

Opinnäytetyö (AMK)

Ensihoidon koulutusohjelma

Ensihoitaja AMK

2013

Kirsi Koivuaho

POTILASTURVALLISUUS PÄIVYSTÄVÄLLÄ LEIKKAUSOSASTOLLA: POTILASTURVALLISUUS- KANSION KEHITTÄMINEN

– raportointi ja sisäinen kommunikaatio



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Kirsi Koivuaho

POTILASTURVALLISUUS PÄIVYSTÄVÄLLÄ LEIKKAUS- OSASTOLLA: POTILASTURVALLISUUSKANSION KEHITTÄMINEN – raportointi ja sisäinen kommunikaatio

Potilasturvallisuus on ensivaikutelmaansa monimutkaisempi käsite. Vaikka potilaalle ei aiheudu vahinkoa, ei toiminta välttämättä ole turvallista. Mahdollinen riski jäi vain toteutumatta sillä kertaa.

Suomessakin arviolta joka kymmenes potilas kokee haittatapahtuman, yhdellä prosentilla haitta on vakava johtaen pysyvään vammautumiseen tai kuolemaan. Vaaratapahtumat jaetaan kahteen ryhmään: läheltä piti –tilanteet sisältävät riskin joka jää sillä kertaa toteutumatta, haittatapahtumista seuraa nimensä mukaisesti vahinkoa potilaalle. Haittatapahtumat ovat myös kalliita aiheuttaen yli 400 miljoonan vuosittaiset kustannukset. Kalleimmat haitat liittyvät kirurgisiin toimenpiteisiin. Puolet näistä kustannuksista olisi estettävissä.

Kyetäkseen torjumaan haittatapahtumia terveydenhuollon toimijat tarvitsevat yhtenäisiä toimintatapoja, kommunikaation kehittämistä ja tarkistuslistojen kaltaisia suojausjärjestelmiä. Lisäksi tukea toiminnalle tarvitaan kunkin organisaation ylemmiltä tasoilta lähtien.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kerätä tietoa potilasturvallisuudesta yleisesti ja keinoista parantaa sitä leikkaussaleissa sekä luoda pohjaa päivystävän leikkausosaston perehdytyskansiolle.

ASIASANAT:

potilasturvallisuus, leikkaussali, kirurgia, kommunikaatio, tarkistuslista

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Emergency Care | Emergency Nurse

December 2013 | 23 + 12 pages

Lasse Putko

Kirsi Koivuaho

PATIENT SAFETY ON THE ON-CALL OPERATING UNIT: THE DEVELOPMENT OF PATIENT SAFETY FILE – reporting and inner communication

Patient safety is much more complex matter than one would think at first. Though there is no harm for the patient it doesn't mean that the treatment or other actions are safe. The risk just didn't come true that time.

It has been estimated that also in Finland one tenth of patients confront some kind of incident duringa their care. For one per cent of patients incidents are severe leading to permanent injury or death. Incidents are divided in two categories: near misses are errors that could have caused injuries to the patient but the risk did not come true, adverse events cause harm to the patient. Adverse events are also very expensive, estimated costs are over 400 million euros every year. The most expensive adverse events happen during surgical procedures. A half of these costs are considered preventable.

In order to prevent adverse events health care providers need consistent practice, improvent of communication and protection systems such as checklists to support their work. They also need support from the higher levels of their organization.

The purpose of this thesis is to gather information about patient safety in general and how we can improve it in operation rooms and finally create foundation for the orientation tool for on-call operating unit.

KEYWORDS:

patient safety, operating room, surgery, communication, checklist

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	TYÖN TAVOITTEET JA TOTEUTUS	6
3	POTILASTURVALLISUUS KÄSITTEINÄ JA NUMEROINA	7
	3.1 Potilasturvallisuuden osa-alueet	7
	3.2 Vahingon sattuessa	7
	3.3 Potilasturvallisuuteen liittyvät kustannukset	8
	3.4 Tavoitteena järjestelmälähtöisyys poikkeamien tapahtuessa	10
	3.5 Poikkeamien käsittely ja hallinta	10
	3.6 Kommunikaation merkitys potilasturvallisuudelle	11
	3.7 Varmistusrutiinit hoitotyötä tukemassa	12
4	KIRJALLISUUTTA JA AIEMPIÄ TUTKIMUKSIA	14
5	EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	20
6	POHDINTAA JA JATKOKEHITYSEHDOTUKSIA	20
	LÄHTEET	22

LIITE

POTILASTURVALLISUUS PÄIVYSTÄVÄLLÄ LEIKKAUSOSASTOLLA
raportointi ja sisäinen kommunikaatio -PowerPoint-esitys

TAULUKOT

Taulukko 1. Crew Resource Managementin eli miehistöresurssien hallinnan ja ei-teknisten tiimityötaitojen keskeisimmät sisällöt.	12
Taulukko 2. SBAR raportoinnin tukena.	14

1 Johdanto

Potilasturvallisuus on hyvin ajankohtainen ja paljon tutkittu alue, joka on erittäin oleellinen osa hoitotyötä. Aiheeseen liittyviä tuoreita tutkimuksia, kirjallisuutta ja yhtä lailla käytännön toteutukseen ja kehittämistyöhön liittyviä projektejakin löytyy hyvin niin kotimaisista kuin ulkomaisistakin lähteistä. Potilasturvallisuuden tutkiminen ja edistäminen ovat merkittävä askel oikeaan suuntaan, sillä virheellisestä toiminnasta voi seurata hyvinkin huomattavia taloudellisia menetyksiä ja ennen kaikkea inhimillistä kärsimystä.

Jokainen hoitotyötä tekevä voi työtehtävissään miettiä, kumpaa Snellmanin kylttiä lukee: Tehdään niin kuin itselle tehtäisiin vai Viimeinen sammuttaa valot. Zimmermanin, Terrellin, Borgin, Martinin & Smithin (2007) Hospitals & Health Networksissa julkaistussa artikkelissaan *Patient Safety in the Operating Room* haastatteleva Martin Makary suosittaa työpaikoilla vuosittain suorittamaan turvallisuuteen liittyviä asenteita kartoittavan kyselyn, jossa vastaajan tulisi ottaa kantaa muun muassa seuraaviin väittämiin: kokisin olevani turvassa täällä potilaana, olen ylpeä työskennellessäni tässä sairaalassa ja leikkaussaleissa moraalini on korkea. Vaikka potilaalle ei synny haittaa ei tarkoita, että hoito on turvallista (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 13).

Keskustelut työyhteisössämme päivystävällä leikkausosastolla ovat osoittaneet, että tuoretta tutkimustietoa kyllä löytyy, mutta tiedon kokoaminen yhteen pakettiin on vielä kesken. Näin ilmeni tarve koota potilasturvallisuuskansio osastollemme, josta ajantasaista tietoa löytyisi niin perehtyville työntekijöille kuin muillekin päivitystä kaipaaville.

Osastollamme hoidettava potilasmateriaali on hyvin kirjavaa, joten yhtenä merkittävänä turvallisuutta lisäävänä tekijänä näkisin toiminnan yhden- ja johdonmukaisuuden, jolla asetetaan vähimmäisvaatimukset työskentelytavoille. Esimerkiksi osastollamme käytettävillä tarkistuslistoilla pyritään vakioimaan mm. raportointi- ja tunnistamiskäytännöt.

2 Työn tavoitteet ja toteutus

Tämän työn tarkoitus on saattaa alkuun ja luoda runko päivystävän leikkausosaston potilasturvallisuuskansiolle, jota tullaan tulevaisuudessa täydentämään osaston tarpeiden edellyttämällä tavalla. Potilasturvallisuudesta on hyvinkin tuoretta tutkimustietoa ja kirjallisuutta, tässä työssä kootaan oleelliset tiedot yksiin kansiin.

Liitteenä löytyvässä ”Potilasturvallisuus päivystävällä leikkausosastolla – raportointi ja sisäinen kommunikaatio” -PowerPoint-esityksessä on koottuna työn perustana olevan kirjallisuuskatsauksen keskeisimmät huomiot. Esiin nostettujen asioiden on tarkoitus toimia tukena keskustelulle, sillä avoin keskustelukulttuuri on edellytys potilasturvallisuutta edistävän viestinnän toteutumiselle. Toisaalta hyväksi todetut käytännöt usein ovat jo olemassa osana yksiköiden työskentelytapoja, mutta kaipaavat vielä johdonmukaista ja yhtenäistä ohjeistusta toteutuakseen täysipainoisesti. Esitystä on tarkoitus käyttää leikkausosaston perehdytyskansion osana ja mahdollisesti myös muissa aiheeseen liittyvissä koulutuksissa. Perusta potilasturvallisuuskansiolle valmistuu siis tämän opinnäytetyön rinnalla.

Potilasturvallisuus on käsitteenä hyvin laaja, joten olisi tuskin mielekästä tai edes mahdollista käsitellä koko aihetta riittävän kattavasti yksittäisessä työssä. Tästä syystä olen päätenyt rajaamaan työni käsittelemään raportointia ja leikkaustiimin sisäistä kommunikaatiota, koska tutkimustiedon valossa kommunikaatio-ongelmilla on merkittävä rooli vaaratapahtumien synnyssä (Helovuori ym. 2011).

Opinnäytetyön toteutuksen perustana ovat kirjallisuuskatsaus ja tarkempi perehtyminen toimintaympäristömme vallitseviin käytäntöihin. Työssä tullaan käsittelemään ainakin kahta tarkistuslistaa, jotka ovat jo vakiinnuttaneet paikkansa yksikkömme jokapäiväisessä toiminnassa. Niiden käyttöönotto ei ole kuitenkaan ollut aivan mutkatonta, joten myös nämä haasteet tullaan huomioimaan.

3 Potilasturvallisuus käsitteinä ja numeroina

3.1 Potilasturvallisuuden osa-alueet

Potilasturvallisuus on itsessään jo hyvin laaja käsite, joka voi toisaalta hieman vaihdella sisäisiltä painotuksiltaan näkökulmasta riippuen. Sitä voidaan pitää niin terveydenhuollon laadun yhtenä mittarina kuin myös laadukkaan hoidon merkittävänä osatekijänä. Se koostuu laiteturvallisuudesta ja hoidon sekä lääkehoidon turvallisuudesta. Nämä kaikki voidaan jakaa vielä tekijän ja toiminnan turvallisuuteen: laiteturvallisuus pitää sisällään laitteiden turvallisuuden lisäksi käytön turvallisuuden, hoidon turvallisuuteen vaikuttaa menetelmien lisäksi toteutuksen turvallisuus ja lääkehoidon turvallisuuden osatekijät ovat puolestaan itse lääkkeen (valmisteeseen) sekä toteutuksen turvallisuus. (Helovuori ym. 2011, 13-15.)

3.2 Vahingon sattuessa

Poikkeamista johtuvat vaaratapahtumat jaotellaan läheltä piti –tapahtumiin ja haittatapahtumiin, jotka jakautuvat vielä potilas- ja lääkevahinkoihin. Ensin mainituista ei seuraa potilaalle haittaa, jälkimmäisistä nimensä mukaisesti näin käy. (Pasternack 2006, 2460; Helovuori ym. 2011, 14.)

Useiden kansainvälisten tutkimusten valossa on arvioitu, että Suomessakin joka kymmenes potilas kokee haittatapahtuman. Vakavia haittatapahtumia, jotka johtavat joko pysyvään vammautumiseen tai kuolemaan, ilmenee noin yhdellä sadasta potilaasta. Useimmiten tapahtuma on seurausta järjestelmän eli hoitoprosessin heikkoudesta tai häiriöstä. Jopa puolet haittatapahtumista olisi estettävissä. Vaaratapahtumien torjunta edellyttää kuitenkin vahinkoihin johtaneiden tekijöiden järjestelmällistä ja perusteellista kartoitusta, avointa keskustelua ja syylistämätöntä ilmapiiriä. Todettakoon myös, että huomattavassa osassa, 65 prosentissa haittatapahtumista ovat

myötävaikuttavina tekijöinä olleet kommunikaation ongelmat. (Pasternack 2006, 2459; Helovuori ym. 2011, 20, 72.)

Jos ja kun vahinkoja kuitenkin tapahtuu, tulisi niistä ennen kaikkea ottaa oppia. Vahingoista oppiminen edellyttää tätä nimenomaista tarkoitusta varten luotua järjestelmää, jonka avulla voidaan raportoida sekä tapahtuneet poikkeamat että tilanteet, joissa poikkeaman mahdollisuus on olemassa. Järjestelmän tulisi myös mahdollistaa vapaaehtoisuuteen perustuva anonyymi raportointi, jonka seurauksena ei synny uhkaa syyllistämistä tai rangaistuksesta. Vahingon tapahduttua tulee siihen johtaneet tekijät ja mahdolliset korjaavat toimenpiteet selvittää totuudenmukaisesti ja kattavasti vahingon uhrille eli potilaalle vilpittömän anteeksipyyntönsä kera. Edellä kuvatus mukainen toiminta edistää hoitosuhteen osapuolten välisen luottamuksen palautumista. Toisaalta anteeksipyyntö ja -anto ovat edellytyksiä virheen tekijän selviytymiselle, jota tulisi myös työskentelyilmapiirin tukea. (Pasternack 2006, 2467-2469.)

Kotimaista tutkimustietoa potilasturvallisuudesta on niukasti, mutta jälleen kansainvälisten tutkimusten pohjalta on tehty laskelmia, joiden mukaan Suomessa kuolee hoitovirheen seurauksena 700-1700 potilasta vuodessa. Luku on huomattava verrattuna esimerkiksi tieliikennekuolemiin, joiden vuotuinen määrä on noin 300. (Pasternack 2006, 2459.)

3.3 Potilasturvallisuuteen liittyvät kustannukset

Potilasturvallisuuteen liittyvät kokonaiskustannukset muodostuvat haattatapahtumista seuraavista kustannuksista ja näiden ennaltaehkäisyyn tarkoitettujen toimenpiteiden kustannuksista. Haattatapahtumista syntyvät yhteiskuntaan kohdistuvat kustannukset taas koostuvat noin 50 prosenttia kattavien terveydenhuollon menojen lisäksi työ- ja toimintakyvyn heikkenemisestä seuraavista ansion- ja toisaalta kotitaloustuotannon menetyksistä. Vaikeammin mitattavissa olevia kustannuksia ovat kipu, kuolema, potilaiden ja omaisten inhimillinen kärsimys sekä hoitohenkilökuntaan kohdistuva luottamuspula ja arvostuksen heikkeneminen. Haattatapahtumien

kustannukset eivät kuitenkaan jakaudu tasaisesti vahingon kärsineiden potilaiden tai hoitotyön eri osa-alueiden kesken. Enemmistöllä potilaista jäävät kustannukset suhteellisen pieniksi, toisaalta muutamalla prosentilla voivat ne muodostua hyvinkin huomattaviksi. Terveystieteiden tutkimuksessa suurimmat kulut syntyvät leikkauskomplikaatioista, seuraavana tulevat lääkehoidon haittatapahtumat ja kolmantena virheelliset tai viivästyneet diagnoosit sekä hoitotoimenpiteet. (Järvelin, Haavisto & Kaila 2010, 1123-1125.)

Haittatapahtumien seurauksena Suomen terveydenhuoltoon kohdistuvia kustannuksia arvioitaessa on päädytty yli 400 miljoonaan euroon vuosittain, tosin summa ei pidä vielä sisällään avo- tai pitkäaikaishoidon eikä terveydenhuollon ulkopuolisiin toimintoihin kohdistuvia kustannuksia. Tämä summa vastaa noin kolmea prosenttia terveydenhuollon kokonaiskustannuksista maassamme. Esimerkkinä Järvelin ym. havainnollistavat, että näillä varoilla voitaisiin kustantaa 50 000 lonkan tekonivelleikkausta tai vaihtoehtoisesti 120 000 sepelvaltimoiden pallolaajennusta. Näistä kustannuksista arviolta puolet olisi estettävissä. (Järvelin ym. 2010, 1123,1126.)

Hoidon turvallisuus ja taloudellisuus eivät uskomuksista huolimatta ole ristiriidassa keskenään, kun otetaan huomioon haittatapahtumien aiheuttamat lisäkustannukset (Helovuori ym. 2011, 59). Potilasturvallisuuden kokonaiskustannuksiin kuuluvista haittatapahtumien ehkäisyyn tarkoitettujen toimenpiteiden aiheuttamista kuluista on vielä toistaiseksi vähän tutkimustietoa. Myös näiden toimenpiteiden vaikuttavuudesta eli toisin sanoen kustannustehokkuudesta tiedetään liian vähän. Ennaltaehkäisevien toimien vaikuttavuuden arviointi on tärkeää, sillä ehkäisyyn kohdistetut voimavarat kuluttavat koko potilastyöhön suunnattuja rajallisia resursseja. (Järvelin ym. 2010, 1126-1127.)

3.4 Tavoitteena järjestelmälähtöisyys poikkeamien tapahtuessa

Turvallisen hoidon toteutumiseksi on eri osapuolten ensiarvoisen tärkeää ymmärtää toimiansa merkitys kokonaisuuden kannalta ja toisaalta vaikutusten ennakoimattomuus. Potilasturvallisuuden toteutumista voidaan tarkastella sekä yksilön että organisaation toiminnan näkökulmasta. Poikkeamien ilmetessä ensin mainittu on suositumpi helppoutensa sekä edullisuutensa takia ja toisaalta tarjoaa suojaa organisaation imagolle. Näin julkisuuteen annetaan vääristynyt kuva, jonka mukaan yksittäisillä toimijoilla olisi aidosti mahdollisuus valita työtapojensa turvallisuuden ja vaarallisuuden välillä. Asiaa tulisikin lähestyä järjestelmää ja sen heikkouksia tarkastellen, jolloin erilaisia suojausjärjestelmiä on mahdollista luoda ja kehittää. Tavoitteina tulisi olla prosessien yksinkertaistaminen ja toimintatapojen yhtenäisyys eri yksiköiden väliset rajapinnat huomioiden. (Helovuo ym. 2011, 52-57, 64-65.)

3.5 Poikkeamien käsittely ja hallinta

Hoitotyötä toteuttavissa toimintaympäristöissä havaituista riskeistä tulee keskustella avoimesti, mutta toisaalta pelkkä puhuminen ei riitä. Vaaratapahtumista oppimiseen tarvitaan nimenomaisesti niiden raportointiin tarkoitettu järjestelmä. Poikkeamista oppimalla ja riskit tiedostamalla samankaltaisen tapahtuman toistuminen on mahdollista estää. Raportointijärjestelmälle asetettuja vaatimuksia ovat aloitteellisuus (perustuen ilmoituksen vapaaehtoisuuteen), luottamuksellisuus, rankaisemattomuus, käytettävyys, järjestelmäsuuntautuneisuus sekä vastuu ja tarkoituksenmukaisuus. Myös potilaille ja omaisille tulee tarjota todellinen kanava palautteen antoon ilman hyvitysvaatimuksiakin. Jos suojausjärjestelmillä ei kyetä kokonaan poistamaan poikkeamien mahdollisuutta, tulee näillä tavoitella seurausten rajaamista ja lieventämistä. (Helovuo ym. 2011, 135-146.)

Vaaratapahtumailmoituksia käsiteltäessä tulee järjestelmälähtöisyyden mukaisesti virheen tekijän sijasta pyrkiä selvittämään, miksi poikkeama tapahtui. Jos toimenpiteissä tyydytään kehottamaan henkilökuntaa

huolellisempaan työskentelyyn, saattaa seurauksena olla poikkeamista ilmoittamisen vähentyminen. (Helovuori ym. 2011, 137.)

3.6 Kommunikaation merkitys potilasturvallisuudelle

Potilasturvallisuutta edistävä työskentely rakentuu moniammatillisesta yhteistyöstä ja tehokkaasti toteutetusta kommunikoinnista, jolla kaikki saatavilla oleva tieto on toimijoiden käytössä. Kommunikaation tehokkuuteen myötävaikuttaa avoin ilmapiiri, jossa toimijat saavat tarvittaessa tukea toisiltaan, toimintatavat ovat näkyviä ja hierarkiset erot tasoittuneet. Viestinnän tulee olla selkeää ja yksiselitteistä sekä kaksisuuntaista, jolloin annetut ohjeet ja määräykset kuitataan vastaanotetuiksi toistamalla oleellinen sisältö. Tiimityöskentelyn kehittämiseksi tulee järjestää koulutusta työyhteisöissä, koska tämä ei toteudu eri ammattiryhmien peruskoulutuksessa. (Helovuori ym. 2011, 181-193.)

Tiimityöskentelyyn liittyvät olennaisesti käsitteet Crew Resource Management (CRM) eli miehistöresurssien hallinta ja ei-tekniset taidot (taulukko 1). Muilta turvallisuuskriittisiltä aloilta omaksutut käytännöt tarkoittavat viestintärutiineja, joiden myötävaikutuksesta kaikki saatavilla oleva tieto ja työvoima käytetään mahdollisimman tehokkaasti tehtävien suorittamiseen sekä kriittisten vaiheiden varmistamiseen. Ei-tekniset taidot ovat käsitteenä uudempi, mutta sisältävät yhtä lailla toiminnan näkyvyyden ja yhtenäisen viestintäkulttuurin päämäärien saavuttamiseksi. Edellä kuvatut toimintamallit eivät sulje pois inhimillisten virheiden mahdollisuutta, mutta tarjoavat keinot niiden hallintaan. Toimintamalleja sekä niiden toteutukseen tarvittavia taitoja on harjoiteltava ja niihin tulee tarjota kouluttautumismahdollisuuksia. (Helovuori ym. 2011, 183-187.)

Taulukko 1. Crew Resource Managementin eli miehistöresurssien hallinnan ja ei-teknisten tiimityötaitojen keskeisimmät sisällöt (Helovuo ym. 2011, 183-187).

CRM: Crew Resource Management eli miehistöresurssien hallinta	Ei-tekniset taidot tiimityössä
toiminnan suunnittelu ja ennakointi	ammattiteknistä osaamista täydentävät tiedolliset ja sosiaaliset taidot
tilannekuvan ylläpito	yhteistyön tukeminen
päätöksenteko	tehtävän koordinointi
tehtävien jakaminen	tilannetietoisuuden ylläpito
toiminnan seuranta ja varmistaminen	päätöksenteko

Laadukkaaseen tiimityöskentelyyn kuuluvan tilannetietoisuuden ylläpito koostuu tiedon jakamisesta toiminnan tärkeissä vaiheissa, odottamattomissa muutoksissa sekä kun ilmenee poikkeamia asetetuista tavoitteista tai järjestelmien toiminnassa. Poikkeamia ennakoivia varoitusmerkkejä ovat tietojen ristiriitaisuus, kommunikaation puute, hämmennys, poikkeaminen sovitusta toimintamalleista, asetettuja tavoitteita jää saavuttamatta, eriäviä näkemyksiä ei tuoda ilmi, väsymys, toimijan poissaolevuus ja stressi. (Helovuo ym. 2011, 198-199.)

3.7 Varmistusrutiinit hoitotyötä tukemassa

Turvallisen työskentelyn toteutumista tukevat erilaiset varmistusrutiinit. Potilas tulisi tunnistaa aina samalla tavalla organisaation sisällä toimintayksiköstä riippumatta. Potilaan tulee itse sanoa koko nimensä ja henkilötunnuksensa, jos tämä on potilaan toimintakyvyn kannalta mahdollista, muutoin omaisen tai hoitajan tulee tehdä tämä. Sairaalaan sisäänkirjatuilla potilailla tulee lisäksi olla tunnistusranneke. (Helovuo ym. 2011, 203-205.)

Toimintaan osallistuvan ryhmän tilannepäivitys eli briefing toteutetaan ennen jokaista työvaihetta ja toimenpidettä. Tällöin käydään kaikkien osapuolten läsnäollessa läpi toteuttamissuunnitelma, työnjako, kriittiset vaiheet, riskit ja varautuminen sekä toimintamallit ongelmatilanteissa. Briefing voidaan ottaa osaksi myös työvaiheen jälkeistä toimintaa, jolloin tarkoituksena on tuoda esiin ennakoimattomasti ilmentyneitä asioita, arvioida toteutusta ja ottaa oppia seuraavaan kertaan. (Helovuori ym. 2011, 205-206.)

Potilasturvallisuutta parantavan kommunikaation tueksi on kehitetty jo melko laajalti käytössä olevia tarkistuslistoja. Esimerkkinä systemaattisesta ja sovittua rakennetta noudattavasta suullisen raportoinnin työvälineestä on SBAR, jota käytetään raportoinnin lisäksi konsultaatiotilanteissa. SBAR (taulukko 2) pitää sisällään raportoinnin eri vaiheet: **s**ituation tunnistaa potilaan ja raportin antajan sekä kuvaa nykytilanteen ja syyn raportointiin, **b**ackground tuo esiin oleelliset taustatiedot, **a**ssesment arvioi hoidon tarpeen ja **r**ecommendation suosittelee toimintamalleja. Lisäksi molemmilla osapuolilla on mahdollisuus tarkentaviin kysymyksiin. Tiettyä rakennetta noudattava malli osaltaan ehkäisee inhimillisten tekijöiden kuten väsymyksen tai kokemattomuuden vaikutusta potilasturvallisuuteen. Maailman terveysjärjestön WHO:n kehittämä Surgical Safety Checklist pitää sisällään jo pitkään käytössä olleita työvaiheita antaen niille kuitenkin systemaattisen ja loogisen rakenteen. Leikkaussaleihin käytettäväksi tarkoitettu lista sisältää 19 kohtaa liittyen salityöskentelyn eri vaiheisiin. Listan käytöllä tavoitellaan parempaa tiedonkulkua ja tiimityötä. Tarkistuslista jakautuu kolmeen vaiheeseen, joita ovat alkutarkistus ennen anestesian alkua, aikaisä ennen viiltoa ja lopputarkistus ennen salista poistumista. Käyttö perustuu ajatukseen, jonka mukaan seuraavaan vaiheeseen edetään vasta kun edelliseen on saatu asianmukainen vahvistus. Listaa on lisäksi mahdollista muokata yksikön toimintaa paremmin tukeväksi, kunhan perusrakenteet säilyvät. (Helovuori ym. 2011, 207-212.)

Taulukko 2. SBAR raportoinnin tukena (Helovuon ym 2011, 207-208).

Situation	- tunnista itsesi, potilas ja raportin vastaanottaja - nykytilanne, oleelliset vitaalielintoiminnot - miksi raportoidaan/konsultoidaan
Background	- tilanteen kannalta oleelliset sairaudet, toimenpiteet ja muut taustat
Assesment	- arvio hoidon tarpeesta
Recommendation	- oma suositus toiminnaksi
Kysymyksiä?	- molemmilla mahdollisuus tarkentaviin kysymyksiin

4 Kirjallisuutta ja aiempia tutkimuksia

Suomenkielisiä potilasturvallisuutta käsitteleviä julkaisuja löytyy melko tuoreitakin, esimerkiksi Helovuon ym. (2011) teos, jossa käsitellään aiheeseen liittyviä keskeisiä kysymyksiä yleisellä tasolla ja esimerkein havainnollistettuina. Pasternackin (2006) katsauksessa käydään kansainvälisiin tutkimuksiin peilaten läpi haittatapahtumien syitä ja seurauksia. Yli-Villamo (2008, 22) kuvaa Pro gradu –tutkielmassaan potilasturvallisuutta päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana todeten avoimen keskustelun ja sen myötä kehittyneiden hoitoprotokollien kuuluvan turvallisuutta edistäviin tekijöihin. Järvelin ym. (2010) pyrkivät puolestaan kuvaamaan haittatapahtumista seuraavia kustannuksia aiempien tutkimusten pohjalta.

Amerikkalaisessa tutkimuksessa *Patient Safety in Surgery* Makary, Sexton, Freischlag, Millman, Pryor, Holzmueller ja Pronovost (2006, 628-635) totesivat, että turvallisuusilmapiiriä on mahdollista mitata. Kyselytutkimuksen tuloksina havaittiin suuriakin eroja sairaaloiden välillä, muttei eri ammattiryhmiä

verratessa. Huomattavin toimijoiden välinen poikkeama oli hoitajien varauksellinen suhtautuminen omaan turvallisuudentunteeseen potilaan asemassa, kun taas lääkärikunta oli tämän suhteen luottavaisempi. Kirjoittavat huomauttavat myös, että eri toimijat mittaavat turvallisuusilmapiiriä eri tavoin. Sitä saatetaan katsantokannasta riippuen arvioida hoidon järjestämisen, tutkittujen toimintatapojen toteutumisen tai hoidon lopputuloksen eli haittojen esiintymisen perusteella.

Useissa artikkeleissa (muun muassa Haig, Sutton & Whittington 2006; Sandlin 2007; Beckett & Kipnis 2009; Christie & Robinson 2009) on kuvattu SBAR-menetelmän käyttöönottoa ja sen antamaa tukea luovutustilanteissa tapahtuvaan raportointiin.

Haig ym. (2006, 167-175) kertovat artikkelissaan *SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians* kyseisen tarkistuslistan käyttöönotosta ja vaiheittaisesta laajenemisesta koeryhmästä yleiseen käyttöön eri yksiköiden välillä. Tarkistuslista rakentuu osioista, joita ovat **S**ituation eli nykytilanne (sisältäen raportin antajan ja potilaan tunnistamisen), **B**ackground eli olennaiset taustatiedot, **A**ssesment eli arvio hoidon tarpeesta ja **R**ecommendation eli suositus toimenpiteistä. Tarve tällaisen työkalun kehittämiseen on noussut eri koulutustaustan omaavien toimijoiden välisen viestinnän haasteista. Hoitajien raportoinnin ollessa kuvailevaa ja yksityiskohtaista lääkärit tiivistävät sanottavansa pääkohdiksi. Kirjoittajien mukaan listan suositusten antaminen koettiin erityisesti hoitajien keskuudessa haasteelliseksi hierarkisessa toimintaympäristössä. Listan käyttöönoton on kuitenkin koettu vähentäneen tätä, lisäksi lääkärit ovat kokeneet tilannetietoisuutensa kehittyneen hoitohenkilökunnan raportoidessa avoimemmin havainnoistaan. Myös työtyytyväisyyden kuvataan lisääntyneen.

Sandlin (2007, 289-292) esittelee julkaisussaan *Improving Patient Safety by Implementing a Standardized and Consistent Approach to Hand-Off Communication* useita malleja turvaamaan yhtenäistä ja johdonmukaista viestintää luovutustilanteissa eri yksiköiden välillä. Näitä yhdistää standardoitu rakenne ja sisältö pääkohtien osalta esitysjärjestyksen vaihdellessa. Olennaista

kaikissa toimintamalleissa on mahdollisuus esittää kysymyksiä ja kerrata asioita. Lisäksi todetaan, että raportoinnille tulisi varata riittävästi aikaa ja myös minimoida ulkoisten tekijöiden aiheuttamat keskeytykset.

Beckett ja Kipnis (2009, 19-28) esittelevät tutkimustuloksiaan julkaisussa *Collaborative Communication: Integrating SBAR to Improve Quality/Patient Safety Outcomes*. Tutkimus sisälsi ilmapiiriä ja asenteita kartoittavan kyselyn, joka suoritettiin sekä ennen SBAR-järjestelmän käyttöönottoa että tämän jälkeen. Tutkimustulosten tulkintaa rajoittaviksi tekijöiksi kirjoittajat mainitsevat vastaajien määrän ja kyselyjen toteutukseen vaikuttaneiden olosuhteiden vaihtelun lisäksi tutkimukseen käytetyn ajanjakson lyhyiden. Myös järjestelmän käyttöönottoon liittyvä koulutus kohtasi vastustusta lääkäreiden taholta. Kuitenkin tutkimukseen osallistunut hoitohenkilökunta koki järjestelmän luovan hyvän, yhtenäisen ja vankan pohjan kommunikaatiolle sekä lisäävän tilannetietoisuutta.

Christie ja Robinson (2009, 13-15) käsittelevät artikkelissaan *Using a communication framework at handover to boost patient outcomes* SBARin lisäksi aktiiviseen oppimiseen ja kehittymiseen liittyvää PDSA-toimintamallia. PDSA eli plan, do, study, act –toimintatapa koostuu suunnittelusta, tekemisestä, tutkimuksesta ja toiminnasta. Nämä muodostavat katkeamattoman työskentelytapojen kehittämisen ketjun, jossa määrääjoin ja järjestelmällisesti arvioidaan toiminmalleja kehittämistarpeineen. Lisäksi artikkelissa nostetaan esille SBARin käyttöönoton myötä lisääntynyt työskentelyn tehokkuus, kun raportointi tapahtuu molempien osapuolten ennalta tunteman mallin mukaisesti.

Hyvän tiimityön ja onnistuneen kommunikaation tärkeyttä potilashoidon laadun turvaamiseksi käsittelevät muun muassa Kaissi, Johnson & Kirschbaum (2003) Leonard, Graham & Bonacum (2004), Bleakley, Boyden, Hobbs, Walsh & Allard (2006), Wilson & Walker (2008) sekä Mailloux (2011). Lisäksi Mikkonen (2011) on kuvannut samoja asioita ensihoidon ja päivystyspoliklinikan näkökulmasta.

Kaissi ym. (2003, 211-218) nostavat tutkimuksessaan *Measuring Teamwork and Patient Safety Attitudes of High-Risk Areas* esiin tiimityöskentelyn vaikutuksen toiminnan tehokkuuteen ja henkilökunnan sekä potilaiden

tyytyväisyyteen. Toisaalta todetaan, että potilastyössä toimivien koulutus painottuu itsenäiseen työskentelyyn kun käytännössä heiltä edellytetään kykyjä toimia osana tiimiä.

Leonard ym. (2004, i85-i90) kuvaavat artikkelissaan *The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care* muun muassa kaupallisessa lentoliikenteessä jo pitkään käytettyä tiettyä rakennetta noudattelevaa tarkistuslistaa, jollainen on otettu yhä lisääntyvissä määrin käyttöön terveydenhuollon eri palveluyksiköissä potilasturvallisuutta lisäämään. Tarve tällaisen tarkistusjärjestelmän käyttöön on syntynyt perustuen tutkimuksiin, jotka ovat osoittaneet eri toimijoiden välisessä kommunikaatiossa ilmenevien poikkeamien olevan johtava syy haittatapahtumien syntyyn. Tarkistuslistan käytön on tarkoitus antaa koko tietyn potilaan hoitoon osallistuvalla henkilöstöllä yhteneväinen ja riittävän kattava kuva vallitsevasta tilanteesta, suunnitelluista toimenpiteistä ja muista huomioon otettavista asioista. Kirjoittajat korostavat myös harjoittelun tärkeyttä. Simulaatiotilanteet tulisi taltioida purkukeskustelua varten. Harjoitustilanteiden käsittelyssä ilmapiirin tulisi olla tuomitsematon ja yksilöiden toiminnan sijasta järjestelmän heikkouksiin keskittyvä. Artikkelissa sivutaan myös SBAR-menetelmää, jonka käytön on tarkoitus turvata hoidon jatkuvuus potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Näiden potilasturvallisuutta lisäävien järjestelmien menestyksekkäs käyttö edellyttää kuitenkin koko henkilöstön sitoutumista toimintamalliin ja hoidosta vastaavien toimijoiden selkeää tukea. Näiden järjestelmien käyttö on artikkelin mukaan lisännyt potilasturvallisuutta ja parantanut työhyvinvointia.

Bleakley ym. (2006, 461-470) esittelevät julkaisussaan *Improving teamwork climate in operating theatres: The shift from multiprofessionalism to interprofessionalism* tuloksia Iso-Britanniassa suoritetusta tutkimuksesta. Kirjoittajat korostavat, että potilasturvallisen kulttuurin kehittymisen edellytyksenä on asenteiden ja ilmapiirin muutos. Näitä peilataan toimintaan leikkaussaliympäristössä, jossa tunnetusti hierarkisuus ja muutosvastarinta elävät ja voivat hyvin. Moniammatillisella tiimityöllä on mahdollisuuksia kehittyä suuntaan, jossa asiantuntijoista koostuva ryhmä muuttuu toistensa työnkuvan

tuntevaksi ja sitä kunnoittavaksi asiantuntijaryhmäksi. Ryhmän ilmapiirin tulisi olla keskustelulle avoin, syyllistämätön ja erilaisuutta sietävä sekä saada tukea kaikilta organisaation tasoilta.

Wilson ja Walker (2008, 921-922) avaavat artikkelissaan *Theatre checklists and patient safety* leikkaussaliympäristöön jo omaksutun tarkistuslistan kehitysvaiheita. Alunperin kaupallisesta lentoliikenteestä mallinsa ottanut lista on ensimmäisessä muodossaan ollut viiden kohdan tarkistuskeskuslaskimokatetrin asettamiseen teho-osastolla. Tällä pyrittiin vähentämään katetriperäisiä infektioita ja myös saavutettiin hyviä tuloksia. Tarkistuslistan on tarkoitus mahdollistaa kaikkien toimenpiteeseen osallistujien tulla kuulluksi tasavertaisesti. Ennen anestesian aloitusta suoritetaan alkutarkistus eli varmistetaan anestesiavälineistön toimivuudesta, potilaan henkilöllisyydestä ja suostumuksesta suunniteltuun toimenpiteeseen sekä leikkausvuotoon varautumisesta. Seuraava vaihe tarkistuslistan käytössä on aikalisä, jossa varmistetaan kaikkien osallistujien läsnäollessa potilaan, toimenpiteen ja leikattavan puolen oikeellisuus ennen ihoviiltoa. Lisäksi tämän osion alle nykyään kuuluvat ennaltaehkäisevät antibiootit ja verisuonitukosten estoon tarkoitetut lääkitykset sekä eri osapuolten kokemat erityiset huolenaiheet. Lopputarkistuksessa vahvistetaan kirurgin toimesta suoritettujen toimenpiteiden ja jatkohoidon suunnitelma. Osallistujien välisen viestinnän häiriöt ovat yleisimpiä haittatapahtumiin johtavia tekijöitä. Nämä voivat aiheuttaa muun muassa toiminnan tehottomuutta, ryhmän sisäisiä jännitteitä, voimavarojen tuhlausta ja johtaa toimenpiteiden peruuntumisiin. Toimiakseen tarkistuslistan tulisi olla riittävän helppokäyttöinen. Maailman terveysjärjestö WHO suosittelee tarkistuslistan edelleen kehittämistä toimintayksiköiden ja -ympäristöjen omien tarpeiden mukaan.

Mailloux (2011, 12-14) keskittyy artikkelissaan *Two heads are better than one: the future of patient safety and quality care* tiimityöskentelyn kehittämiseen ammattikuntien väliset rajat ylittävän oppimisen avulla. Tässä toimintamallissa eri terveysalan ammattilaiset oppivat yhdessä toistensa kanssa, toisiltaan ja toisistaan paras mahdollinen työskentelyn laatu ja turvallisuus päämääränään.

Työskentelytapojen kehittämisen ei tulisi tapahtua vain ammattiryhmien sisällä muista toimijoista erillään. Tämän vuoksi nimikkeiden asettamat rajat ylittävien toimintatapojen käytön tulisi alkaa jo oppilaitoksissa.

Mikkonen (2011) kuvaa kandidaatintutkielmansa tiivistelmässä *Luovutusprosessin haasteet ensihoidosta päivystyspoliklinikalle* otsikossa ilmeneviä asioita. Vaikka käsittelyn kohteena onkin kommunikaation ongelmat ensihoidon ja sairaalan rajapinnassa, sopivat tietyt huomiot muihinkin toimintaympäristöihin. Toimijoiden välinen ammatillisen arvostuksen puute ja toisaalta toisten yksiköiden työnkuvan vajavainen tuntemus saattavat vaikeuttaa kaiken olennaisen tiedon välittymistä luovutusprosessin aikana.

Sammer, Lykens, Singh, Mains & Lackan (2010, 156-165) nimeävät kirjallisuuskatsauksessaan *What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature* potilasturvallisuuden osatekijöitä. Näitä ovat johtajuus, tiimityöskentely, näyttöön perustuva toiminta, kommunikaatio, oppiminen, syyllistämättömyys ja potilaskeskeisyys. Potilasturvallisuutta edistävän toiminnan tulee saada tukea kaikilta organisaation tasoilta, tiimityön tulee olla avointa ja joustavaa, toimintamallien tulee perustua näyttöön ja kommunikaation tulee olla kaikki osallistujat tasavertaisesti huomioivaa. Lisäksi virheistä tulee ottaa oppia syyllistämättä yksilöitä ja keskittyä sen sijaan järjestelmän heikkouksiin. Potilaslähtöisyyden merkitystä sairaalan luotettavuudelle ja sitä kautta julkisuuskuvalle ei sovi myöskään unohtaa.

Richardson ja Storr (2010, 12-21) kartoittavat kirjallisuuskatsauksessaan *Patient Safety: a literative review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration* sairaanhoitajien työn ja aseman vaikutusta potilasturvallisuuteen. Katsauksessa käytetyissä artikkeleissa todetaan olevan monia rajoitteita ja laadullista vaihtelua. Tähän kirjoittajat tarjoavat selitykseksi kattavan tutkimuksen puuttumisen tai vaihtoehtoisesti hoitajille luontevamman tavan jakaa tietoaan ja kokemuksiaan suullisesti käytännön työssä kuin kirjallisten julkaisujen kautta. Katsauksessa korostetaan myös sairaanhoitajan ainutlaatuista asemaa lähellä potilasta ja toisaalta tämän vaikutusta potilasturvallisuuteen tutkimisen arvoisena.

5 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyyden takaamiseksi työssä noudatetaan pohjana olevien aiempien tutkimusten ja julkaisujen tapaan hyviä toimintatapoja, joilla tutkimuksiin osallistuneiden anonymiteetti turvataan. Yksittäisiä toimijoita ei siis ole mahdollista tunnistaa (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 290). Toisaalta tämän työn tarkoitus ei olekaan tarkastella hoitotyön osapuolia yksilöinä, vaan tutkimustietoa on tarkoitus käyttää hyvien käytäntöjen löytämiseksi ja toiminnan kehittämiseksi, ei syyllisten etsintään.

Luotettavuuden kannalta olennaista on aineiston tasapuolinen kohtelu eli analyysin tulee tapahtua hyödyntäen koko kerättyä aineistoa (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 292). Tämän varmistamiseksi lähteinä käytettiin riittävän tuoreita ja ajankohtaisia tutkimuksia ja julkaisuja, joita on haettu eri hakukoneista esimerkkinä CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), josta valtaosa artikkeleista on etsitty niin potilasturvallisuuden näkökulmasta yleisesti kuin myös leikkaussaliin toimintaympäristönä keskittyen. Hakusanoina on käytetty potilasturvallisuutta, leikkaussalia ja kommunikaatiota erilaisine yhdistelmineen. Lopulta mukaan valikoituivat vuosina 2003-2012 julkaistut englanninkieliset artikkelit, jotka sisälsivät edellä lueteltuja hakusanoja keskittyen nimenomaisesti viestintään sekä tiimityötaitoihin ja olivat saatavilla kokonaisina teksteinä sähköisesti. Numeerisia tutkimustuloksia tärkeämpinä keskityttiin potilasturvallisuutta edistäviin viestinnän toimintakäytäntöihin, sillä mukaan valikoituneet tutkimukset ovat laadultaan vaihtelevia. Näiden perusteella todettakoon, että määrälliselle tutkimukselle olisi potilasturvallisuuden kentällä tilausta.

6 Pohdintaa ja jatkokehitysehdotuksia

Potilasturvallisuus jos mikä on enemmän kuin osiensa summa. Virheiden tai haittatapahtumien puute ei vielä tee hoidosta turvallista. Toimivien työvälineiden lisäksi tarvitaan yhteistyötaitoja, avointa viestintää ja uskallusta puuttua

havaittuihin poikkeamiin. Potilaille turvallista toimintaympäristöä ei kukaan pysty luomaan yksin, vaan toimia edellytetään kaikilla organisaation tasoilla.

Hoitaminen on kuitenkin ihmisten toimintaan perustuvaa, joten virheitä tapahtuu koska erehtyminen on inhimillistä. Siihen myötävaikuttavat niin väsymys, keskeytykset kuin puutteellinen viestintäkin. Tällöinkään ei tulisi jäädä tuleen makaamaan, vaan poikkeamista tulisi ottaa oppia. Haittatapahtumiin johtaneita tekijöitä tulisi yksilöiden toiminnan sijasta etsiä toimintaympäristöstä ja itse hoitotyön prosessista. Poikkeamien raportoinnin tulisi tapahtua matalalla kynnyksellä ja ilman pelkoa rangaistuksesta.

Omissa työtehtävissäni olen joutunut tekemään muutamia ilmoituksia potilasturvallisuuden vaarantumisesta erilaisiin poikkeamiin liittyen. Ilmoitukset ovat koskeneet läheltä piti –tilanteita, joten vahingoilta vältyttiin näissä tapauksissa. Kuitenkin ilmoitusten käsittelyvaiheen jälkeen tilanteisiin on tarjottu ratkaisuksi vaatimus huolellisemmasta työskentelystä. Vastuu tilanteiden korjaamisesta on siis sysätty takaisin yksilöille, jotka todennäköisemmin kaipaisivat tukea toiminnan ja turvallisuuden kehittämiseen organisaation ylemmiltä tasoilta.

Tämän työn tarkoitus ei ole tarjota valmiita vastauksia vaan herättää ajatuksia ja keskustelua potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Työn ja siihen pohjautuvan potilasturvallisuuskansion tavoite on luoda pohja, johon on myöhemmin mahdollista ja myös suotavaa lisätä kokonaisuuksia aihealueittain ja toisaalta myös erikoisaloittain. Leikkausosastolla tehtävään työhön kun tiiviisti liittyvät niin laitteet kuin lääkehoitokin.

LÄHTEET

Beckett, C.D. & Kipnis, G. 2009. Collaborative Communication: Integrating SBAR to Improve Quality/Patient Safety Outcomes. *Journal for Healthcare Quality*, Vol 31, No. 5, September/October 2009, 19-28.

Bleakley, A.; Boyden, J.; Hobbs, A.; Walsh, L. & Allard, J. 2006. Improving teamwork climate in operating theatres: The shift from multiprofessionalism to interprofessionalism. *Journal of Interprofessional Care*, October 2006, 20(5), 461-470.

Christie, P. & Robinson, H. 2009. Using a communication framework at handover to boost patient outcomes. *Nursing Times*, 1 December 2009, Vol 105, No 47, 13-15.

Haig, K.M.; Sutton, S. & Whittington, J. 2006. SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians. *Journal on Quality and Patient Safety*, March 2006, Volume 32, Number 3, 167-175.

Helovuori, A.; Kinnunen, M.; Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.

Järvelin, J.; Haavisto, E. & Kaila, M. 2010. Potilasturvallisuuden kustannukset. *Suomen Lääkärilehti* 12/2010 vsk 65, 1123-1127.

Kaissi, A.; Johnson, T. & Kirschbaum, M.S. 2003. Measuring Teamwork and Patient Safety Attitudes of High-Risk Areas. *Nursing Economics*, September-October 2003, Vol. 21; No. 5, 211-218.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2004. *Etiikka hoitotyössä*. 1.-2. painos. Juva: WS Bookwell Oy.

Leonard, M.; Graham, S. & Bonacum, D. 2004. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care* 2004, 13(Suppl 1), i85-i90.

Mailloux, C. 2011. Two heads are better than one: the future of patient safety and quality care. *Pennsylvania Nurse* 2011, Jun;66(2):12-14.

Makary, M.A.; Sexton, J.B.; Freischlag, J.A.; Millman, E.A.; Pryor, D.; Holzmüller, C. & Pronovost, P.J. 2006. Patient Safety in Surgery. *Annals of Surgery*, Volume 243, Number 5, May 2006, 628-635.

Mikkonen, S. 2011. Luovutusprosessin haasteet ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Viitattu 2.5.2012 <http://www.ensihoidontiedotus.fi/jutut/95-sami-mikkonen>.

Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim* 2006;122, 2459-2470.

Richardson, A. & Storr, J. 2010. Patient Safety: a literative review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration. *International Nursing Review* 57, 12-21.

Sammer, C.E.; Lykens, K.; Singh, K.P.; Mains, D.A. & Lackan, N.A. 2010. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 2010; 42:2, 156-165.

Sandlin, D. 2007. Improving Patient Safety by Implementing a Standardized and Consistent Approach to Hand-Off Communication. *Journal of PerAnesthesia Nursing*, Vol 22, No 4, August 2007, 289-292.

Wilson, H. & Walker, I.A. 2008. Theatre checklists and patient safety. *Anaesthesia* 2008, 63, 921-923.

Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu –tutkielma, Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos.

Zimmerman, T.; Terrell, G.; Borg, D.; Martin, P. & Smith, P. 2007. Patient Safety in the Operating Room. H&HN: Hospital & Health Networks, 2007 Mar;81 (3).

POTILASTURVALLISUUS PÄIVYSTÄVÄLLÄ LEIKKAUSOSASTOLLA

raportointi ja sisäinen kommunikaatio

Turun ammattikorkeakoulu
Opinnäytetyö
Kirsi Koivuaho
2013

Sisältö

- Potilasturvallisuuteen kuuluu
- Potilasturvallisuutta lukuina
- Kustannukset
- Raportoinnin haasteet
- Poikkeamia ennakoivat varoitussignaalit
- Briefing - tilannepäivitys
- Tarkistuslistat
- Poikkeamien raportointijärjestelmään kohdistuvia vaatimuksia

Potilasturvallisuuteen kuuluu

- Laiteturvallisuus
 - laitteiden turvallisuus
 - käyttöturvallisuus
- Lääkehoidon turvallisuus
 - lääketurvallisuus
 - lääkitysturvallisuus
- Hoidon turvallisuus
 - hoitomenetelmien turvallisuus
 - hoitamisen turvallisuus

Potilasturvallisuutta lukuina

- joka kymmenes potilas kokee haattatapahtuman
- joka sadas potilas kokee vakavan haattatapahtuman, joka johtaa pysyvään vammautumiseen tai kuolemaan
- kommunikaation häiriöt myötävaikuttamassa valtaosaan haattatapahtumista
- puolet haattatapahtumista olisi estettävissä

Kustannukset

- suurimmat kustannukset leikkauskomplikaatioista, toisena lääkehoidon poikkeamista ja kolmantena virheellisistä tai viivästyneistä diagnooseista ja hoidoista
- haattatapahtumista vuosittain kuluja yli 400 miljoonaa euroa (ei sisällä avo- tai pitkäaikaishoitoa eikä terveydenhuollon ulkopuolisia kustannuksia)
 - tällä summalla voisi kustantaa 50 000 lonkan tekonivelleikkausta tai 120 000 sepelvaltimoiden pallolaajennusta (Järvelin ym. 2010)

Raportoinnin haasteet

- osapuolten välisen ammatillisen arvostuksen puute
- vajavaiset tiedot toisen yksikön toiminnasta
- hierarkiset erot
- avointa keskustelua estävä ilmapiiri
- inhimilliset tekijät: kiire, vireystilan muutokset, kokemattomuus

Poikkeamia ennakoivat varoitussignaalit (Helovuori ym. 2011)

- tietojen ristiriitaisuus
- kommunikaation puute
- hämmennys
- toimintamalleista poikkeaminen
- asetetut tavoitteet jäävät saavuttamatta
- eriäviä näkemyksiä ei tuoda ilmi
- väsymys, poissaolevuus ja stressi

Briefing – tilannepäivitys (Helovuo ym. 2011)

- kaikki osallistujat kokoontuvat ennen työvaihetta/toimenpidettä
- toteutussuunnitelma
- työnjako
- kriittiset vaiheet
- riskit ja varautuminen
- toiminta ongelmatilanteissa

Tarkistuslistat

- **SBAR**

- Situation (tunnistaminen, nykytilanne)
- Background (oleelliset taustatiedot)
- Assessment (arvio hoidon tarpeesta)
- Recommendation (suositus toiminnasta)

- **WHO: Surgical Safety Checklist**

- alkutarkistus
- aikalisä
- lopputarkistus

Poikkeamien raportointijärjestelmään kohdistuvia vaatimuksia (Helovuo ym. 2011, 139.)

- aloitteellisuus (perustuen ilmoituksen vapaaehtoisuuteen)
- luottamuksellisuus
- rankaisemattomuus
- käytettävyys
- järjestelmäsuuntautuneisuus
- vastuu ja tarkoituksenmukaisuus

Lähteet

- Beckett, C.D. & Kipnis, G. 2009. Collaborative Communication: Integrating SBAR to Improve Quality/Patient Safety Outcomes. *Journal for Healthcare Quality*, Vol 31, No. 5, September/October 2009, 19-28.
- Bleakley, A.; Boyden, J.; Hobbs, A.; Walsh, L. & Allard, J. 2006. Improving teamwork climate in operating theatres: The shift from multiprofessionalism to interprofessionalism. *Journal of Interprofessional Care*, October 2006, 20(5), 461-470.
- Christie, P. & Robinson, H. 2009. Using a communication framework at handover to boost patient outcomes. *Nursing Times*, 1 December 2009, Vol 105, No 47, 13-15.
- Haig, K.M.; Sutton, S. & Whittington, J. 2006. SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians. *Journal on Quality and Patient Safety*, March 2006, Volume 32, Number 3, 167-175.
- Helovuori, A.; Kinnunen, M.; Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Fioca Oy. Helsinki.
- Järvelin, J.; Haavisto, E. & Kaila, M. 2010. Potilasturvallisuuden kustannukset. *Suomen Lääkärilehti* 12/2010 vsk 65, 1123-1127.
- Kaissi, A.; Johnson, T. & Kirschbaum, M.S. 2003. Measuring Teamwork and Patient Safety Attitudes of High-Risk Areas. *Nursing Economics*, September-October 2003, Vol. 21; No. 5, 211-218.
- Leonard, M.; Graham, S. & Bonacum, D. 2004. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care* 2004, 13(Suppl 1), i85-i90.

Lähteet

- Mailloux, C. 2011. Two heads are better than one: the future of patient safety and quality care. Pennsylvania Nurse 2011, Jun;66(2):12-14.
- Makary, M.A.; Sexton, J.B.; Freischlag, J.A.; Millman, E.A.; Pryor, D.; Holzmueller, C. & Pronovost, P.J. 2006. Patient Safety in Surgery. Annals of Surgery, Volume 243, Number 5, May 2006, 628-635.
- Mikkonen, S. 2011. Luovutusprosessin haasteet ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Viitattu 2.5.2012 <http://www.ensihoidontiedotus.fi/jutut/95-sami-mikkonen>.
- Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim 2006;122, 2459-2470.
- Richardson, A. & Storr, J. 2010. Patient Safety: a literative review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration. International Nursing Review 57, 12-21.
- Sammer, C.E.; Lykens, K.; Singh, K.P.; Mains, D.A. & Lackan, N.A. 2010. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. Journal of Nursing Scholarship, 2010; 42:2, 156-165.
- Sandlin, D. 2007. Improving Patient Safety by Implementing a Standardized and Consistent Approach to Hand-Off Communication. Journal of PerAnesthesia Nursing, Vol 22, No 4, August 2007, 289-292.
- Wilson, H. & Walker, I.A. 2008. Theatre checklists and patient safety. Anaesthesia 2008, 63, 921-923.
- Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu – tutkielma, Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos.
- Zimmerman, T.; Terrell, G.; Borg, D.; Martin, P. & Smith, P. 2007. Patient Safety in the Operating Room. H&HN: Hospital & Health Networks, 2007 Mar;81 (3).