellä tulostimella. Käyttöönotto on hyvin helppoa, koska asennus sekä käyttöönotto kuuluvat palvelun hintaan. Rannekkeen hyötyjä ovat muun muassa nopeus rannekkeiden tekemisessä sekä yhdenmukaistaminen rannekkeiden teossa; enää ranneketta ei tarvitse tehdä käsin, joten hoitajan työaika säästyy. (Medanets. 2011.)

Cleopas, Kolly, Bovier, Garner ja Perneger (2004) ovat tutkineet potilaiden asennoitumista ja suostuvuutta tunnistusrannekkeen pitämiseen, jos sen käyttö olisi pakollista jokaisella potilaalla sairaalassa. Tunnisterannekkeen käyttö ei ole rutiinia Sveitsissä tai useimmissa Euroopan maissa, vaikka Suomessa ohjeistuksen mukaan kaikilla sairaalahoitossa olevilla potilailla tulee olla tunnisteranneke. Sveitsissä Geneven yliopistollisessa sairaalassa tunnisterannekettä käytetään vain dementiaa sairastavien ja leikkauspotilaiden kohdalla. Tutkijat lähettivät 2275 potilaalle kyselylomakkeen, jossa heiltä tiedusteltiin muun muassa, a) pitäisikö tunnisteranneke olla kaikille potilaille pakollinen, b) suostuisiko potilas käyttämään tunnisterannekettä. Tutkimukseen vastasi 1411 täysiikäistä potilasta, jotka olivat olleet hoidettavina Geneven yliopistollisessa sairaalassa. Vastanneiden joukosta 83,9 % mielestä sairaalan tulisi ottaa käyttöön tunnisteranneke ja 90,2 % ilmoitti, että he suostuisivat käyttämään sitä. Potilaat, jotka vastustivat pakollista tunnisterannekettä, perustelivat vastaustaan rannekkeen hyödyttömyydellä ja että tunnisterannekkeen käyttäminen tulisi riippua potilaan tilasta. Heidän mielestään tun-

nisterannekkeen käyttöpakko osoittaisi myös hoitohenkilökunnan kunnioituksen puuttamista potilaita kohtaan.

Tutkimuksen yhtenä johtopäätöksenä voitiin todeta, että potilaiden myönteinen asenne tunnisteranneketta kohtaan kasvoi entisestään, jos hoitohenkilökunta kertoisi rannekkeen merkityksestä potilasturvallisuuden kannalta, kuten virheellisten laboratoriotulosten ehkäisemisessä tai pyörtymisestä kanttiinissa kesken sairaalahoidon. Tutkimuksessa todettiin myös, ettei haastateltavien myönteiseen suhtautumiseen vaikuttanut, oliko tunnisterannekkeessa potilaan nimi, pelkkä henkilötunnus tai molemmat. (Cleopas ym. 2004.)

Iso-Britanniassa rannekkeiden käyttö sairaalapotilailla on yleisesti hyväksytty osa sairaalajärjestelmää, mutta se ei tarkoita, että potilaat aina käyttävät niitä. Tutkimuksessa on todettu, että 34 % sairaalan potilaista ei käytä rannekkeita. Iso-Britanniassa psykiatrisessa hoidossa olevat potilaat eivät käytä rannekkeita, koska rannekkeen käyttö voi aiheuttaa ahdistusta ihmisillä, joilla ilmenee oppimisvaikeuksia, mielenterveysongelmia tai persoonallisuushäiriöitä. Potilailla, joita hoidetaan kotona tai avohoidossa, voi rannekkeen käyttö vaikuttaa haitallisesti heidän yksityisyyteen tai arvokkuudentuntoon. (Ranger – Bothwell 2004.)

Potilaan tunnisterannekkeen käyttö täytyy olla selkeästi ohjeistettu ja tarvittaessa siihen voidaan antaa koulutusta. Organisaatioilla tulee olla myös systemaattinen käytäntö potilaan tunnistamiseen. Tunnistamisprosessin jokaisessa vaiheessa on tärkeää ottaa aktiivisesti potilas mukaan tunnistamisprosessiin ja perustella tunnisterannekkeen hyöty. Tunnisterannekkeen systemaattista käyttöä ja sen hyödyntämistä tulee vielä entisestään parantaa terveydenhuollon organisaatioissa. (Peltomaa 2011.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Potilaan tunnistamisesta eri siirtotilanteissa ei ole tehty vielä opetusvideota. Tarkoituksemme on saada kattava teoritieto, jonka pohjalta opetusvideo tehdään.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on toteuttaa opetusvideo, joka tulee olemaan osa potilasturvallisuuden kehittämistä, henkilökunnan perehdyttämistä ja tiedon lisäämistä HUS/HYKS operatiivisessa tulosyksikössä.

Opinnäytetyömme tavoitteena on kehittää potilasturvallisuutta sekä olla hyödynnettävissä työntekijöiden ja hoitoalan opiskelijoiden perehdytyksessä potilaan oikeaoppisessa tunnistamisessa.

5 Toiminnallinen opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulussa tutkimuksellisen opinnäytetyön rinnalle on tullut vaihtoehdoksi toiminnallinen opinnäytetyö. Sen avulla opiskelija voi osoittaa alansa asiantuntijuuden kehittämällä työelämäkäyttöön esimerkiksi oppaan, tapahtuman tai toimintaohjeen. Ammattikorkeakouluopinnot painottavat työelämälähtöisyyttä, joka toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyy tutkimukselliseen asenteeseen toteutuksessa sekä sen raportoinnissa. Olennaista toiminnallisessa opinnäytetyössä on rinnastaa rajauksensa ja näkemyksensä aiheen teoreettiseen viitekehykseen, jotta voidaan perustella opinnäytetyön tuotoksen sisällölliset valinnat. (Vilkka – Airaksinen 2003: 9-10, 42.)

Vaikka toiminnallisen opinnäytetyön tuloksena on jokin tuote, produktio on pystyttävä kuvailemaan, millaisia keinoja on käytetty tuotteen toteuttamiseksi ja miten on varmistettu sen oikeellisuus ja luotettavuus. Aihetta valittaessa on erityisen tärkeää, että se on tekijää kiinnostava, motivoiva ja työelämän tarpeet huomioonottava. (Vilkka – Airaksinen 2003: 23, 51, 53.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyy toiminnallisuus, teoreettisuus, tutkimuksellisuus sekä raportointi. Toiminnallisessa opinnäytetyössä syntyy tuotos perinteisen tutkimustuloksen sijasta. Tuotoksina voivat olla esimerkiksi opetusvideot tai perehdytykseen tarkoitettut kansiot. Toiminnallisessa opinnäytetyössä teorian tieto kerätään tuotoksen kehittelyyn ja ideointiin. Raportti toiminnallisessa opinnäytetyössä kuvaa muun muassa miten tehtiin, miksi tehtiin, miten tehtiin ja raportin tulee edetä tieteellisen kirjoittamisen perusteella. (Vilkka 2010.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimuskäytäntöjä käytetään yleensä vähemmän kuin tutkimuksellisissa opinnäytetöissä, vaikka tiedon keräämisen menetelmät ovat samat. Toiminnallisissa opinnäytetöissä on tavoitteena turvata saadun tiedon laatu käyttämällä jo valmiita tutkimuskäytäntöjä perustasolla. (Vilkka – Airaksinen 2003: 57.)

6 Opetusvideo

6.1 Opetusvideo oppimisen prosessissa

Schwartz ja Hartman kehittivät vuonna 2007 multimediasuunnittelun avuksi kehämallin. Mallin ytimessä on neljä oppimisen ulottuvuutta, joita videon avulla voidaan tukea: näkeminen, sitoutuminen, tekeminen ja kertominen. Mallin keskeisenä lähtökohdaksi on erilaisten videolajityyppien sopivuus oppimisen edistämiseksi. Näkeminen on ensisijainen opetusvideon avulla mahdollisesti saavutettavista oppimisen ulottuvuuksista. Opetusvideo auttaa katselijaa ja mahdollistaa tämän näkemään asioita, joita muutoin paljaalla silmällä olisi vaikea nähdä ja erottaa. Video tuo ihmiset yhteen käsiteltävän aiheen pariin ja sitouttaa heidät videon äärelle, jota Schwartz ja Hartman kuvaavat sitoutumisen voimana. Asenteiden ja taitojen oppiminen videon avulla liittyy kehämallissa tekemiseen. Niin sanotuissa step-by-step videoissa opettava taito voidaan pilkkoa osiin, milloin se on helpommin hallittavissa kertojään selittäessä ja perustellessa eri vaiheiden toimintoja. Kehämallin neljännessä ulottuvuudessa eli kertomisessa, tarkentuvat tosiasioiden ja selitysten oppiminen sekä opitun muistaminen videon avulla. (Hakkarainen – Kumpulainen 2011: 11-14.)

Opetusvideon suunnittelu ja tuottaminen on yhdessä toimimista, mikä kerää monta päätä yhteen, mutta lopputuloksia on vain yksi ja video on yhteinen. Opiskelijat joutuvat kuuntelemaan, keskustelemaan, perustelemaan, neuvottelemaan sekä tekemään kompromisseja, oppimalla tai kertaamalla jo opittuja tärkeitä vuorovaikutustaitoja. (Hakkarainen – Kumpulainen 2011: 34.)

Uuden oppimisteknologian kautta oppimista voidaan tehostaa. Yhdessä ammattitaitoisien, kokeneen ohjaajan ja ohjauksen avulla oppiminen tehostuu ja nopeutuu. Erilaisten taitojen oppiminen on kokemusperäistä oppimista – oppija oppii tekemällä, jonka yhteydessä syntyvät konkreettiset kokemukset itse tilanteesta. Havainnointiin perustuva oppiminen, kuten videon käyttö ohjauksessa tukee oppijan itsenäistä toimintaa. Oppimisen kautta oman työskentelyn reflektointi kasvaa ja oppija kykenee arvioimaan, millä tavoin voisi toimia, jotta työ sujuisi paremmin ja turvallisemmin. Tulee myös muistaa, että oppiminen vie aikaa. Oppiminen on prosessi, eikä näkyviä tuloksia tule hetkessä. (Salakari 2007: 7–17.)

Oppimista koskevissa tutkimuksissa on havaittu, että oppijan aikaisemmalla tiedolla on merkittävä rooli uusien asioiden oppimisessa. Uusia opittavia asioita käsitellään vanhaan tietoon verraten, minkä vuoksi uuden oppiminen voi olla vaikeaa. Oppimisessa ei ole tärkeää, miten paljon tietoa opitaan, vaan kuinka tietoa pystytään jäsentämään uuteen ymmärrettävään muotoon. (Järvelä – Häkkinen – Lehtinen 2006: 15–16.)

Oikea opettaminen esimerkiksi videon avulla voidaan jakaa vaiheisiin. Ensinnä tavoite täytyy ilmoittaa opetettaville ja toiseksi heidän huomio tulee kiinnittää itse videoon sekä sen tarjontaan. Kolmanneksi opettajan tulee ottaa vastaan palautetta itse tuotteesta ja arvioida, kuinka tuote on onnistunut tavoitteessaan. Tavoitteen on hyvä olla sellainen, että se hallitaan myös aidossa toimintaympäristössä helposti. Opetuksen jakamista osiin, jossa opeteltavaa aihetta demonstroidaan vaihe vaiheelta, on hyvä käyttää, jotta oppiminen ei vaikuttaisi liian vaikealta ja monimutkaiselta. Oppija oppii yleensä parhaiten havainnoimalla perättäisistä vaiheista muodostuvaa toimintaa, ennen kuin tekee suorituksen itse. Tällä tavoin muodostuu mentaalinen malli, kokonaiskuva opittavasta taidosta, mikä edistää asian mieleen painamista. Mentaalisen mallin kehittyessä, oppija kykenee työskentelemään erilaisissa ja muuttuvissa olosuhteissa sekä soveltamaan oppimaansa. Oppiminen opetusvideon kautta on oppijan sisäinen prosessi, mihin vaikuttaa paljon oppimisen mielekkäisyys: jos oppijalla on halu oppia ja hän kokee oppimisen mieluisana, oppiminen tehostuu. (Salakari 2007: 71–85.) Opetusvideon avulla oppiminen kuuluu sisältöpohjaisiin opetusmateriaaleihin. Kyseisessä opetusmateriaalissa tietoa esitetään oppimiselle helppossa järjestyksessä ja opiskeltavat asiat jaotellaan sopivan lyhyisiin osiin. Ongelmana on, että oppijan ei tarvitse itse hakea ja tuottaa tietoa, koska tiedonsaanti opetusvideossa on rajattua. (Silander – Koli 2003: 61.)

Ennen opetusvideon tekoa on hyvä tehdä oppija-analyysi itse kohderyhmästä eli tapauksessamme terveydenhuoltoalan henkilöstöstä sekä opiskelijoista. Tärkeää on kartoittaa, mitä he jo tietävät ja osaavat, koska oppimistavoitteen tulee olla selkeä ja juuri kohderyhmälle suunnattu. Hyvä oppimistavoite on selkeä, realistinen, mielekäs sekä toimintaa suuntaava ja kehittävä. Opetusvideossa on myös oletuksena, että tavoitteena on tietty taito, mistä kohderyhmällä ei ole kattavaa osaamista. Kun oppija täten huomaa omien taitojensa puutteet, myös lähtökohta ja motivaatio tiedonhankinnalle ovat hyvät. (Salakari 2007: 181.) Oppimisen strategialla tarkoitetaan sitä, miten oppija saavuttaa asetetut tavoitteet. Taitavan oppijan tapa oppia on miettiä oppimateriaalin oppimistavoitetta ja verrata sitä omaan oppimistavoitteeseensa. Taitava oppija pystyy käyttämään erilaisia oppimisstrategioita tarkkailemalla tietoisesti omaa oppimistaan ja säätelemään

oppimistaan juuri halutulla tavalla, jotta oppimistavoite toteutuu. (Järvelä ym. 2006: 104.)

Oppimistyyliä ovat tapoja, joilla ihminen käyttää henkistä kapasiteettia. Tutkimuksissa on löydetty neljä erilaista oppimistyyliä: visuaalis-verbaalinen, visuaalis-nonverbaalinen, auditiivis-verbaalinen ja kosketus-lihasaistimustyyli. Visuaalis-verbaalinen tyyppi oppii parhaiten lukemalla visuaalista informaatiota. Heille parhaiten sopivia oppimistyyliä ovat visuaaliset esitysvälineet kuten PowerPoint-esitykset. He pitävät myös työskentelystä yksinään mahdollisimman hiljaisessa ympäristössä. Visuaalis-nonverbaalisen tyylin oppijat oppivat parhaiten jos informaatio esitetään visuaalisesti ja kuvallisessa muodossa. Parhaiten heille sopii opetus, jossa materiaalina on esimerkiksi video. He omaksuvat kaikkein parhaiten tiedon, mikä on esitetty kuvin tai kaavioiden avulla. Auditiivis-verbaalisen tyylin oppija oppii parhaiten kun informaatio sanotaan hänelle ääneen. He kuuntelevat mielellään muun muassa luentoja tai opetusohjelmia. Oppiminen tapahtuu ajattelemalla kuultua asiaa päässä ja prosessoimalla näin tietoa. Kosketus-lihasaistimustyylin ihmiset oppivat asiat parhaiten tekemällä asioita käsillään, kuten koskettelemalla ja kokeilemalla eri materiaaleja. (Tuomola – Maijanen 1999.)

Videon käyttö opetuksessa on erittäin hyödyllinen visuaaliselle ja auditiiviselle oppijalle, koska samaan aikaan oppimista edistetään sekä kuvalla että puheella. Ongelmana on kosketus-lihasaistimustyylin oppijien opettaminen, koska videota ei voi konkreettisesti kosketella. (Tuomola – Maijanen 1999.)

6.2 Opetusvideon hyödyt ja vaatimukset

Opetusvideon avulla opiskelu on verkko-opiskelua, jonka avulla oppijat saavat ajantasaista tietoa. Kun tieto on verkossa, se ei katoa niin helposti, kuten esimerkiksi paperit tai kirjat. Opetusvideon katseleminen mahdollistaa oppijat sovittamaan yhteen perhe- sekä työelämän ja sitä voidaan katsoa niin ulkomailla, kuin myös toisilla paikkakunnilla. Opetusvideon katselu on mahdollista milloin vain, kun käytössä on teknologiaa, jonka avulla opetusvideota voidaan katsoa. Verkko-opiskelun avulla, yritykset voivat säästää paljon koulutuksissa, koska materiaalia voidaan opiskella itsenäisesti. (Kalliala 2002: 30–31.)

Hyvään verkko-opiskelumateriaaliin ei kuulu sisällölliset, eikä tekniset ongelmat. Materiaalin tulee olla selkeää ja helposti hahmotettavaa. On olemassa monenlaisia keinoja ylläpitää katselijoiden mielenkiintoa, kuten huumorin käyttö innostavasti. Ääniefektien ja animaatioiden käyttö voi edesauttaa mielenkiitoa opetusmateriaalia kohtaan. Värimaailman runsas tai hillitty käyttö täytyy miettiä aina erikseen, onko se opetusmateriaaliin sopivaa. (Kalliala 2002: 59–61.) Videon käyttö tulee suunnitella huolellisesti, jotta siitä saataisiin kaikki mahdollinen hyöty. Kannattaa miettiä, miksi juuri opetusvideo on paras väline opetukseen verrattuna vaikka kirjalliseen materiaaliin. Video-opettaminen on yleensä jotain sellaista, mitä ei voi esimerkiksi monisteiden kautta oppia, kuten elekieltä, äänensävyyn vivahteita tai erilaisia tapoja hallita vuorovaikutusta. On tärkeää päättää, kuinka opiskelijoita autetaan oppimaan: onko tarkoituksena parantaa motivaatiota potilaan tunnistamisessa tai auttaa ymmärtämään vaikeita toimintamalleja, joiden oppiminen pelkästään kirjallisesti on hankalaa. Videon käytössä tärkeää on jatkuvuus; oppija voi koska tahansa katsoa videon uudestaan, jotta opittu pysyisi paremmin muistissa. Oppijan kannattaa arvioida kriittisesti opetusvideota, jotta tarkkaavaisuus sekä oppiminen lisääntyvät. Omien havaintojen kirjaaminen esimerkiksi oppimispäiväkirjaan on kannattavaa, minkä avulla omia havaintoja videosta voi muistella jälkikäteen. (Packard – Race 2003: 92-94.)

Verkko-oppimateriaali, joka johtaa intensiiviseen oppimisprosessiin, vaatii monia tekijöitä toteutuakseen. Hyvän opetusmateriaalin luominen ei ole vain kuvien ja tekstin siirtämistä. Ensin tulee analysoida lähtökohdat: minkälainen on oppimateriaalin kohderyhmä, ovatko he opiskelijoita, työntekijöitä vai jotakin muuta. Mikä on kohderyhmän motivaatio, mitä oppijat hakevat - todistusta, ammatillista pätevyyttä vai ainoastaan tietoa heitä kiinnostavista aiheista. Tärkeää on myös kartoittaa, kuinka paljon aikaa oppija on valmis käyttämään oppimateriaaliin. Resursseissa pitää ottaa huomioon, minkälaiset laitteet ja välineet oppijalla on käytettävissään, jotta opetusmateriaalia voi opiskella. Tavoitteen asettaminen kertoo, mitä oppijan tulisi osata kun hän on tutustunut materiaaliin. Selkeän ja konkreettisen tavoitteen määrittäminen ei aina ole se helpoin tehtävä. Hyvä tavoite oppimateriaalille on jonkin halutun muutoksen saavuttaminen sen avulla. Kun hyvä tavoite on muodostettu, ohjaajien tulee miettiä, millä oppimateriaalilla tavoite voidaan saavuttaa – kuten esimerkiksi opetusvideon avulla. Idean opetusmateriaalista ollessa selkeä, alkaa materiaalin rakenteen pohdinta. Rakenteessa tulee pyrkiä johdonmukaisuuteen ja loogisuuteen. Hyvä apuväline on niin sanottu rakennekartta, jossa on kuvattu sivuston sisältö sekä rakenne yksityiskohtaisesti ja kuinka ne ovat loogisesti suhteessa toisiinsa. Ongelmana verkko-oppimateriaalissa saattaa

olla, että lähestymistavasta tulee liikaa tekstiin perustuva eli kirjallinen, jolloin verkko-opinon rikkaudet ja moniulotteisuus jää helposti käyttämättä. Verkko-opinon on hyvä edetä enemmänkin kuvien ja toiminnan varassa, kuin tekstin varassa. (Matikainen – Manninen 2001: 147–153.)

6.3 Opetusvideon käsikirjoituksen laatiminen

Opetusvideon käsikirjoituksen tehtävät ovat kokonaisuuden hahmottaminen, kommunikointi ulkopuolisen tahon kanssa, kommunikointi työryhmän kanssa sekä tuotannollinen funktio. Kokonaisuuden hahmottamisen aikana sisältö rajautuu sekä tarkentuu, mikä auttaa näkemään videon toimivuuden. Käsikirjoituksen avulla keskustellaan tilaajien sekä asiantuntijoiden kanssa, joilta tarkistetaan ohjelman sisältö sekä painotukset. Tilaajalla on käsikirjoitusprosessin suhteen kolme päätehtävää: kertoa projektin lähtökohdat, toimia lisäinformaation lähteenä sekä hyväksyä lopullinen käsikirjoitus ennen kuvausten alkua. Käsikirjoittajien on kyettävä välittämään näkemyksensä sekä päämääränsä muille työryhmän luoville jäsenille, kuten ohjaajalle, kuvaajalle, editoijalle ja äänittäjälle. Tuotannollisen funktion perusteella voidaan arvioida, kuinka paljon tarvitaan aikaa videon toteuttamiseen. (Aaltonen 2003: 12–13.)

Hyvä käsikirjoittaja tuntee välineensä. Hän hallitsee opetusvideon kerronnan periaatteet. Hän osaa kertoa kuvilla ja äänillä. Omaperäisyys – kyky kertoa tutuistakin asioista kiinnostavasti tekee videosta mielenkiintoisen. Videon sisällön rajaaminen ja oikean rakenteen hakeminen ovat asioita, jotka pitää tehdä ennen kuvausvaihetta. Huolella tehty ennakkosuunnittelu nopeuttaa sekä kuvaus- että editointivaihetta. (Aaltonen 2003: 22.)

Käsikirjoitus kirjoitetaan vaiheittain. Ensin tehdään synopsis eli tiivistelmä käsikirjoituksen sisällöstä, sen jälkeen treatment eli kohtausluettelo ja vasta viimeiseksi varsinainen käsikirjoitus. (Aaltonen 2003:14.) Synopsis, josta voidaan käyttää myös termiä ohjelmaluonnos sisältää videon tärkeimmät tapahtumat aikajärjestyksessä. Kohtausluettelo eli treatment sisältää jo videon rakenteen, juonen sekä käännekohdat. Alustava käsikirjoitus sisällyttää tietoa videon kohtauksista, mutta ei välttämättä vielä valmista dialogia. Varsinainen käsikirjoitus on tuotannon sujumisen kannalta ehdoton edellytys, jonka mukaan asiat on pystyttävä kertomaan kuvan sekä äänen avulla. Varsinainen käsikirjoitus koostuu ohjelman rungosta sekä suunnitellun toiminnan erittelystä kohtauksittain. (Keränen – Lamberg – Penttinen 2005: 186–187.)

Opetusvideon käsikirjoittamisella voi olla kolmentasoisia tavoitteita kuten tiedollisia, asenteisiin liittyviä ja ihmisten käyttäytymistä koskevia. Tavoitteina voivat olla esimerkiksi huomion kiinnittäminen epäkohtiin tai vääryyksien korjaaminen. (Aaltonen 2003:17.) Toivotun tavoitteen esittäminen mielenkiintoisesti ei ole kaikkein helpointa. Sama kohtaus voidaan esittää monella eri tavalla, joista ohjaajan sekä leikkaajan on valittava omasta mielestään paras vaihtoehto. Jos opetusvideo onnistuu säilyttämään katsojan mielenkiinnon, on tekijöillä mahdollisuus vaikuttaa katsojaan ja kertoa hänelle haluamansa asiat. (Keränen ym. 2005: 41)

Opetusvideon kertojaäänen tehtävä on laajentaa ja selventää kuvan ja muun äänen välittämää informaatiota sekä sitoa kohtauksia yhteen. Hyvä kertojaääni on lyhyt katsojan muistijälkeen iskostumisen kannalta. Kertojaäänen tulee olla myös selkeää sekä yksinkertaista ja käsikirjoittajien on varmistettava, että terminologia on katsojalle tuttu. Käsikirjoittajien tulee myös miettiä, mihin kohtiin kertojaääni sijoitetaan. Perussääntö on, ettei kertojaääni ilmaise sitä, mitä kuvassa on muutenkin nähtävissä. (Aaltonen 2003: 122–124.)

Käsikirjoituksen rakenteellista arviointia voidaan toteuttaa kysymyksillä, kuten saako katsoja oikean määrän informaatiota oikealla hetkellä, ovatko tapahtumien käänneet ja siirtymät loogisia ja oikeilla paikoilla. Myös käsikirjoituksen sisältö täytyy arvioida. Ovatko faktat oikein ja vastaako käsikirjoituksen sisältö tavoitteita? Vasta kun kirjoittaja tai kirjoittajat ovat itse tyytyväisiä tekstiin, kannattaa käsikirjoitus antaa luettavaksi ohjaajalle ja tilaajalle. (Aaltonen 2003: 135–136.)

6.4 Opetusvideon tarkoitus ja tavoitteet

Tarkoituksemme on videon myötä auttaa visuaalisen, auditiivisen ja verbaalisen ohjeistuksen avulla hoitoalan ammattihenkilöstöä sekä opiskelijoita tiedostamaan ja sisäistämään potilaan suosituksen mukaisen tunnistamisen hoitoketjun aikana.

Opetusvideon tarkoituksena on vastata työelämän tarpeita, olemalla hyödynnettävissä hoitohenkilökunnan koulutuksissa ja opiskelijoiden perehdytyksissä. Videon tarkoituksena on myös toimia potilasturvallisuuden opetuksen apuvälineenä Metropolia ammatikorkeakoulussa. Tavoitteenamme opetusvideon toteuttamisessa on selvittää, millainen on hyvä opetusvideo ja miten se käytännössä tehdään. Opetusvideon tulee olla

tarpeeksi selkeä kohderyhmien opetukseen ja sen pitää huomioida ihmisten eri oppimistyyliä. Opetusvideon tavoitteena on olla mahdollisimman korkeatasoinen, välittäen katsojille hoitajan sekä potilaan myönteistä asennetta tunnisteranneketta kohtaan.

6.5 Opetusvideon toteutus ja arviointi

Saatuamme syksyllä 2012 tiedon opinnäytetyön aiheestamme lähdimme saman tien pohtimaan opetusvideon toteuttamista. Koska kukaan meistä ei ollut riittävästi ammattitaitoa korkeatasoisen videon toteuttamisesta eri työvaiheineen, otimme yhteyttä Laajasalon opistossa elokuvaalinjalla opintojaan suorittavaan tuttavaamme, ja tiedustelimme hänen halukkuuttaan sekä mahdollisuutta osallistua projektiimme. Yhteistyön esteettömyyden selvittämisen jälkeen aloitimme varsinaisen yhteisen opetusvideon suunnittelun sekä toteutuksen. Saimme myös toisen elokuvaalinjan opiskelijan avustamaan opetusvideon teknisessä toteutuksessa, kuten ohjauksessa, kuvauksessa sekä editoinnissa.

Käsikirjoituksemme tavoite oli kuvata mahdollisimman realistisesti potilaan sekä terveydenhuollon edustajien välistä dialogia hoitoketjun aikana. Apunamme käytimme työelämästä sekä harjoittelujaksoilta saatuja kokemuksia sekä haastatteleamalla ortopedisellä osastolla työskentelevää sairaanhoitajaa. Käsikirjoituksesta tuli myös ilmetä selkeästi potilaan kaksoistunnistaminen visuaalisesti, auditiivisesti ja verbaalisesti.

Työelämän edustajamme toivomuksesta käsikirjoitimme uusien suositusten mukaisesti potilaan tunnistamisen hoitoketjun aikana ”potilas–case” tyyliä viidessä eri kohtauksessa todellisia arkielämän tilanteita vastaaviksi. Työelämän edustajan mukaan saimme näin käsikirjoitukseen mahdollisimman luonnollisen kaaren.

Ensimmäisen potilaan tunnistamiskohtauksen suunnittelimme tapahtuvaksi sairaalan poliklinikan ilmoittautumistiskillä. Toisen poliklinikan vastaanottotilassa, missä lääkärin vastaanotolle on odottamassa muiden potilaiden lisäksi kaksi etu- sekä sukunimeltään identtistä potilasta. Kolmannen kohtauksen ortopediselle vuodeosastolle, jonne välilevytyrää sairastava potilas saapuu aamulla leikkausta varten. Neljännen kohtauksen suunnittelimme tapahtuvaksi aikaisemmin mainitulla vuodeosastolla, ennen potilaan

leikkausosastolle vientiä ja viimeisessä eli viidennessä kohtauksessa itse leikkausosastolla.

Alkuperäistä käsikirjoitustamme lukivat useat eri henkilöt, kuten työelämän edustajamme, opinnäytetyön ohjaajamme, elokuvaalinjan vastaava opettaja, käsikirjoittamista opettava elokuva-alan ammattilainen sekä kuvaajamme ja editoijamme. Vasta heiltä saamiemme rakentavien ja kannustavien palautteiden sekä muutamien muutosten jälkeen, koskien uudistunutta potilaan tunnistamisen suositusta, lopullinen käsikirjoituksemme muotoutui ja oli valmis kuvattavaksi. Käsikirjoituksen laatimisen aloitimme joulukuussa 2012 ja lopullinen käsikirjoitus oli valmis tammikuussa 2013.

Kuvauspaikaksi valitsimme Metropolia ammattikorkeakoulun Tukholmankadun toimipisteen, josta saimme tuotannollemme mahdollisen lähelle autenttisia olosuhteita vastaavat tilat. Kuvauspaikkojen tutkiminen kuuluu myös käsikirjoituksen aihepiiriin ja on tärkeä vaihe. Pienet yksityiskohdat ja autenttinen visuaalisuus voivat olla juuri niitä seikkoja, mitä videon käsikirjoitukseen sekä kuvaamiseen tarvitaan. (Aaltonen 2003: 25.) Varasimme kuvauksia varten runsaasti eri tiloja käyttöön, jotta pystyimme varmistumaan, että kuvausolosuhteet olisivat parhaat mahdolliset. Tutustuimme etukäteen opetusvideon kuvaajan kanssa koulun tiloihin, joista otettiin valokuvia tulevan videon suunnittelua sekä kuvaamista varten. Lavastusta varten saimme lainaksi rekvisiittaa Töölön sairaalasta sekä Metropolia ammattikorkeakoulusta.

Kävimme keskustelua elokuvaalinjalla opiskelevien kollegoidemme kanssa opetusvideolla tarvitsemistamme näyttelijöistä ja saimme toteutukseen mukaan myös Laajasalon opiston innostuneita näyttelijäopiskelijoita. Opetusvideolla esiintyi myös kuvaajamme sekä osa opinnäytetyöntekijöistä.

Ohjeistimme näyttelijäopiskelijoita muun muassa hoitajan ammatillisesta käyttäytymisestä, kuten potilasta kunnioittavasta sekä aidosti kuuntelevasta asenteesta, hoitajan ulkoisesta koruttomasta habituksesta sekä kynsien siisteydestä ilman kynsilakkaa tai rakennekynsiä.

Välilevyn tyrään sairastunutta pääosaa esittävää miespotilasta ohjasimme kirjallisesti ortopedisellä vuodeosastolla työskentelevän sairaanhoitaja Helena Väänttisen henkilöhaastattelun jälkeen. Haastattelun aikana sairaanhoitaja kertoi välilevytyräpotilaiden liikkumisesta sekä heidän kivun kokemuksista. Sairaanhoitaja auttoi myös kuvauksien

aikana paikan päällä pääosaesittäjäamme demonstroimalla näyttelijäopiskelijalle potilaan liikkumista sekä liikerajoittuneisuutta. (Vänttinen 2013.)

Opetusvideon kuvaukset toteutettiin helmikuussa 2013 viikolla seitsemän. Kuvaajalla oli käytössään ammattilaistason videokamera Sony HXR–NX30E. Viikolla kahdeksan oli vuorossa kertojaäänen tallentaminen nauhalle. Opetusvideomme kertojaäänenä toimi yksi opinnäytetyömme tekijöistä. Tavoitteena äänikerronnassa oli, että se tukisi kuvallista materiaalia sekä kertoisi olennaiset asiat, mitä kuvamateriaalilla ei pystytä välittämään. Äänikerrontaa käytetään usein kohtausten välillä, joten sillä voidaan vaikuttaa myös tarinan rytmiin ja jatkuvuuteen. Käsikirjoitusvaiheessa äänikerronnan suunnittelu on tärkeää. Suunnitteluvaiheessa kannattaa miettiä tarkkaan, mitä asioita äänen avulla voi kertoa ja miten se tukee muuta viestintää. (Keränen ym. 2005: 194–195.) Kertojaäänen nauhoitus tapahtui Laajasalon opiston äänitystiloissa, jotta äänittämistä häiritsevät tekijät, kuten kaikuminen saatiin minimoitua.

Kertojaäänen nauhoituksen jälkeen elokuvalinjan opiskelijat aloittivat opetusvideon editoinnin eli leikkauksen. Ensimmäinen versio opetusvideosta oli meidän nähtävillä 26.2.2013. Toinen versio opetusvideosta oli valmiina 5.3.2013, jonka lähetimme ohjauvalle opettajalle sekä työelämän edustajalle kommentoitaviksi.

Käytimme koko opetusvideon tuotannon aikana lukuisia eri viestintäkanavia projektiin liittyvien henkilöiden kanssa, kuten samassa tilassa tapahtuvalle ohjaukselle, keskustelulle ja mielipiteiden vaihtamiselle sekä sähköpostitse, puhelimitse ja sosiaalisessa mediassa luomamme salatun työtilan kautta.

7 Pohdinta

7.1 Opinnäytetyön hyödynnettävyys

Työelämästä saatu opinnäytetyön aiheen on tarkoitus tukea ja hyödyntää ammatillista kasvuamme. Työmme tarkoituksena on saada meille vankka teoretieto potilaan tunnistamisesta, jotta voimme jatkossa tuoda sitä työelämässä esiin. Opinnäytetyömme on myös kaikkien halukkaiden luettavissa Theseus-tietokannassa. Toiminnallisen opinnäytetyömme tuote – opetusvideo tulee olemaan opetusmateriaalina HUS/HYKS ope-

ratiivisen tulosityksikön sekä Metropolia ammattikorkeakoulun käytössä. Tulemme esittämään opetusvideon HUS/HYKS operatiivisessa tulosityksikössä toukokuussa 2013.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Olemme etsineet tutkittua tietoa, artikkeleita, kirjallisuutta, ohjeistuksia potilaan tunnistamisesta eri siirtotilanteissa, potilasturvallisuudesta, toiminnallisesta opinnäytetyöstä sekä opetusvideosta ja sen käsikirjoittamisesta eri tietolähteistä, kuten Cinhal, Medic, PubMed ja Google hakukoneista sekä lainaamastamme kirjallisuudesta.

Tiedonhaussa olemme käyttäneet hakusanoja ”potilasturvallisuus*”, ”potilasranneke*”, ”potilaan tunnistaminen*”, ”tunnistusranneke*”, ”potilasranneke*”, ”toiminnallinen opinnäytetyö*”, ”opetusvideo*”, ”käsikirjoittaminen*”, ”käsikirjoitusopas*” sekä englanninkielisiä termejä kuten, ”patient identification*”, ”identification bracelet* or wrist band*”, ”patient safety*” sekä työelämän edustajaltamme saamamme vinkin perusteella, ”people with the same name in the hospital*”.

Tiedonhaun tulokset vaihtelivat hakusanoista ja tiedonhakulähteistä riippuen 0–1 700 000. Erityisen haasteellista, ja jopa mahdotonta oli löytää suomenkielistä tutkittua tietoa esimerkiksi potilaan tunnistamisesta tunnisterannekkeen avulla ja usean englanninkielisten tutkimusten löytäminen oli vaikeaa. Käytyämme Metropolia ammattikorkeakoulun kirjaston informaation lähes henkilökohtaisessa ohjauksessa, oli valittujen asiansanojen perusteella tiedonhaku yhtä haasteellista. Aiheesta potilasturvallisuus löysimme runsaasti tietoa, mitä olemme pystyneet hyödyntämään opinnäytetyössämme.

Opetusvideolla nähty potilaan tunnistaminen perustuu tutkittuun tietoon sekä eri sairaanhoitopiirien ohjeistuksiin sekä suosituksiin. Opetusvideon yksityiskohdilla voidaan pilata hyvä opetusvideo, jos esimerkiksi hoitajalla on sormus kädessään hoitotilanteessa. Asiantuntija-apuna olemme käyttäneet Töölön sairaalan kliinistä opettajaa, joka on työelämän yhteyshenkilömme sekä ortopedisellä vuodeosastolla työskentelevää sairaanhoitajaa. Yhteyshenkilömme on tarkistanut käsikirjoituksen sekä tehnyt siihen tarvittavia muutoksia, mitkä liittyvät tuleviin potilaan tunnistamisen suosituksiin HUS:ssa. Metropolia ammattikorkeakoulun lehtorit ovat ohjanneet opinnäytetyötämme sen eri vaiheissa, kuten opinnäytetyön seminaareissa sekä henkilökohtaisissa ohjaustilanteissa. Allekirjoitimme opetusvideostamme sopimuksen opintoihin liittyvästä projektista yhdessä yhteistyötahojen kanssa.

7.3 Arviointi ja kehittämissuositukset

Mielestämme opetusvideota pystytään hyödyntämään Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin henkilökunnalle ja terveydenhuoltoalan opiskelijoille suunnatuissa koulutuksissa. Opetusvideo pyrittiin tekemään selkeäksi ja helposti omaksuttavaksi. Koska oppimateriaalimme oli toiminnallinen, ison osan työstämme vaati itse videon suunnittelu. Opetusvideon suunnittelu on luovaa toimintaa ja vaatii paljon omaa ajattelua. Vaikka idea käsikirjoituksen sisällöstä oli meillä selvillä, oli itse käsikirjoittaminen kaikille uutta. Käsikirjoituksen laatiminen lähtikin aluksi ”musta tuntuu”-ajatukselta liikkeelle, mukailen tilanteita sekä dialogia, mitä olemme työelämässä sekä harjoittelujaksojen aikana kullekin ja nähneet.

Kuvaukset sujuivat aikataulun mukaan ja toiminta oli mielestämme hyvin koordinoitua sekä ammattitaitoista. Mielestämme yhteinen viestiminen onnistui erinomaisesti aikaisemmin mainittuja keinoja käyttämällä ja työnjako yhteydenotoissa oli selkeää sekä toimivaa.

Opetusvideon tuotantoprosessissa korostuvat suunnitelmallisuus ja huolellisuus. Yksityiskohdat opetusvideossa ovat tärkeitä, koska niillä pystytään välittämään paljon informaatiota ja tekemään videosta mielenkiintoinen, esimerkiksi tunnusterannekkeen laittamisen yhteydessä. Yllätyimme, kuinka monia pieniä yksityiskohtia jouduimme ottamaan lavastuksessa huomioon realistisen lopputuloksen saamiseksi, lähtien hoitajien ja potilaan vaatetuksen eri koista, potilasrannekkeesta sekä potilaan henkilötietojen tunnistelomakkeesta - vain muutamia mainitaksemme.

Saimme kuvauksien jälkeen näyttelijöiltä sekä kannustavaa että kriittistä palautetta. Heidän mielestään projekti oli kokonaisuudessaan mielenkiintoinen ja opettavainen. Sairaalanomainen ympäristö helpotti näyttelijöiden rooliin pääsyä. Näyttelijät olisivat toivoneet enemmän kommentteja, mikäli eleet/liikkeet/yleinen olemus olisivat vaatineet muokkaamista enemmän aidompaan suuntaan tai tarkempaa kuvausta siitä, millaisen hahmon halusimme. Heidän mielestään repliikit olisivat voineet olla tarkempia käsikirjoituksessa, jotta ne olisivat varmasti menneet samalla tavalla jokaisessa otossa. Kuvaukset sujuivat näyttelijöiden mielestä kuitenkin hyvin tai jopa erinomaisesti ilman suurempaa kiirettä, mutta aiheuttamatta tunnetta, että aikaa olisi varattu liikaa. Lisäksi ryhmässä oli heidän mielestään hyvä henki. Kuvaajat informoivat projektin etenemistä meidän sekä näyttelijöiden välillä erinomaisesti.

Itse koimme, että olisimme voineet käyttää enemmän aikaa ohjaukseen sekä harjoitteluun näyttelijöiden kanssa ennen itse kuvauspäiviä, käymällä läpi käsikirjoitusta sekä muuta antamaamme ohjeistusta. Nyt suuri vastuu toteutuksen onnistumiselle jäi ainoastaan kahden kuvauspäivän varaan, ei vielä niin rutinoituneiden näyttelijäopiskelijoiden harteille, jotka koettivat parhaansa mukaan toteuttaa visiotamme opetusvideon sisällöstä.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyön tekeminen on vahvistanut meidän ammatti-identiteettiä ja vastuullisuutta hoitotyössä. Aikaisemman työkokemuksemme perusteella olemme voineet todeta, että esimerkiksi ennen lääkehoitoa erehtymisen vaara kasvaa ilman kaksoistunnistamista ja mahdollisesti väärä potilas voi saada väärät lääkkeet. Potilaan tunnistaminen on oleellinen osa potilasturvallisuutta ja selkeän ohjeistuksen avulla voidaan välttää useita uhkaavia vaaratilanteita.

Tiedonhaku tuotti meille vaikeuksia, koska tutkittua tietoa potilaan tunnistamisesta on vähän, verrattuna esimerkiksi sepelvaltimotautipotilaan hoitotyöhön. Mielestämme saimme kuitenkin kokoon oleellisimman teoriatiedon kirjallisuuskatsausta varten. Opinnäytetyömme aikana saadusta tiedosta tulee olemaan meille varmasti hyötyä tulevaisuuden työelämässä, valmistuttuamme sairaanhoitajiksi. Koska emme löytäneet näyttöön perustuvaa tutkimustietoa potilaan kaksoistunnistamisesta ja ennen kaikkea sen toteutumisesta sairaalassa mistään suomalaisista lähteistä ja ulkomaalaisistakin hyvin niukasti, olisi tässä mielestämme oiva tutkimuksen paikka tuleville opiskelijoille tai tutkijoille.

Lähteet

Aaltonen, Jouko 2002. Käsikirjoittajan työkalut. Helsinki. SKS.

Aaltonen, Leena-Maija – Rosenberg, Per 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki. Duodecim.

Anttonen, Senni 2012. Potilasturvallisuus porukalla paremmaksi. Yle. Verkkodokumentti. päivitetty 29.8.2012.

<http://yle.fi/uutiset/potilasturvallisuus_porukalla_paremmaksi/6264416> Luettu 14.9.2012

Cleopas, A – Kolly, V – Bovier, PA – Garnerin P – Perneger, TV 2004. Acceptability of identification bracelets for hospital inpatients. Verkkodokumentti. Päivitetty 26.7.2004. <<http://qualitysafety.bmj.com/content/13/5/344.full>> Luettu 21.9.2012.

Duodecim. 2008. Verkkokurssi. Verkkodokumentti. Päivitetty 2008.

<http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=640&p_navi=65887&p_sivu=63246>. Luettu 21.9.2012

Hakkarainen, Päivi – Kumpulainen, Kari (toim.) 2011. Liikkuva kuva – muuttuva opetus ja oppiminen. Jyväskylän yliopisto.

Helovu, Arto – Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karoliina – Pennanen, Pirjo 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännöläheisesti. Helsinki. Edita Prima oy.

Kalliala, Eija 2002. Verkko-opettamisen käsikirja. Helsinki: Finn Lectura ab.

Keränen, Vesa – Lamberg, Niko – Penttinen, Jukka 2005. Digitaalinen media. Porvoo WS Bookwell.

Kinnunen, Marina. Vaasan keskussairaala. 2010. Potilasturvallisuuden kehittäminen vaaratapahtumien raportointiprosessin avulla. Käsittelijöiden koulutus. pdf. Luettu 21.9.2012

Lapin sairaanhoitopiiri. Lapin sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelma. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/56766d26-7600-46ce-8a6e-d73734ccf85b>> Luettu 6.1.2013

Lee AC - Leung M - So KT 2005. Managing patients with identical names in the same ward. Verkkodokumentti. Päivitetty 2005.

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15819121>> Luettu 21.9.2012

Lembitz, Alan – Clarke Ted J. 2009. Clarifying "never events" and introducing "always events" Patient safety in surgery. Colorado Physician Insurance Company. Verkkodokumentti. <<http://www.pssjournal.com/content/3/1/26>> Luettu 2.12.2012

Matikainen, Janne – Manninen Jyri 2001. Aikuiskoulutus verkossa. Verkkopohjaisten oppimisympäristöjen teoriaa ja käytäntöjä. Helsinki: Palmenia.

Medanets 2011. Medanets Rannekehallinta- potilasturvallisuutta hoitoprosesseihin. Verkkodokumentti. <http://www.medanets.com/assets/site/files/Medanets_Rannekehallinta_esite.pdf> Luettu 9.2.2013

Packard, Nick – Race, Phil 2003. Käytännön vinkkejä opetustyöhön. Järvenpää. Yritysanoma oy.

Peltomaa, Karolina 2012. THL. Potilaan ranneke. Verkkodokumentti. Päivitetty 2012. <http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilaan-ranneke> Luettu 21.9.2012

Päijät-Hämeen keskussairaala 2009. Potilaan varma tunnistaminen. Finn-Id. Verkkodokumentti. <<http://www.finn-id.fi/case/paijat-hameen-keskussairaala-potilaan-varma-tunnistaminen>>. Luettu 20.9.2012

Ranger, C– Bothwell, S. 2004. Making sure the right patient gets the right care. National patient safety agency. Verkkodokumentti. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743882/pdf/v013p00329.pdf>>. Luettu 12.12.2012

SA Health. 2011. Patient identification policy directive. Verkkodokumentti. Päivitetty 3.3.2011. <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/909e95004756a7228fcdf2e504170d4/Directive_Patient+Identification_PHCS++SANDQFeb2013.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=909e95004756a7228fcdf2e504170d4>. Luettu 29.3.2013.

Salakari, Hannu 2007. Taitojen opetus. Saarijärvi: Saarijärven offset.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf>. Luettu 21.9.2012

Stahel, Philip – Sabel, Allison – Victoroff, Michael – Varnell, Jeffrey – Lembitz, Alan – Boyle, Dennis – Clarke, Ted – Smith, Wade – Mehler, Philip 2010. Wrong-Site and Wrong-Patient Procedures in the Universal Protocol Era: Analysis of a Prospective Database of Physician Self-reported Occurrences. The JAMA network. Verkkodokumentti. <<http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=406371>> Luettu 25.11.2012

Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010. Finlex. Verkkodokumentti. Päivitetty 30.12.2010. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>> Luettu 4.9.2012

THL 2012a. Potilasturvallisuutta taidolla. Verkkodokumentti. Päivitetty 2012. <<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e28ead9c-eab6-4d67-b5e3-b12b1a9b0adf>> Luettu 4.9.2012.

THL. 2012b. WHO: Yhdeksän tapaa potilasturvallisuuden parantamiseen. Verkkodokumentti. Päivitetty 2012. <http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/who-yhdeksan-tapaa> Luettu 5.12.2012

Tuomola, Reijo – Maijanen, Ari 1999. Internet pohjaiset oppimisympäristöt. Verkkodokumentti <<http://www.cs.uta.fi/ipopp/www/ipopp99/maijanen-tuomola/teoria/index.htm>> Luettu 19.10.2012

Vaasan sairaanhoitopiiri. 2011. Potilaan tunnistamisen toimintatapaohjeet. Verkkodokumentti.

<http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Ammattilaiset_ja_rekrytointi/Kehitysprojektit/Paattyneet_projektit/Sahkoisen_asioinnin_kehittaminen_erikoissairaanhoidon_palveluprosessissa> Luettu 20.9.2012

Vilka, Hanna- Airaksinen, Tiina. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vilka, Hanna 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö. Verkkodokumentti.

<http://vilka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf>. Luettu 6.10.2012.

Vänttinen, Helena 2013. Sairaanhoitaja. Helsinki. Suullinen tiedonanto 10.2.2013.

WHO. 2007a. WHO launches 'Nine patient safety solutions'. Verkkodokumentti. Päivitetty 2012. <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/en/index.html>> Luettu 4.12.2012

WHO. 2007b. Patient identification. Verkkodokumentti. Päivitetty 2007.

<<http://www.ccforspatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/presskit/PS-Solution2.pdf>> Luettu 21.9.2012.

Liite 1. Opetusvideon käsikirjoitus

**Potilaan tunnistaminen hoitotilanteissa –
Opetusvideo potilaan tunnistamisesta ja tunnisterannekkeen käytöstä
tunnistamisen välineenä**

Käsikirjoitus

Jukka Leppäkoski

Pirkko Pasanen

Henna Yli-Hyynilä

Metropolia AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opetusvideon alkuteksti

Potilaan tunnistaminen ja henkilöllisyyden varmistaminen ovat välttämättömiä toimenpiteitä potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Potilaan tunnistaminen tulee tehdä kaikissa hoidon vaiheissa tulotilanteesta kotiutumiseen. Erityistä huomiota tunnistamisessa tulee kiinnittää ennen lääkehoitoja, toimenpiteitä, tutkimuksia tai potilassiirtoja.

Potilaan tunnistaminen ilmoittautumisen yhteydessä

Kertojaääni

Potilaalle on varattu aika kirurgian poliklinikalle selkävaivojen vuoksi. Selän MRI-tutkimuksessa on todettu välilevytyrä. Ilmoittautumisessa potilaalta kysytään KELA-kortti tai muu henkilöllisyyden osoittava todistus. Mikäli potilaalla ei ole edellä mainittuja kortteja, kysytään potilaalta koko nimi ja henkilötunnus. Jos henkilöllisyyttä ei voida varmistaa potilaalta kysymällä, henkilöllisyys varmistetaan muita keinoja käyttäen, esimerkiksi saattajalta tai omaiselta, potilasasiakirjoista tai katsomalla tunnisterannekkeesta.

Potilas Mäkinen saapuu sairaalan ajanvarauspoliklinikan ilmoittautumiseen.

Potilas Mäkinen

Huomenta. Minulle on varattu lääkärin vastaanotto.

Sihteeri

Huomenta. Onko teillä KELA-korttia?

Potilas Mäkinen kaivaa taskustaan lompakon ja ottaa lompakostaan KELA-kortin.

Potilas Mäkinen

Joo. Tässä.

Sihteeri

Kiitos!

Sihteeri kirjoittaa potilastietoja tietokoneelle ja tulostaa yhteystietolomakkeen.

Sihteeri

Voisitteko vielä tarkistaa, että tässä yhteystietolomakkeessa olevat tiedot ovat oikein?

Potilas Mäkinen

Tottahan toki.

Potilas Mäkinen ottaa tulosteen ja katsoo, että tiedot ovat oikein.

Kertojaääni

Potilasta pyydetään tarkistamaan yhteystietolomakkeen tiedot ja tarvittaessa päivittämään yhteystiedot. Mikäli potilas saapuu poliklinikalle lyhyttä vastaanottoa varten, tunnisteranneke asetetaan harkinnan mukaan arvioiden potilaan tila. Muissa tilanteissa tunnisteranneke tulee asettaa potilaalle jo ilmoittautumisen yhteydessä.

Potilaan tunnistaminen lääkärin tai hoitajan vastaanotolla

Potilas saapuu lääkärin vastaanotolle, istuu penkille toisen miespotilaan viereen ja jää odottamaan vuoroaan.

Lääkäri

(Huutaen) MÄKINEN!

Vastaanottotilassa kaksi miestä nousee pystyyn ja huomaavat toistensa reaktion. (Katsovat toisiaan.) Lääkäri huomaa myös tilanteen.

Lääkäri

Martti Mäkinen.

Martti Mäkinen lähtee lääkärin vastaanotolle, lääkärin ohjatessa hänet vastaanottohuoneeseen. Vastaanottohuoneen sisällä.

Lääkäri

Istukaa, olkaa hyvä! Kertoisitteko vielä koko nimenne ja henkilötunnuksenne?

Potilas Mäkinen

Martti Mäkinen, 18.12.35-1234.

Kertojaääni

Potilaan tunnistaminen perustuu nimen ja henkilötunnuksen varmistamiseen. Potilaan tunnistaminen tulee suorittaa aina ennen toimenpiteitä, tutkimuksia, lääkehoitoa tai potilassiirtoa. Potilaan tunnistaminen tapahtuu kahta eri tunnistuslähdettä käyttäen.

Potilaan tunnistaminen vuodeosastolla

Kertojaääni

Potilaan välilevytyrä vaatii leikkaushoidon ja potilas saapuu sovitusti viikon päästä osastolle leikkausta varten. Vastaanottava sairaanhoitaja tapaa potilaan vuodeosaston kansliassa.

Potilas Mäkinen

Huomenta! Olen tulossa selän välilevytyrän leikkaukseen. Nimeni on Martti Mäkinen.

Sairanhoitaja

Huomenta! Olkaa hyvä ja istukaa tähän. (osoittaen tuolia) Kuinka voitte?

Potilas Mäkinen

No olosuhteisiin nähden suht hyvin, vaikka leikkaus hieman jännittää.

Sairanhoitaja

No mutta se on ihan ymmärrettävää. Kerrottiinhan teille aikaisemmin, että tulette saamaan aivan kohta esilääkkeen.

Potilas Mäkinen

Kyllä siitä muistaakseni oli puhetta.

Sairanhoitaja

Ennen kuin vien teidät huoneeseen, niin käydään ensin henkilötiedot läpi. Onko teillä KELA-korttia tai muuta henkilöllisyystodistusta?

Potilas Mäkinen

Kyllä se täällä jossain lompakon sisällä on. (Kaivaen lompakostaan korttia ja ojentaa sen hoitajalle.)

Sairaanhoitaja

Sanoisitteko vielä koko nimenne ja henkilötunnuksenne?

Kertojaääni

Hoitaja tarkistaa potilaan henkilöllisyyden KELA-kortista tai muusta henkilökortista, ja pyytää potilasta kertomaan vielä nimensä ja henkilötunnuksensa verraten niitä samalla henkilökorttiin sekä potilasasiakirjoihin. Potilas on jäämässä osastolle hoitoa varten, joten hänelle asetetaan tunnisteranneke. Tunnisterannekkeessa on potilaan nimi, henkilötunnus, viivakoodi sekä hoitava yksikkö. Hoitaja tarkistaa vielä rannekkeessa olevat tiedot potilaalta samalla, kun asettaa tunnisterannekkeen. Mikäli tunnisterannekettä ei voi asettaa ranteeseen, asetetaan se nilkkaan. Potilaalle kerrotaan miksi potilaan henkilöllisyyttä saatetaan kysyä usein hoidon aikana ja miksi tunnisteranneke asetetaan hoitojakson ajaksi.

Potilaan tunnistaminen ennen toimenpiteeseen vientiä

Potilas makaa sängyllä tunnisteranneke kädessään. Sairaanhoitaja, joka ei ole aikaisemmin nähnyt potilasta kävelee potilaan sängyn viereen.)

Sairaanhoitaja

Hyvää huomenta! Olen sairaanhoitaja Krista Lamminperä ja tulen viemään teidät aivan kohta leikkaussaliin.

Potilas Mäkinen

(joka on hieman tokkurassa saamastaan esilääkityksestä) Huomenta!

Sairaanhoitaja

Teitä taitaa jo hieman väsyttää. Ennen kuin lähdemme leikkaussaliin, tarkistan vielä tunnisterannekkeen ja asetan teille toiseenkin käteen tunnisterannekkeen. Jaksaisitteko väsymyksestä huolimatta kertoa koko nimenne ja henkilöllisyystunnuksenne?

Potilas Mäkinen

Joo. Eli Martti Mäkinen, XXXXXX-XXXX.

Sairaanhoitaja kuuntelee ja varmistaa samalla tiedot tunnisterannekkeista ja tämän jälkeen asettaa rannekkeen toiseenkin käteen.

Sairaanhoitaja

Kiitos! Kaikki näyttää olevan kunnossa. Voimme siis lähteä.

Sairaanhoitaja nostaa sängyn laidan ylös, avaa sängyn lukituksen ja lähtee viemään potilasta leikkaussaliin.

Kertojaääni

Potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen, henkilötiedot varmistetaan potilaalta kysymällä: Kerro koko nimesi ja henkilötunnuksesi. Kiireettömissä tilanteissa toimenpiteitä, tutkimuksia, lääkehoitoa tai potilassiirtoa ei saa toteuttaa, jos potilasta ei ole tunnistettu ja potilaalla ei ole tunnisteranneketta. Potilastietoja suullisesti vaihdettaessa, tulee ensimmäiseksi kertoa potilaan henkilötiedot.

Potilaan tunnistaminen leikkausosastolla

Leikkausosastolla potilasta ja hoitajaa ovat vastassa anestesiahoitaja sekä passari eli valvova hoitaja.

Sairaanhoitaja

Huomenta! Tuon sovitusi herra Mäkistä osastolta 2.

Anestesiahoitaja ja valvova hoitaja tervehtivät molemmat sekä potilasta että häntä saattanutta hoitajaa.

Anestesiahoitaja (asettuneena potilaan sängyn viereen)

Hei! Olen anestesiahoitajanne Simo Penttinen. Tarkistan vielä, että teillä on tunnisterannekkeet molemmissa käsissä. Kertoisitteko koko nimenne ja henkilötunnuksenne?

Potilas Mäkinen (melkein unessa, nostaa käsiä, jotta rannekkeet näkyvät)

Mmmmm...eli Martti Mäkinen, XXXXXX-XXXX.

Anestesiahoitaja ja valvova hoitaja kuuntelevat sekä varmistavat samalla tiedot tunnisterannekkeista. Sairaanhoitaja kuuntelee ja varmistaa tiedot potilasasiakirjasta.

Sairaanhoitaja

Potilaana Mäkinen Martti XXXXX-XXX tulee L4–5 välin diskusprolapsin mikrokirurgiseen toimenpiteeseen. Potilaalla on todettu penisilliini–allergia, mutta muuten perusterve mies. Potilas on ollut syömättä ja juomatta keskiyöstä alkaen. Saanut tänään esilääkityksenä Diapam 10 mg per os klo 07.30. Pistänyt sovitusti Klexane 40 mg eilen kotonaan. Sekä rakko että suoli ovat tyhjentyneet spontaanisti tänä aamuna.

Valvova hoitaja

Ok, kaikki kunnossa voimme siis jatkaa matkaa ja siirtyä salin puolelle.

Lopputekstit

Näyttelijät

Potilas Mäkinen - Janne Mirala
Vastaanottohoitaja - Veera Kulmala
Lääkäri - Jukka Leppäkoski
Sairaanhoitaja - Emilia Hämynen
Sairaanhoitaja - Milja Kuivalainen
Sairaanhoitaja - Kasper Puura
Sairaanhoitaja - Tea Hagman

Extrat

Jari Koski
Jani Valo
Pirkko Pasanen
Helena Vääntinen
Marita Soisalo

Käsikirjoitus

Jukka Leppäkoski
Pirkko Pasanen
Henna Yli-Hännilä

Kamera

Jani Valo (Sony HXR-NX30E)

Ääni

Reetta Lahtinen

Jari Koski

Ohjaus

Jari Koski

Jani Valo

Editointi

Jani Valo

Jari Koski

Catering

Jukka Leppäkoski

Pirkko Pasanen

Henna Yli-Hyynilä

Opinnäytetyön ohjaajat

Leena Hinkkanen

Netta Pohjamies-Molander

Tilat

Metropolia AMK / Tukholmankatu 10

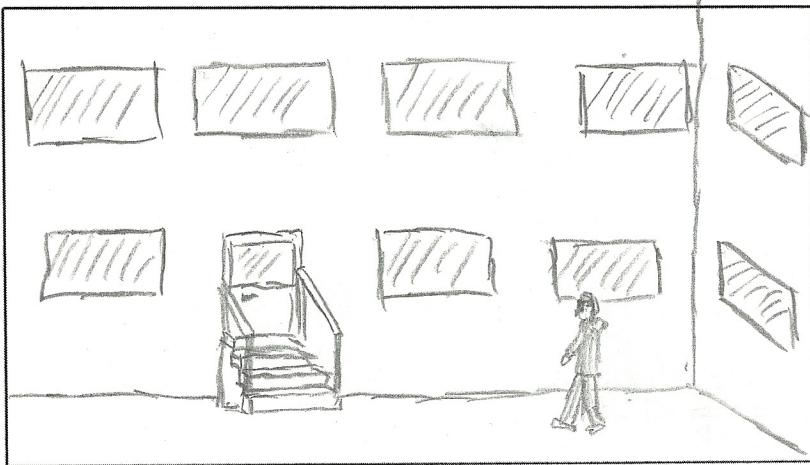
Kiitos Bee Hellen Laajasalon Opisto

Liite 2. Kuvakäsikirjoitus

PROJECT NAME:

PAGE NUMBER:

SHOT #



CAMERA:

ACTION:

SHOT #



CAMERA:

ACTION:

SHOT #



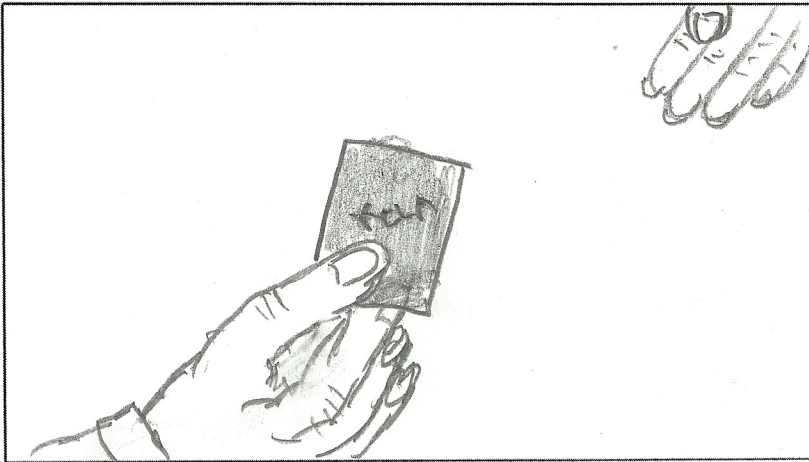
CAMERA:

ACTION:

PROJECT NAME:

PAGE NUMBER:

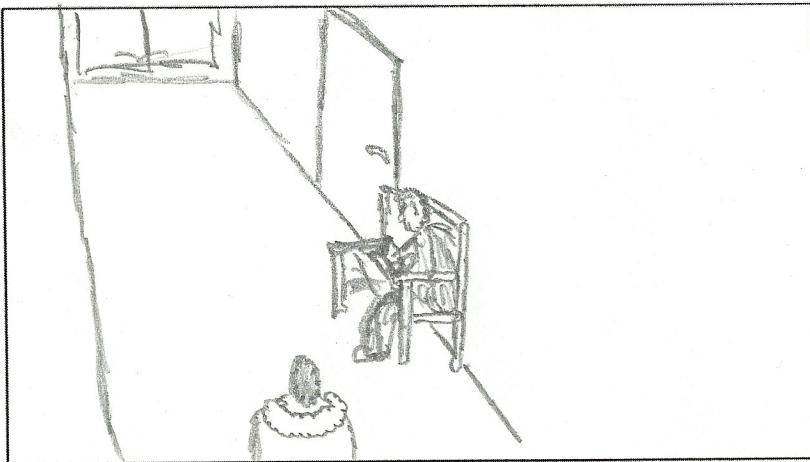
SHOT #



CAMERA:

ACTION:

SHOT #



CAMERA:

ACTION:

SHOT #



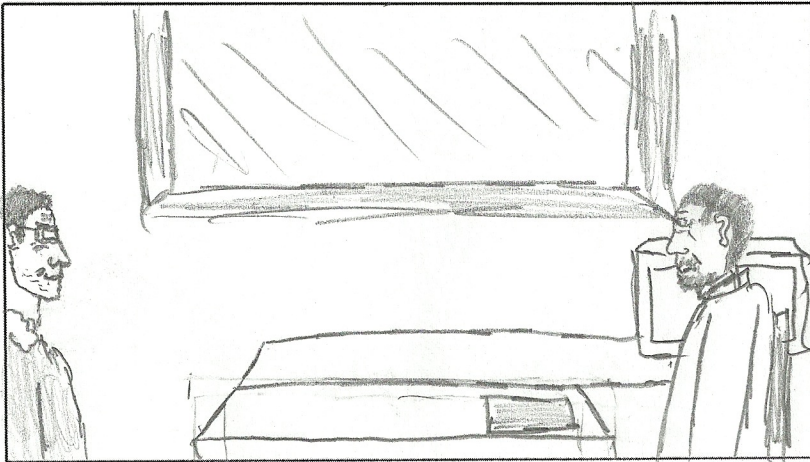
CAMERA:

ACTION:

PROJECT NAME:

PAGE NUMBER:

SHOT #



CAMERA:

ACTION:

SHOT #



CAMERA:

ACTION:

SHOT #



CAMERA:

ACTION:

PROJECT NAME:

PAGE NUMBER:

SHOT #



CAMERA:

ACTION:

SHOT #



CAMERA:

ACTION:

SHOT #



CAMERA:

ACTION:

PROJECT NAME:

PAGE NUMBER:

SHOT #



CAMERA:

ACTION:

SHOT #



CAMERA:

ACTION:

SHOT #



CAMERA:

ACTION:

PROJECT NAME:

PAGE NUMBER:

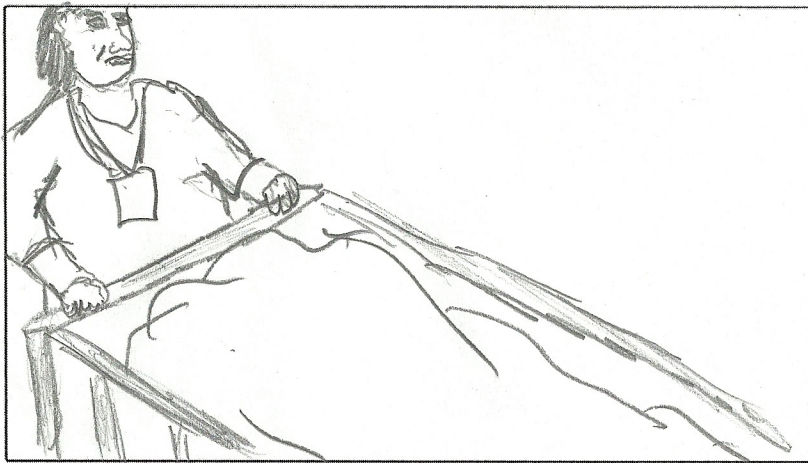
SHOT # _____



CAMERA: _____

ACTION: _____

SHOT # _____



CAMERA: _____

ACTION: _____

SHOT # _____



CAMERA: _____

ACTION: _____

PROJECT NAME:

PAGE NUMBER:

SHOT # _____



CAMERA: _____

ACTION: _____

SHOT # _____



CAMERA: _____

ACTION: _____

SHOT # _____



CAMERA: _____

ACTION: _____

