

Sanna-Mari Mäki

POTILASTURVALLISUUSRISKIT HOITAJIEN NÄKÖKULMASTA
LÄÄKITYSTURVALLISUUDESSA JA TIEDONKULUSSA

Hoitotyön koulutusohjelma
2013

POTILASTURVALLISUUSRISKIT HOITAJIEN NÄKÖKULMASTA LÄÄKITYSTURVALLISUUDESSA JA TIEDONKULUSSA

Mäki, Sanna-Mari
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2013
Ohjaaja: Kurittu, Kristiina
Sivumäärä: 43
Liitteitä: 2

Asiasanat: potilasturvallisuus, vaaratapahtuma, lääkitysturvallisuus, tiedonkulku

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilasturvallisuusriskejä lääkitysturvallisuuden ja tiedonkulun alueella eräällä vuodeosastolla. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa potilasturvallisuuden riskikohdista henkilökunnan käyttöön.

Opinnäytetyössä käytettiin sekä määrällistä että laadullista tutkimustapaa. Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla, jossa oli strukturoitujen kysymysten lisäksi avoimia kysymyksiä. Lomake toimitettiin erään sairaalan yhden osaston 22 sairaanhoitajalle ja vastauksia saatiin 17 kappaletta. Vastausprosentiksi muodostui 77.

Opinnäytetyössä tutkittiin, millaisia potilasturvallisuusriskejä osastolla on lääkehoidon ja tiedonkulun alueella. Tutkittiin myös sairaanhoitajien näkemyksiä siitä, millä keinoilla potilasturvallisuutta voisi osastolla edistää. Kiire, rauhattomat tilat, suuret potilasmäärät ja hoitajien vähäinen määrä nousivat esiin asioina, jotka voivat vaarantaa potilasturvallisuutta niin tiedonkulun kuin lääkehoidonkin osalta. Lääkehoidon turvallisuuteen liittyen voidaan todeta, että virhe lääkkeen antovaiheessa on osastolla mahdollinen. Yli puolet vastanneista oli joskus antanut vahingossa potilaalle väärää lääkettä ja 88 % vastanneista ilmoitti havaitsevansa jakovirheitä esimerkiksi potilasdoseissa kuukausittain. Myös osaston levoton lääkkeenjako nousee vahvasti esille lääkehoidon turvallisuutta vaarantavana tekijänä.

Vaikka raportointikäytäntö toteutuukin osastolla hyvin, silti joitakin tiedonkulkuun liittyviä potilasturvallisuusriskejä nousi esille. Osa vastanneista oli havainnut osastolla epäselvän kirjaamisen ja suullisen raportoinnin aiheuttamia potilasturvallisuusriskejä. Syiksi epäselvälle tiedonkululle ilmoitettiin olevan esimerkiksi kiire, levottomat tilat, puutteellinen kirjaaminen tai epäselvä käsiala.

Kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien mielestä esimerkiksi rauhalliset työskentelytilat hoitajille, selkeämpi kirjaaminen, työntekijöiden riittävä määrä sekä yhteisistä toimintatavoista sopiminen voisivat edistää osaston potilasturvallisuutta. Hyvä jatkokutkimusaihe voisi olla selvittää osaston mahdollisia potilasturvallisuusriskejä myös muilta osa-alueilta, esimerkiksi hoitomenetelmien ja laitteiston osalta.

THE RISKS IN PATIENT SAFETY IN MEDICATION SAFETY AND FLOW OF INFORMATION IN NURSES' OPINION

Mäki, Sanna-Mari

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

May 2013

Supervisor: Kurittu, Kristiina

Number of pages: 43

Appendices: 2

Keywords: patient safety, patient safety incident, medication safety, flow of information

The purpose of this thesis was to examine risks in patient safety connected to the medication safety and the flow of information in one specific ward. The meaning of this thesis was to produce information of the risks in patient safety for staff's use.

This thesis was a combination of quantitative and qualitative research methods. The material was collected by a questionnaire, which contained both structured and open questions. The questionnaire was sent to 22 nurses of one specific ward in a certain hospital and in the end 17 nurses returned their questionnaires. The response rate was 77 %.

This thesis explored, what kind of risks there are in the medication safety and the flow of information in this specific ward. It also explored the opinions of nurses about the possible ways to improve the patient safety in this ward. Hurry, restless spaces, the large number of patients and the small number of nurses were the main issues that based on the questionnaire results can compromise the patient safety related to medication safety and the flow of information. In medication safety it can be found that a mistake in the moment of giving a medicine to a patient is possible in this ward. Over a half of the answerers had accidentally given a wrong medicine to a patient and 88 % of the answerers said that they notice mistakes in medication distribution monthly. Also the restless medication room of the ward came up from the answers as a factor that lowers the medication safety.

Even if the nursing handovers were good in the ward, there were still some risks in patient safety in the flow of information. A part of the answerers had noticed risks in patient safety caused by unclear documentation and unclear oral reporting. Reasons to the unclear documentation and unclear oral reporting were hurry, restless spaces, incomplete documentation or unclear handwriting.

Nurses thought that for example quiet spaces for working, clearer documentation, sufficient number of nurses and agreeing common policies could promote the patient safety of the ward. A good subject for a further study research could be to examine the possible risks in other divisions, for example in nursing and in equipments.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 POTILASTURVALLISUUS JA SEN EDISTÄMINEN.....	6
2.1 Potilasturvallisuuden lähtökohdat	7
2.2 Lääkitysturvallisuus ja lääkehoitosuunnitelma	8
2.3 Tiedonkulku.....	10
2.3.1 Potilaan tunnistaminen.....	11
2.3.2 ISBAR-menetelmä tiedonkulun tukena.....	12
2.4 Vaaratapahtumat ja niistä oppiminen	14
3 TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	17
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	17
4.1 Tutkimusmenetelmä	17
4.2 Aineiston keruu ja analysointi.....	18
5 TUTKIMUSTULOKSET	19
5.1 Vastaajien taustatiedot.....	19
5.2 Potilasturvallisuusriskit tiedonkulussa	20
5.3 Potilasturvallisuusriskit lääkehoidossa.....	26
5.4 Potilasturvallisuuden edistäminen	30
6 POHDINTA	35
6.1 Tulosten tarkastelu	35
6.2 Luotettavuus	38
6.3 Eettisyys	39
6.4 Johtopäätökset	40
6.5 Jatkotutkimushaasteet.....	41
LÄHTEET	42
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Eri puolilta maailmaa kerättyjen tietojen perusteella sairaalahoitoon tulevista potilaista 5-10 % kokee hoitoon liittyvän haittatapahtuman. Näistä potilaista noin prosentilla haitta on vakava eli seurauksena on pysyvä vammautuminen tai kuolema. (Snellman 2009, 29.)

Potilaalle hoito on laadukasta ja turvallista, kun hän saa sitä oikeaan aikaan ja sitä annetaan oikealla tavalla. Potilasturvallisuuden tavoitteena on, että potilasturvallisuuden riskit ennakoitaa ja ehkäistään, eikä hoito aiheuta potilaalle vaaraa tai haittaa. Niinpä terveydenhuollon laitosten ja yksiköiden tulisi aktiivisesti etsiä potilasturvallisuusriskejä, jotta niiden henkilökunta voisi kehittää toimintaansa ja näin vältettäisiin haittojen syntyminen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2012.)

Riskien hallinta on keskeinen osa potilasturvallisuuden kehittämisessä ja sitä toteutetaan keräämällä aktiivisesti tietoa potilasturvallisuuteen vaikuttavista vaaroista (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 124-125).

Aiheen valintaan vaikutti sen ajankohtaisuus ja tärkeys sekä opinnäytetyön tekijän kiinnostus aiheeseen. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää potilasturvallisuusriskejä lääkitysturvallisuuden ja tiedonkulun alueella eräällä vuodeosastolla. Vuodeosaston henkilökunta saa opinnäytetyön tulokset omaan käyttöönsä. Yhteistyötahon toivomuksesta tutkimuspaikkaa ei mainita.

2 POTILASTURVALLISUUS JA SEN EDISTÄMINEN

Potilasturvallisuus on terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta ja siksi se onkin nostettava keskeiseksi tavoitteeksi terveydenhuollossa. Hoito on potilaalle turvallista, kun se toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) mukaan potilasturvallisuus tarkoittaa terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joilla varmistetaan hoidon turvallisuus ja estetään potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus on sitä, että hoidosta ei aiheudu hänelle itselleen haittaa. Tosin haitalta saatetaan välttyä, vaikka hoitoyksikön toiminta ei olisikaan ollut edellisen määritelmän mukaisesti turvallista.

Potilasturvallisuuteen kuuluu monia asioita, muun muassa hoidon turvallisuus, lääkeshoidon turvallisuus sekä hoidossa käytettävän laitteiston turvallisuus. Monet eri asiat voivat aiheuttaa potilaalle vaaraa. Käytössä on toimintatapoja, jotka ehkäisevät vaaratilanteiden kehittymisen haittatapahtumiksi. Inhimillisistä syistä ehkäisevät menetelmät voivat kuitenkin joskus pettää, jolloin syntyy läheltä piti –tilanne. Läheltä piti –tilanteet on aina kirjattava ja käsiteltävä, jotta vastaava tilanne ei toistu. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2012.)

Potilasturvallisuuden edistämässä on tärkeää oivaltaa, että turvallisuus muodostuu järjestelmän osien välisestä vuorovaikutuksesta, ei vain esimerkiksi yksilön tai laitteen toiminnasta. Turvallisuutta syntyy siis myös organisaation osien välisestä vuorovaikutuksesta. (Helovuori ym. 2011, 14.)

Myllykangas (2011) on tutkinut pro gradu -tutkielmassaan potilasturvallisuuskulttuuria erikoissairaanhoidossa. Tutkielman tavoitteena oli saada tietoa siitä, millaiseksi erikoissairaanhoidossa työskentelevät sairaanhoitajat arvioivat tämänhetkisen potilasturvallisuuskulttuurin. Tulosten mukaan sairaanhoitajat tunnistivat potilasturvallisuutta heikentäviä toimintatapoja työssään. Esiin nousi muun muassa henkilömitoituksen riittämättömyys. Myös tiedonsiirto yksiköiden välillä koettiin mahdolliseksi potilasturvallisuutta heikentäväksi asiaksi.

2.1 Potilasturvallisuuden lähtökohdat

Potilasturvallisuustyötä on tehty eri puolilla maailmaa jo vuosia. Vuonna 1983 Yhdysvalloissa valmistui tutkimus, jonka mukaan kaikista haittatapahtumista 70,5 % aiheutti potilaalle lievän haitan ja 13,6 % johti potilaan menehtymiseen. Jos tämä luku suhteutetaan Yhdysvaltojen asukaslukuun, arvioiden mukaan Yhdysvalloissa kuoli vuodessa siis enemmän ihmisiä sairaanhoidosta aiheutuviin haittoihin kuin esimerkiksi moottoriajoneuvo-onnettomuuksiin tai rintasyöpään. Tämänkaltaisten tutkimusten jälkeen on alettu käynnistää potilasturvallisuutta edistäviä hankkeita. Suomessa potilasturvallisuutta on edistetty vuodesta 2005 erilaisin oppain ja hankkein. (Helovuo ym. 2011, 24, 31.)

Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013 on Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) valitseman ryhmän valmisteleva potilasturvallisuusstrategia. Strategian tarkoituksena on ohjata suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa edistämään potilasturvallisuuskulttuurin toteutumista. Sen tavoitteena on, että potilas osallistuisi potilasturvallisuuden parantamiseen, potilasturvallisuutta hallittaisiin ennakoivasti ja oppimalla, vaaratapahtumista raportoitaisiin, potilasturvallisuutta edistettäisiin riittävin voimavaroin sekä potilasturvallisuus huomioitaisiin jo terveydenhuollon opetuksessa ja tutkimuksessa. (STM 2009.)

Lainsäädäntö edellyttää, että hoitotyön on oltava näyttöön perustuvaa, laadukasta, turvallista sekä ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista. Suomessa on useita lakeja, joiden avulla potilasturvallisuutta edistetään. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa potilasturvallisuuden säädösvalmistelusta. (Helovuo ym. 2011, 38.)

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan terveydenhuollon toimintayksikössä on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta, jossa on otettava huomioon myös potilasturvallisuuden edistäminen. Laadunhallintasuunnitelman on sisällettävä tiettyjä asioita, esimerkiksi laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon vastuuhenkilöt sekä henkilöstön perehdyttäminen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) puolestaan nostaa esille potilaan näkökulmaa potilasturvallisuudessa. Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun sekä tiedonsaantioikeus ja itsemääräämisoikeus. Laki säättää myös salassapitoon ja potilas-

asiakirjoihin liittyvät asiat. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) varmistaa, että terveydenhuollon ammattihenkilöillä on toimintansa edellyttämä koulutus, pätevyys sekä muut asiaankuuluvat valmiudet. Potilasvahinkolaki (585/1986) koskee potilaalle hoidosta aiheutuneen henkilövahingon korvaamista.

2.2 Lääkitysturvallisuus ja lääkehoitosuunnitelma

Lääkehoitoon liittyvät tekijät ovat yksi tärkeä osa potilasturvallisuutta. Lääkkeiden käyttöön liittyvien toimintatapojen turvallisuutta kutsutaan lääkitysturvallisuudeksi. Lääkitysturvallisuus vaarantuu, kun lääke jätetään antamatta, annetaan väärä lääke, tapahtuu väärinymmärrys tiedonsiirrossa tai potilasta neuvotaan väärin lääkkeen käyttöön liittyvissä asioissa. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 13-14.)

Yksi suurimmista haittatapahtumien sekä potilasvahinkojen aiheuttajista on nimenomaan lääkehoidossa tapahtuvat vahingot (Kinnunen & Peltomaa 2009, 78). Lääkehoidon haittatapahtumat eivät yleensä johdu ammattitaidottomasta tai huolimattomasta henkilökunnasta, vaan syyt ovat syvemmillä. Esimerkiksi lääkehoidossa tapahtuvien jakovirheiden syntymiseen voidaan helposti vaikuttaa rauhoittamalla tila, jossa lääkkeitä jaetaan ja saatetaan käyttökuuntoon. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 79.)

Lääkehoidon haittatapahtumien ehkäisyyn on monia keinoja. Esimerkiksi pitkäaikaisien lääkitysten säännöllinen tarkastus päällekkäisyyksien välttämiseksi on tärkeää. Myös lääkevalmisteiden ulkonäköön tulee kiinnittää huomiota. Lääkepakkauksia on samankaltaisia ja lääkkeillä on samankuuloisia kauppanimiä, joten lääkkeiden ulkonäköön liittyvien haittatapahtumien riski on olemassa. Nykyään rinnakkaislääkkeiden määrä ja vaihtuvuus on valtava, joka myös tuo suuria riskitekijöitä lääkehoitoon. Myös henkilökunnan lääkelaskutaitojen ylläpitäminen on todella tärkeää. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 85.)

Kun lääkkeen antamisessa käytetään vakioitua menettelytapaa, voidaan lääkkeen antovaiheen turvallisuutta parantaa. Vakiomenetelmään kuuluu seuraavat vaiheet ennen lääkkeen antamista potilaalle: potilaan tunnistaminen, lääkevalmisteen varmistaminen lääkelistaan vertaamalla, oikean antotavan ja -ajan varmistaminen sekä kerrotaan poti-

laalle mitä lääkkeitä hänelle annetaan. Kun noudatetaan tätä vakiomenetelmää, samalla tulee tehtyä kaksoistarkastus. Kaksoistarkastus on yksi yleisimmistä lääkehoidon turvallisuutta edistävästä tavoista. Kaksoistarkastus tarkoittaa sitä, että potilaan lääkeannos varmistetaan kahteen kertaan. Ensimmäinen varmistus tapahtuu lääkkeenjakohetkellä, toinen varmistus ennen lääkkeen antamista potilaalle. (Suomen Sairaanhoidajaliitto 2009.)

Sahlströmin, Partasen ja Turusen (2012) tutkimuksen mukaan lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet potilaat (n=175) luottivat siihen, että hoitolaitoksessa ollessaan heille annetaan oikeat lääkkeet. Suurin osa potilaista (54 %) ilmoitti ottavansa kaikki heille annettavat lääkkeet kyselemättä, mitä ne ovat. (Sahlström, Partanen & Turunen 2012, 10-11.) Tutkimuksesta myös ilmeni, ettei potilaille aina selitetä hoidon riskejä tarpeeksi hyvin eikä heitä oteta tarpeeksi mukaan omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Sahlström ym. 2012, 5). Potilas ja hänen omaisensa tulee ottaa mukaan hoidon turvallisuuden edistämiseen. Potilaan mukaan ottaminen edellyttää riittävän tiedon antamista terveydenhuollon ammattilaiselta potilaalle. Tietoa on annettava potilaalle ymmärrettävällä tavalla hänen hoidostaan, erityisesti lääkehoidosta. (STM 2009.)

Suikkanen (2008) on tehnyt pro gradu –tutkielman, jossa hän kuvaa yhden keskussairaalan lääkityspoikkeamia ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksen mukaan kaikkein yleisimpiä olivat dokumentointipoikkeamat. Esiin nousi tilanteita, joissa potilaan lääkitys oli kirjattu eri dokumentteihin eri tavalla. Lääkityspoikkeamia tapahtui lääkehoidon prosessin jokaisessa vaiheessa, eikä poikkeamille löytynyt yhteistä selittävää tekijää. Poikkeamiin yhteydessä olevista tekijöistä yleisimmät olivat työuran alkuvaihe, työrauhan puute, työntekijän ylikuormitus, puutteet opiskelijoiden työn valvonnassa sekä tietojärjestelmiin liittyvät epäselvyydet.

Läkehoidon toteuttamisen tulisi perustua työyksikössä laadittuun lääkehoitosuunnitelmaan, jossa on määritelty muun muassa lääkehoitoon liittyvät toimintatavat, henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako, lupakäytännöt, lääkehuoltoon liittyvät asiat, lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen, potilaiden neuvonta ja tiedonkulku. Esimiehet valvovat lääkehoidon toteutumista lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Lääkehoitosuunnitelman laativat yhteistyössä työyksikön johto, vastaava lää-

käri, lääkehoitoa toteuttava hoitohenkilöstö, lääkehuollosta vastaava henkilö sekä hoitotyöstä vastaava henkilö. Lääkehoitosuunnitelma tarkistetaan vuosittain, jolloin arvioidaan myös suunnitelman päivityksen tarve. (STM 2006, 3, 14.)

2.3 Tiedonkulku

Tiedonkulku on yksi tärkeä perustekijä turvallisessa hoidossa. Tiedonkulun katkeaminen tai väärin ymmärtäminen ovat yleisiä syitä haittatapahtumissa, etenkin potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Kommunikaatioon liittyvät ongelmat ovat osallisena noin 65 % haittatapahtumista. Jokaisessa työyhteisössä tulisi olla sovitut käytännöt tiedon jakamisesta hoitoketjussa. Lääkäriltä saatavat määräykset ja hoito-ohjeet tulisi varmistaa toistamalla sekä kirjaamalla ne selkeästi ja välittömästi. Ne on myös hyvä varmistaa allekirjoituksin. Myös suulliseen raportointiin ja sen sisältöön tulee panostaa. (Helovuola ym. 2011, 72.)

Potilaan turvallisuutta vaarantaa tiedonkulun osalta myös tilanteet, joissa havaitaan sääntöjen rikkomista, virheitä, erehtymisiä tai puutteita ammattitaidossa, eikä epäkohdista uskalleta mainita, eikä niihin puuttua. Myös henkilökunnan sisäinen keskinäinen kunnioituksen puute ehkäisee avoimen kommunikaation toteutumista. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 86.)

Tiedonkulun haasteet liittyvät sekä kirjalliseen tiedonkulkuun että kasvokkain tapahtuvaan viestintään. Monien eri tutkimusten mukaan avoimesti ja aktiivisesti kommunikoidut tiimit suoriutuvat työstä laadukkaammin. Aktiivinen viestintä parantaa tilannekuvaa, jolloin mahdolliset virheet havaitaan aiemmin. Monet viestintärutiinit, kuten raportointikäytäntö, pyrkivätkin siihen, että tiedonvaihdolle olisi ennalta suunniteltu paikka ja aika päiväjärjestyksessä. Kommunikaatiolle ei välttämättä muuten synny luonnollista tilaisuutta, jos ihmiset eivät kohtaa tai muut samanaikaiset tehtävät vievät huomion. Valitettavan usein viestintä estyy myös niinkin yksinkertaisesta syystä, että ajatellaan asian olevan jo kaikkien tiedossa. Myös työnjaon epäselvyydet aiheuttavat helposti riskin potilasturvallisuudelle. (Helovuola 2012, 25-26.)

Tietojen kirjaaminen tukee turvallista ja tehokasta lääkehoitoa. Usein potilaiden haueutuessa hoitoon, oikeiden lääkitystietojen saaminen voi olla vaikeaa. Tämä puoles-

taan hidastaa hoidon sujuvuutta ja vaarantaa potilasturvallisuutta. Myös esimerkiksi epäselvät tai ristiriitaiset lääkemääräykset ja lääkitystietojen puutteellinen kirjaaminen aiheuttavat virheitä lääkkeiden antamisessa. Vapaamuotoinen tietojen kirjaaminen rakenteisen tallennuksen sijasta hankaloittaa tietojen siirtoa. Potilaiden lääkehoitoa koskevia tietoja saatetaan kirjata useaan eri paikkaan, mikä hankaloittaa niiden päivittämistä. (Erkko & Johansson 2013, 145-146.)

2.3.1 Potilaan tunnistaminen

Jos potilaan tunnistamisessa on virheen mahdollisuus, potilasturvallisuus vaarantuu. Potilaan tunnistaminen voi olla vaikeaa esimerkiksi tilanteissa, joissa potilas on lapsi, tajuton tai päihteen vaikutuksen alaisena. Tunnistaminen voi olla myös vaikeaa tilanteessa, jossa potilaan psyykinen toimintakyky on vajavainen. Tunnistaminen ei saa perustua oletukseen, että joku muu on jo potilaan tunnistanut. (Fagerlund 2013, 63.) Kun otetaan käyttöön systemaattinen tapa tunnistaa potilas oikein, vaaratapahtumia voidaan helposti ehkäistä. Potilaan väärästä tunnistamisesta, tai tunnistamatta jättämisestä, voi seurata erilaisia vaaratapahtumia: väärin lääkkeiden antoa, näyttöiden ottoa, toimenpiteiden tekoa sekä väärin potilaiden siirtoa. Jokaisella sairaalassa hoidossa olevalla potilaalla on oltava tunnistusranneke, oli potilaan sairaus, ikä tai kunto mikä hyvänsä. Potilasranneke tulee kiinnittää potilaan ranteeseen tai nilkkaan, ei potilaan sänkyyn tai pöytään. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2013.)

Potilaan tunnistamisen on tapahduttava ainakin kahden eri tunnistuslähteen avulla. Kumpikaan tunnistuslähteistä ei saa olla potilaan huoneen tai vuoteen numero. (World Health Organization 2007.) Tunnistusrannekkeen lisäksi voidaan potilaan tunnistamiseen käyttää nimeä ja syntymäaikaa. Potilasta pyydetään itse kertomaan nimensä ja syntymäaikansa. Jos potilas ei itse kykene kommunikoimaan, tulisi tunnistamisessa käyttää apuna esimerkiksi toista työntekijää, saattajaa tai omaista. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2013.)

2.3.2 ISBAR-menetelmä tiedonkulun tukena

Yhdysvalloissa on useissa sairaaloissa otettu käyttöön SBAR-menetelmä, joka on alun perin kehitetty 1990-luvulla Yhdysvaltojen puolustusvoimissa. Aluksi SBAR-menetelmää käytettiin ilmailussa ja siitä se levisi pian terveydenhuoltoon käytettäväksi. Menetelmästä käytetään myös nimeä ISBAR. ISBAR-menetelmä on strukturoitu kommunikaatiomenetelmä, joka tulee sanoista Identify, Situation, Background, Assessment ja Recommendation (Tunnista, Tilanne, Tausta, Nykytilanne, Toimintaehdotus). Menetelmä mahdollistaa johdonmukaisen ja yhtenäisen kommunikaation kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa esimerkiksi potilaasta raportoitaessa. (Kupari, Peltomaa, Inkinen, Kinnunen, Kuosmanen & Reunama 2012, 29.)

ISBAR-menetelmä (kuvio 1.) on kehitetty kommunikoinnin ja tiedonkulun parantamiseksi. Menetelmän seurauksena erityisesti potilaan siirtoon liittyvät prosessit ovat kehittyneet tehokkaammiksi sekä tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat ovat vähentyneet. ISBAR-menetelmää voidaan käyttää sekä kirjallisessa että suullisessa viestinnässä. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 87-88.)

ISBAR-menetelmää voidaan soveltaa kaikissa terveydenhuollon ympäristöissä ja tiedonsiirtotilanteissa. Kun siirretään valtavasti kriittistä tietoa potilaan tilasta eri yksilöiden ja eri ammattiryhmien välillä, voi tapahtua potilasturvallisuutta vaarantavia väärinymmärryksiä. ISBAR:in avulla vaaratapahtumien riskiä voidaan vähentää. (Suomen Sairaanhoidajaliitto 2012.)

ISBAR – kiireetön tilanne

1.IDENTIFY Tunnista	<ul style="list-style-type: none"> Nimesi, ammatti, yksikkö Potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus
2.SITUATION Tilanne	<ul style="list-style-type: none"> Syy raportointiin
3.BACKGROUND Tausta	<ul style="list-style-type: none"> Nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat Allergiat Tartuntavaara/eristys
4.ASSESSMENT Nykytilanne	<ul style="list-style-type: none"> Vitaalielintoiminnot Oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen
5.RECOMMENDATION Toimintaehdotus	<p>Ehdota</p> <ul style="list-style-type: none"> Tarkkailun lisäämistä Toimenpidettä Siirtoa toiseen yksikköön Hoitosuunnitelman muutos <p>Varmista</p> <ul style="list-style-type: none"> Kuinka kauan...? Kuinka usein...? Koska otan uudelleen yhteyttä...? <ul style="list-style-type: none"> Onko vielä kysyttävää? Olemmeko samaa mieltä?



ISBAR – kiireellinen tilanne

1.IDENTIFY Tunnista	<ul style="list-style-type: none"> Nimesi, ammatti, yksikkö Potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus
2.SITUATION Tilanne	<ul style="list-style-type: none"> Syy raportointiin
3.BACKGROUND Tausta	<ul style="list-style-type: none"> Lyhyesti nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat Allergiat Tartuntavaara/eristys
4.ASSESSMENT Nykytilanne	<p>Raportoi</p> <ul style="list-style-type: none"> Vitaalielintoiminnot A: Ilmatie B: Hengitys, saturaatio C: Pulssi, verenpaine D: Tajunnan taso (GCS), kipu E: Lämpötila, iho, väri, vatsa, virtsaneritys, ulkoiset, näkyvät merkit <ul style="list-style-type: none"> Oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen
5.RECOMMENDATION Toimintaehdotus	<p>Ehdota</p> <ul style="list-style-type: none"> Välitöntä toimenpidettä Tarkkailun lisäämistä Toimenpidettä Siirtoa toiseen yksikköön <p>Varmista</p> <ul style="list-style-type: none"> Kuinka kauan...? Kuinka usein...? Koska otan uudelleen yhteyttä...? <ul style="list-style-type: none"> Onko vielä kysyttävää? Olemmeko samaa mieltä?

Kuvio 1. ISBAR-menetelmä (Suomen Sairaanhoitajaliitto 2012)

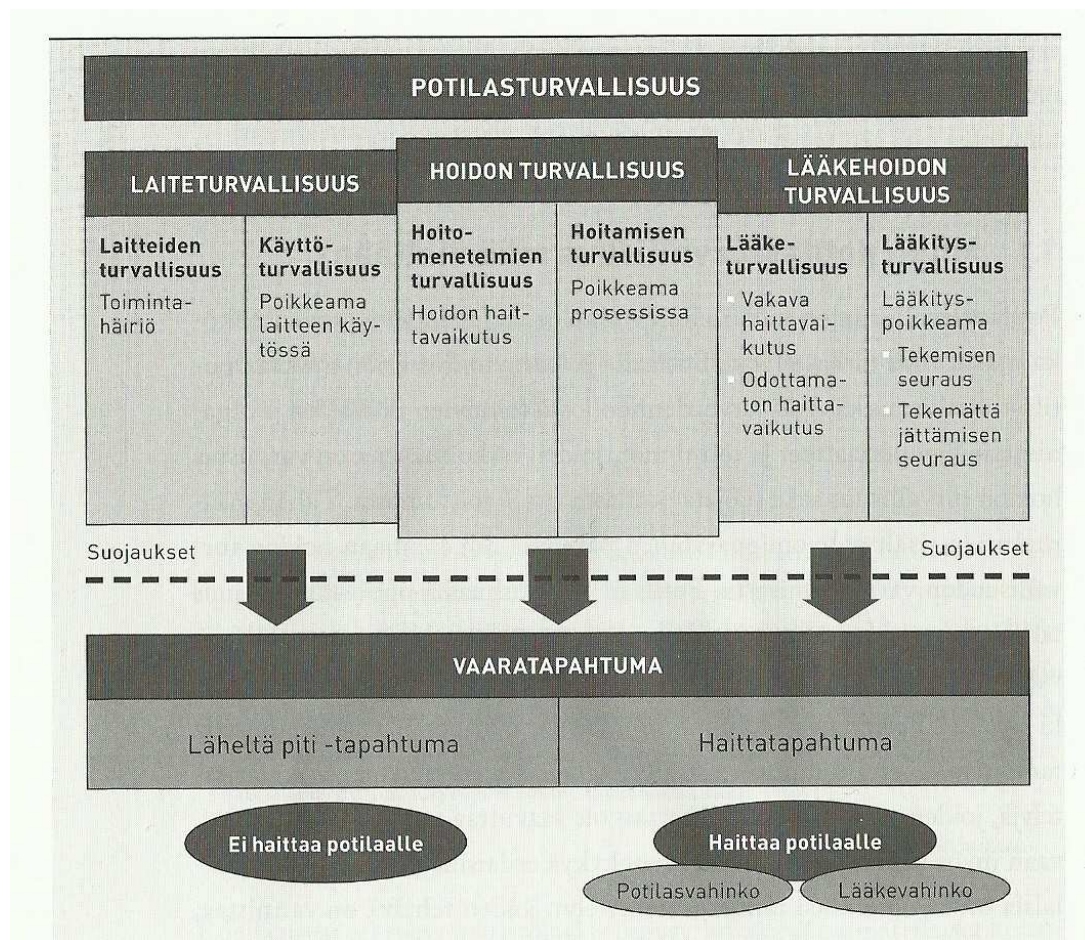
Yhdysvalloissa on testattu myös neljän pilarin menetelmää, jonka on tarkoitus ehkäistä siirtotilanteessa tapahtuvia haittatapahtumia. Jokaiselle siirtyvälle potilaalle annettiin sairaanhoitaja tukihenkilöksi ja hänen kanssaan käytiin neljä pilaria läpi. Ensimmäisessä pilarissa käytiin läpi potilaan lääkehoito. Varmistettiin, että potilas tiesi ja tunsu lääkkeet, mitä hänelle oli määrätty. Toisessa pilarissa potilaalle annettiin mukaan hoitokertomus, joka oli yksinkertaistettu versio potilaan terveystilasta. Potilas voi itse pitää kertomusta ajan tasalla, jolloin potilaan siirtyminen yksiköstä toiseen helpottuu. Kolmannessa pilarissa sovittiin seurannoista sopivin väliajoin. Neljännessä pilarissa potilaalle kerrottiin, missä tilanteissa tulee ehdottomasti ottaa yhteyttä hoitolaitokseen terveydentilan uudelleenarvioimiseksi. Tämä neljän pilarin menetelmä todettiin hyväksi, sillä arvioitaessa kotiutumisen jälkeistä sairaalahoitoon palaamista 30 ja 90 päivän kuluttua kotiutumisesta, koeryhmän potilaat joutuivat palaamaan sairaalahoitoon huomattavasti harvemmin kuin kontrolliryhmässä. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 82-84.)

Saari (2012) on tutkinut opinnäytetyössään tiedonkulkua ja potilasturvallisuutta kirurgisilla vuodeosastoilla, joilla osassa oli käytössä hiljainen, osassa suullinen raportointikäytäntö. Opinnäytetyössä tutkittiin, miten potilasturvallisuus toteutuu hoitotyöntekijöiden välisessä raportoinnissa sekä perustuvatko raportit tutkittuun tietoon, kuten ISBAR-menetelmä. Tutkimuksen mukaan osastojen raportointikäytännöissä oli puutteita kaikilla ISBAR-menetelmän osa-alueilla, eivätkä raportointikäytännöt perustuneet tutkittuun tietoon, vaikkakin raporteilla oli selkeä rakenne.

2.4 Vaaratapahtumat ja niistä oppiminen

Kaikkia tilanteita, joissa potilasturvallisuus vaarantuu, kutsutaan vaaratapahtumiksi. Vaaratapahtumasta ei välttämättä aiheudu potilaalle haittaa. WHO määrittelee potilasturvallisuuden vaaratapahtuman tilanteeksi tai olosuhteeksi, joka johti tai olisi voinut johtaa tarpeettomaan haittaan potilaalle. Vaaratapahtumat jaetaan läheltä piti - tapahtumiin, joista potilaalle ei aiheudu haittaa, sekä haittatapahtumiin, joista potilaalle aiheutuu haittaa. Vaaratapahtuman vaikutukset eivät siis välttämättä ulotu potilaaseen asti. (Helovuori ym. 2011, 16.) Suojaukset ovat toimintaan suunniteltuja menetelytapoja, joiden avulla haitalliset poikkeamat ja vaaratapahtumat voidaan tunnistaa ja

estää. Poikkeama tarkoittaa tapahtumaa, joka poikkeaa suunnitellusta ja voi aiheuttaa vaaratapahtuman. (Snellman 2009, 38.) (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet (Rohto 2006).

Esimerkiksi poikkeaman sattuessa (*väärin jaettu lääke*) suojaukset pettävät (*kaksois-tarkistus unohtuu*), jolloin aiheutuu vaaratapahtuma, josta seuraa joko läheltä piti -tapahtuma (*potilas huomauttaa väärästä lääkkeestä*) tai haittatapahtuma (*potilas ottaa väärän lääkkeen*).

Virheistä oppimista tukee erityisesti avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri. Kun vaaratapahtumista raportoidaan, työntekijän on helpompi ajatella organisaation toimintaa kokonaisuutena. Kun ilmoituksia käsitellään rakentavasti, on mahdollista saada kehitystä aikaiseksi ja näin myös avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri kehittyy. (Helovuom. 2011, 149.)

Potilasturvallisuuden kehittämisessä henkilökunnan aktiivinen tiedonanto vaaratapahtumista on tärkeää. Tietojen avulla tapahtuneista virheistä voidaan oppia ja työtapoja kehittää. Virheitä peittelemällä samat tilanteet toistuvat aina uudelleen. Virheistä pyritään siis saamaan positiivisiakin seurauksia, mutta se edellyttää virheistä raportointia. Maailmalla on käytössä paljon erilaisia raportointijärjestelmiä, ja myös Suomessa paikallisesti erilaisia tapoja vaaratapahtumien kirjaamisessa. Sillä ei ole merkitystä, mikä ja millainen järjestelmä on käytössä, kunhan se toimii luottamuksellisesti, rankaisemattomasti ja vapaaehtoisesti ja kunhan järjestelmään tehdyt ilmoitukset käsitellään. (Kinnunen 2009, 117-121.)

HaiPro on terveydenhuollon potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointiin kehitetty tekninen työkalu. Se on tarkoitettu toiminnan kehittämiseen yksiköiden sisäisessä käytössä. Vaaratapahtumista ilmoittaminen HaiPron avulla on nopeaa ja syyllistämätöntä. Ilmoitus tehdään anonymisti ja tallennuksen jälkeen ilmoitus ohjautuu jatkokäsittelyyn yksikkökohtaiselle käsittelijälle. (THL 2013.)

Kurronen (2011) on tehnyt pro gradu –tutkielman liittyen potilasturvallisuuteen ja tiedonkulkuun, jossa analysoi HaiPro-vaaratapahtumia. Tutkimuksen aineisto koostui vuoden 2012 aikana HaiProon raportoiduista tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvistä vaaratapahtumailmoituksista yhdessä sosiaali- ja terveystieteissä. Tutkimuksesta kävi ilmi, että yleisimpiä tiedonkulun vaaratapahtumiin liittyviä tekijöitä olivat kiire, liian pieni henkilökuntamäärä, levottomuus, hälinä, suuret potilasmäärät osastoilla sekä suuri työmäärä. Vaaratapahtumia tapahtui myös silloin, kun oli paljon aloittelevia työntekijöitä sekä sijaisia.

3 TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää potilasturvallisuusriskejä lääkitysturvallisuuden ja tiedonkulun alueella eräällä vuodeosastolla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa potilasturvallisuuden riskikohdista henkilökunnan käyttöön.

Tutkimusongelmat olivat:

- 1) Millaisia potilasturvallisuusriskejä osastolla on lääkehoidossa?
- 2) Millaisia potilasturvallisuusriskejä osastolla on tiedonkulussa?
- 3) Millaisia keinoja osastolla on potilasturvallisuuden edistämiseen?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä käytettiin sekä määrällistä että laadullista tutkimustapaa. Laadullista tutkimusmenetelmää käytettiin täsmentämään ja laajentamaan strukturoidulla kyselylomakkeella saatuja vastauksia.

Kyselytutkimuksen etuna pidetään sitä, että sen avulla voidaan kerätä laajempi tutkimusaineisto kuin esimerkiksi haastattelulla. Tutkimukseen saadaan enemmän henkilöitä ja voidaan kysyä monia asioita. Aineisto voidaan käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida se tietokoneen avulla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195.) Kyselylomake voi olla joko paperilomakkeen muodossa tai suoraan internetissä. Kyselylomakkeen käyttö nopeuttaa haastattelua sekä saatujen tulosten käsittelyä ja tarkentaa tietojen tallentamista. Kun lomakkeessa on valmiit vastausvaihtoehdot, tulevat vastaukset yhdenmukaisiksi. Kyselylomakkeen avulla saadaan myös minimoitua vastaajan ponnistelut sekä vastausvirheet, joita syntyy haastattelijan yrittäessä tulkita vastaajan epätasällisiä vastauksia. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 39.)

Laadullisessa tutkimuksessa on lähtökohtana todellisen elämän kuvaaminen. Laadullinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedonhankintaa, jossa käytetään induktiivista analyysia. Tällöin tutkija pyrkii paljastamaan odottamattomia seikkoja. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija ei määrää sitä, mikä on tärkeää. (Hirsjärvi ym. 2009, 161-164.)

4.2 Aineiston keruu ja analysointi

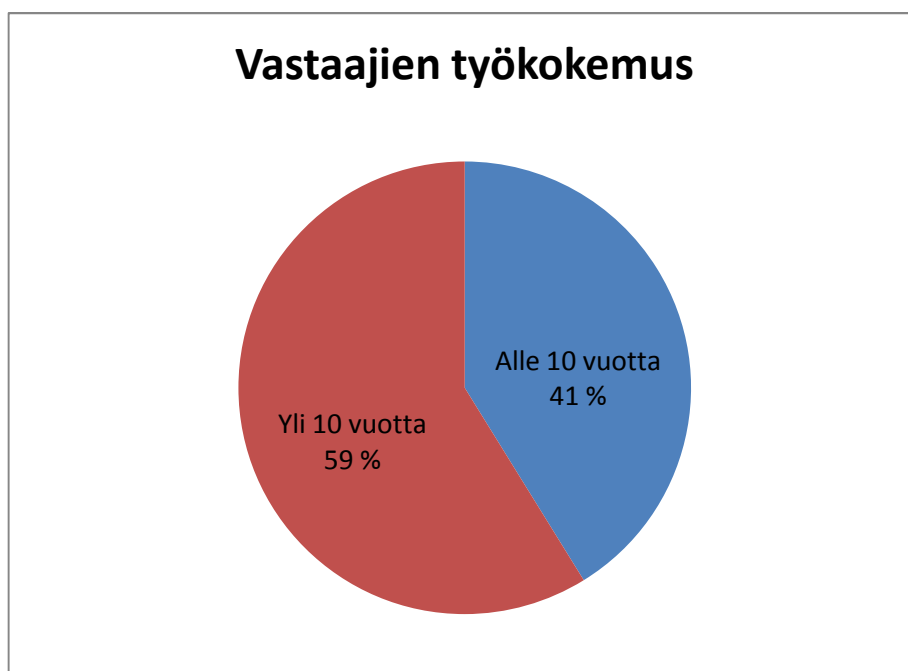
Tiedonkeruun menetelmänä toimi kyselylomake (liite 2), joka on suunniteltu aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden perusteella. Suurin osa kyselylomakkeen kysymyksistä on strukturoituja (yhteensä 26), eli niissä on valmiina vastausvaihtoehdot. Nämä kysymykset käsiteltiin tilastollista menetelmää hyödyntäen. Kyselylomakkeessa on mukana myös avoimia kysymyksiä (yhteensä kuusi), jotka analysoitiin sisällön erittelyllä.

Kyselyn kohdejoukkona oli erään sairaalan yhden osaston sairaanhoitajat (N=22). Sairaanhoitajat vastasivat kyselyyn anonymisti ja vastattuaan palauttivat kyselylomakkeen osastolle toimitettuun palautuslaatikkoon. Kyselylomakkeet olivat osastolla täytettävänä ajalla 1.2.2013 – 15.2.2013. Lopulta kyselyyn vastasi 17 sairaanhoitajaa, joten vastausprosentti oli 77. Kyselylomakkeen määrällisen osion kysymyksissä oli viisi vastausvaihtoehtoa: täysin eri mieltä, lähes eri mieltä, en osaa sanoa, lähes samaa mieltä sekä täysin samaa mieltä. Avoimia kysymyksiä kyselylomakkeessa oli yhteensä kuusi.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeen ensimmäinen kysymys selvitti vastaajien työkokemusvuosia. Työkokemusvuodet jakoutuivat melko tasaisesti, yli 10 vuotta työkokemusta omaavia oli hieman yli puolet vastaajista. Vastaajista 41 %:lla oli (n=7) työkokemusta alle 10 vuotta ja yli 10 vuotta työkokemusta oli 59 %:lla (n=10). (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Vastaajien työkokemus

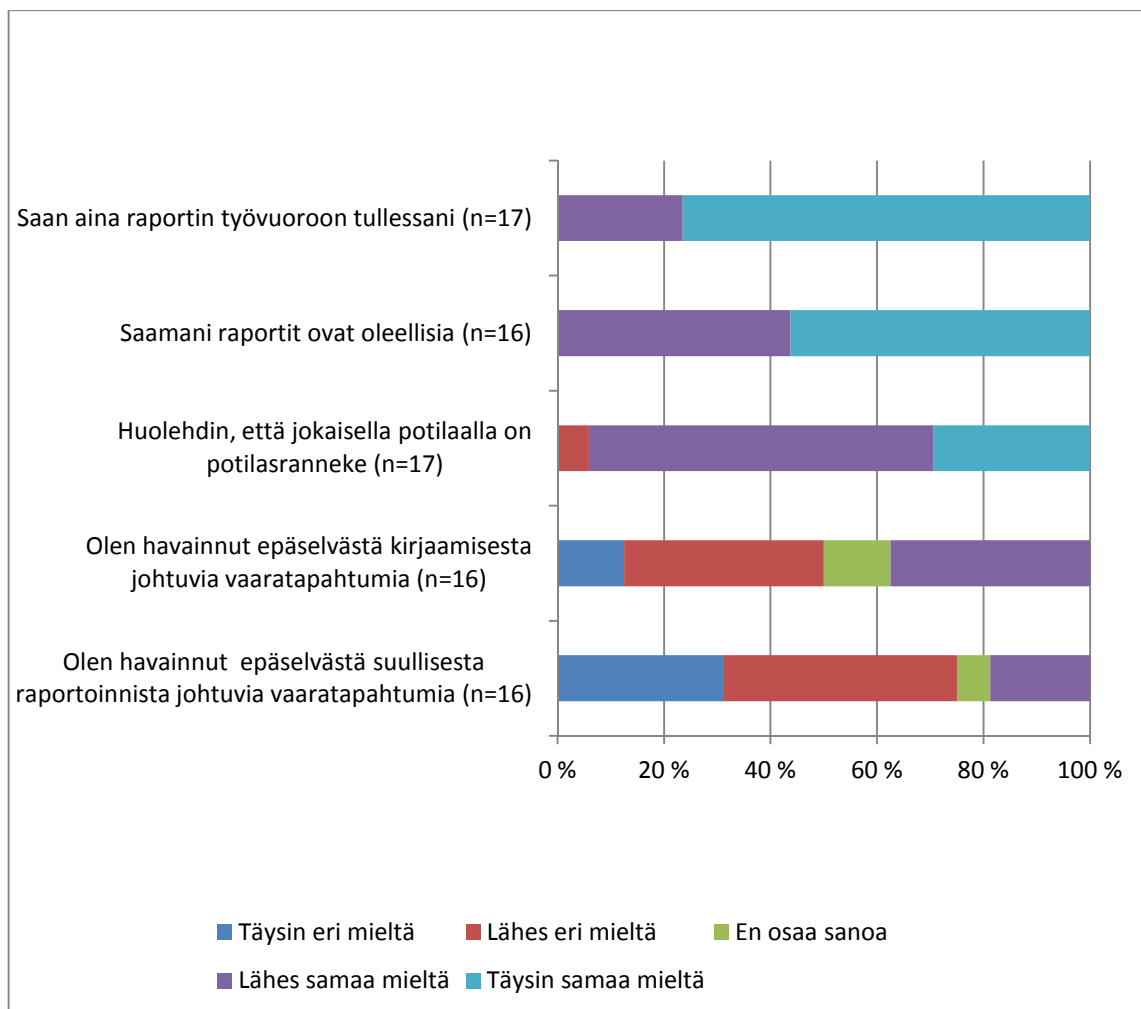
5.2 Potilasturvallisuusriskit tiedonkulussa

Tiedonkulkua koskevat kysymykset aseteltiin väittämämuotoon, jolloin vastausvaihtoehdot olivat täysin eri mieltä, lähes eri mieltä, en osaa sanoa, lähes samaa mieltä sekä täysin samaa mieltä. Tiedonkulkua koskevia potilasturvallisuusriskejä selvitettiin kysymyksissä 2-16.

Kysymyksissä kaksi ja kolme selvitettiin, saavatko sairaanhoitajat aina työvuoroon tullessaan raportin ja ovatko raportit sisällöltään hyviä. Jokainen kyselyyn vastannut kertoi saavansa raportin aina työvuoroon tullessaan. Vastanneista 76 % (n=13) oli täysin samaa mieltä väitteen ”Saan työvuoroon tullessani aina raportin” kanssa ja 24 % (n=4) vastanneista oli väitteen kanssa lähes samaa mieltä. Vastanneiden mielestä raportit ovat myös sisällöltään hyviä ja olennaisia. Vastanneista 44 % (n=7) oli lähes samaa mieltä siitä, että raporttien sisällöt ovat olennaisia, ja 56 % (n=9) täysin samaa mieltä. (Kuvio 4.)

Kysymys kolme selvitti potilasrannekkeen käytöstä huolehtimista. Lähes kaikki vastanneet omasta mielestään huolehtivat, että jokaisella potilaalla on potilasranneke. Vastanneista 65 % (n=11) oli lähes samaa mieltä ja 29 % (n=5) täysin samaa mieltä väitteen ”Huolehdin, että jokaisella potilaalla on potilasranneke” kanssa. (Kuvio 4.)

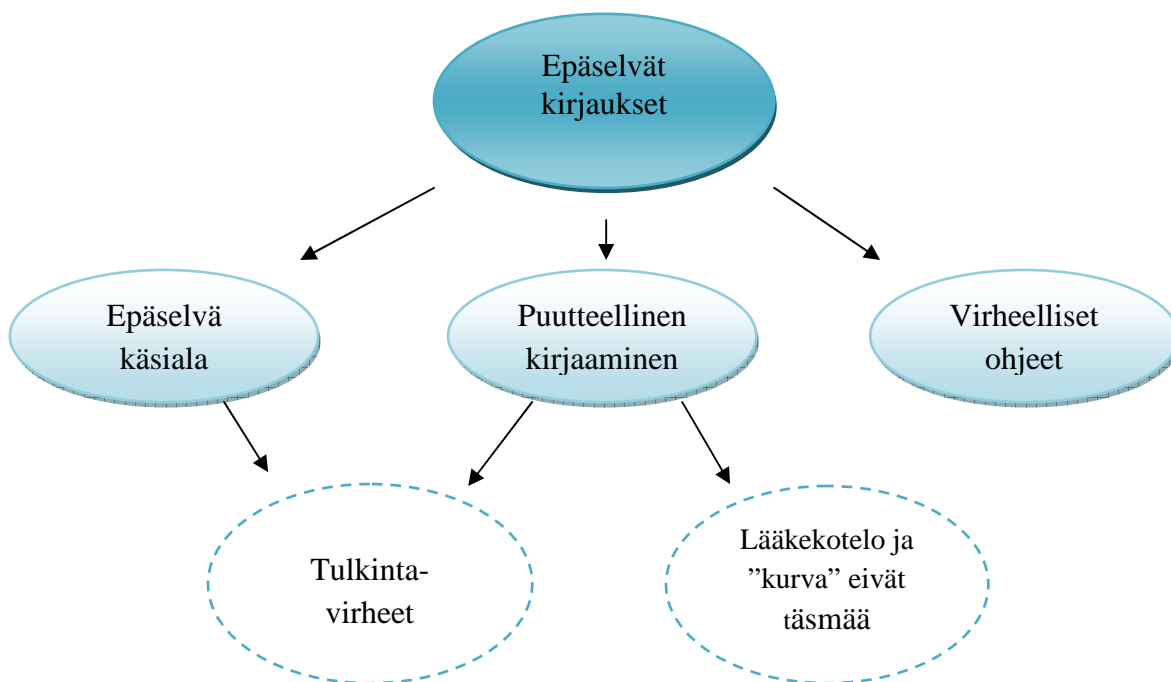
Kysymys viisi selvitti ovatko sairaanhoitajat havainneet osastolla epäselvästä kirjaamisesta johtuvia vaaratapahtumia ja kysymys seitsemän epäselvästä suullisesta raportoinnista johtuvia vaaratapahtumia. Kysymykset kuusi ja kahdeksan olivat avoimia kysymyksiä, joissa vastaajat saivat kertoa, millaisia epäselvät kirjaukset ja raportointitilanteet ovat olleet. Vastanneista 38 % (n=6) oli joskus havainnut osastolla epäselvästä kirjaamisesta johtuvia vaaratapahtumia. Vastanneista 38 % (n=6) ei ollut juuri koskaan nähnyt tällaisia tilanteita ja 13 % (n=2) vastanneista ei koskaan. Vastanneista 19 % (n=3) oli joskus havainnut osastolla epäselvästä suullisesta raportoinnista johtuvia vaaratapahtumia. Alle puolet vastanneista, 44 % (n=7), eivät olleet tavanneet epäselvästä suullisesta raportoinnista johtuvia vaaratapahtumia juuri koskaan ja 31 % (n=5) ei koskaan. Epäselvästä kirjaamisesta johtuvat vaaratapahtumat olivat siis hieman yleisempiä, kuin epäselvästä suullisesta raportoinnista johtuvat vaaratapahtumat. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Tiedonkulku ja raportit

Avoimilla kysymyksillä (kysymykset kuusi ja kahdeksan) haluttiin selvittää tarkemmin, millaisia epäselvät kirjaukset ja raportointitilanteet olivat olleet. Vastausten perusteella eniten kirjaamisesta johtuvia vaaratapahtumia aiheuttaa kirjausten epäselvä käsiala, kahdeksan vastaajaa listasi sen yhdeksi epäselvän kirjauksen syyksi. Monen vastaajan mielestä kirjaaminen saattaa joskus olla myös puutteellista, joka puolestaan aiheuttaa vaaratapahtumia. Joskus kirjauksia on voinut puuttua kokonaan. Lisäksi vastauksista nousivat esiin tulkintavirheet sekä virheelliset ohjeet. (Kuvio 5.)

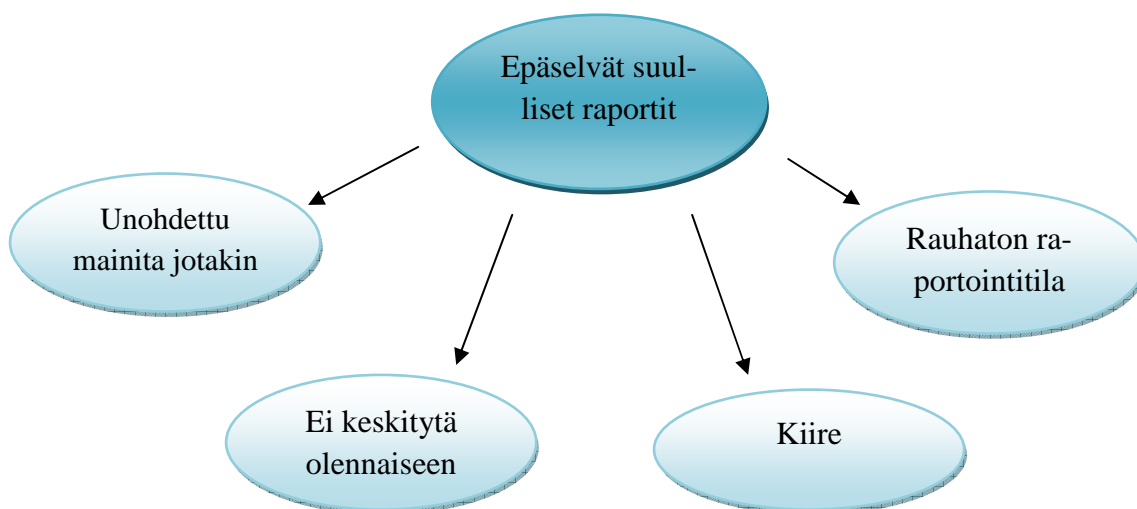
”Lähinnä lääkekirjaus, esim. lääkekotelo ja –kurva eivät täsmää.”



Kuvio 5. Epäselvät kirjaukset (n=11)

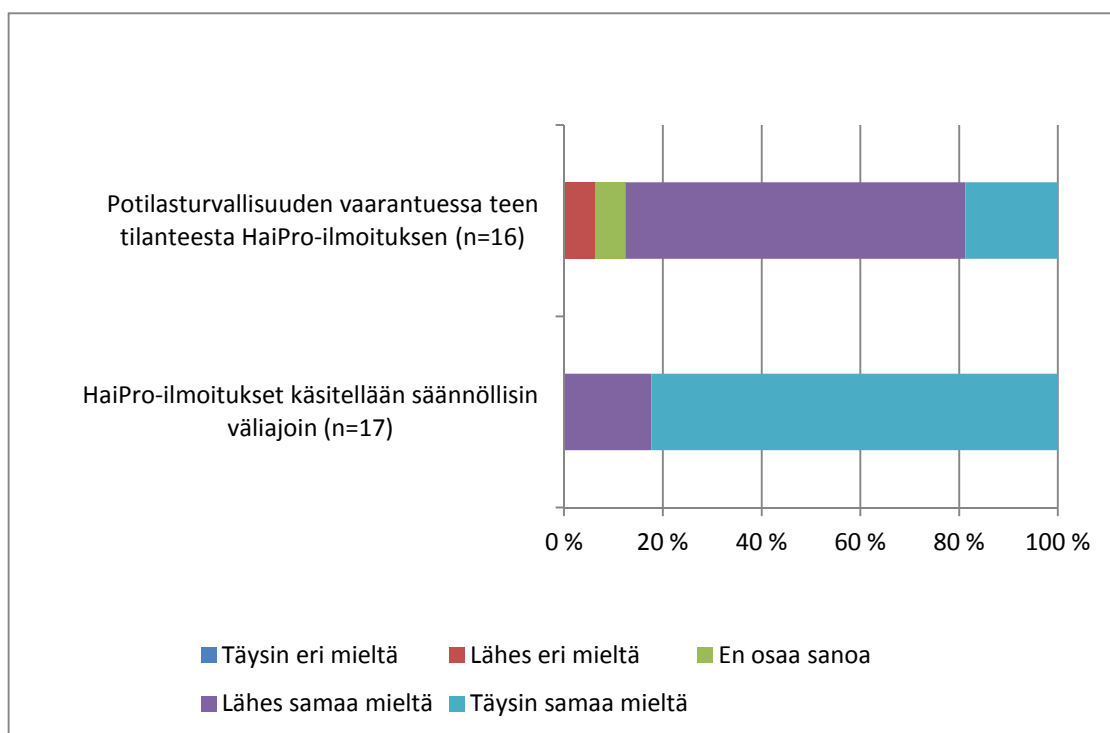
Epäselvät raportointitilanteet puolestaan ovat olleet epäselviä kiireen tai rauhattoman raportointitilan vuoksi. On myös saatettu unohtaa mainita jotakin tai raportointitilanteessa ei ole keskitytty olennaiseen. (Kuvio 6.)

"Jätetty raportoimatta olennaisia hoitoon kuuluvia asioita vahingossa (esim. avun tarve, liikuntakyky)"



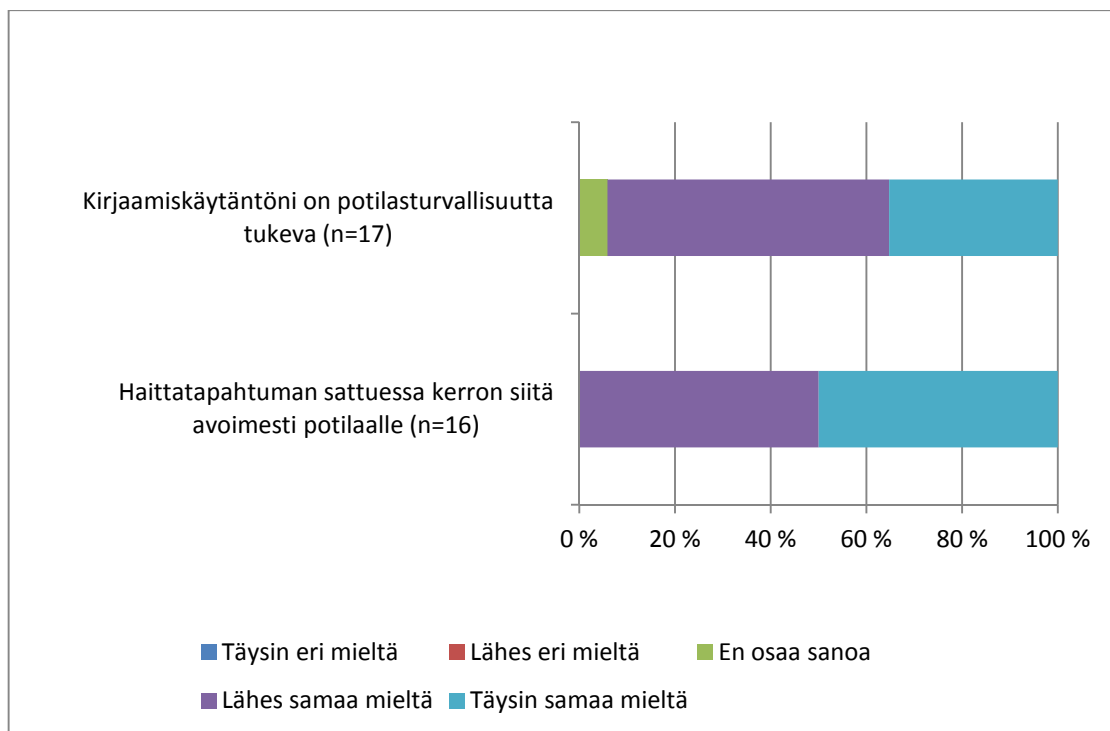
Kuvio 6. Epäselvät suulliset raportit (n=4)

Kysymykset yhdeksän ja kymmenen käsittelivät virheistä raportointia, HaiPro-järjestelmää. Kysymyksessä yhdeksän selvitettiin, tekevätkö vastaajat vaaratapahtumista HaiPro-ilmoituksen. Suurin osa vastanneista kertoi tekevänsä HaiPro-ilmoituksen aina tai lähes aina, kun huomaa potilasturvallisuuden vaarantuneen. Kuusi prosenttia (n=1) vastanneista teki vaaratapahtumista HaiPro-ilmoituksen vain joskus. Kysymys kymmenen puolestaan selvitti, miten HaiPro-ilmoitukset käsitellään osastolla. Vastausten mukaan HaiPro-ilmoitukset käsitellään säännöllisin väliajoin, esimerkiksi osastotunneilla. (Kuvio 7.)



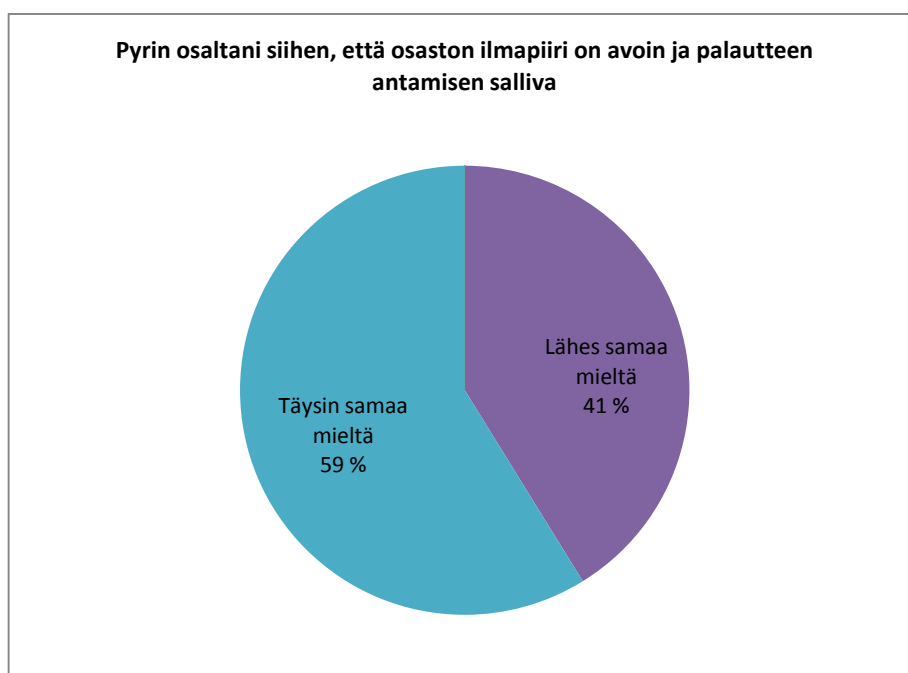
Kuvio 7. HaiPro-ilmoitukset

Kysymyksessä 11 selvitettiin, pitävätkö sairaanhoitajat kirjaamiskäytäntöään potilasturvallisuutta tukevana. Suurin osa vastanneista sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että heidän kirjaamiskäytäntönsä oli potilasturvallisuutta tukeva. Lähes kaikki, 94 % (n=16), pitivät kirjaamiskäytäntöään jokseenkin tai hyvin potilasturvallisuutta tukevana. Kysymys 12 selvitti, kertovatko sairaanhoitajat mahdollisen haittatapahtuman satua siitä avoimesti potilaalle. Kaikki vastanneet ilmoittivat näin tekevänsä. (Kuvio 8.)



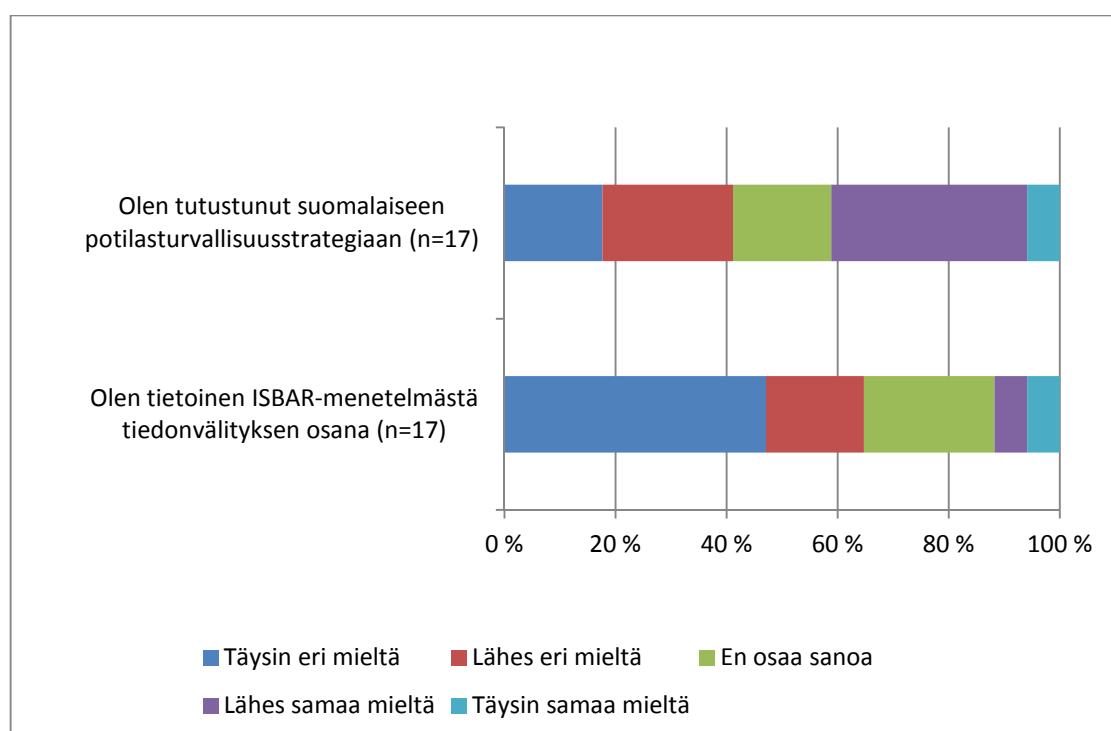
Kuvio 8. Kirjaamiskäytäntö ja haittatapahtumat

Kysymys 13 käsitteli osaston ilmapiiriä. Tässä kysymyksessä selvitettiin onko ilmapiiri avoin ja palautteen antamisen salliva. Kaikki kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat ilmoittivat osaltaan pyrkivänsä siihen, että osaston ilmapiiri olisi avoin. Yksikään vastanneista ei ollut eri mieltä väitteen kanssa. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Osaston ilmapiiri

Kysymyksissä 14 ja 15 selvitettiin sitä, miten tuttuja suomalainen potilasturvallisuusstrategia ja ISBAR ovat osaston sairaanhoitajille. Yksi vastannut (6 %) oli tutustunut suomalaiseen potilasturvallisuusstrategiaan ja kuusi (35 %) hoitajaa oli tutustunut siihen jonkin verran. Vastanneista 18 % (n=3) ei ollut tutustunut siihen lainkaan ja 24 % (n=4) ei juurikaan. ISBAR- menetelmä oli suurimmalle osalle vastanneista outo menetelmä tiedonvälityksessä. Reilusti yli puolet vastanneista ei ollut tietoisia ISBAR- menetelmästä tai eivät osanneet muodostaa mielipidettään asiasta. Yhdelle vastanneelle (6 %) ISBAR oli täysin tuttu menetelmä käytettäväksi tiedonvälityksessä. (Kuvio 10.)



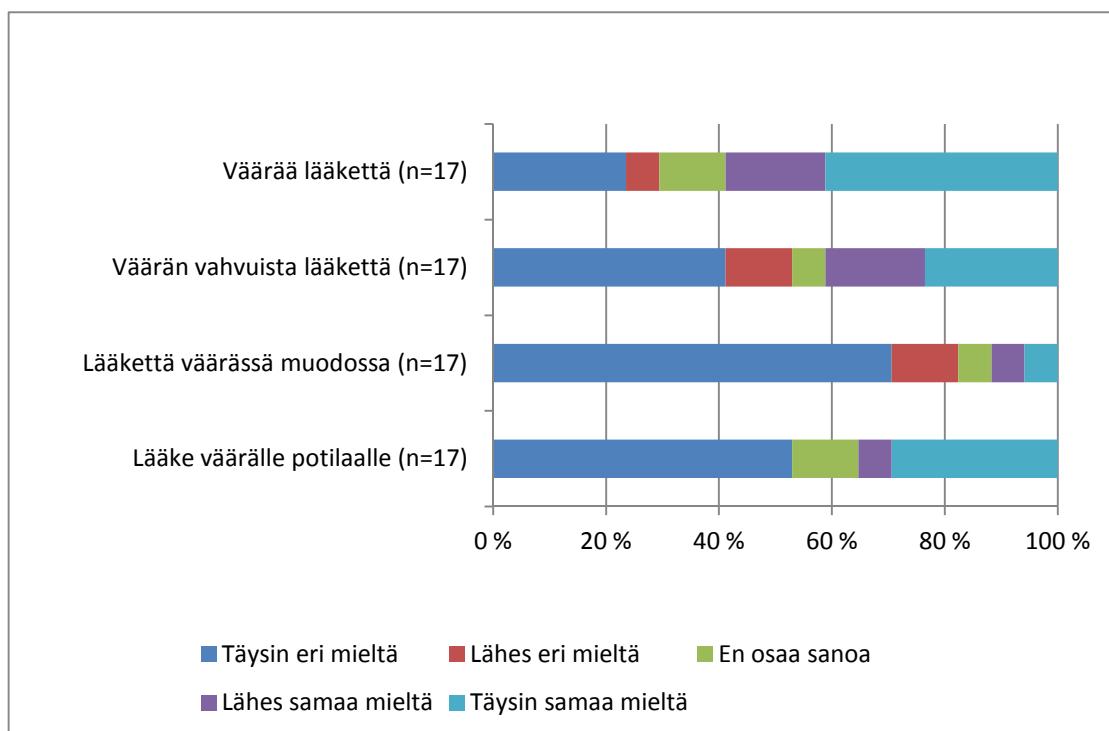
Kuvio 10. Potilasturvallisuusstrategia ja ISBAR

Kysymys 16 oli jälleen avoin kysymys, joka liittyi potilaan identifiointiin. Siinä haluttiin selvittää, miten sairaanhoitaja identifioi uuden potilaan, jonka tapaa ensimmäistä kertaa. Esiin nousi erilaisia tapoja ja tapojen yhdistelmiä identifioida potilas. Jokaisella vastaajalla yksi identifiointimenetelmä oli potilaan nimi. Nimen lisäksi osa kysyy henkilötunnuksen, osa ainoastaan jommankumman. Suurin osa vastaajista identifioi potilaan kysymällä nimen ja tarkistamalla henkilöllisyyden vielä rannekkeesta.

5.3 Potilasturvallisuusriskit lääkehoidossa

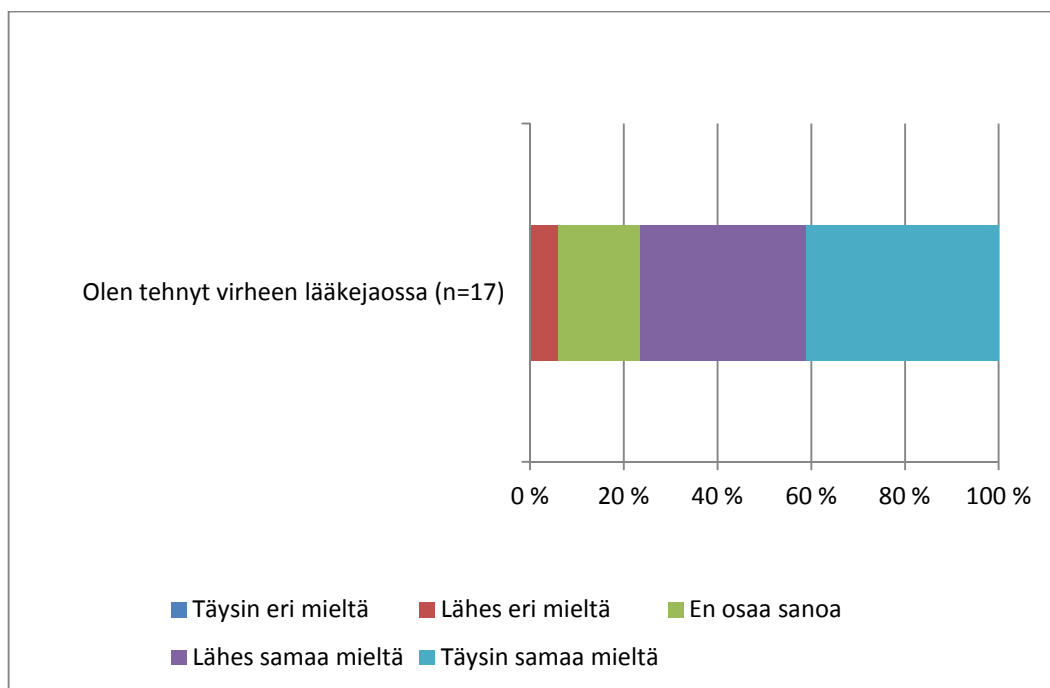
Myös lääkehoitoa koskevat kysymykset aseteltiin väittämämuotoon ja vastausvaihtoehdot olivat täysin eri mieltä, lähes eri mieltä, en osaa sanoa, lähes samaa mieltä sekä täysin samaa mieltä. Kahdessa kysymyksessä pyydettiin tarkennusta vastaukseen strukturoidusti. Näihin kysymyksiin (millaisia virheitä lääkejaossa sekä kuinka usein havaittu virheitä) annettiin vastausvaihtoehdot. Lääkehoitoa koskevia potilasturvallisuusriskejä selvitettiin kysymyksissä 17-29.

Kysymyksissä 17-20 selvitettiin lääkkeen antamisvaiheessa tapahtuvia virheitä. Yleisin antamisvaiheessa tapahtunut virhe oli se, että potilaalle annettiin väärää lääkettä. Yhteensä 10 sairaanhoitajaa (59 %) ilmoitti olevansa täysin tai lähes samaa mieltä siitä, että oli antanut potilaalle joskus vahingossa väärää lääkettä. Seuraavaksi eniten täysin samaa mieltä -vastauksia (29 %, n=5) oli potilaan tunnistamisessa, eli lääke oli annettu väärälle potilaalle. Vastanneista seitsemän (42 %) oli täysin tai lähes samaa mieltä siitä, että oli antanut potilaalle vahingossa väärän vahvuista lääkettä. Vähiten virheitä ilmeni lääkemuodon valinnassa. Vastanneista 71 % (n=12) ilmoitti, ettei ole koskaan antanut potilaalle vahingossa lääkettä väärässä muodossa. (Kuvio 11.)



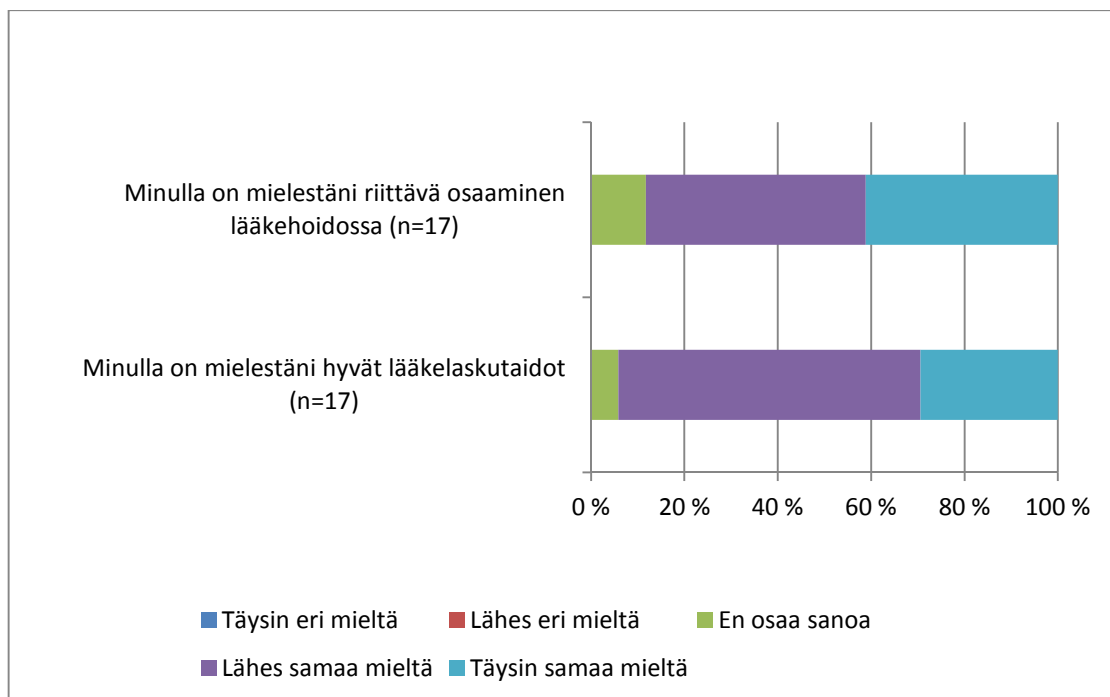
Kuvio 11. Virheet lääkkeen antotilanteessa

Kysymyksissä 21 ja 22 selvitettiin lääkkeenjakaan liittyviä virheitä. Suurin osa vastaajista ilmoitti tehneensä joskus virheen tai virheitä lääkejaossa. Kolme vastaajaa (18 %) ei osannut sanoa, oliko heidän kohdallaan tapahtunut virhettä lääkejaossa. (Kuvio 12.) Suurin osa vastanneista (70 %, n=12) ilmoitti, että on myös joskus unohtanut jakaa jonkin lääkkeen potilaalle.



Kuvio 12. Virheet lääkejaossa

Kysymyksissä 23 ja 24 selvitettiin sairaanhoitajien näkemyksiä omista lääkehoitotaidoistaan. Kyselyyn vastanneilla sairaanhoitajilla oli omasta mielestään melko hyvä osaaminen lääkehoidossa sekä lääkelaskuissa, sillä 88 % (n=15) vastanneista oli lähes tai täysin samaa mieltä siitä, että heillä oli riittävä osaaminen lääkehoidossa. Kaksi vastaajaa (12 %) ei osannut sanoa mielipidettään omista lääkehoitotaidoistaan. Vastanneista sairaanhoitajista 94 % (n=16) piti lääkelaskutaitojaan hyvinä. Yksi vastaaja ei osannut sanoa, minkälaiset lääkelaskutaidot hänellä oli. (Kuvio 13.)



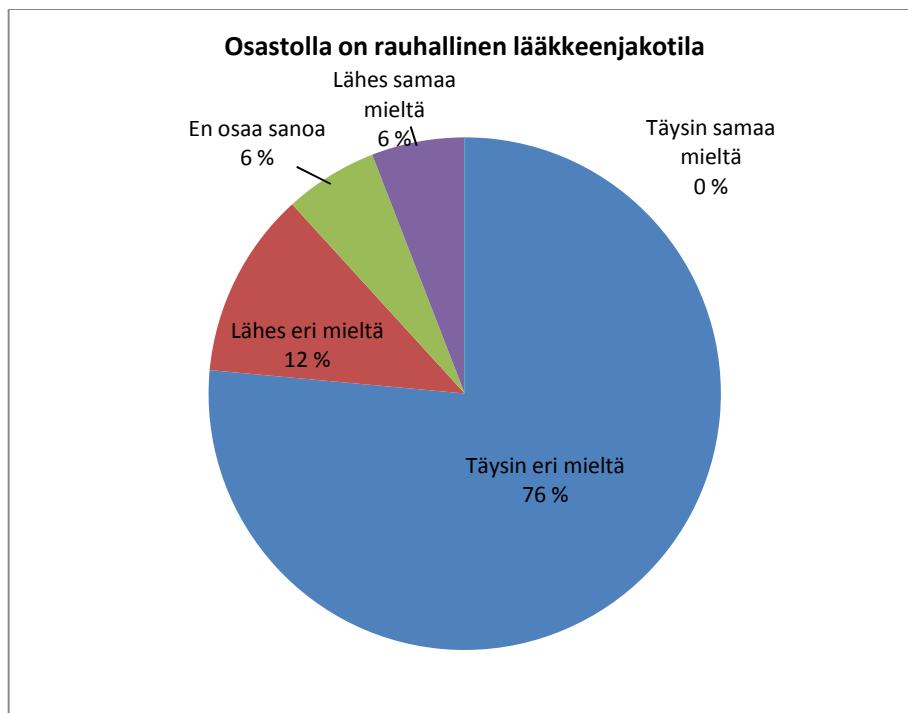
Kuvio13. Lääkehoito-osaaminen

Kysymyksessä 25 haluttiin selvittää, olivatko sairaanhoitajat havainneet lääkkeiden jakovirheitä esimerkiksi potilasdosetissa. Vastanneista 94 % (n=16) oli joskus havainnut jakovirheen. Kuusi prosenttia (n=1) vastanneista ei ollut koskaan havainnut jakovirhettä. Kysymyksessä 26 haluttiin tarkentaa, kuinka usein jakovirheitä oli havaittu. Kysymykseen oli annettu valmiit vastausvaihtoehdot, jotka olivat päivittäin, viikoittain, kuukausittain ja ei koskaan. Vastanneista 88 % (n=15) ilmoitti havainneensa jakovirheitä kuukausittain. (Kuvio 14.)



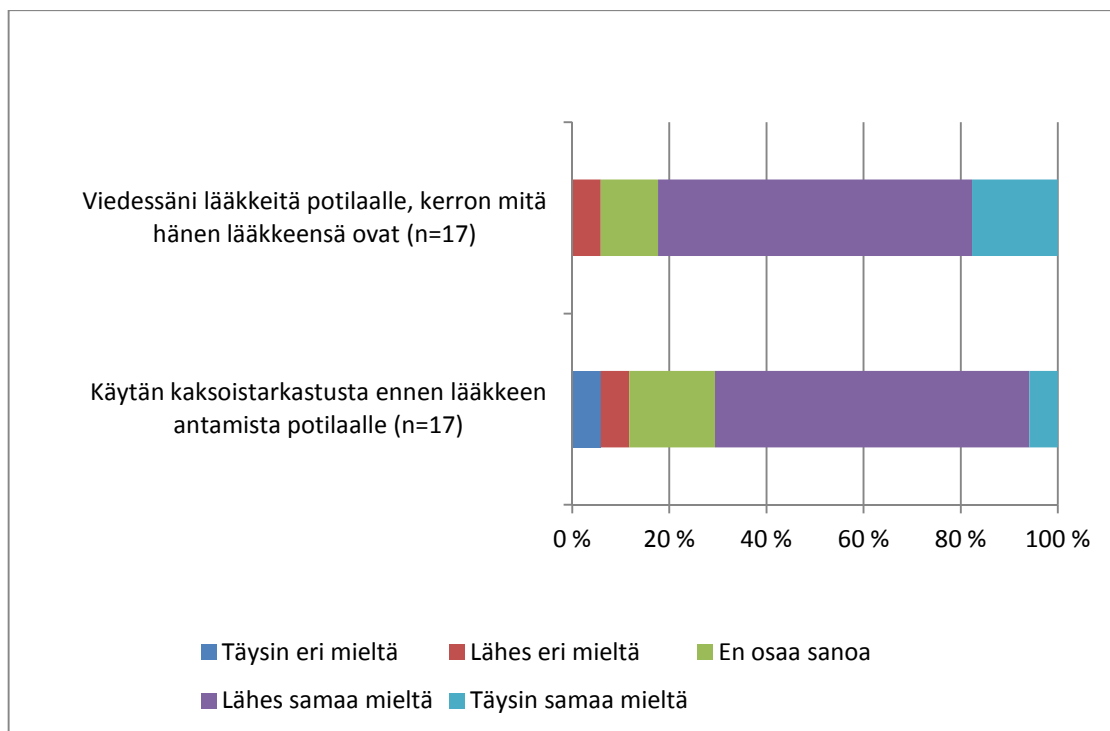
Kuvio 14. Havaittujen jakovirheiden tiheys

Kysymyksellä 27 selvitettiin, oliko osaston lääkkeenjako-tila sairaanhoitajien mielestä rauhallinen. Vastanneista 76 % (n=15) oli sitä mieltä, että osaston lääkkeenjako-tila oli rauhaton tai jokseenkin rauhaton. (Kuvio 15.)



Kuvio 15. Lääkkeenjako-tilan rauhallisuus

Kysymykset 28 ja 29 liittyivät lääkkeen antamiseen potilaalle. Kysymyksellä 28 selvitettiin, kertoivatko sairaanhoitajat viedessään lääkkeitä potilaalle, mitä lääkkeitä ovat. Kysymyksellä 29 haluttiin selvittää, käyttivätkö sairaanhoitajat kaksoistarkastusta ennen lääkkeen antamista potilaalle. Vastanneista 83 % (n=14) kertoi lähes aina tai aina potilaalle, mitä hänen lääkkeensä olivat. Yksi vastanneista kertoi lääkkeitä vain joskus. Kaksoistarkastusta kertoi käyttävänsä lähes aina 65 % (n=11). Yksi sairaanhoitajista kertoi käyttävänsä kaksoistarkastusta aina ja yksi ei käyttänyt kaksoistarkastusta koskaan. (Kuvio 16.)



Kuvio 16. Lääkkeen antotilanteen toimintatavat

5.4 Potilasturvallisuuden edistäminen

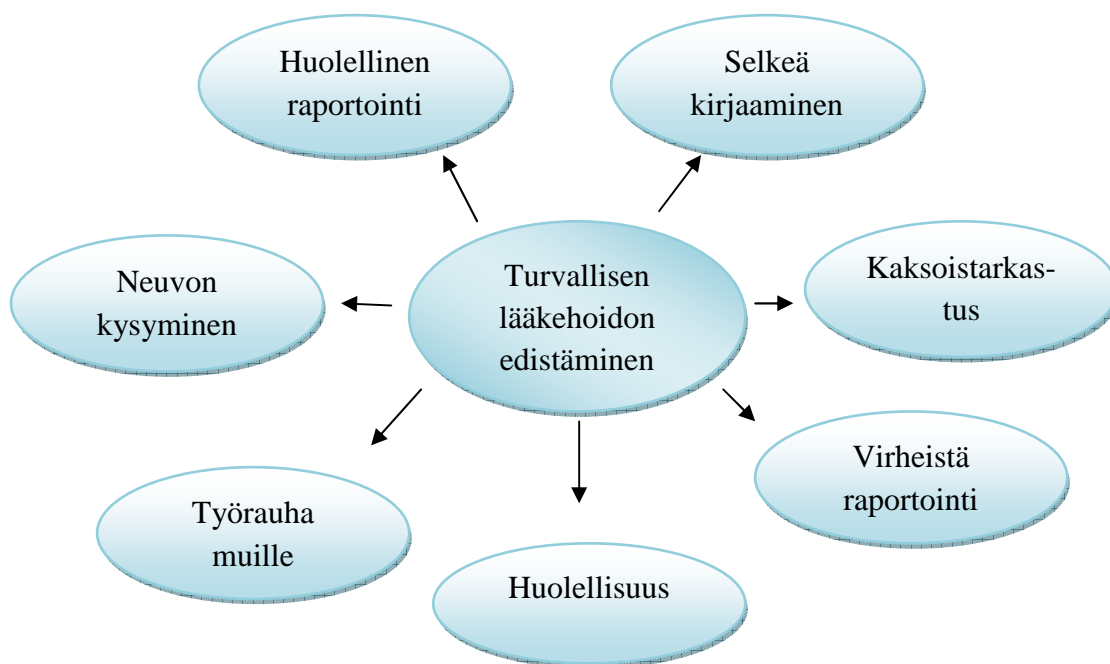
Kyselylomakkeen kolme viimeistä kysymystä, kysymykset 30-31, olivat avoimia kysymyksiä, joilla pyrittiin selvittämään sairaanhoitajien mielipiteitä osaston potilasturvallisuudesta ja sen kehittämisestä.

Kysymyksellä 30 haluttiin selvittää, miten sairaanhoitajat itse olivat edistäneet turvallisen lääkehoidon toteutumista osastolla. Tärkeimmiksi edistämiskeinoiksi nousivat oma huolellisuus ja tarkistamiset erityisesti lääkejaon jälkeen. Muita edistämiskeinoja olivat kaksoistarkastus, selkeä kirjaaminen, huolellinen raportointi, neuvon kysyminen kollegalta, työrauhan takaaminen muille sekä virheistä raportointi. Vastauksista nousi esille myös samankaltaiset lääkepakkaukset sekä niiden aiheuttaman riskin esille tuominen turvallisen lääkehoidon edistämiseksi. Moni koki tärkeäksi myös osastolla käytössä olevan tavan tarkistaa lääkelistat joka yö. (Kuvio 17.)

”Olemalla huolellinen ja tarkka lääkaineissa ja rauhoittamalla lääkkeenjako/anto-tilanteen.”

”Lääkkeitä jakaessani dosettiin lopuksi vielä tarkistan uudelleen jakamani lääkkeet.”

”Olen pyrkinyt tuomaan esille esim. samankaltaisten lääkepakkausten aiheuttamaa riskiä.”



Kuvio 17. Turvallisen lääkehoidon edistäminen (n=10)

Kysymyksellä 31 selvitettiin tekijöitä, joiden sairaanhoitajat arvioivat heikentävän potilasturvallisuutta osastolla lääkehoidon tai tiedonkulun alueilla. Suurin osa sairaanhoitajista nosti esille erityisesti levottoman lääkejakotilan heikentävän vaikutuksen potilasturvallisuuteen.

”Lääkkeenjako huone kanslian yhteydessä, joten kovin hälyinen.”

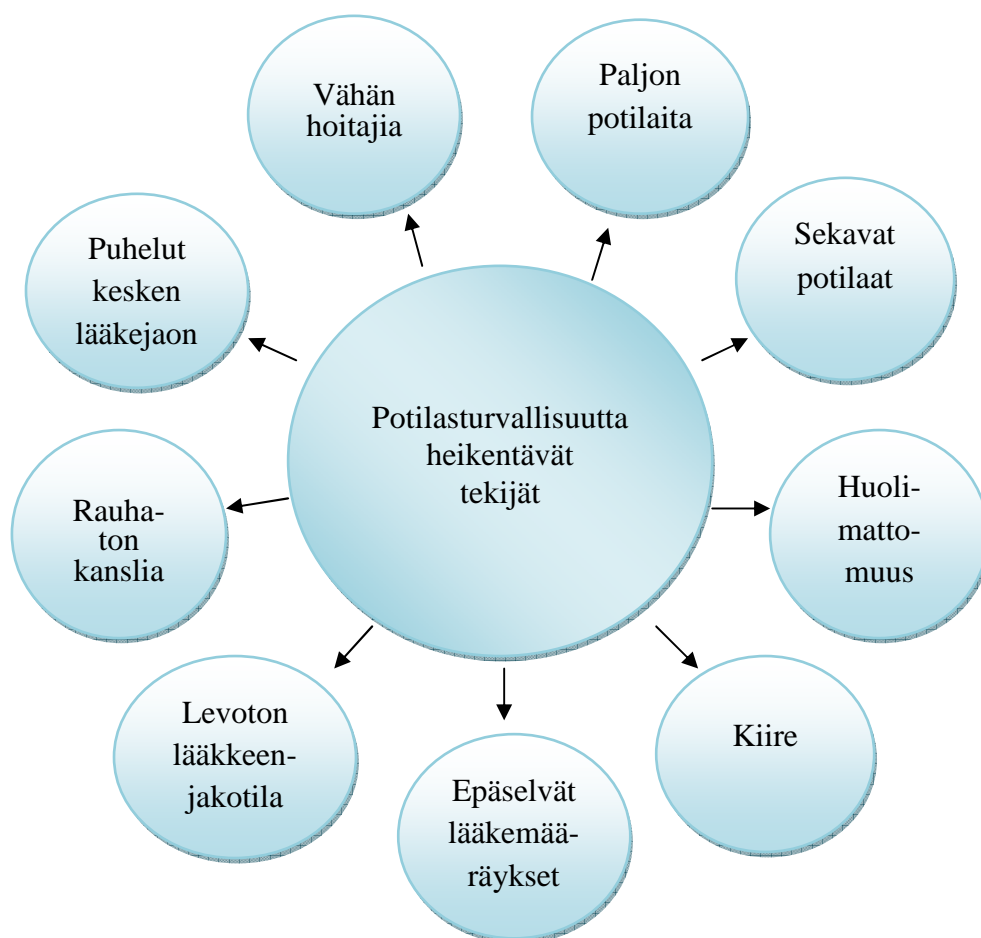
”Lääkkeenjako tila ”läpikulku tila”.”

Myös osaston kanslia on rauhaton.

”Rauhaton työskentelytila hoitajilla on iso miinus ja riski virheiden tapahtumiseen.”

Muiksi potilasturvallisuutta heikentäviksi seikoiksi luettiin puhelut kesken lääkejaon, potilaiden suuri määrä ja hoitajien vähäinen määrä, kiire, epäselvät lääkemääräykset, huolimattomuus ja sekavat potilaat. (Kuvio 18.)

”Sekavat potilaat, huonokuntoiset potilaat, jotka eivät osaa sanoa omaa nimeään tai eivät tiedä omia lääkkeitään.”



Kuvio 18. Potilasturvallisuutta heikentävät tekijät (n=14)

Kyselylomakkeen viimeisessä kysymyksessä (kysymys 32) selvitettiin sairaanhoitajien mielipiteitä siitä, millä keinoilla potilasturvallisuutta voisi osastolla edistää. Vastaukset voitiin jakaa neljään eri yläluokkaan: oma toiminta, ympäristö, tiedonkulku sekä työyhteisö. Omaan toimintaan liittyen nousi esiin huolellisuus, omatunto sekä työrauhan antaminen muille.

”Tarkkuutta/huolellisuutta kiireestä huolimatta. Omatunto.”

”Olemalla huolellinen ja tarkka ja rauhallinen potilasturvallisuutta koskevilla asioilla (...).”

Ympäristöön liittyvissä asioissa esiin nousi jälleen vahvasti lääkkeenjako-tila. 11 vastanneista sairaanhoitajista uskoo erillisen, rauhallisen lääkkeenjako-tilan parantavan potilasturvallisuutta. Myös rauhallista työskentelytilaa pidettiin tärkeänä.

”Rauhallinen työskentelytila hoitajille ja erillinen, (ei läpikuljettava), lukittava lääkehuone.”

”Rauhallisempi tila työskentelyyn/raportointiin.”

Tiedonkulkuun liittyen potilasturvallisuutta voisi vastanneiden sairaanhoitajien mukaan parantaa kiinnittämällä huomiota selkeämpään kirjaamiseen sekä virheistä raportointiin. Esiin nousi myös hyvä vuorovaikutus lääkärin ja kiertävän hoitajan välillä.

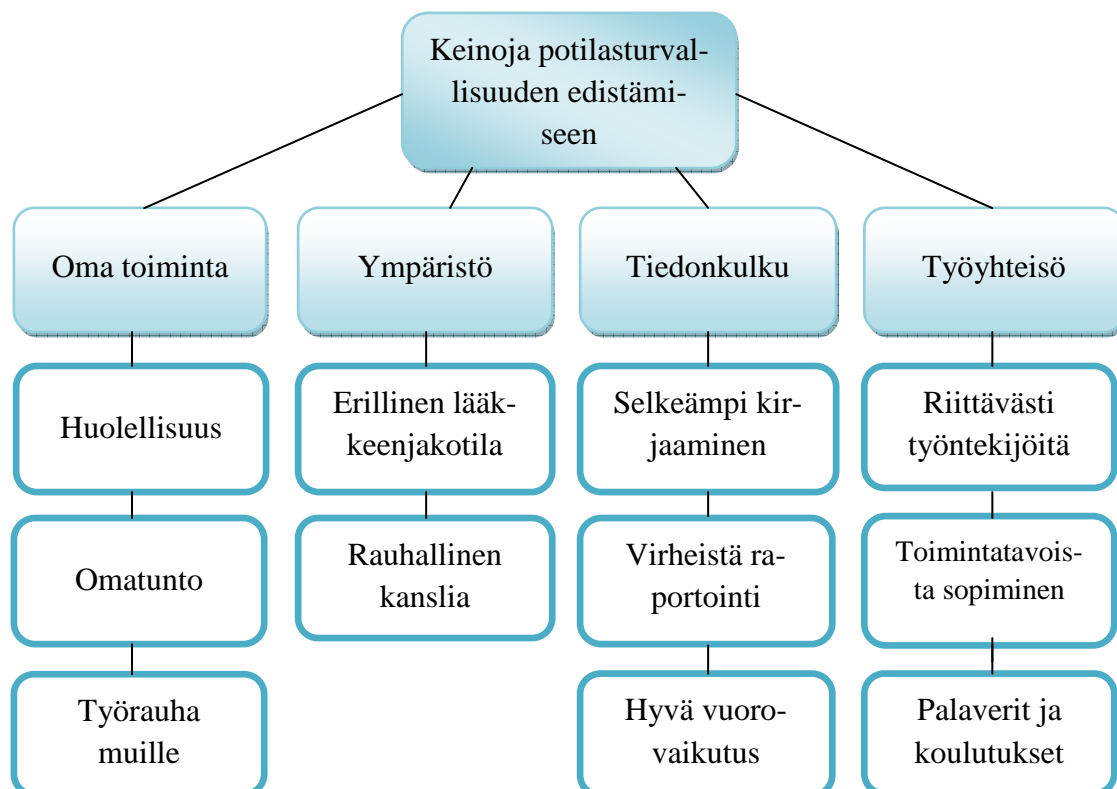
”Raportointi havaituista virheistä (avoin sellainen; yhteistä hyvää ajatellen, ei niinkään yksilöiden, tyyliin ”kuka teki mitä..”).”

”Lääkärin ja kiertävän hoitajan hyvä yhteistyö.”

Työyhteisön näkökulmasta potilasturvallisuutta voisi sairaanhoitajien mielestä parantaa sillä, että työntekijöitä olisi riittävästi, sovittaisiin yhtenäisistä toimintatavoista sekä pidettäisiin asioista yhteisiä palavereja ja koulutuksia. (Kuvio 19.)

”Riittävästi työntekijöitä jokaiseen työvuoroon (iltavuoroihin 5 nykyisen 4 sijaan).”

”Pitämällä aiheesta yhteisiä palavereja/koulutuksia, sopimalla yhteisiä toimintatapoja/käytäntöjä.”



Kuvio 19. Keinoja potilasturvallisuuden edistämiseen (n=14)

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilasturvallisuusriskejä lääkitysturvallisuuden ja tiedonkulun alueella eräällä vuodeosastolla. Tavoitteena oli tuottaa tietoa potilasturvallisuuden riskikohdista henkilökunnan käyttöön. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, jonka täytti 17 osaston sairaanhoitajaa. Vastausprosentti oli 77. Vastanneista 59 %:lla oli yli kymmenen vuoden työkokemus, 41 %:lla alle kymmenen vuoden työkokemus.

Ensimmäisenä tutkimusongelmana oli selvittää millaisia potilasturvallisuusriskejä osastolla on lääkehoidossa. Poikkeama lääkkeen antovaiheessa on osastolla mahdollinen. Suurin osa kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista (59 %, n=10) on joskus vahingossa antanut potilaalle väärää lääkettä. Vähiten antotilanteeseen liittyviä virheitä tapahtuu lääkemudon valinnassa. Myös lääkkeen vahvuuden valinnassa sekä potilaan tunnistamisessa voi tapahtua virheitä, sillä 35 % (n=6) vastanneista ilmoitti joskus vahingossa antaneensa lääkkeen väärälle potilaalle. Vahingossa väärän vahvuista lääkettä potilaalle ilmoitti antaneensa 42 % (n=7) vastanneista. Samankaltaisia tuloksia ilmeni Suikkasen (2008) tutkimuksessa, jonka mukaan lääkehoidon toteutuksessa tyyppisimpiä olivat tilanteet, joissa potilaalle annettiin vahingossa väärää lääkettä.

Lähes jokainen vastannut (95 %, n=16) oli joskus havainnut jakovirheitä potilasdoseissa, 88 % (n=15) ilmoitti havaitsevansa niitä kuukausittain. Jakovirheet ovat siis todennäköisiä, siksi olisikin tärkeää käyttää kaksoistarkastusta aina viedessä lääkkeitä potilaalle ja kertoa hänelle, mitä hänen lääkkeensä ovat. Vastanneista 71 % (n=12) kertoi käyttävänsä kaksoistarkastusta aina tai lähes aina lääkkeitä jakaessaan potilaalle, ja yhtä moni sairaanhoitaja ilmoitti myös kertovansa potilaalle hänen lääkkeistään aina tai lähes aina lääkkeitä jakaessa. Vastanneista 88 % (n=15) sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että osaston lääkkeenjako on rauhaton, ja sen ilmoitettiin heikentävän potilasturvallisuutta lääkehoidon osalta. Koska lääkejaon sekä lääkkeenantohetken virheet ovat mahdollisia, olisi osastolla hyvä sopia yhteinen vakioitu menettelytapa lääkkeen antamiseen. Vakiomenetelmään kuuluu potilaan tunnistaminen, lääkevalmisteen varmistaminen lääkelistaan vertaamalla, oikean antotavan ja -ajan varmistaminen

sekä kerrotaan potilaalle mitä lääkkeitä hänelle annetaan. Näin lääkkeen antovaiheen turvallisuutta voidaan parantaa. (Suomen Sairaanhoidajaliitto 2009.) Myös lääkkeenjako-tilan rauhoittaminen voisi vähentää jakovirheitä. Lähes kaikki vastanneet ilmoittivat, että heidän lääkelaskutaitonsa ovat hyvät, ja lääkehoito-osaaminen riittävä.

Avoimien kysymysten perusteella myös kiire, suuret potilasmäärät, liian pieni henkilökuntamäärä sekä epäselvät lääkemääräykset heikentävät potilasturvallisuutta niin lääkehoidon kuin tiedonkulunkin osalta. Helovuon ym. (2011) mukaan lääkäriltä saatavat määräykset ja hoito-ohjeet tulisikin varmistaa aina toistamalla sekä kirjaamalla ne selkeästi ja välittömästi. Määräykset olisi myös hyvä varmistaa allekirjoituksin. Näin menettelemällä voidaan epäselviä lääkemääräyksiä vähentää. Kiire, suuri potilasmäärä ja pieni henkilökuntamäärä sekä levottomuus nousivat esiin myös Kurrosen tutkimuksessa (2011), jossa selvitettiin tiedonkulun vaaratapahtumiin liittyviä tekijöitä.

Toinen tutkimusongelma oli, millaisia potilasturvallisuusriskejä osastolla on tiedonkuluksa. Vastausten perusteella raportointikäytäntö toimii osastolla melko hyvin. Kaikki kyselyyn vastanneet ilmoittivat, että saavat raportin aina tai lähes aina vuoroon tullessaan ja raportit ovat oleellisia. Kuitenkin osa oli havainnut epäselvästä raportoinnista johtuvia vaaratapahtumia. Vastaajien kuvaillessa epäselviä raportointitilanteita, esiin nousi kiire ja se, että raportoiija oli unohtanut mainita jotakin. Epäselvästä kirjaamisesta johtuvia vaaratapahtumia oli havaittu hieman enemmän ja syyksi mainittiin muun muassa kirjauksen epäselvä käsiala sekä puutteet kirjaamisessa.

Suuri osa vastanneista ilmoitti tekevänsä HaiPro-ilmoituksen aina tai lähes aina, kun huomaa potilasturvallisuuden vaarantuneen. Ilmoitukset myös käsitellään osastotunneilla säännöllisin väliajoin. Jos haittatapahtuma pääsee sattumaan, kaikki kertoisivat siitä avoimesti potilaalle. Lähes kaikki vastanneet muistavat huolehtia, että jokaiselta potilaalta löytyy ranteesta potilasranneke.

Suomalainen potilasturvallisuusstrategia sekä ISBAR-raportointimenetelmä olivat osaston sairaanhoitajille melko outoja asioita. ISBAR-raportointimenetelmä voisi olla hyvä ottaa osastolla käyttöön, sillä kyselylomakkeista nousi esiin se, että aina raportointitilanteissa ei välttämättä muisteta mainita kaikkea oleellista.

Potilaan identifioinnissa oli vastausten perusteella jonkin verran puutteita. THL:n (2013) mukaan potilaan identifiointi tulee tapahtua kahdesta lähteestä: potilasta pyydetään kertomaan nimensä ja henkilötunnuksensa, jonka jälkeen tarkistetaan vielä potilasranneke. Jos potilas ei pysty kommunikoimaan, toisena lähteenä voi käyttää potilaan saattajaa, omaista tai toista työntekijää. Suuri osa vastanneista (n=6) kertoi identifioivansa potilaan kysymällä tämän nimen ja tarkistamalla potilasrannekkeesta. Seuraavaksi yleisin identifiointitapa oli joko kysyä potilaan nimi tai tarkistaa rannekkeesta (n=4). Vastanneista sairaanhoitajista yksi identifioi potilaan kysymällä tämän nimen sekä henkilötunnuksen ja tarkistamalla rannekkeesta.

Avoimien kysymysten perusteella potilasturvallisuus saattaa vaarantua tiedonkulun osalta myös sellaisissa tilanteissa, kun osastolla on potilaita, jotka eivät tiedä tai pysty kertomaan nimeään tai lääkitystään.

Kolmas tutkimuskysymys oli, millaisia keinoja osastolla on potilasturvallisuuden edistämiseen. Vastaajat saivat avoimiin kysymyksiin kertoa, miten ovat itse edistäneet lääkehoidon turvallisuutta ja millä keinoilla potilasturvallisuutta voisi osastolla edistää. Esiin nousi paljon hyviä kehittämisideoita. Vastanneet luettelivat itse edistäneensä turvallisen lääkehoidon toteutumista esimerkiksi olemalla huolellinen erityisesti lääkkeiden kanssa, kirjaamalla selkeästi, käyttämällä kaksoistarkastusta sekä antamalla työrauhan muille. Tarvittaessa voi myös kollegalta pyytää apua.

Osastolla on potilasturvallisuutta jo edistetty ottamalla käyttöön toimintatapa, jossa joka yö tarkistetaan potilaiden lääkelistat, lääkekotelot sekä ”kurvat”. Tämän toimintatavan vastaajat kokivat hyväksi. Vastanneilla oli paljon ideoita osaston potilasturvallisuuden kehittämiseen. Yhteensä 11 sairaanhoitajaa nosti esille, että osastolla tarvittaisiin rauhallinen, erillinen lääkkeenjako-tila. Vastausten mukaan osaston potilasturvallisuutta parantaisi, jos hoitajille olisi rauhalliset työskentelytilat, sovittaisiin yhteisiä toimintatapoja ja käytäntöjä, olisi riittävästi hoitajia jokaisessa vuorossa sekä panostettaisiin kiertävän hoitajan ja lääkärin väliseen vuorovaikutukseen. Myös soittoaika omaisille vähentäisi keskeytyksiä esimerkiksi lääkejaossa ja näin potilasturvallisuus parantuisi.

6.2 Luotettavuus

Mittauksen luotettavuutta kuvataan validiteetilla (pätevyys) ja reliabiliteetilla (luotettavuus). Nämä käsitteet muodostavat yhdessä mittarin kokonaisluotettavuuden. Validiteetti kertoo, onko onnistuttu mittaamaan juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Reliabiliteetti puolestaan tarkoittaa tulosten tarkkuutta, tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia. Tuloksia ei myöskään saa yleistää niiden pätevyysalueen ulkopuolelle. Jos otoskoko on kovin pieni, tulokset ovat sattumanvaraisia. (Heikkilä 2010, 30, 185-186.)

Ennen opinnäytetyön tekemisen aloittamista, aiheeseen sekä siitä tehtyihin tutkimuksiin perehdyttiin huolella. Aiheeseen liittyvän kirjallisuuden sekä aikaisempien tutkimusten pohjalta laadittiin strukturoitu kyselylomake, josta pyrittiin tekemään mahdollisimman selkeä, jotta siihen olisi helppo vastata. Kyselylomakkeen kysymykset aseteltiin väittämämuotoon ja väittämät muotoiltiin tarkasti. Kyselylomake viimeisteltiin yhdessä ohjaavan opettajan sekä opponentin kanssa. Toisaalta tutkimuksen luotettavuutta heikentää kyselylomakkeen laatijan kokemattomuus mittareiden laatimisessa. Kyselylomakkeen kysymykset olisivat voineet olla vielä sisällöltään hieman tarkemmin aseteltuja. Kyselylomaketta ei myöskään varsinaisesti esitettävä, mikä myös puolestaan heikentää tutkimuksen luotettavuutta.

Luotettavuuden lisäämiseksi kyselylomakkeeseen haluttiin lisätä avoimia kysymyksiä, jotta vastaajat voisivat tarkentaa antamiaan tietoja. Avoimiin kysymyksiin oli monessa kyselylomakkeessa jätetty kokonaan vastaamatta. Kuitenkin avoimistakin kysymyksistä saatiin hyvin vastauksia, mikä puolestaan lisää luotettavuutta.

Kyselylomakkeet toimitettiin osaston 22 sairaanhoitajalle, joista 17 vastasi kyselyyn. Vastausprosentti oli siis hyvä, 77 %. Opinnäytetyön tekijän mielestä tulokset kertovat luotettavasti juuri tämän kyseisen osaston tilanteen, eivätkä ne ole yleistettävissä osaston ulkopuolelle. Opinnäytetyön tekijän mielestä kaikkiin tutkimusongelmiin saatiin vastaukset.

6.3 Eettisyys

Tutkijan on otettava tutkimuksenteossa huomioon monia eettisiä kysymyksiä. Jotta tutkimus olisi eettisesti hyvä, on tutkimuksenteossa noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. On kunnioitettava ihmisten itsemääräämisoikeutta ja annettava heille mahdollisuus päättää, haluavatko osallistua tutkimukseen. Epärehellisyyttä on vältettävä tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 23-25.)

Tätä opinnäytetyötä tehdessä on noudatettu säädöksiä sekä hankittu asiaan kuuluvat tutkimusluvut. Kun kyselylomakkeita toimitettiin osastolle, vietiin mukana saatekirje, jossa vastaajia informoitiin kyselyn tarkoituksesta, vastaamisen vapaaehtoisuudesta ja siitä, että vastaajien anonymiteetti tulee säilymään. Myöskään sairaala ja osasto, jolle opinnäytetyö tehtiin, ei selviä opinnäytetyöstä eikä sen tuloksista. Opinnäytetyön tulokset raportoitiin totuudenmukaisesti.

Kyselylomakkeet toimitettiin osaston jokaiselle sairaanhoitajalle kirjekuoressa. Osaston kansliaan vietiin suljettu palautuslaatikko, johon sairaanhoitajat saivat vastattuaan palauttaa kyselylomakkeen. Vastausaikaa kyselyyn oli kaksi viikkoa.

Kyselylomakkeen ensimmäisessä kysymyksessä kartoitettiin vastaajien työkokemusta, vastausvaihtoehdot olivat alle 5 vuotta, 5-10 vuotta, 11-15 vuotta, 16-20 vuotta sekä yli 20 vuotta. Eettisistä syistä sekä anonymiteetin säilymistä varmistamiseksi vastaajien työkokemusvuodet raportoitiin joko alle 10 vuotta tai yli 10 vuotta. Samoista syistä myöskään ristiintaulukointia ei käytetty, esimerkiksi tapahtuuko virheitä enemmän alle 10 vuotta työssä olleille vai yli 10 vuotta työssä olleille.

6.4 Johtopäätökset

Tulosten perusteella esitetään seuraavat johtopäätökset:

1. Osaston suullisessa raportointikäytännössä ei tullut esille selvää potilasturvallisuusriskiä, sillä raportointikäytäntö toteutuu osastolla pääasiassa hyvin. Tulosten mukaan osastolla oli kuitenkin havaittavissa jonkin verran epäselvää suullista raportointia, johon ISBAR-menetelmän käyttöönotto voisi auttaa. Kaikki kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat kertoivat saavansa raportin aina tai lähes aina vuoroon tullessaan. Myös virheistä raportoidaan melko aktiivisesti.
2. Osaston epäselvä kirjaaminen tuo esille jonkinlaisen potilasturvallisuusriskin, sillä hoitajat kuvasivat vaaratapahtumia kirjaamisen alueella. Näiden vaaratapahtumien ehkäisemiseksi ehdotettiin työskentelytilojen rauhoittamista sekä huomion kiinnittämistä selkeämpään kirjaamiseen.
3. Potilaan tunnistamisessa oli osastolla jonkin verran puutteita, mikä aiheuttaa potilasturvallisuusriskin. Potilaan tunnistaminen tulisi suorittaa WHO:n (2007) ohjeen mukaisesti.
4. Lääkehoidon alueelta löytyi joitakin potilasturvallisuusriskejä, sillä vaaratapahtumat lääkehoidossa ovat osastolla mahdollisia. Virheitä sattuu erityisesti lääkkeen jakovaiheessa, mutta myös antovaiheessa, jolloin haittatapahtuma pääsee syntymään. Vakioitu menettelytapa lääkkeen antovaiheessa (Sairaanhoitajaliitto 2009) olisi hyvä keino vähentää haittatapahtumia.
5. Osaston lääkkeenjako-tila on rauhaton, mikä osaltaan heikentää lääkehoidon turvallisuutta ja selittää ainakin osan tapahtuvista lääkkeenjakovirheistä ja näin ollen on myös potilasturvallisuusriski. Sairaanhoitajat kokivat, että lääkkeenjako-tilan rauhoittaminen parantaisi potilasturvallisuutta lääkehoidon osalta.
6. Kiire, suuret potilasmäärät ja liian pieni henkilökuntamitoitus koettiin potilasturvallisuutta heikentävinä asioina niin lääkehoidon kuin tiedonkulunkin osalta. Sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että riittävä henkilökuntamäärä voisi auttaa näihin ongelmiin.

6.5 Jatkotutkimushaasteet

Potilasturvallisuus on erittäin tärkeä aihe ja sitä olisi hyvä tutkia enemmän. Tässä opinnäytetyössä selvitettiin lääkehoitoon ja tiedonkulkuun liittyviä potilasturvallisuusriskejä kyselylomakkeella. Hyvä aihe jatkotutkimukselle voisi olla selvittää mahdollisia potilasturvallisuusriskejä osastolla esimerkiksi hoitomenetelmissä, hoitamisessa tai laitteissa. Myös teemahaastattelu voisi täydentää tässä opinnäytetyössä saatuja tuloksia. Myös itse potilaan ja omaisen osallistuminen hoidon turvallisuuteen on tärkeää, ja tekemällä heille esimerkiksi kyselyn, saisi hyvän jatkotutkimusaiheen.

LÄHTEET

- Erkko, P. & Johansson, P. 2013. Lääkehoidon kirjaaminen. Teoksessa *Hoitotyön vuosikirja 2013 Sairaanhoidtaja ja lääkehoito*. Helsinki: Suomen Sairaanhoidtajaliitto ry, 145-146.
- Fagerlund, S. 2013. Tuntematon potilas. *Tehy* No 2, 63.
- Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: EDITA.
- Helovu, A. 2012. Potilasturvallisuus edellyttää avointa viestintää. *Sairaanhoidtaja-lehti* 2/2012, 25-26.
- Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2002. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY.
- Kinnunen, M. 2009. Vaaratapahtumien raportoinnista elävään turvallisuuskulttuuriin. Teoksessa *Potilasturvallisuus ensin – Hoitotyön vuosikirja 2009*. Helsinki: Suomen Sairaanhoidtajaliitto ry, 117-121.
- Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa *Potilasturvallisuus ensin – Hoitotyön vuosikirja 2009*. Helsinki: Suomen Sairaanhoidtajaliitto ry, 77-97.
- Kupari, P., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A., Peltomaa, K. & Reunama, T. 2012. ISBAR-menetelmä turvallisempaan tiedonkulkuun potilaasta raportoitaessa. Suomen Sairaanhoidtajaliitto ry.
- Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Reunama, T. 2012. ISBAR-menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. *Sairaanhoidtaja-lehti* 3/2012, 29.
- Kurronen, P. 2011. Potilasturvallisuus ja tiedonkulku – HaiPro -vaaratapahtumien analyysi. Pro gradu –tutkielma. Itä-Suomen yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. 785/1992. Viitattu 24.3.2013. <http://www.finlex.fi>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. 559/1994. Viitattu 24.3.2013. <http://www.finlex.fi>

Myllykangas, P. 2011. Sairaanhoidtajien arvioita potilasturvallisuuskulttuurista – kysely erikoissairaanhoidossa. Pro gradu –tutkielma. Itä-Suomen yliopisto: Hoitotieteen laitos.

Potilasvahinkolaki. 1986. 585/1986. Viitattu 24.3.2013. <http://www.finlex.fi>

Saari, L. 2012. Hoitotyön tiedonkulku ja potilasturvallisuus – Suullinen ja hiljainen raportointi tiedon välityksessä kirurgisilla vuodeosastoilla. AMK-opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.4.2013. <http://publications.theseus.fi/>

Sahlström, M., Partanen, P. & Turunen, H. 2012. Potilaiden näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja osallistumisesta sen edistämiseen. Tutkiva hoitotyö 4, 10-11.

Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin – Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Sairaanhoidtajaliitto ry, 29-41.

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuusanasto. Helsinki: Valopaino oy. Viitattu 24.3.2013. <http://www.rohto.fi>

STM. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Viitattu 13.1.2013.

STM. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Viitattu 19.4.2013.

Suikkanen, A. 2008. Keskussairaalan lääkityspoikkeamat ja niihin yhteydessä olevat tekijät. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto: Hoitotieteen laitos.

Suomen Sairaanhoidtajaliitto. 2009. Sairaanhoidajat laadukkaana lääkehoidon turvaajina. Viitattu 25.3.2013. <http://www.sairaanhoidtajaliitto.fi/>

Taam-Ukkonen, M. & Saano, S. 2011. Turvallisen lääkehoidon perusteet.1.-3.p. Helsinki: WSOY.

Terveydenhuoltolaki. 2010. 1326/2010. Viitattu 24.3.2013. <http://www.finlex.fi>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2012. Viitattu 2.12.2012. <http://www.thl.fi>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2013. Viitattu 24.3.2013. <http://www.thl.fi>

World Health Organization. 2007. Patient Safety Solutions: Patient Identification. Viitattu 24.3.2013. <Http://www.who.int/patientsafety/>

LIITE 1

Hei

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi. Teen opinnäytetyön, jossa selvitän potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä lääkitysturvallisuuden ja tiedonkulun osalta sairaanhoitajien näkökulmasta osastollanne. Opinnäytetyöni tavoitteena on tuottaa tietoa potilasturvallisuuden riskikohdista henkilökunnan käyttöön.

Olen laatinut kyselylomakkeen aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden perusteella. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Toivon silti, että mahdollisimman moni ehtisi työnsä lomassa vastata siihen. Kyselylomake täytetään anonymisti, kysely on täysin luottamuksellinen ja aineiston käsittelyn jälkeen kyselylomakkeet tuhoetaan asianmukaisesti. Lopullisesta opinnäytetyöstä ei tule myöskään selviämään, mille osastolle kysely on tehty.

Vastattuasi kyselyyn, vie lomake kansliassa olevaan palautuslaatikkoon **15.2.2013** mennessä.

Kiitos vastauksistanne jo etukäteen!

Yhteistyöterveisin

Sanna-Mari Mäki

sanna-mari.s.maki(at)student.samk.fi

LIITE 2

KYSELY POTILASTURVALLISUUDESTA

Ympyröi mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

TAUSTATIEDOT

- 1 Työkokemus
- | | |
|---|---------------|
| 1 | Alle 5 vuotta |
| 2 | 5-10 vuotta |
| 3 | 11-15 vuotta |
| 4 | 16-20 vuotta |
| 5 | yli 20 vuotta |

1= Täysin eri mieltä 2= Lähes eri mieltä 3= En osaa sanoa 4= Lähes samaa mieltä 5= Täysin samaa mieltä

TIEDONKULKU

- 2 Saan aina työvuoroon tullessani raportin
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 3 Saamani raportit sisältävät oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 4 Huolehdin, että jokaisella potilaalla on potilasranneke
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 5 Olen havainnut osastolla epäselvästä kirjaamisesta johtuvia vaarata-
pauhtumia
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 6 Kuvaile, millaisia epäselvät kirjaukset ovat olleet

LIITE 2

7 Olen havainnut osastolla epäselvästä suullisesta raportoinnista johtuvia vaaratapahtumia

1 2 3 4 5

1= Täysin eri mieltä 2= Lähes eri mieltä 3= En osaa sanoa 4= Lähes samaa mieltä 5= Täysin samaa mieltä

8 Kuvaile, millaisia epäselvät raportointitilanteet ovat olleet

9 Kun havaitsen tilanteen, jossa potilasturvallisuus vaarantuu, teen tilanteesta HaiPro-ilmoituksen

1 2 3 4 5

10 HaiPro-ilmoitukset käsitellään säännöllisin väliajoin esim. osastotunneilla

1 2 3 4 5

11 Mielestäni kirjaamiskäytäntöni on potilasturvallisuutta tukeva

1 2 3 4 5

12 Haittatapahtuman sattuessa kerron siitä avoimesti potilaalle

1 2 3 4 5

13 Pysin osaltani siihen, että osaston ilmapiiri on avoin ja palautteen antamisen salliva

1 2 3 4 5

14 Olen tutustunut suomalaiseen potilasturvallisuusstrategiaan

1 2 3 4 5

LIITE 2

15 Olen tietoinen ISBAR-menetelmästä tiedonvälityksen osana

1 2 3 4 5

16 Osastolle on tullut uusi potilas, jonka tapaat nyt ensimmäistä kertaa. Viet hänelle lääkkeitä tai teet jonkin hoitotoimenpiteen. Miten identifioit potilaan?

1= Täysin eri mieltä 2= Lähes eri mieltä 3= En osaa sanoa 4= Lähes samaa mieltä 5= Täysin samaa mieltä

LÄÄKEHOITO

17 Olen antanut potilaalle vahingossa väärää lääkettä

1 2 3 4 5

18 Olen antanut potilaalle vahingossa väärän vahvuista lääkettä

1 2 3 4 5

19 Olen antanut potilaalle vahingossa lääkettä väärässä muodossa

1 2 3 4 5

20 Olen antanut vahingossa lääkkeen väärälle potilaalle

1 2 3 4 5

21 Olen tehnyt virheen/virheitä lääkejaossa

1 2 3 4 5

22 Olen vahingossa jättänyt jonkin lääkkeen jakamatta potilaalle

1 2 3 4 5

23 Minulla on mielestäni riittävä osaaminen lääkehoidossa

1 2 3 4 5

LIITE 2

24 Minulla on mielestäni hyvät lääkelaskutaidot

1 2 3 4 5

25 Olen havainnut jakovirheen esim. potilasdosetissa

1 2 3 4 5

26 Kuinka usein olet havainnut jakovirheitä?

- 1 Päivittäin
- 2 Viikoittain
- 3 Kuukausittain
- 4 En koskaan

1= Täysin eri mieltä 2= Lähes eri mieltä 3= En osaa sanoa 4= Lähes samaa mieltä 5= Täysin samaa mieltä

27 Osastolla on rauhallinen lääkkeenjako-tila

1 2 3 4 5

28 Viedessäni lääkkeitä potilaalle, kerron mitä hänen lääkkeensä ovat

1 2 3 4 5

29 Käytän kaksoistarkastusta ennen lääkkeen antamista potilaalle

1 2 3 4 5

30 Miten itse olet edistänyt osastolla turvallisen lääkehoidon toteutumista?

LIITE 2

31 Onko osastollanne tekijöitä, joiden arvioit heikentävän potilasturvallisuutta lääkehoidon tai tiedonkulun alueilla?

32 Millä keinoilla potilasturvallisuutta voisi osastollanne mielestäsi edistää?

KIITOS VASTAUKSISTASI! ☺