

Venla Lehtinen & Mira Niemi

**KIRJAAMISEN MERKITYS POTILAS-
TURVALLISUUDELLE**
Kysely Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen
kuntayhtymän hoitohenkilökunnalle

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutus

2017



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijä/Tekijät Venla Lehtinen ja Mira Niemi	Tutkinto Sairaanhoitaja (AMK)	Aika Huhtikuu 2017
Opinnäytetyön nimi Kirjaamisen merkitys potilasturvallisuudelle. Kysely Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymän hoitohenkilökunnalle		54 sivua 14 liitesivua
Toimeksiantaja Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä		
Ohjaaja Riitta Riikonen		
Tiivistelmä <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymän hoitohenkilökunta kuvaa hoitotyön kirjaamista ja miten potilasturvallisuus toteutuu kirjaamisessa. Tulosten avulla pyritään kehittämään potilasturvallista hoitotyön kirjaamista.</p> <p>Aineisto kerättiin sähköisesti Webropol-kyselylomakkeella Mikkelin keskussairaalassa sekä Moision sairaalassa yhteensä 11 osastolla marraskuussa 2016. Kysely jaettiin osastonhoitajien välityksellä sähköisesti 292 hoitajalle, ja siihen vastasi 91 hoitajaa. Vastausprosentiksi muodostui 31 %.</p> <p>Hoitajat näkivät potilasturvallisen kirjaamisen tärkeäksi aiheeksi. Hoitohenkilökunnan mielestä parhaiten kirjataan erilaiset vahingot, suullinen ja kirjallinen ohjaus, jatkohoito-ohjaus sekä itsemääräämisoikeutta rajoittavat toimenpiteet. Myös henkilötiedot kirjataan hyvin ja tavoitteet ovat potilaslähtöisiä. Hyvän kirjaamisen kriteereitä pyritään noudattamaan ja kirjaaminen on toteutettu rakenteisesti.</p> <p>Haasteellisiksi kohdiksi kirjaamisessa hoitajat näkivät potilassiirrot, lyhenteiden käytön sekä hiljaisen raportoinnin. ISBAR tuntui vieraalta työskentelyavulta kirjaamisessa, ja jotkut kokevat, että aika ei riitä potilasturvalliseen kirjaamiseen. HaiPro-ilmoituksen tekeminen ei ollut täysin päivänselvä asia tässä kyselyssä, ja HaiProjen käytöstä ja jälkikäsittelystä koettiin epävarmuutta. Kehitysalueiksi nousivat kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistäminen, tiivis ja selkeä kirjaaminen, tietojen helppokäyttöisyys sekä kirjaamiskoulutukset.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää potilasturvallisen ja hyvän kirjaamisen kriteerien kehittämistyössä.</p>		
Asiasanat kirjaaminen, potilasasiakirja, potilasturvallisuus ja potilasvahingot		

Author (authors)	Degree	Time
Venla Lehtinen, Mira Niemi	Bachelor of Nursing	April 2017
Thesis Title The Significance of Documentation to Patient Safety. An Inquiry to the Nursing Staff of South Savo Social And Health Care District.		54 pages 14 pages of appendices
Commissioned by South Savo Social And Health Care District		
Supervisor Riitta Riikonen		
Abstract <p>The objective of the thesis was to find out how the nursing staff of South Savo Social And Health Care District describes nursing documentation and how documentation affects patient safety. The results of the inquiry will be used to develop documentation to an even safer direction for the patients.</p> <p>The data was collected using an online survey in November 2016. The link to the survey was delivered via the head nurses to 11 departments in Mikkeli Central Hospital and Moisio Hospital.</p> <p>Patient safety development was seen as an important issue. In the nursing staff's opinion patients' personal information, the care instructions given to patients and different kinds of patient accidents, are well documented. Challenges in documentation were found for example in the ISBAR documentation tool, the patient accidents reporting, and patient transfers from one department to another. The main development points found in the study results showed the need for increasing documentation training frequency, standardizing the documentation routines between departments and making the documentation programs as user friendly as possible. These points are valid and useful to the thesis commissioner.</p> <p>The results of the thesis can be further used when developing nursing documentation guidelines in South Savo hospitals.</p>		
Keywords documentation, model, thesis, report writing		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS	3
3	POTILASTURVALLISUUS RAKENTEISESSA KIRJAAMISESSA	4
3.1	Lähdeaineiston tiedonhaku	4
3.2	Potilasturvallisuus.....	6
3.3	Potilasturvallisuutta heikentävät ja edistävät tekijät.....	10
3.4	Laadukas hoitotyön kirjaaminen	12
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	16
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	17
5.1	Menetelmät ja kyselyn teoriatausta.....	17
5.2	Kyselyn tekeminen.....	21
6	TULOKSET	24
6.1	Potilasturvallinen kirjaaminen.....	28
6.2	Vahinkotapahtumien raportointi ja ISBAR.....	30
6.3	Hoitajan ammatillisuus	32
6.4	Potilaslähtöinen kirjaaminen	32
6.5	Avoimet kysymykset ja sisällön erittely	33
7	POHDINTA.....	36
7.1	Tulosten pohdintaa	36
7.1.1	Kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen	38
7.1.2	Avoimuus ja vaaratapahtumien käsittely	40
7.1.3	Työskentelyapuja kirjaamiseen	41
7.2	Luotettavuus ja eettisyys.....	42
7.3	Opinnäytetyön tulosten käytettävyys ja oppimisprosessi	45
	LÄHTEET	46

LIITTEET

- Liite 1. Kirjallisuuskatsaus
- Liite 2. Hoitotyön hyvän kirjaamisen kriteerit
- Liite 3. Saatekirje vastaajille
- Liite 4. Saatekirje osastonhoitajille
- Liite 5. Kyselylomake

1 JOHDANTO

Hoitaja käyttää välittömään hoitotyöhön 61 % ajastaan ja 35 % välilliseen hoitotyöhön sekä osaston muihin toimintoihin. Tarkat ajankäyttöjakaumat vaihtelivat sairaalan sisällä osastoittain. Hoitajalla kuluu melko paljon aikaa myös välilliseen hoitotyöhön, kuten kirjaamiseen. (Kaustinen 2011, 87.)

Sähköinen kirjaaminen on yksi hoitotyön tärkeä toiminto, jonka pääidea on, että dokumentoidun tiedon tulisi olla helposti luettavissa ja saatavilla. Sen tulisi myös kehittää hoitotyötä ja lisätä potilasturvallisuutta. Silti suuri osa nopeasta tiedonvälityksestä tehdään yhä muistilappujen välityksellä ja suullisesti. Potilasasiakirjoilla on merkitystä sekä potilaan että hoitajan oikeusturvan näkökulmasta. Suomessa on tavoitteena ollut kansallisesti yhtenäinen tapa kirjata jo vuosien ajan, ja tämän tavoitteen saavuttamista on edistetty muun muassa erilaisin kehittämishankkein. Tavoitteeseen ei ole pyrkimyksistä huolimatta täysin päästy. Järjestelmiä on kritisoitu muun muassa huonon käytettävyyden vuoksi siksi, ettei niitä käytetä riittävän moniammatillisesti. (Nykänen & Junttila 2012, 20–22, 15; Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 41–43; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.)

Suomessa hoitotyötä dokumentoidaan usealla eri tavalla: hoitotyön kansallisen rakenteisen kirjaamismallin mukaan (esim. Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymässä eli Essotessa), yliopistollisten sairaaloiden yhteisesti kehittämän moniammatillisen hoitokertomuksen otsikkorakenteen mukaan (mm. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä ja Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa) sekä potilaiden hoitoisuuden arviointiin käytettävän mittarin osa-alueiden mukaisesti (esim. Oulun yliopistollinen sairaalassa). (Nykänen & Junttila 2012, 15–19.) Ongelmana eivät ole vain valtakunnalliset järjestelmäerot, vaan useat eri alakohtaiset erot; esimerkiksi Tampereen yliopistollisessa sairaalassa potilastietojärjestelmistä ovat käytössä mm. Uranus Miranda-osioineen, tehotietojärjestelmä Clinisoft sekä raskaana olevien, synnytysten ja vastasyntyneiden hoidossa iPana, eli järjestelmiä toimii rinnakkain, eivätkä ne ole aina yhteydessä keskenään (Arvola ym. 2012, 955).

Hoitotyön rakenteista kirjaamista on tutkittu ja kehitetty laajasti Suomessakin (Nykänen 2012, 21; Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 41–43). Kirjaaminen on muuttunut paljon viime vuosikymmenten aikana (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 43), ja tietotekniikan käytön laajuus kansainvälisesti katsottuna on poikkeuksellisen laajaa Suomessa (Arvola ym. 2012, 955). Julkaistua tietoa järjestelmien käyttöön liittyvistä haitoista ja vaaroista on kuitenkin Arvolan (2012, 955) mukaan valitettavan vähän.

Potilasturvallisuutta on tutkittu kansainvälisesti 1990-luvulta lähtien, ja Suomessa se on ollut varsinainen suuntaus 2000-luvulla (Helovuori ym. 2012, 33; Härkönen 2012, 21). Aktiivisimmin potilasturvallisuutta on kehitetty Tanskassa, Ruotsissa, Australiassa, Iso-Britanniassa ja Yhdysvalloissa (Varis 2011, 6; Kupari 2012, 4). Viime vuosina on tutkittu esimerkiksi, miten potilaan läsnäolo vuororaporttitilanteessa vaikuttaa vaihdettuun tietoon potilaan oman näkökulman ja kokemusten tullessa paremmin esille (Kerr ym. 2014). Toinen tutkimuskohde on ollut tekniikan hyödyntämismahdollisuus vuoronvaihtotilanteissa. Suullisten vuororaporttien nauhoittaminen ja nauhojen purkaminen kirjausjärjestelmiin yhdenmukaistaisi kollegalta saatuja ja kirjattuja tietoja. (Johnson ym. 2014, 79–80.) Pietikäisen (2008, 7, 56) mukaan organisaatioiden potilasturvallisuuteen liittyvää tutkimusta on tehty toistaiseksi vähän Suomessa, ja olemassa oleva tieto oli niin kansainvälisesti kuin kotimaisestikin pirstaleista. Potilasturvallisuutta tutkitaan usein negatiiviselta kannalta, ja hoitajien on vaikeaa muun muassa määritellä hyvää potilasturvallisuutta (Pietikäinen 2008, 54–56; Varis 2011, 39).

Kaiken kaikkiaan suomalaiset sairaanhoitajat arvioivat potilasturvallisuuskulttuuriamme kriittisesti (Turunen ym. 2015, 156). Myönteistä kehitystä on kuitenkin ollut jo havaittavissa viime vuosina asian tiimoilta. Hoitajien näkökulmasta potilasturvallisuutta edistää yhteisöllinen, avoin ja ei-syyllistävä työilmapiiri. Tällaisessa ilmapiirissä vaaratapahtumat uskalletaan käsitellä avoimemmin ja ne myös raportoidaan todennäköisemmin HaiPro-ilmoituksina rekisteriin. Toi-

saalta hoitajat kaipaisivat selvästi lisää positiivista palautetta potilasturvallisuutta edistävästä toimintatavoistaan. Hoitotyön hyvän johtamisen on havaittu lisäävän potilasturvallisuutta. (Turunen ym. 2015, 159; Salminen-Tuomaala 2015, 27–32.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän hoitohenkilökunnan näkemyksiä hoitotyön kirjaamisesta potilasturvallisuuden näkökulmasta. Aiheen valintaan vaikutti muun muassa se, että kirjaaminen on keskeinen osa hoitotyötä. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä kirjaamisen merkitys on korostunut ja sitä ollaan kehittämässä yhä potilaslähtöisempään ja monimuotoisempaan suuntaan. Potilasturvallisuustekijät puhututtavat säännöllisesti myös mediassa. Säästöjä haetaan kaikkialta, ja potilasta nähdään yhä vähemmän hoitajaksojen lyhentyessä sairaaloissa.

Opinnäytetyömme pohjana käytämme Kokin ja Valjakan (2015) kyselylomaketta hoitotyöntekijöiden näkemyksistä hoitotyön kirjaamisesta. Aiomme lisätä potilasturvallisuuteen liittyviä väittämiä, mutta käytämme pohjalla esitestattua lomaketta. Kyselyssä haemme vastauksia hoitohenkilöstöltä, jolla tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan sairaanhoitajia, lähihoitajia, mielenterveyshoitajia ja perushoitajia eli niitä, jotka käyttävät Essoten sairaaloissa Efficca-järjestelmää hoitotyössään.

2 TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri koostui kahdesta Mikkelissä sijaitsevasta sairaalasta, Mikkelin keskussairaalasta sekä Moision sairaalasta opinnäytetyömme tekohetkellä talvella 2016. Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä työskenteli vakinaisessa toimessa tai virassa 694 sairaanhoitajaa sekä muuta hoitohenkilökuntaa 111 vuonna 2015. Lisäksi hoitajien ryhmässä on paljon osa-aikaisia työntekijöitä. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin henkilöstökertomus 2015.)

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri muuttui Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymäksi 1.3.2016 alkaen. Tässä työssä käytämme myös uutta lyhennettä Essote. Valtaosa jäsenkunnista integroitui osaksi kuntayhtymän toimintaa, ja 1.1.2017 esimiehet aloittivat uusissa viroissaan, jolloin henkilöstö siirtyi jäsenkunnista kuntayhtymän palvelukseen. Jäsenkuntia ovat Mikkeli, Kangasniemi, Hirvensalmi, Pertunmaa, Mäntyharju, Puumala ja Juva. Pieksämäki ja Joroinen ostavat vain erikoissairaanhoidon palvelut Essotelta.

1.1.2017 mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden päivystys on siirtynyt MKS:aan sekä röntgen ja jatkossa myös hyvinvointikeskuksen monet muut palvelut keskittyvät keskussairaalan alueelle nykyisiin rakennuksiin sekä tuleviin Perhetaaloon ja Mielentaloon. Terveystakeskukset ja -asemat muuttuvat hyvinvointikeskuksiksi ja -asemiksi tulevaisuudessa. (Etelä-Savon sote 2016; Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä 2016.)

3 POTILASTURVALLISUUS RAKENTEISESSA KIRJAAMISESSA

3.1 Lähdeaineiston tiedonhaku

Työn keskeisiä käsitteitä ovat *kirjaaminen*, *potilasasiakirja*, *potilasturvallisuus* ja *potilasvahingot*. Tiedonhaun portaaleina on käytetty Mediciä, Julkaria, Cinahlia ja JBI:tä. Ensin tutkimustietoa haettiin pääasiassa Medicistä ja kotimaisista lähteistä, sillä uskomme potilasturvallisuuden ja kirjaamisen ilmiöiden löytyvän parhaiten järjestelmien sisältä, vaikka ongelmat varmasti ovatkin universaaleja. Taulukossa 1 on esitelty työmme aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

TAULUKKO 1. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaistu vuosina 2006–2016	Julkaistu ennen vuotta 2006
Käsittelee hoitohenkilökunnan tai potilaiden kokemuksista potilasturvallisuudesta ja / tai rakenteisesta kirjaamisesta	Aiheen ulkopuolelle jäävä aineisto
Suomen- tai englanninkielinen aineisto	Muunkielinen aineisto
Koko aineisto saatavilla maksutta	Aineistoa ei saa Xamkin kirjastoon / yleisiin kirjastoihin maksutta
Tieteellinen tutkimus, väitöskirja, pro gradu, ammattilehden julkaisu, tiedelehti	Aikakauslehdet, pääkirjoitukset jne.

Näillä rajauksilla saimme Medicistä pelkällä haulla potilasturvallisuus 114 osumaa ja kirjaaminen 179 osumaa. Potilasturvallisuus AND kirjaaminen antoi 12 tulosta ja potil* AND dokumentointi 102 osumaa, joten asiasta on artikkeleita ja tutkimuksia suomenkielisinäkin saatavilla. Tarkennettaessa haut väitöskirjoihin ja pro graduihin, lähteitä oli 35. Medicistä valitsimme tarkasteluun kaksi pro gradu -työtä, jotka keskittyivät HaiPro-vahinkoilmoituksiin (Härkönen 2012; Arvelin & Lepola 2008). Kohdistimme hakumme myös manuaalisesti Hoitotiede ja Tutkiva hoitotyö -lehtiin, joista etsimme ajankohtaisia tutkimusartikkeleita aiheesta. Tätä kautta valitsimme kotimaiset tutkimusartikkelit mukaan (Sahlström 2012; Saranto ym. 2014; Turunen ym. 2015 ja Salminen-Tuomaala 2015). Julkarista löysimme ajankohtaiset THL:n julkaisut aiheesta.

Haettaessa kansainvälisiä hoitotieteellisiä tutkimuksia samoilla kriteereillä JBI:stä (Ovid)"patient records" AND "patient safety" saimme vain 7 artikkelia. Hakulauseke "patient" AND "documentation" antoi jo 323 tutkimusta. Cinahlistä samalla hakulausekkeella tuli 11875 osumaa, joista koko tutkimus tai tut

kimusartikkeli löytyi 1673:sta. Lisäksi kokeilimme Cinahlissa ”patient safety” AND ”documentation in nursing” -hakulausetta, jolla saimme 62 tutkimusta. Valitsemamme lähdeaineisto esitellään Liittessä 1.

3.2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus on laaja käsite, jonka alle mahtuu niin hoidon turvallisuus kuin lääkitysturvallisuus ja laiteturvallisuuskin (Snellman 2009, 37). Sillä on monikansallinen tausta, sillä WHO perusti 2004 World Alliance for Patient Safety -organisaation luodakseen edellytykset maailmanlaajuiselle potilasturvallisuustyölle. WHO:lla on erilaisia monikansallisia työryhmiä, joilla pyritään edistämään potilasturvallisuutta, kuten käsihygienian edistämisyhmä (World Health Organization 2007, 12), tutkimukseen perustuva näyttö -työryhmä (World Health Organization 2007, 32) tai kirurgisen potilaan leikkaustiimin tarkistuslista -työryhmä (World Health Organization 2007, 24). WHO:n työ on tärkeää, muun muassa Helkiön (2015, 45, 5) tuoreen väitöstyön mukaan WHO:n kolmivaiheinen tarkistuslista sopii korva-, nenä- ja kurkkutautien alan leikkauksiin ja lisää potilasturvallisuutta. Myös Euroopan unioni on antanut suosituksensa potilasturvallisuudesta (Euroopan unionin neuvoston suositus potilasturvallisuudesta ja hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemisestä ja valvonnasta 2009).

Potilasturvallisuus on osa sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaa, ja STM:n potilasturvallisuusstrategiassa se määritellään laadun perustaksi. Potilasturvallinen hoito toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. Siinä hyödynnetään olemassa olevia voimavaroja parhaalla mahdollisella tavalla. Turvallisessa hoidossa käytetään vaikuttavia menetelmiä siten, ettei hoidosta saa koitua potilaalle ylimääräistä vahinkoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 11.) Suomalaista sairaanhoitoa pidetään suurimmaksi osaksi turvallisena ja luotettavana, vaikka hoitovirheen mahdollisuuden tiedostaa ainakin noin neljäsosa potilaista (Sahlström ym. 2012, 6–7). Laadukas kirjaaminen on yksi selkeä potilasturvallisuutta edistävä tekijä (Salminen-Tuomaala 2015, 27–32).

Potilasturvallisuus on ajankohtainen asia sosiaali- ja terveydenhuollossa, ja sitä on tietoisesti edistetty vuodesta 2005 lähtien. Sosiaali- ja terveysministeriö

on laatinut potilasturvallisuusstrategian potilasturvallisuuden edistämiseksi vuonna 2009. Erilaista potilasturvallisuuskoulutusta on pidetty tärkeänä viime vuosina. THL:llä on mm. ollut vuosina 2011–2015 ”Potilasturvallisuutta taidolla” -hanke. (Helovuo ym. 2012, 31–34; Varis 2011, 6.) Potilasturvallisuutta ja tiedon laatua edistää myös tiedon rakenteisuus, kun kirjattu tieto on käytettävissä myös toisessa organisaatiossa tai toisessa potilastietojärjestelmässä (Virkkunen ym. 2015, 15).

Potilasturvallisuuskulttuuri on tärkeää, sillä potilaiden turvallista hoitoa edesauttaa systemaattinen toimintatapa, sitä tukeva johtaminen, arvot ja asenteet. Hyvä potilasturvallisuuskulttuuri sisältää riskien arvioinnin, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuvan kehittämisen. (Potilasturvallisuusopas 2011; Ulrich & Kear 2014, 450.) Potilasturvallisuus ja sen laatu on säädetty terveydenhuoltolain 8. §:ssä (terveydenhuoltolaki 1326/2010). Vaikka potilasturvallisuuteen pyritään, tutkimusten mukaan länsimaissakin joka kymmenes potilas kohtaa jonkinlaisen haittatapahtuman hoitonsa aikana (Helovuo ym. 2012, 18). Potilasturvallisuutta voidaan myös parantaa ennakoimalla, sillä elvytystilanteisiin joutuneilla potilailla 80 %:lla on poikkeavia elintoimintoja edeltävinä tunteina ja näitä voitaisiin huomata esimerkiksi erilaisin teknisin välinein avulla ennen hätätilannetta ja ehkäistä koko tilanteen syntyminen hoitotoimenpiteillä. Kokemusta onkin jo Turun ja Tampereen yliopistosairaaloista ns. trigger-työkaluista, joissa sanayhdistelmät tai arvot varottavat haittatapahtumista. (Volmanen 2014, 25–26; Kaasinen & Sinipuro 2014, 11.)

Prosesseihin ja toimintatapoihin liittyy potilasturvallisuusriskejä. Jos yksiköstä puuttuu yhtenäisiä käytäntöjä, ne ovat vanhentuneet tai prosessit on tulkinanvaraisia, on mahdollisuus riskeille ja vaihtelukin on suurempaa. Näihin tulee rakentaa erilaisia sähköisiä varoitusjärjestelmiä lisää, nyt hyviä muistuttajia ovat mm. huomautus lääkkeiden yhteisvaikutuksista, poikkeavasta laboratorioarvosta tai lääkkeen antamattomuudesta. Informaation tehokkaalla hyödyntämisellä lisätään potilasturvallisuutta. (Helovuo ym. 2012, 63–67.) Toimintatapoja muuttamalla haittatapahtumia voitaisiin vähentää huomattavasti. Erilaisia tarkistuslistoja olisi helppo tehdä ja ottaa käyttöön, ja ne voisivat aiheuttaa virheiden vähenemistä. Listojen tulisi olla lyhyitä ja selkeitä, jotta niitä on helppo lukea ja noudattaa. (Kinnunen ym. 2015, 663.)

Sahlström ym. (2012, 11) pohtivat tutkimustuloksiinsa liittyen suomalaista hoitokulttuuria, jossa potilasta pidetään liian helposti hoidon vastaanottajana ammattitaitoisen henkilökunnan tehdessä hoitoa koskevat päätökset. Osa potilaista haluaakin asian olevan näin, mutta toisaalta lähes kaikki vastaajista olivat sitä mieltä, että potilaiden tulisi olla aktiivisia osallistujia hoidon turvallisuuden varmistamisessa. Turusen ym. (2015, 160) mukaan sairaanhoitajat itse arvioivat kaikkein kriittisimmin juuri niitä hoitotilanteita, joissa vaaratapahtumia sattuu. Potilaita tulisi kannustaa aktiiviseen otteeseen ja kiinnostukseen omaa hoitoa ja sen turvallisuutta koskien. Tämän toteutuminen vaatii hoitohenkilökunnalta tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia valmiuksia sekä hyviä yhteistyötaitoja. Toisaalta potilaat eivät saa myöskään joutua ottamaan liikaa vastuuta turvallisuudestaan. (Sahlström ym. 2012, 11; Salminen-Tuomaala 2015, 27–32.)

Varmistaminen kuuluu olennaisesti potilasturvallisuuteen, ja etenkin tiedon kulkua tulee tarkistaa (Kinnunen 2009, 188). Kommunikointiin liittyvät ongelmat ovat noin 65 %:ssa haittatapahtumien taustalla (Kupari 2012, 5–6). Koska suullisessakin kommunikaatiossa voi aina tapahtua virheitä, on rakenteellisella ISBAR-menetelmällä mahdollista järjestää olennaista informaatiota selkeään ja tiiviiseen muotoon aina samalla kaavalla. Se mahdollistaa johdonmukaisen ja yhtenäisen kommunikaation kaikkien ammattilaisten keskuudessa. Lisäksi menetelmä kehittää kriittisen ajattelun taitoja ja rohkaisee tekemään toimintaehdotuksia. Muun muassa Kanadassa, Englannissa ja tehdyissä tutkimuksissa ISBAR-menetelmän käyttö on lisännyt potilasturvallisuutta. (Potilasturvallisuus 2016; Helovuo ym. 2012, 207; Kupari 2012, 18.)

ISBAR-menetelmä koostuu sanoista identity (tunnista itsesi ja potilas), situation (kuvaile tilanne sekä syy hoitoon hakeutumiseen), background (taustatekijät, esim. sairaudet ja toimenpiteet), assessment (arvioidaan hoidon tarvetta) ja recommendation (kerrotaan oma suositus toiminnaksi). Lopuksi molemmilla on mahdollisuus kysymyksiin. Menetelmä on alun perin kehitetty yhdenmukaistamaan suullista tiedonkulkua 1990-luvulla Yhdysvaltojen puolustusvoi-

missa, josta se levisi myöhemmin myös terveydenhuoltoon. (Potilasturvallisuus 2016; Helovuo ym. 2012, 207; Kupari ym. 2012, 29–30; Kupari 2012, 5–6.)

HaiPro-työkalu on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu. Suomessa se on käytössä yli 200:ssä sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä ja käyttäjiä on n. 140 000. HaiPro on tarkoitettu toiminnan kehittämiseen yksiköiden sisäisessä käytössä, ja siihen voidaan liittää henkilöstöön kohdistuvien haittatapahtumien kirjaaminen. Raportointi perustuu vapaaehtoisuuteen ja syyttelemättömään vaaratapahtumien ilmoittamiseen, jossa tarkoituksena on saada oppia uhkaavista tilanteista. Jos potilaalle on koitunut hoidon seurauksena haittatapahtuma, tästä tulee kertoa avoimesti potilaalle (Potilasturvallisuusopas 2011, 19; HaiPro 2016). HaiPro-järjestelmän koetaan lisäävän potilasturvallisuutta, ja sen käyttö on lisääntynyt vuosi vuodelta nimenomaan sairaanhoitajien käyttäminä. Käsittelyprosessi on hidas ja ilmoitusten syyksi kirjataan usein kiire. Myös työolot, uupuminen, viihtyvyys ja työtyytyväisyys voivat vaikuttaa potilasturvallisuuteen. (Kinnunen ym. 2009, 186; Härkönen 2012, 53–59; Varis 2012, 24.) Sairaanhoitajatkin arvioivat riittämättömät työvoimamitoitukset yhtenä merkittävänä potilasturvallisuutta heikentävänä seikkana, joskin sen kehityssuunta viime vuosina on ollut positiivinen (Turunen ym. 2015, 159).

Myös tietoturvallisuus on tärkeää, mikä korostuu elektronisessa kirjaamisessa, sillä väärinkäyttäjät voivat saada tietoonsa suuriakin määriä kansalaisten potilaskertomuksia jopa jälkiä jättämättä (Ensio 2007, 134; Härkönen 2012, 53–59). Nykyään tietoturvaa valvotaan. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palvelujen antajan, Kansaneläkelaitoksen, Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontaviraston ja Väestörekisterikeskuksen on omalta osaltaan seurattava, että sen antamaan palveluun liittyvä tietosuojajärjestelmä ja tietoturva toteutuvat (laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007).

3.3 Potilasturvallisuutta heikentävät ja edistävät tekijät

Potilasturvallisuutta heikentää potilaiden moninainen kirjo. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi monisairaita tai ylipainoisia potilaita, potilaiden henkisiä ja sosiaalisia ongelmia sekä päihdetiloja, jolloin potilaan turvallisuus joutuu helpommin uhatuksi ja hoitajalta vaaditaan moninaisia taitoja ja havainnointikykyä. Lisäksi hoitotilanteet saattavat muuttua nopeasti sairaalassa, jos potilasmäärä vaihtelee kovasti tai potilaiden vointi heikkenee äkillisesti. Tällöin henkilökunnasta saattaa olla ajoittain pulaa, koska resurssien tarvetta on vaikeaa ennakoita täydellisesti. Myös potilasvalvonnan liian vähäinen aika on nähty ongelmalliseksi. (Varis 2012, 29–30; Salminen-Tuomaala ym. 2015, 31.)

Potilaan ohjauskäytäntöjen epäselvyydet ja puutteellisuudet nähtiin riskitekijöiksi, sillä usein potilaan ohjaus saattaa jäädä kesken sairaalahoidon aikana tai sitä ei anneta ollenkaan, sillä leikkauskertomus saattaa tulla viiveellä tai jatkohoidosta on epäselvyyttä ja potilas saa liian vähän aikaa lääkärin kanssa. Siksi kirjallisten ohjeiden antaminen on tärkeää potilaan kannalta, jotta hän voi kerrata hoito-ohjeitaan myöhemmin (Salminen-Tuomaala 2015, 31; Varis 2012, 30–31).

Eräs potilasturvallisuutta heikentävä seikka on laitteiden käyttöön tai tarvikkeisiin liittyvät haattatapahtumat. Laitteiden toimimattomuus tai käyttöongelmat voivat aiheuttaa potilaalle vakavan vaaran. Tällöin laitteessa voi olla vikaa tai sen käytössä. Vika voi olla myös laitteen käytön perehdytyksen puutteessa tai siinä, että kyseistä laitetta käytetään niin harvoin. Laitteiden tulee olla helppokäyttöisiä ja käyttäjäturvallisia ammattiryhmälleen ja toimia tehokkaalla tavalla. Apuvälineet ja esimerkiksi soittokellot saattavat puuttua käytäväpaikoilta. (Helovuori 2015, 10; Helovuori 2012, 68; Kinnunen & Peltomaa 2009, 92–93; Varis 2012, 29–30.) Myös fyysinen ympäristö voi aiheuttaa vaaratapahtumia esim. heikon valaistuksen, ahtauden, epäkäytännöllisyyden tai huonomman hygienian takia. Ylipaikalla oleva potilas on aina turvallisuusriski. (Helovuori ym. 2012, 67; Varis 2012, 29, 30.)

Potilassiirrot on nähty potilasturvallisuutta uhkaavaksi tekijäksi, sillä tilanne on herkkä monille informointi- ja väärinymmärrystilanteille. Siirtoraportti on tärkeä myös osastosiirtojen yhteydessä. Myös hoitoon pääsyn viivästyminen tai ravinnotta pitäminen odottamisen takia antaa aiheita riskitekijöille. Myös nämä haittatekijät liittyvät potilaan hoitoon. (Varis 2012, 31–32; 39.) Perkiön (2008) tutkimuksessa potilassiirtojen ongelmakohtiksi muodostui kiire ja häiriötekijät, kuten melu tai keskeytykset. Kiire vaikutti myös kirjausten laatuun ja unohtumiseen. Ongelmaksi nähtiin myös vuorojen vaihdot, jos siirtoon osallistuva hoitaja ei ollut ehtinyt hoitaa raportoitavaa potilasta. Suullisessa ja kirjallisessa viestinnässä huomattiin, että kirjausten ääneen sanominen korosti viestinnän tehokkuutta. (Perkiö 2008, 55–57.) Lehtisen (2006, 61) tutkimuksessa kiire nähtiin ongelmaksi tiloissa, joissa hoitajalla ei ole käytettävissään rauhallista työtilaa kirjaamiseen.

Varis (2012, 39) jakaa potilasturvallisuuden riskitekijät potilaan hoitoon liittyviin riskitekijöihin ja terveydenhuollon henkilöstöstä johtuviin haittoihin. Usein virheet ovat inhimillisiä ja hoitajiin liittyviä, kuten lääkevahingoissa saattaa olla. Avelinin ja Lepolan (2009, 33) mukaan vaaratapahtumailmoituksista 74 % kuului lääke- ja nestehoitoon sekä verensiirtoon kuuluvaan luokkaan. Potilasturvallisuuteen vaikuttavat myös sosiaaliset tekijät, kuten se, että nuori hoitaja saattaa jäädä passiiviseksi ja jättää mainitsematta asiasta isossa ryhmässä (Helovuo ym. 2012, 83–84).

Dokumentointi ja tiedonkulku aiheuttavat usein haittatapahtumia, jotka johtuvat henkilöstöstä, vaikka hoidosta tulisi lain mukaan olla aina oikeaa tietoa oikeaan aikaan saatavilla. Hyvä tiedonkulku on lähtökohtana potilasturvallisuudelle. Jos tieto on saavuttamattomissa, se ei mene eteenpäin. Myös väärinymmärrykset ovat mahdollisia. Tiedonkulun ongelmat liittyvät yleensä organisaation toimintakulttuuriin, tiimin toimintaan, tietojärjestelmiin ja erilaisiin häiriötekijöihin. (Helovuo ym. 2015, 11–12.) Tiedonkulun ongelmien ja väärinymmärrysten on havaittu myötävaikuttavan jopa 70 %:iin terveydenhuollon haittatapahtumista (Kupari ym. 2012, 29).

Elektroninen kirjaaminen asettaa myös erilaisia tiedonkulun haasteita mm. poikkeustilanteissa, jos potilastietojärjestelmä kaatuu (Helovuo ym. 2012, 73;

Varis 2012, 34). Viestintäongelmiksi voidaan katsoa myös lukemattomien tietojärjestelmien yhteensopimattomuus ja keskeneräisyys sekä hiljainen raportointi, jolloin tieto voi jäädä kokonaan välittymättä. Hoitajien mielestä esimerkiksi riittämättömät henkilökuntaresurssit aiheuttavat myös potilasturvallisuutta uhkaavia tilanteita. (Varis 2012, 34–36.)

Potilasturvallisuutta edistäviksi tekijöiksi on mainittu esimerkiksi riittävät henkilöstövoimavarat, johdon tuki, tilanteiden ennakointi, perehdytyksen ja koulutuksen lisääminen, ammattitaitoinen ja osaava henkilökunta, työyhteisön hyvä ilmapiiri ja HaiPro-järjestelmä. Hoitajalta vaaditaan monenlaista tarkkaavaisuutta ja asiantuntemusta, sillä toisen tekemän virheen pystyy myös korjaamaan epäilemisen taidolla, jos esimerkiksi pilkkuvirhe tekee lääkeannoksen moninkertaiseksi. (Varis 2012, 39, 24–28.)

Potilasturvallisuutta edistetään avoimella ja positiivisella asennekulttuurilla. Tärkeää on esimerkiksi se, että erehdykset voidaan myöntää ja että johto ottaa myös vastuun potilasturvallisuuden edistämisestä toiminnan kehittämisessä ja teknologian käyttöönotossa sekä uudistettaessa organisaatiota. Myös yhteiset kaikkien tiedossa olevat käytännöt tukevat turvallisuutta sekä haittapahtumista oppiminen. Tärkeää on potilaiden kuuleminen potilasturvallisuustyössä. Myös potilas itse vaikuttaa potilasturvallisuuteen osallistumalla omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tällöin keskeisiksi tekijöiksi nousevat tieto ja tunne. Hoitohenkilökunnalla on tärkeä rooli varmistaa, että potilaan tieto on turvallista ja perusteltua. (Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia 2009, 181–182; Leino-Kilpi 2009, 173–179; Varis 2012, 24–28.) Turvallisuuden kannalta kriittisissä toimenpiteissä yhdenmukaiset käytännöt varmistavat turvallisuutta (Helovuo 2009, 103).

3.4 Laadukas hoitotyön kirjaaminen

Opinnäytetyömme kannalta keskeisin käsite on kirjaaminen, joka perustuu Suomessakin WHO:n päätöksenteon prosessimalliin, elektroniseen kirjaamiseen ja rakenteiseen kirjaamiseen. FinCC:n tarve- ja toimintoluokituksessa on

kolme tasoa: komponentti, pääluokka ja alaluokka. Tuloluokituskin on kolmitasoinen: parantunut, ennallaan ja huonontunut. Potilaasta kirjoitetaan myös vapaata, narratiivista tekstiä, jolla potilaskertomus saadaan persoonalliseksi. Tarpeen mukaan arvioidaan, onko se varma (VAR), todennäköinen (TOD) vai epäily (EP). (Iivanainen ym. 2012, 15; Saranto ym. 2007, 13.)

Hoitotyön ydintiedot on määritelty valtakunnallisesti, ja ne löytyvät kaikista kertomusjärjestelmistä. Systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa sähköisissä potilastietojärjestelmissä potilaan hoidon kuvaamista hoidon päätöksenteon vaiheiden mukaan. Sähköisiä potilasasiakirjoja käyttävät useat eri ammattiryhmät, ja siksi tiedon tulee löytyä helposti. Systemaattisuus tarkoittaa, että on sovittu, mitä ja miten kirjataan. (Saranto ym. 2007, 13–14; Syväoja & Äijälä 2009, 86.) Rakenteinen kirjaaminen tekee hoidosta sujuvampaa, helpottaa eri interventioiden tulosten selaamista ja tekee näin hoidosta jatkuvampaa ja potilaalle turvallisempaa, kun eri osastoilla ja hoitopaikoilla käytetään samankaltaista kirjausmenetelmää. (Saranto ym. 2014, 629–630.) STM:n rakenteisen kirjaamisen ensimmäiseen opasosaan on koottu sähköisten potilaskertomusten valtakunnallinen, yhtenäiseksi sovittu rakenne, näkymät, hoitoprosessin vaiheet, otsikot sekä tietosisällöt keskeisimmille potilasasiakirjojen tiedoille (Virkkunen ym. 2015, 4).

Rakenteinen kirjaaminen tapahtuu hoitotyön prosessin mukaan, ja siihen kuuluvat hoidon tarve, hoidon tavoitteet, suunnitellut toiminnot sekä hoitotyön toiminnot ja toteutus sekä tuloksien arviointi (Iivanainen & Syväoja 2012, 15–19; Nykänen & Junttila 2012, 15–16; Saranto ym. 2007, 13). Suurin hyöty rakenteisessa kirjaamisessa tulee siitä, että tietoa ei tarvitse kirjata kuin kerran ja yhteen paikkaan, minkä jälkeen se on uudelleen käytettävissä. Eri toimenpiteitä on kuvattu selkeästi aiempaa laajemmin ja hoitotyön koko prosessia kattavammin ja lainmukaisemmin. Potilaan näkökulmaa on saatu esille aiempaa enemmän, mikä vastaa potilaiden toiveita ottaa aktiivisempaa roolia hoitonsa turvallisuudessa, saada lisää tietoa liittyen hoitopolkunsa kulkuun ja etenkin osallistua päätöksentekoon. (Saranto ym. 2014, 642; Sahlström ym. 2012, 11; Virkkunen ym. 2015, 15.)

Valtakunnallisen kirjaamistyöryhmän tavoitteena on ollut laadukkaana kirjaamisen ohjeistaminen, kouluttamistarpeen arviointi ja kouluttamissuunnitelman sekä laadunvalvontamallin luominen. Kaikessa kirjaamisessa perusohje on se, että tarpeellinen tieto kirjataan ajantasaisesti. Kirjata tulee vain sellainen tieto, joka ei ole saatavissa muista järjestelmistä. Eri toiminnallisiin ympäristöihin ja käyttötilanteisiin (esim. kipupotilas, syöpäpotilas, astmapotilas, poliklinikakäynti, vuodeosastohoito) voisi määritellä hoidon prosessiohjauksen tueksi määräyspaketteja, jotka sisältäisivät lääkärin määräysten lisäksi myös kirjauksen mallipohjia hoitotyön eri vaiheisiin. (Nykänen ym. 2012, 24, 26.) THL:n raportin suositushojjeiden mukaan hoitokertomuksia tulisi yhtenäistää ja käytettävyyttä parantaa mm. kirjaamisen mallipohjien avulla ja suunnittelemalla verkkoympäristö Kanta.fi-sivuston yhteyteen kaikkien saataville harjoittelua varten (Nykänen ym. 2012, 30; 35).

Arvolan ym. (2012, 955) mukaan potilastietojärjestelmien aiheuttamat vaaratilanteet liittyivät usein juuri kirjaamiseen, järjestelmien yhteensopimattomuuteen tai määräysten kirjaantumiseen väärälle potilaalle. Hoitajat ovat toisaalta tyytyväisiä sähköiseen kirjaamiseen, mutta näkevät siinä useita ongelmakohtia. Kritiikkiä herättää mm. se, että saman asian voi kirjata oikein useaan eri paikkaan. Yhdeksi suureksi ongelmakohtaksi koetaan se, että kokonaiskuvan saamisen potilaasta voi kestää kauankin, ja jotain voi helposti jäädä huomaamatta. Hoitajien mielipidettä tulisi kuulla aktiivisesti kirjaamista kehitettäessä, jotta järjestelmä vastaisi mahdollisimman hyvin sitä käyttävien tarpeisiin. (Stevenson & Nilsson 2011, 673–674.)

Rakenteinen kirjaaminen tuo hoitajalle monenlaisia haasteita. Hoitohenkilökunnan tulee osata kirjata potilaslähtöisesti ja huomioida kirjauksissaan potilaan mielipide (Kärkkäinen 2007, 92). Karlsen (2007, 575) on havainnut hoitajien ajattelevan liian teoreettisesti kirjoittaessaan potilaan tavoitteita, jolloin hoitosuunnitelmasta tulee helposti epämääräinen eivätkä tavoitteet vastaa hoidon tarpeita. Joillakin hoitotyön osa-alueilla, kuten lääkehoito ja potilaan ohjaus, kirjaaminen on huonompaa. Jopa potilaan riskitiedoista ja lääkereaktioista on merkitty vain 50 %. Vointi on yleensä kirjattu hoitajan arvioimana, ja potilaan oma kokemus kuuluu harvoin kirjauksissa. Potilaan avuntarve on usein ilmaistu hyvin, mutta psyykkinen tila sekä ohjaaminen ja opettaminen

huonommin. (Mikkonen 2012, 44–46.) Myös tuoreehkossa Valviran puolivuotisraportissa on huomautus, että asiakastietojen kirjaamisissa on havaittu satumanvaraisuutta ja puutteita eikä esimerkiksi vanhustenhuollossa ole kirjattu asiakkaan omia toiveita tai näkemyksiä tilanteestaan (Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan havaintoja, puolivuotisraportti 2015, 16).

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymässä on tehty Hyvän hoitotyön kirjaamisen kriteerit vuonna 2011, ja niitä on päivitetty 2016 (liite 2). Kriteerejä on nykyisin 11, ja niitä on esitelty tarkemmin tätä työtä edeltävässä opinnäytetyössä. Hyvän kirjaamisen kriteerit on Essoten omaa arvoperustaa, mutta ne pohjautuvat lakiin ja potilaan oikeuksiin. Sairaanhoidopiiriin kirjaamisen työryhmä laati alun perin kriteerit yhdessä alueellisen hoitotyön dokumentointiryhmän kanssa. (Kokki & Valjakka 2015, 12–16, 2.)

Kriteerien mukaan kirjoitetun tekstin tulee olla potilasta kunnioittavaa, ymmärrettävää ja hoidon kannalta merkittävää tietoa. Kirjaajan tulee päivittää yhteistietoja sekä ottaa huomioon tietojen yhteiskäytön Essoten alueella. Hoitotyön suunnitelman määrätään olevan ajantasainen, sekä kirjaaminen tulee toteuttaa rakenteisesti sekä yhteisesti sovitulla otsikoilla, mikä auttaa hoitoisuusluokitusten tekemistä. Kriteerien mukaan potilaan näkökulma sekä hoitotyöntekijän ammatillinen näkemys ja arviointi, tulee näkyä kirjauksissa. Kirjaajan ammatti, nimi ja ajankohdan on näyttävä, sekä kaikki lääke-, laite- ja potilasvahingot on kirjattava tarkasti. Ohjaus ja jatkohoito tulee kirjata kuten myöskin potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittava hoitotoimenpide. Hoitotyön yhteenvedon tulee myös olla tehtynä hoitajakson päättyessä. (Liite 2.)

Suullinen raportointi on yhä yleistä, vaikka siihen käytetään liikaa aikaa ja päällekkäisiä toimintamuotoja (Hoffrén ym. 2011, 64). Hiljainen raportointi on yleistynyt sähköisen kirjaamisen myötä. Siinä hoitaja selvittää itse koneelta potilaidensa tilan aktiivisen tiedonhankinnan kautta. Tulee kuitenkin muistaa, että ihan hiljaista raportointi ei ole, vaan siihen sisältyy mahdollisuus tehdä tarkentavia kysymyksiä. Käytännölle löytyy vielä vastustajia, vaikka selvästi osa uskoo sen positiiviseen vaikutukseen hoitotyössä. Yliopistosairaalan kyselyyn vastanneet hoitajat kokivat, että kirjaaminen tulee saada paremmalle tasolle ennen kuin hiljaiseen raportointiin voi turvallisesti ryhtyä. Hoitajat halusivat,

että keskeiset asiat on ensin kirjattu oikeisiin kohtiin ja tieto on varmasti kaikkien saatavilla, myös johdolta kaivataan resursseja ja suunnittelua mm. tietojärjestelmäongelmiin. Kuitenkin sekä hiljaista raportointia käyttävät että käyttämättömät hoitajat näkivät hiljaisessa raportoinnissa enemmän vahvuuksia kuin heikkouksia. Osastonhoitajista 85 % näki myös hiljaisen raportoinnin tuovan ajansäästöä, ja havaittiin, että turha puhe ja ennakkoluulot saadaan pois ja tilalle tulee tietoa, johon on helpompi keskittyä. (Laukkanen ym. 2012, 21–26.) Myös Turtiaisen tutkimuksessa luovuttiin suullisesta raportoinnista, ja se kehitti ja paransi hoitajaksokohtaisten suunnitelmien ja päivittäisten hoitotoimintojen kirjaamista, koska myös itse kirjaamiseen on jäänyt enemmän aikaa. Myös arkaluontoisten asioiden käsittely väheni, ja jotkut kokivat potilaan kokonaistilanteen hahmottuvan paremmin esimerkiksi loman jälkeen. (Turtiainen 2005, 130.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän hoitohenkilökunta näkemyksiä hoitotyön kirjaamisesta. Essotessa on määritelty hyvän kirjaamisen kriteerit (liite 2). Tavoitteenamme on löytää tuloksista kirjaamisen kehittämisen kohteet. Toimeksiantajamme kiinnostaa mahdollisesti myös taustamuuttujien vaikuttaminen asiaan.

Tutkimuskysymykset

1. Miten hoitotyöntekijät kuvaavat hoitotyön kirjaamista?
2. Miten potilasturvallisuus toteutuu hoitotyön kirjaamisessa hoitohenkilökunnan mielestä?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1 Menetelmät ja kyselyn teoriatausta

Tämä opinnäytetyö toteutettiin määrällisesti. Määrällisen tutkimuksen tarkoitus on kuvailla ilmiötä ja selittää sitä numeerisesti. Määrällisessä tutkimuksessa tärkeää on aiempi teoria ja tutkimukset, tutkimuksen tekijän objektiivisuus sekä kysymysten esitestaus. (Vilkkä 2007, 14, 20, 26; Hirsjärvi ym. 2014, 138–139, 66–67.) Avoimien kysymyksien vastaukset on käyty läpi kvalitatiivisen sisällön erittelyn avulla. Sillä halutaan lisätä ymmärrystä tutkimusilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 74.)

Teoriaan perehdyttyämme teimme muun muassa kirjallisuuskatsaustaulukon (liite 1). Jokainen kyselyssä esiintyvä väittämä pohjautuu teoriaan (taulukko 2). Vilkan (2015, 105) mukaan mittarin hyvä suunnittelu on kvantitatiivisen tutkimuksen tärkein asia. Tärkeää on kärsivällisyys, tutkimusongelman selkeys ja perehtyminen teoriaan sekä asioiden välisiin suhteisiin (Vilkkä 2007, 63). Väitteiden laadinnassa keskeisintä on selvyys sekä se, ettei väittämiin sisälly kaksoismerkityksiä (Hirsjärvi ym. 2014, 202).

Taulukossa 2 on kuvattu kunkin väittämän teoriapohjat. **Lihavoidut** väittämät ovat uusia tai muokattuja väittämiä verrattuna aiempaan Kokin ja Valjakan (2015) lomakkeeseen. Jätimme pois heidän lomakkeestaan väittämän: *Potilaasta kirjoitettu teksti on potilasta kunnioittavaa*, sillä se ei liity suoraan potilasturvallisuuteen. Lisäksi muokkasimme kahdesta lyhenteisiin liittyvistä väitteistä tiiviimmän *Lyhenteiden käyttö kirjauksissa lisää potilasturvallisuutta*. Jätimme pois myös väittämän: *Kirjaaminen on toteutettu yhteisesti sovituilla otsikoilla*, sillä hyvän kirjaamisen kriteerit ovat muuttuneet ja sitä ei enää uudessa versiossa ole olemassa (ks. liite 2). Poistimme myös väittämän *Potilaan yh-*

teystiedot on päivitetty, sillä oletimme henkilötietojen päivityksen olevan monelle sama asia. Muodostimme itse 18 uutta väittämää teorian pohjalta potilasturvallisuuteen ja kirjaamiseen liittyen (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Kaikki kyselyn väittämät ja niihin liittyvät teoriapohjat. Lihavoidut väittämät on muodostettu tähän työhön, lihavoimattomat väittämät ovat Kokin ja Valjakan esitestaamia v. 2015

6.1. Tunnen Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän hyvän kirjaamisen kriteerit.	Saranto 2997; Syväoja 2009
6.2. Työyksikköni noudattaa hyvän kirjaamisen kriteereitä.	Saranto 2997; Syväoja 2009
6.3. Potilaasta kirjoitetusta tekstistä tulee yleensä esille potilaan tai läheisen mielihäpe.	Iivanainen & Syväoja 2012, Kärkkäinen 2007, Leino 2004, Sairaanhoidtajaliitto 2014, Saranto ym. 2007, Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007
6.4. Potilaasta kirjoitetusta tekstistä tulee esille hoitotyöntekijän ammatillinen näkemys.	Anttila 2011, Ikonen 2007, Leino 2004, Virolainen 2006
6.5. Potilaasta kirjoitetusta tekstistä tulee esille hoitotyöntekijän suorittama hoidon arviointi.	Anttila 2011, Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009)
6.6. Mahdolliset lääkevahingot on kirjattu aina.	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009), Virolainen 2002
6.7. Mahdolliset potilaalle haittaa aiheuttaneet laitevahingot on kirjattu.	Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009), Virolainen 2002
6.8. Mahdolliset potilasvahingot on kirjattu.	Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009), Virolainen 2002, Helovuori ym. 2012
6.9. Kaikista vaaratilanteista on tehty HaiPro-ilmoitus.	Potilasturvallisuusopas 2011, Varis 2011, Härkönen 2012

6.10. HaiProt käsitellään aina jälkeensä.	Potilasturvallisuusopas 2011, Turunen 2015, Turunen ym. 2015
6.11. Potilaan kirjallisesti saama ohjaus on kirjattu.	Mikkonen 2012, Tuomaala 2015, 31; Varis 2012; Salminen-Tuomaala ym. 2015
6.12. Potilaan suullisesti saama ohjaus on kirjattu pääsääntöisesti.	Mikkonen 2012, Tuomaala 2015, 31; Varis 2012; Salminen-Tuomaala ym. 2015
6.13. Kirjauksista näkyy, onko potilaalta varmistettu hänen ymmärtäneen saamansa ohjauksen.	Salminen-Tuomaala ym. 2015;
6.14. Potilaan jatkohoitoon liittyvät asiat on kirjattu.	Ahonen ym. 2012, Salminen 2010
6.15. Potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittava toimenpide on kirjattu lainmukaisesti.	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009),
6.16. Potilaan psyykkistä tilaa on kuvattu päivittäin.	Mikkonen 2012
6.17. Potilaasta kirjoitetussa tekstissä on käytetty ammatillista terminologiaa.	Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009)
6.18. Lyhenteiden käyttö kirjauksissa lisää potilasturvallisuutta.	Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009)
6.19. Potilaan henkilötiedot on päivitetty.	Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009), Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan havaintoja 2015
6.20. Potilaan riskitiedot on aina päivitetty.	Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan havaintoja 2015
6.21. Potilaalla on ajan tasalla oleva hoitotyön suunnitelma.	Ihalainen 1999, Saranto & Sonninen 2007, Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009), Hoffren ym.2011
6.22. Kirjaaminen on toteutettu rakenteisesti.	Ahonen 2012, Ensio 2007, Kinnunen 2013, Virkkunen 2015
6.23. Rakenteinen kirjaaminen on parantanut potilasturvallisuutta.	Saranto 2014; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

6.24. Rakenteinen kirjaaminen edesauttaa hoitoisuusluokitusten tekemistä.	Ahonen ym. 2012, Saranto & Sonni- nen 2007
6.25. Olen saanut riittävästi koulutusta hyvästä rakenteisesta kirjaamisesta.	Varis 2012; Lento 2007
6.26. Joskus on vaikeata löytää tärkeää tietoa kirjauksista.	Stevenson, Jean S. & Nilsson, Gunilla 2011; Nykänen ym. (toim.) 2012
6.27. Potilassiirroissa tietojen välittämisessä on esiintynyt puutteita.	Varis 2011, Potilasturvallisuuden työ- kaluja 2014, Perkiö 2008
6.28. Tiedän, mitä ISBAR tarkoittaa.	Potilasturvallisuus 2016; Helovu 2012; Potilasturvallisuuden työkaluja 2014; Kuisma ym. 2013; Kupari 2012
6.29. ISBAR sopii hyvin työskentely- avukseni kirjaamisessa.	Kuisma ym. 2013; Kupari 2012
6.30. Hiljainen raportointi lisää potilas- turvallisuutta.	Laukkanen, Lehti, Hassinen & Hupli 2012, Turtiainen 2005, Hoffren ym. 2011
6.31. Kirjaamiseen on riittävästi aikaa.	Lehtinen 2006, Varis 2012
6.32. Potilaan osallistuminen omaa hoi- toaan koskevaan päätöksentekoon nä- kyy kirjauksissa.	Sahlström ym. 2012, 11; Salminen- Tuomaala 2015; Kärkkäinen 2007, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
6.33. Hoidon tavoitteet ovat potilasläh- töisiä.	Kerr, Lu & McKinlay 2014, Kärkkäinen 2007, Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007
6.34. Hoitotyön yhteenveto tehdään aina.	Iivanainen & Syväoja 2012

Kyselyn päätyttyä muuttajat muutetaan taulukkomuotoon ja tuloksia kuvaillaan prosenttien avulla (Hirsjärvi ym. 2014, 138–139; 224, Vilka 2015, 110). Opin-
näytetyössämme saamme aineiston suoraan Webropoliin, jossa voi käyttää
erilaisia tilastollisia menetelmiä, prosenttitilastoja ja ristiintaulukointia sekä
tuoda sieltä valmiita taulukoita ja raportteja tilastointiohjelma Exceliin. Käy-
tämme Webropolin omaa Analytistics Statistics -ohjelmaa, joka toteuttaa erilai-
sia ristiintaulukointeja. Taulukko ja prosentit sopivat esitystavaksi, kun nume-
rotietoa on paljon ja se halutaan esittää tarkasti (Vilka 2007, 135). Käytämme
työssämme kokonaisprosentteja ja käymme kaikkien väittämien keskeisimmät

tulokset läpi. Webropol antaa suoraan tarkasteltavaksi myös tilastollisia yksiköjä, kuten mediaanin ja keskihajonnan sekä keskiarvon.

Ristiintaulukoinnilla selvitetään kahden muuttujan välisiä suhteita (Vilkkä 2007, 129; Heikkilä 2004, 210). Tässä opinnäytetyössä ristiintaulukoidaan taustamuuttujia eli vastaajien ikää, ammattinimikettä, kokemusta hoitotyöstä, työyksikköä ja raportointitapaa suhteessa siihen, miten hoitajat kuvaavat hoitotyön kirjaamista ja potilasturvallisuutta ja miten he näkevät sen toteutuvan.

Kyselyssä on kaksi avointa kysymystä. Avoimet kysymykset otettiin mukaan, jotta saadaan spontaaneja mielipiteitä ja parannusehdotuksia sanallisessa muodossa (Heikkilä 2004, 49). Avointen kysymysten vastaukset kävimme läpi soveltaen sisällön erittelyä. Luimme koko aineistomme läpi useita kertoja jäsentäen sitä osiin ja pelkistäen vastaukset. Värikoodauksen avulla lajittelimme eri aihepiireihin kuuluvat vastaukset omiin alakategorioihinsa. Taulukoimme vastaukset ja lajittelimme ne etsien omiin tutkimuskysymyksiimme sopivia vastauksia. Luokittelimme saman aihepiiriin kuuluvat vastaukset niitä yhdistäviin yläkategorioihin, ja pääkategoria kuvasi aihepiiriin tulosta. Sisällön erittelyn avulla saimme aineiston tiiviiksi, mutta laajaksi kokonaisuudeksi, josta tiedon etsiminen tuntui selkeältä. (Ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166–168). Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen lähestymistapa sopivat hyvin yhteen ja kulkevat rinnakkain toisiaan täydentäen myös Hirsjärven ym. (2014, 136–137) mukaan. Avointen kysymysten tuloksia käsittelemme luvussa 6.5.

5.2 Kyselyn tekeminen

Työmme pohjana käytetty alustava mittari on laadittu ja esitestattu Mamkin opinnäytetyönä yhteistyössä Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kanssa (Kokki & Valjakka 2015). Kyselylomaketta muokattiin pitkään, sillä hyvän kirjaamisen kriteerit olivat päivittyneet ja aiheeseemme liittyvä potilasturvallisuus haluttiin saada mukaan jokaiseen väittämään kirjaamisen ohella. Työ toteutettiin sähköisesti, jotta vastaaminen ja tulosten käsittely olisi mahdollisimman sujuvaa. Hankimme käyttöoikeudet Webropoliin ja harjoittelimme sen käyttöä kesällä

2016. Opinnäytetyön toteutus tapahtui kertaluonteisesti sähköisesti Webropol-kyselylomakkeella, jonka linkki jaettiin sähköpostitse.

Kysely alkaa pienellä saatetekstillä. Vastausikkunaan aukeaa koko näkymä yhdellä kertaa. Kysely koostuu 5 taustakysymyksestä, 34 väittämästä sekä 2 avoimesta kysymyksestä (liite 6). Taustakysymyksissä kysyttiin ikää, ammattinimikettä, kokemusta hoitotyöstä, työyksikköä sekä raportointitapaa vuorovaihtotilanteessa valintakysymyksenä. Taustakysymykset ovat monivalintakysymyksiä, esimerkiksi ikää kysymme 10 vuoden tarkkuudella ja työyksikköä vain sen suhteen, työskenteleekö Moisiossa vai MKS:ssa. Emme halunneet erotella vastaajia osastoittain, koska ajattelimme sen olevan epäeettistä, mikäli pienemmiltä osastoilta tulisi vain muutama vastaaja.

Kyselyssä 34:ään väittämään vastataan klikkaamalla yksi sopiva vaihtoehto jokaisen väittämän kohdalla Likertin asteikon mukaisesti. Likertin asteikko on yleisesti käytetty mittaustapa hoitotieteellisissä tutkimuksissa (Krause & Kiikkala 1996, 102). Likertin asteikkoa käytetään mielipideväittämissä, ja se on yleensä 4- tai 5-portainen järjestysasteikko. Siinä pohdittavaksi jäi asteikon sanallisen ilmaisun sopivuus väittämiin sekä mitta-asteikon keskikohdan muotoileminen. (Heikkilä 2004, 53.) Halusimme myös *en osaa sanoa* -vaihtoehdon valittavaksi, ettei vastaaja joudu väkisin vastaamaan, jos kysymyksen ymmärrys ei aukea tai ole oleellinen heidän osastollaan. Vaihtoehdoiksi valitsimme: 1 (eri mieltä), 2 (jokseenkin eri mieltä), 3 (en osaa sanoa), 4 (jokseenkin samaa mieltä) ja 5 (samaa mieltä).

Kaksi viimeistä kysymystä olivat avoimia: *Miten kehittäisit potilasturvallista hoitotyön kirjaamista?* sekä *Mitä muuta haluaisit sanoa potilasturvallisuudesta ja hoitotyön kirjaamisesta?* Nämä muokattiin myös Kokin ja Valjakan työn pohjalta ja lisättiin aiheemme mukaisesti myös potilasturvallisuuden näkyminen kirjauksissa.

Ennen esitestausta kyselimme neuvoja myös Mamkin Webropol-asiantuntijalta. Hänen ehdotuksestaan muokkasimme muutamaa kysymystyyppiä oikeanlaiseksi eli valintakysymykseksi, jossa ei voi valita montaa vaihtoehtoa vahingossa.

Kyselylomake tulee aina esitettäväksi. Esitettävien tarkoituksena on testata mittarin toimivuutta, kysymysten täsmällisyyttä, vastaamiseen käytettyä aikaa sekä sitä, että se mittaa oikeaa asiaa. (Vilka 2007, 78.) Kokin ja Valjakan lomake oli esitettäväksi jo v. 2015 kahdeksalla Mikkelin keskussairaalan hoitajalla. Heidän palautteensa pohjalta Kokki ja Valjakka (2015, 22–23) muokkasivat kyselypohjan mahdolliseen tulevaan käyttöön.

Kevään 2016 tutkimussuunnitelman jälkeen muokkasimme lomaketta ja sähköistettynä lähetimme kyselyn esitettävien viidelle hoitoalan ihmiselle. He saivat kokeilla Webropol-lomakkeeseen vastaamista 14.10.2016 alkaen ja pyysimme heiltä palautetta koko kyselystä.

Saimme lähinnä vain kannustusta työllemme: kielivirheitä ei ollut ja pituuteen ja sisältöön oltiin tyytyväisiä, erityisesti ISBARin mukana olosta ja HaiProsta pidettiin sekä Webropolin näppäryydestä. Kyselyn vastaamiseen sanottiin menevän n. 5–15 minuuttia. Eräs vastaaja esitti idean väitteiden jakamisesta aiheiden mukaan, jotta kyselyssä saisi hengähtää välillä ja tietäisi, mihin yläkategoriaan mikäkin väittämä kuuluu. Mietimme asiaa, mutta tulimme siihen tulokseen, ettei vastaajan tarvitse olla niin tarkkaan selvillä yläotsikosta, vaan halusimme saada spontaanin mielipiteen selville ja lomakkeen pysymisen mahdollisimman tiiviinä ja lyhyenä vastaajan ajankäyttöä ajatellen. Kysely ei siis muuttunut esitettävien jälkeen, koska suoria virheitä tai negatiivista palautetta ei tullut.

Tutkimuslupa annettiin Essoten ohjeiden mukaan ja sen hyväksyi hallintoylihoitaja 24.10.2016 pienten muutosehdotusten kera. *Potilaasta kirjoitetusta tekstistä tulee esille hoitotyöntekijän hoidon arviointi* -väittämä muutettiin muotoon *Potilaasta kirjoitetusta tekstistä tulee esille hoitotyöntekijän suorittama hoidon arviointi*. Lisäksi yhteen väittämään lisättiin *mahdollisesti*-sana.

Opinnäytetyömme on määrällinen, jossa on tärkeää myös otannan suunnittelu. Perusjoukko on joukko ihmisiä, joista halutaan tietoa. (Vilka 2015, 98.) Hirsjärven (2009, 180) mukaan perusjoukosta on hyvä poimia edustava otos. Tässä tutkimuksessa perusjoukkona on Essoten hoitohenkilökunta. Kyselyyn

vastasi yhteensä 11 osaston hoitohenkilökuntaa sekä Mikkelin keskussairaala-
lasta että Moisioin sairaalasta. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli mukana valit-
semassa osastoja.

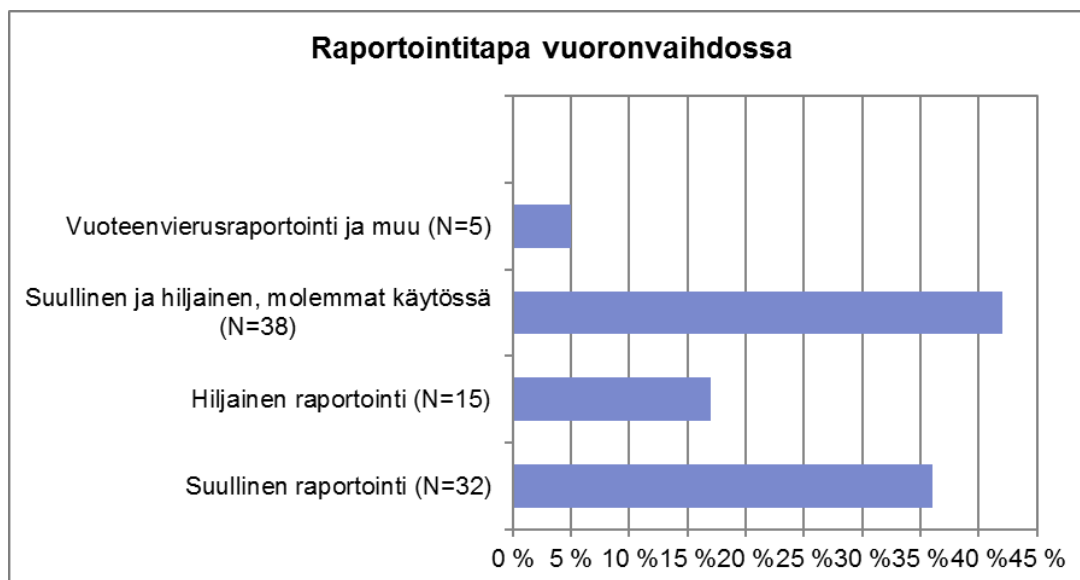
Kyselylomake välitettiin yhdeksälle osastonhoitajalle oman saatekirjeen (liite
4) kera. Kyselyyn vastaavalle hoitohenkilöstölle laadimme oman saatekirjeen
(liite 3), jonka osastonhoitajat välittivät eteenpäin osastojensa työntekijöille.
Saatteet laadittiin huomioiden, että hyvä saate on sivun mittainen ja siitä käy
selville kyselyn tarkoitus ja tavoite. Tutkimuslupa ja kyselyn taustalla vaikutta-
vat henkilöt esiteltiin myös. Vastaajaan tulee myös tietää, mihin vastauksia
käytetään ja että vastaaminen on aina anonymia ja vapaaehtoista. Saatteen
kielen ja tyylin tulee olla moitteetonta, kohteliasta ja selkeää. (Vilka 2007,
80–88, 84.)

Moisioin sairaalassa viestejämme välitti ylihoitaja. Mikkelin keskussairaalassa
saimme apua johdon sihteeriltä. Kysely toimitettiin osastonhoitajille
30.10.2016 sähköpostitse ja Webropol-kyselyaika oli 1.11.– 15.11.2016. Pyy-
simme osastonhoitajilta myös tiedon siitä, kuinka monelle kohderyhmään kuu-
luvalle työntekijälle kysely on välitetty. Kyselyn puolivälissä lähetimme osas-
tonhoitajille muistutusviestin ja viimeisen vastauspäivän aamuna vielä muistu-
tus- ja kiitosviestin.

6 TULOKSET

Kysely jaettiin yhteensä 292:lle hoitajalle sähköpostilinkkinä: Moisioon 80:lle
hoitajalle ja Mikkelin keskussairaalaan 212:lle hoitajalle. Määrään sisältyy
myös Kyyhkylän osasto 11, jota ei erikseen eroteltu tässä tutkimuksessa. Ky-
selyyn vastasi 91 hoitajaa, joten vastausprosentti on 31 %. Vastauksista pois-
tettiin yksi vastaaja, koska hän oli jollakin tavalla onnistunut vastaamaan nel-
jään kysymykseen useamman kuin yhden vaihtoehdon (N=90).

Kyselyyn vastanneista 43 % työskentelee Moision sairaalassa ja 57 % Mikkelin keskussairaalassa. Vastanneista 13 % on ammatiltaan perushoitaja, lähihoitaja tai mielenterveyshoitaja ja 87 % sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai kätilö. Enemmistö vastaajista (36 %) kuuluu yli 50-vuotiaiden ikäryhmään. Toiseksi suurin ikäryhmä on 30–39-vuotiaiden ryhmä, johon kuuluu 26 % vastanneista. Yli kolmasosalla (34 %) vastaajista on työkokemusta hoitoalalta yli 20 vuoden verran. Vastanneista 21 % on työskennellyt hoitoalalla viisi vuotta tai vähemmän. Kyselylomakkeessa taustoista kysyttiin vielä raportointitapaa vuoronvaihdossa. Enemmistö vastaajista, 42 %, ilmoitti käyttävänsä sekä suullista että hiljaista raportointitapaa, melkein yhtä paljon oli vain suullisesti raportoivia hoitajia (36 %), hieman vähemmän hiljaisesti raportoivia 17 % (ks. kuva 1) sekä vuoteen vieressä ja jollakin muulla tavalla raportoivia 5 %.



KUVA 1. Raportointitapa vuoronvaihdossa

Taulukkoon 3 on koottu kyselyn kaikki väittämät kirjaamisesta ja potilasturvallisuudesta ja vastauksien jakaantuminen prosentteina ilmaistuna. Kaikkiin väittämiin valitsi yksi vastaaja yhden parhaimmalta tuntuvat mielipiteen jokaiselta vaakariviltä hänen näkemyksensä mukaan (N=90). Jokaisen väittämän kohdalla vastaaja siis mietti, onko eri mieltä vai samaa mieltä ja välivaihtoehtoja oli niin, että asteikko on 1–5. Alkutekstissä pyydettiin ajattelemaan kirjaamista ja potilasturvallisuutta yleisellä tasolla.

TAULUKKO 3. Kyselyn kaikki väitteet kirjaamisesta ja potilasturvallisuudesta ja prosentuaaliset osuudet vastauksista

Väittämät	1 Eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En osaa sanoa	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Samaa mieltä
6.1. Tunnen Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän hyvän kirjaamisen kriteerit. (n=90)	3 %	7 %	5 %	59 %	26 %
6.2. Työyksikköni noudattaa hyvän kirjaamisen kriteereitä. (n=90)	2%	5 %	11 %	51 %	31 %
6.3. Potilaasta kirjoitetusta tekstistä tulee yleensä esille potilaan tai läheisen mielipide. (n=90)	2 %	13 %	8 %	57 %	20 %
6.4. Potilaasta kirjoitetusta tekstistä tulee esille hoitotyöntekijän ammatillinen näkemys. (n=90)	1 %	9 %	7 %	57 %	26 %
6.5. Potilaasta kirjoitetusta tekstistä tulee esille hoitotyöntekijän suorittama hoidon arviointi. (n=90)	4 %	23 %	3 %	56 %	14 %
6.6. Mahdolliset lääkevahingot on kirjattu aina. (n=90)	1 %	10 %	11 %	26 %	52 %
6.7. Mahdolliset potilaalle haittaa aiheuttaneet laitevahingot on kirjattu. (n=90)	3 %	11 %	19 %	16 %	51 %
6.8. Mahdolliset potilasvahingot on kirjattu. (n=90)	1 %	8 %	9 %	13 %	69 %
6.9. Kaikista vaaratilanteista on tehty HaiPro-ilmoitus. (n=90)	9 %	14 %	10 %	47 %	20 %
6.10. HaiProt käsitellään aina jälkeenpäin. (n=90)	10 %	15 %	17 %	28 %	30 %
6.11. Potilaan kirjallisesti saama ohjaus on kirjattu. (n=90)	0 %	8 %	3 %	58 %	31 %
6.12. Potilaan suullisesti saama ohjaus on kirjattu pääsääntöisesti. (n=90)	1 %	1 %	0 %	56 %	42 %
6.13. Kirjauksista näkyy, onko potilaalta varmistettu hänen ymmärtäneen saamansa ohjauksen. (n=90)	5 %	20 %	17 %	48 %	10 %
6.14. Potilaan jatkohoitoon liittyvät asiat on kirjattu. (n=90)	0 %	1 %	1 %	40 %	58 %
6.15. Potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittava toimenpide on kirjattu lainmukaisesti. (n=90)	1 %	4 %	8 %	29 %	58 %

6.16. Potilaan psyykkistä tilaa on kuvattu päivittäin. (n=90)	2 %	23 %	8 %	32 %	35 %
6.17. Potilaasta kirjoitetussa tekstissä on käytetty ammatillista terminologiaa. (n=90)	1 %	14 %	3 %	61 %	21 %
6.18. Lyhenteiden käyttö kirjauksissa lisää potilasturvallisuutta. (n=90)	54 %	36 %	7 %	1 %	2 %
6.19. Potilaan henkilötiedot on päivitetty. (n=90)	1 %	5 %	12 %	51 %	31 %
6.20. Potilaan riskitiedot on aina päivitetty. (n=90)	1 %	20 %	12 %	43 %	24 %
6.21. Potilaalla on ajan tasalla oleva hoitotyön suunnitelma. (n=90)	3 %	20 %	3 %	50 %	24 %
6.22. Kirjaaminen on toteutettu rakenteisesti. (n=90)	1 %	8 %	11 %	47 %	33 %
6.23. Rakenteinen kirjaaminen on parantanut potilasturvallisuutta. (n=90)	6 %	9 %	29 %	34 %	22 %
6.24. Rakenteinen kirjaaminen edesauttaa hoitoisuusluokitusten tekemistä. (n=90)	2 %	9 %	21 %	34 %	35 %
6.25. Olen saanut riittävästi koulutusta hyvästä rakenteisesta kirjaamisesta. (n=90)	8 %	12 %	12 %	42 %	26 %
6.26. Joskus on vaikeata löytää tärkeää tietoa kirjauksista. (n=90)	3 %	22 %	7 %	50 %	18 %
6.27. Potilassiirroissa tietojen välittymisessä on esiintynyt puutteita. (n=90)	3 %	25 %	18 %	43 %	11 %
6.28. Tiedän, mitä ISBAR tarkoittaa. (n=90)	37 %	10 %	19 %	19 %	15 %
6.29. ISBAR sopii hyvin työskentelyavukseni kirjaamisessa. (n=90)	10 %	7 %	62 %	14 %	7 %
6.30. Hiljainen raportointi lisää potilasturvallisuutta. (n=90)	33 %	28 %	13 %	20 %	6 %
6.31. Kirjaamiseen on riittävästi aikaa. (n=90)	10 %	36 %	2 %	41 %	11 %
6.32. Potilaan osallistuminen omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon näkyy kirjauksissa. (n=90)	3 %	18 %	10 %	58 %	11 %
6.33. Hoidon tavoitteet ovat potilaslähtöisiä. (n=90)	0 %	13 %	8 %	52 %	27 %
6.34. Hoitotyön yhteenveto tehdään aina. (n=90)	2 %	5 %	0 %	33 %	60 %

6.1 Potilasturvallinen kirjaaminen

Hyvän kirjaamisen kriteerit ovat melko tai todella tutut suurimmalle osalle (85 %) kyselyyn vastanneista ja 82 % koki oman työyksikkönsä myös noudattavan kriteerejä. Moiossa työskentelevät kokivat kriteerit tutummiksi ja olivat myös sitä mieltä, että niitä noudatetaan. Muilla taustamuuttujilla ei ollut juurikaan vaikutusta asiaan.

Itsemääräämisoikeutta rajoittavat toimenpiteet on kirjattu lainmukaisesti enemmistön (87 %) vastaajista mukaan. Yli puolet vastaajista (54 %) näkee potilassiirrot vaaran paikoiksi tiedonkulun kannalta – toisaalta vastaajista 28 % taas koki, että tieto siirtyy hyvin. Moision hoitajista 51 % (N=20) on samaa tai joksseenkin samaa mieltä tiedonkulun puutteiden esiintymisestä potilassiirroissa, mutta MKS:ssa sama prosentti on 57 % (N=29).

Jopa 82 % vastaajista on sitä mieltä, että henkilötiedot on päivitetty. Riskitiedoissa vastaukset jakaantuvat melko samoin, tosin 21 % vastaajista näkee riskitiedoissa päivittämisen tarvetta. 12 % ei osaa sanoa vastausta kummassakaan tapauksessa.

Hiljaista raportointia enemmistö (61 %) ei näe potilasturvallisuutta lisäävänä asiana. Käytössä oleva raportointitapa vaikuttaa näkemykseen hiljaisesta raportoinnista. Vain suullisesti raportoivista (N=32) 91 % ja vuoteenvierusraporttia käyttävistä (N=5) 80% näkee hiljaisen raportoinnin potilasturvallisuutta heikentävänä seikkana. Kuitenkin 26 % koko hoitohenkilökunnasta on sitä mieltä, että hiljainen raportointi lisää potilasturvallisuutta. Sairaanhoitajat (N=78, 28 %) kuvailevat hiljaisen raportoinnin potilasturvallisemmaksi kuin lähihoitajat, mielenterveyshoitajat ja perushoitajat (N=12, 8%).

Vastaajista 46 %:n mielestä kirjaamiseen ei ole riittävästi aikaa. Vertailtaessa iän vaikutusta kirjaamisajan riittävyteen huomataan, että yli 50-vuotiaat hoitajat kokevat, ettei aikaa ole tarpeeksi (60 %), kun nuoremmat kokevat sen riittävän paremmin (taulukko 4). Työkokemus hoitoalalta vaikuttaa noudattavan melko samaa kaavaa, eli sekä uran alku- että loppupäässä olevat kokevat

ajankäytön haasteellisimmaksi. Silti näissäkin ryhmissä vastaajaryhmän sisällä on vaihtelua. Esimerkiksi yli 20 vuotta hoitoalalla työskennelleistä vastaajista (N=31) 45 % kokee, että kirjaamiseen on aikaa riittävästi. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Kirjaamiseen on riittävästi aikaa eri ikäryhmien mukaan (%)

Ikä	1 Eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En osaa sanoa	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Samaa mieltä
alle 30 (N=7)	0 %	47 %	6 %	35 %	12 %
30 – 39 (N=23)	4 %	26 %	5 %	48 %	17 %
40 – 49 (N=18)	22 %	16 %	0 %	56 %	6 %
yli 50 (N=32)	13 %	47 %	0 %	31 %	9 %

Myös työyksikkö vaikuttaa ajan riittävyteen kirjaamisessa. Mikkelin keskussairaalassa työskentelevistä vastaajista 55 % koki, ettei aikaa ole riittävästi. Moision sairaalan osalta vastaava luku oli 33 %.

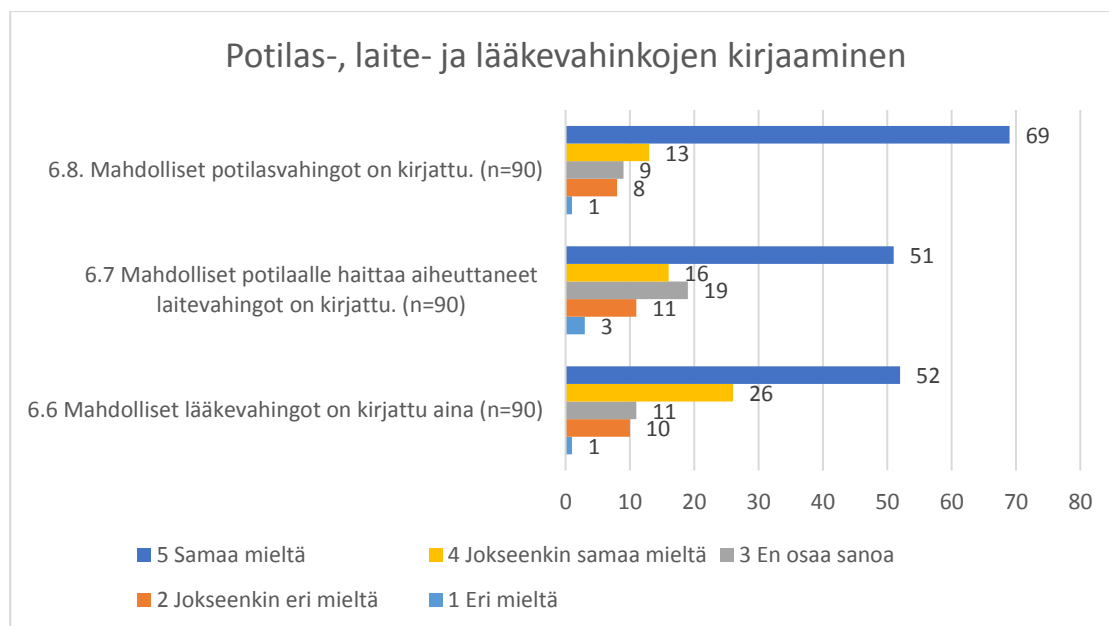
Rakenteiseen kirjaamiseen liittyviä väittämiä oli yhteensä seitsemän kappaletta. 80 % vastanneista koki, että kirjaaminen on todella toteutettu rakenteisesti. Vastanneista 68 % koki saaneensa riittävästi koulutusta hyvästä rakenteisesta kirjaamisesta, eli noin kolmasosan mielestä koulutusta voisi olla enemmänkin. Lisäkoulutusta rakenteisesta kirjaamisesta haluavat vastaajat jakautuivat melko tasaisesti kaikkiin ikäryhmiin ja aivan tasan Moision sairaalan sekä Mikkelin keskussairaalan työntekijöihin. Suurin osa (93 %, N=29) lisäkoulutusta toivovista on sairaanhoitajia, terveydenhoitajia tai kättilöitä.

Potilaiden hoitosuunnitelmat pidetään ajan tasalla vain 74 % mielestä. Reilu kaksi kolmasosaa (69 %) vastaajista koki rakenteisen kirjaamisen auttavan hoitoisuusluokitusten tekemisessä. Kysymykseen ei osannut vastata 21 % vastanneista, jotka jakautuivat tasaisesti kaikkiin ikäryhmiin ja työyksiköihin. Hoitotyön yhteenvedot tehdään aina 60 %:n mielestä, ja jokseenkin samaa mieltä asiasta oli 33 % vastanneista.

Kysymykseen siitä, onko rakenteinen kirjaaminen parantanut potilasturvallisuutta, ei vastausta osannut sanoa 29 % vastaajista. Enemmistö (56 %) vastanneista koki asian kuitenkin olevan niin. Hieman ristiriitaisesti jopa 68 % vastanneista on kuitenkin sitä mieltä, että kirjauksista on joskus vaikeata löytää tärkeää tietoa.

6.2 Vahinkotapahtumien raportointi ja ISBAR

Vastaajista 52 %:n mukaan lääkevahingot on kirjattu aina. Laitevahingoissa prosentti on 51 % ja potilasvahingoissa 69 %. Kuvassa 2 on esitetty potilas-, laite- ja lääkevahinkojen kirjaamisesta saadut vastausprosentit. Vaikka asiat on enemmistön mukaan kirjattu, ei voi jättää huomiotta sitä, että osa vastaajista on eri mieltä vastauksissaan. Eniten mielipiteet hajautuivat laitevahingoissa.



KUVA 2. Potilas-, laite- ja lääkevahinkojen kirjaaminen (%)

Taustamuuttujista työkokemus hoitoalalta vaikutti jonkin verran tuloksiin (ks. taulukko 5). Alle viisi vuotta hoitokokemusta omaavat vastaajat ovat epäileväisimpiä lääkevahinkojen kirjaamisien suhteen.

TAULUKKO 5. Ristiintaulukointi työkokemuksen mukaan mahdollisista lääkevahinkojen kirjaamisista (%)

Mahdolliset lääkevahingot on kirjattu aina työkokemusvuosien mukaan					
Ikä	1 Eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En osaa sanoa	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Samaa mieltä
Alle 1 vuotta n=5	0 %	20 %	20 %	40 %	20 %
1–5 vuotta n=14	0 %	21 %	7 %	36 %	36 %
6–10 vuotta n=19	0 %	5 %	16 %	16 %	63 %
11–15 vuotta n=12	0 %	8 %	8 %	17 %	67 %
16–20 vuotta n=9	0 %	0 %	11 %	22 %	67 %
yli 20 vuotta n=31	3 %	10 %	10 %	29 %	48 %

Kaikista vaaratilanteista on tehty HaiPro-ilmoitus 67 %:n vastaajista mukaan, ja 58 % on sitä mieltä, että ilmoitukset käsitellään. Perushoitajat, mielenterveyshoitajat ja lähihoitajat näkevät 75-prosenttisesti, että HaiProt tehdään ja käsitellään. Sairaanhoidajista taas vain 65 % uskoo, että kaikista vaaratilanteista on tehty HaiPro-ilmoitus, ja vain 55 % uskoo, että ne käsitellään jällempäin.

Vain 34 % vastaajista tietää melko hyvin tai hyvin, mitä ISBAR tarkoittaa. Väite *ISBAR sopii hyvin työskentelyavukseni kirjaamiseen* oli kyselyn epävarmin väite: 62 % vastasi tähän, ettei osaa sanoa. Vain 7 % näki ISBARin työskentelyapuna kirjaamisessa.

Mikkelin keskussairaalassa työskenteleville ISBAR on selvästi tutumpi (42 %) kuin moisiolaisille, joista vain 26 % tietää, mitä se tarkoittaa. Moiossa työskentelevistä 18 % näkee, että ISBARia voisi hyödyntää kirjaamisessa, MKS:ssä 24 % vastaajista näkee mahdollisuuksia. Sairaanhoidajille ISBAR on tutumpi kuin lähihoitajille, perushoitajille tai mielenterveyshoitajille, jotka eivät

käytä sitä työskentelyapuna juurikaan kirjaamisessa. ISBAR on tutuin alle 10 vuotta hoitoalalla työskenneille, mutta sen mahdollisuuksiin kirjaamisessa uskotaan tasaisesti hoitokokemusvuosista riippumatta.

6.3 Hoitajan ammatillisuus

Väittämästä *Potilaasta kirjoitetusta tekstistä tulee esille hoitotyöntekijän ammatillinen näkemys* oli 83 % vastaajista samaa tai jokseenkin samaa mieltä. Potilaasta kirjoitetusta tekstistä tulee esille hoitajan suorittama hoidon arviointi 70 %:n vastaajien mielestä. 82 % hoitajista koki tai oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että potilaasta kirjoitetussa tekstissä on käytetty ammatillista terminologiaa. 90 % kokee potilasturvallisuuden vaarantuvan lyhenteiden käytöstä.

Raportointitapa vaikuttaa jonkin verran kaikkiin neljään väittämään, jotka koskevat hoitajan ammatillisuuden näkymistä. Suullisen raportointitavan ilmoittaneista vastaajista 37 % kokee, ettei hoitajan suorittamaa hoidon arviointia ole kirjattu. Muiden raportointitapojen vastaajien kirjauksissa nähdään enemmän hoitajan suorittamaa arviointia ja näkemystä tulosten mukaan.

6.4 Potilaslähtöinen kirjaaminen

Potilaasta kirjoitetusta tekstistä tulee yleensä esille potilaan tai hänen läheisensä mielipide 77 %:n mielestä. Lähihoitajien, mielenterveyshoitajien sekä perushoitajien ryhmässä kaikki ovat sitä mieltä, että kirjauksissa näkyy potilaan oma tai läheisen mielipide. Yli 20 vuotta alalla työskennelleet ovat eniten eri mieltä ja heistä jopa 25 % epäilee potilaan mielipiteen näkymistä.

67 % kyselyyn vastanneista kokee, että potilaan psyykkistä tilaa on kuvattu päivittäin, mutta jopa joka neljäs vastaaja (25 %) on eri mieltä. Moisiossa työskentelevät vastasivat melko eri tavalla eli heidän mielestään 92 %:sti kuvataan psyykkistä tilaa päivittäin. Tällöin Mikkelin keskussairaalan osastot erottuvat, kun jopa 39 % heistä vastasi, ettei psyykkistä tilaa kirjata päivittäin. Psyykkistä

tilaa kerrottiin kirjattavan vähiten hiljaisen raportointitavan ryhmässä, vain 25 % näistä vastaajista näkee psyykkisen tilan kirjaamista päivittäin.

Hoidon tavoitteet koetaan potilaslähtöisiksi 79 %:n mielestä. Potilaan osallistuminen omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon näkyy kirjauksissa 69 %:n hoitajista mielestä hyvin tai melko hyvin. Moisiossa (77 %) työskentelevistä hoitajista suurin osa koki, että potilaan oma päätöksenteko näkyy kirjauksissa. Mikkelin keskussairaalassa tähän suhtauduttiin jonkin verran epäilevämmiin (63 %).

Ohjaukseen ja jatkohoitoon liittyvät asiat kirjataan tulosten mukaan pääsääntöisesti erittäin hyvin. Kyselyyn vastanneista 98 % on sitä mieltä, että potilaan jatkohoitoon liittyvät asiat on kirjattu. Vastaavasti 98 % vastanneista on sitä mieltä, että potilaan suullisesti saama ohjaus on kirjattu, ja 89 % koki kirjallisesti annetun ohjauksen tulleen kirjatuksi.

Poikkeama tästä linjasta näkyy väittämässä *Kirjauksista näkyy, onko potilaalta varmistettu hänen ymmärtäneen saamansa ohjauksen*. Samaa tai jokseenkin samaa mieltä oli 58 % vastanneista, eri tai jokseenkin eri mieltä 25 %, ja 17 % ei osannut sanoa. Kaikki (N=23) eri mieltä väittämästä olleet ovat ammattinimikkeeltään sairaanhoitajia, terveydenhoitajia tai kättilöitä, ja heistä 40 % työskentelee Moisiossa sairaalassa, 60 % Mikkelin keskussairaalassa.

6.5 Avoimet kysymykset ja sisällön erittely

Kahteen avoimeen kysymykseen vastasi hieman alle puolet (n=42) vastaajista. Vastaukset analysoimme sisällön erittelyä soveltaen. Suurimmiksi teemoiksi vastauksissa nousivat kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistäminen, toive lisäkoulutuksesta sekä raportointitavan vaikutus työhön. Kritiikkiä herätti Efficca ohjelmana sekä ajankäyttöön liittyvät asiat.

Vastaajista kuusi mainitsi, että tarpeeksi tiivis ja selkeä teksti on selkein ja potilasturvallisuutta edistävin kirjaamistapa.

Turhan monisanaisesti selitetty "hukuttaa alleen" tärkeän faktan.

Tarkempaa kirjaamista, mutta kuitenkin tiivistä ja asiat esille tuovaa, eikä turhaa tekstin pitkittämistä

Rakenteisuus koettiin kyselyn määrällisten vastausten perusteella kirjaamista selkeyttäväksi tekijäksi, mutta samalla suurin osa vastaajista koki, että kirjauksista on vaikea löytää tietoa. Effican ohjelmana saikin kritiikkiä noin neljäsosalta (N = 10) avointen kysymysten vastaajista.

Efficalla on kankea ja hidas ohjelma --- Tilanteisiin sopimattomat komponentit ja ohjelman "jäykkyys" turhauttavat ja lisäävät houkustusta kirjata yhden ja saman komponentin alle laajoja kokonaisuuksia

Nopea ja joustava potilastietojärjestelmä edistää tapausten kirjaamista. Nykyiset järjestelmät ovat tässä mielessä ala-arvoisia.

Tietojärjestelmien tulisi olla helpompikäyttöisiä ja nopeampia

Käytetään asianmukaisia komponentteja kirjaamisessa, helpompi löytää tietoa

komponenttien pitäisi olla mielestäni haettavissa kuten "googlessa" konsanaan ilman, että rakenteisuus kärsii

Ohjelman lisäksi negatiivista palautetta tuli kirjaamiseen liittyvästä ajankäytöstä. Vastaajista kolmasosa (N = 14) kaipasi kirjaamiseen enemmän aikaa vuoroon kuin vuoroon. Vain kaksi vastaajaa (5 %) mainitsi kirjaamisen vievän liikaa aikaa.

Kiireisenä päivinä saisi olla enemmän aikaa kirjaamiseen

Riittävästi aikaa kirjaamiseen, jotta kaikki tärkeät sekä vähemmänkin tärkeät asiat tulee kirjattua

Jatkuva kiire syö täydellisyyttä

Kun on paljon huonokuntoisia potilaita, ei tahdo ehtiä kirjata ja päivittää HOKE:a riittävästi, aika kun menee potilaan hoitamiseen.

Kukaan vastaajista ei tuntunut olevan sitä mieltä, että kirjaamiskoulutusta olisi ollut liikaa tai asiasta muistutettaisiin liian usein. Vastanneista reilu viidennes (21 %, N = 9) kaipaa säännöllistä koulutusta. Kolme vastaajaa (7 %) toivoi myös esimieheltä palautetta kirjaamisesta.

Säännölliset kirjaamiskoulutukset kaikille pakollisiksi

Koulutusta enemmän hoitohenkilökunnalle

Rakenteellisesta kirjaamisesta muistutettaisiin säännöllisesti ja osastotunneilla voitaisiin käydä läpi esim. case-tapauksia

Enemmän rakentavaa palautetta onko onnistunut kirjaamisessa, mitä kohtaa pitäisi korjata ja kehittää

Kaikkiaan 11 vastaajaa toi esille toiveen siitä, että kirjaamiskäytäntöjä voisi yhtenäistää reilusti, ainakin saman sairaalan sisällä.

pitäisi sopia enempi yhteisiä kirjaamisen sääntöjä jotta kirjaamisesta tulisi selkeää ja yhtenäistä

Organisaation jokaiseen yksikköön yhteneväiset kirjaamiskäytännöt

7 POHDINTA

7.1 Tulosten pohdintaa

Eniten hajontaa kyselyn tuloksissa ilmeni ISBAR:in tuntemisessa, hiljaisen raportoinnin potilasturvallisuudessa, kirjaamisen ajan riittävydessä ja HaiProjen käsittelyssä. Taustamuuttujista havaittiin, että Moision sairaalassa ja Mikkelin keskussairaalassa kuvattiin asioita usein hieman eri tavoin. Tämä ero selittyy luultavimmin myös psykiatrisen ja somaattisen puolen erilaisilla työtavoilla ja kirjaamisperinteillä. Joissain kysymyksissä kokeneemmat hoitajat erottuivat niistä, joilla oli vasta vähän työkokemusta. Taustamuuttujien voi siis sanoa vaikuttaneen vastausten hajautumisiin ja ylipäänsä mielipiteisiin potilasturvallisuudesta kirjaamisesta.

Jotkut väittämät yllättivät siten, että vaikka 77 % vastaajista oli samaa mieltä, kuitenkin 21 % (N =19) hoitajista on eri mieltä (*Potilaan riskitiedot on päivitetty*). Jos noin joka viides on huolissaan riskitiedoista, on niissäkin varmasti virheitä havaittu. Taustamuuttujia tarkastelemalla löysimme huolestuttavasti muun muassa, että Mikkelin keskussairaalassa psyykkistä tilaa ei koettu kirjatavan päivittäin. Samansuuntaisista tutkimustuloksista on viitteitä Mikkosen (2012, 46) mukaan useissa suomalaisissa tutkimuksissa. Kolmas samantapainen huolestuttava esimerkki oli, että hoitotyön yhteenveto ei ole aina ajan tasalla 23 %:n vastaajista mukaan.

Tässä kyselyssä korostui se, että Essoten hoitohenkilökunta näkee potilasturvallisuuden kirjaamisen tärkeäksi aiheeksi ja Hyvän kirjaamisen kriteerit (liite 2) tunnetaan ja niitä noudatetaan. Tämä on tärkeää, sillä tiedonkulku on suuri tekijä turvallisessa hoidossa (Helovuo ym. 2012, 72; Helovuo ym. 2015, 11). Monet kriteereissä mainitut seikat olivat myös hoitajien mukaan hyvin kirjatuja, kuten kirjaamisen toteuttaminen rakenteisesti, erilaisten vahinkojen kirjaaminen, suullinen ja kirjallinen ohjaus, jatkohoito-ohjaus ja itsemääräämisoikeutta rajoittavat toimenpiteet. Henkilötiedot pidetään hyvin ajan tasalla, ja tavoitteet nähdään potilaslähtöisiksi.

Potilas-, laite- ja lääkevahinkojen kirjaaminen on lakisääteistä (Helovuori 2015, 10). Tähän kyselyyn vastanneet kokivat, että erilaiset vahingot raportoidaan heidän osastoillaan pääsääntöisen hyvin. Myös suullinen ja kirjallinen ohjaus sekä jatkohoitoon liittyvät asiat on tämän kyselyn perusteella kirjattu hyvin. Hoitajien mielestä kirjauksista ei kuitenkaan näy riittävästi, onko potilaalta varmistettu hänen ymmärtäneen saamansa ohjauksen. Muun muassa Mikkosen (2012, 41–44) ja Variksen (2011, 31) tutkimuksissa ohjausta kirjattiin huonosti tai kohtalaisesti, minkä todettiin johtavan ohjaamisen päällekkäisyyteen tai laiminlyönteihin. Tämän todettiin kuitenkin parantuneen viime aikoina. Ohjauksen ymmärtämisen varmistaminen on todettu erityisen tärkeäksi mm. Salmi-Tuomaalan (2015, 31) tutkimuksessa ensihoitotilanteissa. Ohjauksen varmistamista voisi parantaa Essotessakin.

Potilassiirroissa nähtiin tiedonsiirtymisongelmia. Variksen tutkimuksessa havaittiin sama ongelma eri yksiköiden välisissä siirroissa, joissa on aina väärinymmärryksen mahdollisuus (Varis 2011, 31–32). Tällöin suullisen ja kirjallisten viestien toisto ja yhdenmukaisuus on tärkeää. Näihin tilanteisiin sopisi myös ISBARin hyödyntäminen (Kupari ym. 2012, 29).

Potilaan osallistuminen omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ei vastajien mukaan aina näy kirjauksissa, vaikka laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittelee potilaalla olevan oikeus kertoa kantansa hoitopäätöksiin (Kärkkäinen 2007, 92). Hoitotyön moniammatillisen asiantuntijareportin mukaan pitkällä tähtäimellä kirjaamisen fokuksen tulisi olla potilaan hoidon kokonaisvaltaisessa ja moniammatillisessa yhteisessä kirjaamisessa. Potilaan tulisi voida osallistua hoitoonsa oman halunsa ja valmiutensa mukaan ja hoitohenkilökunnan kirjata siellä, missä tieto syntyy. (Nykänen & Junttila 2012, 35; Sahlström ym. 2012, 7, 11.)

7.1.1 Kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen

Kyselyn vastausten perusteella kehityskohteiksi nousivat raportoinnin kehittäminen, osastojen kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistäminen sekä toive säännöllisestä kirjaamisen lisäkoulutuksesta. Kritiikkiä herätti erityisesti avoimissa kysymyksissä Effic ohjelmana sekä ajankäyttöön liittyvät asiat.

Hiljainen raportointi ei vastaajien enemmistön mukaan lisää potilasturvallisuutta. Osastoilla, joissa raportoidaan vuoronvaihdoissa vastaajien mukaan vain suullisesti tai vuoteen vieressä nähtiin hiljainen raportointi selvemmin potilasturvallisuutta heikentävänä asiana. Hiljaisen raportoinnin etuja ovat ajansäästö ja kirjaamisen laadun parantuminen, heikkous taas se, ettei kirjaaminen silti aina ole riittävän hyvää eikä kaikki tieto siirry kirjauksiin. Myös vuorovaikutuksen ja vertaistuen on koettu vähenevän hiljaisen raportoinnin myötä. (Laukkanen ym. 2012, 14.) Tuloksia läpikäydessämme kiinnitimme alkuun huomiota siihen, että 36 % vastasi raportoivansa vain suullisesti. Taustamuutujien kautta selvisi, että psykiatrisilla osastoilla suullinen raportointitapa on käytössä enemmän kuin somaattisilla osastoilla.

Turtiaisen (2005, 130–131) mukaan uuden työntekijän opastaminen on helpompaa suullisella raportilla ja hoidon etiikka siirtyy helpommin eteenpäin. Myös pitkien lomien jälkeen kokonaisuus hahmottuu paremmin suullisesti. Hiljaisen raportin vastustaminen kuitenkin vähenee sitä käytettäessä ja sen kehittyessä, sillä usein hyvät vaikutukset alkavat näkyä pikkuhiljaa. Esimerkiksi tavoitteita on laadittu paremmin ja vitaalielintoimintojen ja oireidenkin kirjaaminen on parantunut (ks. Laukkanen ym. 2012, 23–27; Turtiainen 2005, 128–129).

Hiljaisessa raportoinnissa tulee muistaa, että kollegiaaliseen keskusteluun ja kysymyksille tulee aina jättää myös aikaa (Laukkanen ym. 2012, 24). Tämä nousi esiin myös avointen kysymysten vastauksissa.

Asioista täytyy voida puhua.

Hiljaisen raportoinnin lisäksi suullinen raportointi kaikista potilaista vuoron aluksi.

Ehdottomasti käytössä pitäisi olla sekä suullinen että hiljainen raportti, ne täydentävät toisiaan.

Rakenteisuus koettiin tässä kyselyssä myönteiseksi asiaksi potilasturvallisuudenkin kannalta. Reilu enemmistö kuitenkin vastasi, että kirjauksista on joskus vaikeaa löytää tärkeää tietoa. Kyselyn vastaajat myös nostivat avointen kysymysten vastauksissa esiin toiveen kirjaamiskoulutuksista sekä eri osastojen kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistämisestä. Samansuuntaisia tuloksia on saatu muuallakin, ja siksi on suositeltu, että tulevina vuosina kirjaamismalleja tullaan käytöltään yksinkertaistamaan (Nykänen & Juntila 2012, 22). Myös kirjaamisen mallipohjia on suositeltu käyttöön (Nykänen & Juntila 2012, 26). Rakenteisen kirjaamisen osaamiseksi tarvitaan moniammatillista kirjaamiskoulutusta, johon on suunniteltu muun muassa verkko-oppimisympäristöä, sillä koulutettavia on paljon (Nykänen & Juntila 2012, 28–29).

Kirjaamisen ajankäytön riittävyys suhteen mielipiteet jakoutuivat tasaisesti laidasta laitaan, jonkin verran työkokemus, työyksikkö ja ikä vaikuttivat vastauksiin. Ennen tietokoneaikaa syntyneet hoitajat kokivat ajan riittävän huommin ja myös vähäinen työkokemus vaikutti samoin sekä myös MKS:n vastaajat kokivat kirjaamisajan riittämättömämmäksi. Toisaalta hajontaa löytyi myös ikäryhmien ym. sisältä, joten voitaneen päätellä, että kysymys on myös hyvin henkilöstä riippuvainen ja se koetaan eri tavoin. Avoimissa kysymyksissä nostettiin myös esiin se, että aikaa on välillä riittävästi ja välillä ei ehdi kirjata hyvin. Tämä selittää osittain ristiriitaisia vastauksia.

Kiire on Lehtisen mukaan tunnetila, jossa on vaikea keskittyä työhön ja joka tarttuu helposti toisiin. Se on muodikas maailmiö, jonka jokainen hoitotyöstä tietää. Työn hallitsemattomuutta voidaan edesauttaa esim. rauhallisella kirjaamisympäristöllä. (Lehtinen 2006, 50–52, 61.) Tämä nostettiin esiin myös avointen kysymysten vastauksissa:

Rauhallinen kirjaamisympäristö. Äänekäs kanslia on huono paikka

Kirjaamisympäristö olisi hyvä olla rauhallinen tila.

7.1.2 Avoimuus ja vaaratapahtumien käsittely

HaiPro-järjestelmä on käytössä lähes jokaisessa terveydenhuollon yksikössä Suomessa ja sen uskotaan auttavan virheiden ennaltaehkäisyssä (Varis 2011, 27). HaiProja voidaan tehdä läheltä piti -tilanteissa tai haittatapahtuman jälkeen (Kupari 2012, 3). HaiPro-ilmoituksen tekeminen ei ollut silti täysin päinvänselvä asia tässä kyselyssä, vain 20 % näki asian selviöksi ja 47 % jokenkin selväksi asiaksi. Kyselyssä ilmeni myös, että HaiProjen käytöstä ja jälkikäsittelystä koetaan epävarmuutta. Turusen ym. (2015, 159) pitkittäistutkimuksessa HaiProjen määrä lisääntyi neljässä vuodessa, johon Snijders (2009) mainitsee tärkeäksi syyksi ei-rankaisevan ilmapiirin. Johdolla on vastuu potilasturvallisuuden edistämisestä, ja virheistä tulisi oppia ja tukea työntekijöitä ongelmatilanteissa sekä kannustaa avoimuuteen (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2009, 3, 14–15).

Helovuon ym. (2015, 14) mukaan haittatapahtumat ja vaaratapahtumat nostavat esiin riskejä. Usein tilanteet syntyvät usean asian vaikutuksesta ja tilanteita on syytä tutkia tekemällä riskirekistereitä. (Helovuo ym. 2015, 14–15.) Härkösen (2012, 55) pro gradu -työssä kävi ilmi, että vaaratapahtumien prosessi on monesti hyvin hidas, Härkönen (2012, 56) tuo myös työssään esiin potilaiden mielipiteiden huomioimisen HaiPro-järjestelmän kehittämistyössä.

Hoitotyöntekijöille tehdyssä suomalaisessa potilasturvallisuustutkimuksessa on saatu samansuuntaisia tuloksia siitä, että hoitajat suhtautuvat kriittisesti siihen, johtaako virheistä raportointi aina myönteisiin tuloksiin. Tämä tosin oli kehittynyt myönteisempään suuntaan pitkittäistutkimuksessa vuodesta 2008 vuoteen 2011 mentäessä. (Turunen ym. 2015, 156.) Jos vaaratapahtumien käsittelyprosessi on hidas tai tuomitseva, on selvää, että usko positiivisiin vaikutuksiin vähenee. Tästä valitettavasti oli esimerkkejä aineistomme avoimissa vastauksissa.

HAIPRO:ita ei viitsi enää tehdä, kun ei niitä käsitellä mitenkään

Teen haipron vain silloin, jos koen siitä olevan hoitotyöhön jotain todellista apua

Avoimissa kysymyksissä tuotiin esiin myös se, että jokaisen hoitajan tulisi tarkastaa omat kirjauksensa. Muutama vastaaja kaipaisi ajoittain esimieheltä palautetta kirjauksista.

7.1.3 Työskentelyapuja kirjaamiseen

Monelle ISBAR ei ollut tässä tutkimuksessa tuttu, ja kirjaamisessa sitä ei juuri käytetä apuna. Tämä on harmillista, sillä Kuparin ym. (2012, 29–31) mukaan pelkkä ISBARin tuntemukseen ei riitä, vaan työskentelytapaa tulee harjoitella ja sen käyttöä valvoa ja seurata säännöllisesti. Uusien työtapojen käyttöönotto vie aikaa (Kupari ym. 2012, 30). ISBARia tulisi opettaa teoriaopetuksena yhdistettynä roolipeliharjoitukseen tai simulaatioharjoitukseen, myös opetusvideo on todettu tehokkaaksi opetusmenetelmäksi tässä yhteydessä. ISBARin opettamiseen ja käyttöönottoon ei ole koettu menevän paljon aikaa eikä resursseja. (Kupari 2012, 18–20.)

Potilasturvallisuutta on kehitetty standardoinnin avulla, esimerkiksi leikkaussaleissa käytetään tarkistuslistoja ja niiden on tutkittu toimivan kansainvälisesti ja myös Suomessa (Karttunen 2016, 71–73; Helmiö 2016, 39–40). Helmiön (2015, 5, 46) väitöstyössä korva-, nenä- ja kurkkuoperaatioihin liittyviä valituk-sia tutkittiin ja analysoitiin ja selvitettiin tarkistuslistojen soveltuvuutta tähän erikoisalaan. Tuloksena oli, että 5 % hoitoon liittyvistä vahingoista olisi voitu estää tarkistuslistan avulla ja että jopa 10 % vahingoista liittyi tarkistuslistan asioihin. Tarkistuslistojen on todettu myös lisäävän leikkaustiimin kommunikaatiota ja olevan helppokäyttöisiä, eivätkä ne hidasta työskentelyä. (Helmiö 2015, 39–40, 46.)

Kirjaamisen tarkistuslista voisi siis olla kehittämisen arvoinen idea, vaikka kyse onkin erilaisesta tilanteesta kuin leikkauksissa. Eräs vastaaja ehdotti-kin, että

luotaisiin malli, mitkä asiat täytyy näkyä kirjattuna joka vuorossa, kirjaamisen "tsekkilista"

Myös erilaisia laiteajokortteja on käytössä. Esimerkiksi Taysin tehohoitajat suorittavat Laiteajokortin, jossa on inssiajokoekin näyttöjen jälkeen (Sutinen 2014, 34–36). Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä taas on kehitetty eri tilanteisiin minimivaatimuslistoja kirjaamisen avuksi (Mikkonen 2012, liite 1).

Tarkistuslistoja on käytössä muissakin tilanteissa, esimerkiksi Vaasan sairaanhoitopiirissä potilasturvallisuutta on kehitetty jatkuvasti ja käytössä on mm. potilaan sisäänkirjaamisen, kotiutuksen, laitossiirron tarkistuslista sekä kirurginen tarkistuslista. Samassa sairaanhoitopiirissä jaetaan myös rahapalkintoa työyksiköiden potilasturvallisuudelle kehittämistyölle sekä julkaistaan internetissä potilasturvallisuustiedotetta, joka on vapaasti luettavissa. Sieltä löytyy tarinoita mm. HaiPro-ilmoituksista, jotka ovat muuttaneet sairaanhoitopiirin käytäntöjä. Tiedotteen kannessa on jopa teksti: ”Jos pohdit, pitäisikö tehdä HaiPro-ilmoitus – tee ilmoitus.” (Vaasan sairaanhoitopiirin -internetsivusto 2017.) Myös potilaita kannustetaan tekemään HaiProja, joita muun muassa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä tehtiin v. 2015 yhteensä 31 kappaletta (Varsinais-Suomen Potilashoidon vuosikirja 2015).

7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, miten Essoten hoitohenkilökunta kuvaa hoitotyön kirjaamista ja miten potilasturvallisuus näkyy siinä. Haimme vastauksia tutkimuskysymyksiimme sähköisen kyselylomakkeen avulla onnistuneesti. Lomakepohjaa työstettiin pitkään ja sitä esiteltiin kahteen kertaan. Otos valittiin yhdessä toimeksiantajan kanssa niin, että se oli mahdollisimman kattava. Käytännössä sähköinen tiedonkeruu toimi melko moitteettomasti ja Webropol-ohjelma tarjosi paljon mahdollisuuksia. Lomaketta voisi vielä helposti muokata jatkokäyttöön. Itse muuttaisimme väittämät aihepiirijärjestyseen ja mahdollisesti käyttäisimme alaotsikoitakin. Se olisi helpottanut paljon

analysointi- ja raportointityötämme. Väittämät ja viisiportainen Likertin asteikko toimivat hyvin tiedonkeruutapoina tässä määrällisessä tutkimuksessa

Matala vastausprosentti on Kvistin (ym.) mukaan tavallinen ongelma sähköisissä kyselyissä (Turunen ym. 2015, 160), joten vastausprosenttiin 31 % voidaan olla tyytyväisiä. Sähköinen kysely on nykyaikainen tapa ja luotettava esimerkiksi vastaajien anonymiteetin säilyttämisen kannalta. Vastausprosenttia olisi varmasti saatu kasvatettua hieman suuremmaksi osastovierailuilla, mutta 11 osastolla vierailu olisi käynyt liian työlääksi. Haasteita aiheutti myös samanaikaisesti jyllännyt sote-uudistus ja sen kaikkialle aiheuttama kova kiire. Päädyimme ystävällisiin ja informatiivisiin sähköpostiviesteihin sekä muistutusviesteihin osastonhoitajille (liite 4 ja liite 5).

Validiteetti (pätevyys) tarkoittaa sitä, mitataanko sitä, mitä piti, ja onko tutkimus luotettava (Hirsjärvi ym. 2014, 231). Tätä ovat edelliset opiskelijat käsitelleet työssään luotettavasti sisältövaliditeetin kautta tutkimalla väittämien sisältepohjaa, tutustumalla teoriaan ja käymällä keskusteluja toimeksiantajien kanssa sekä suorittamalla esitestauksen (Kokki & Valjakka 2014, 24–26). Samaa jatkoimme omassa työssämme.

Validiteettia lisää mm. huolellinen tiedonhaku luotettavista tietokannoista (Medic, Julkari, Cinahli ja JBI), taulukko väittämien teoriapohjista ja kirjallisuuskatsaustaulukko (liite 1). Validiteettia lisää runsas teoriapohja, huolellinen tiedonhaku ja kansainvälistenkin tutkimusten tarkastelu. Lähteitä rajattiin uusimpiin, sillä kirjaaminen on muuttunut kovasti viime vuosikymmeninä. Valitut lähteet olivat vähintään pro gradu -tasoisia sekä alkuperäistutkimuksia. Pyrimme aina alkuperäisiin lähteisiin, mikä lisännee myös luotettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 95–97).

Hirsjärven ym. mukaan (2009, 231) reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta ja kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Hirsjärvi ym. 2014, 231). Tämän takaamiseksi olemme pyrkineet kussakin väittämässä kysymään vain yhtä asiaa. Kysely on toteutettu sähköisesti, jolloin virheiden todennäköisyys pienenee. Esitestauksella varmistimme kyselyn toimivuuden ja saimme palautetta kokonaisuudesta. Huolellisilla saateteksteillä varmistimme

sen, että vastaajien mielipiteisiin voi luottaa ja kysely on yksiselitteinen (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 64). Vastaajajoukon suuri määrä, 90 hoitajaa, tekee tuloksista luotettavia. Valitut osastot antavat hyvän poikkeileikkauksen koko Etelä-Savon kuntayhtymän sairaanhoitopiirin osastojen hoitajien kirjaamisen merkityksestä potilasturvallisuudelle. Huolellinen raportointimme on myös takaamassa sen, että tutkimus olisi toistettavissa uudelleen.

Webropol-ohjelmassa yksi vastaaja oli vastannut kolmeen kysymykseen kaksi eri vaihtoehtoa, ja yhteen kysymykseen hän oli saanut annettua jopa kolme eri vastausta. Emme löytäneet vastausta siihen, kuinka tämä on mahdollista, koska kysymystyyppi ei anna vastata kuin yhdellä vaihtoehdolla, eikä kyselyä muokattu sen julkaisun jälkeen. Poistimme tämän vastaajan vastauksen kokonaan, ja lähetimme Webropolin tukeen sähköpostikyselyn asiasta toivoen saavamme tietoa, miksi näin pääsi käymään. Kyselyymme ei kuitenkaan vastattu.

Eettisiin periaatteisiin on kiinnitetty huomiota koko opinnäytetyöprosessin ajan. Tutkimuslupa haettiin asiaankuuluvasti ennen kyselyn suorittamista. Saatekirjeissä annoimme vastaajille tietoa itsestämme, toimeksiantajista sekä opinnäytetyön tarkoituksesta. Kerroimme vastaamisen olevan vapaaehtoista, ja sen, että ehdottoman luottamuksellisesti käsiteltäviä vastauksia käytetään vain tähän opinnäytetyöhön, joka valmistuttuaan annetaan Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymälle. Saateteksteissä oli myös omat yhteystietomme, jos vastaaja halusi saada lisätietoa kyselystä.

Emme halunneet, että erityisesti pienempien osastojen yksittäisiä työntekijöitä olisi helppo tunnistaa. Tästä syystä vastaukset säilyivät nimettöminä, sukupuolettomina, ja työyksiköstäkin kysyttiin vain sairaalan nimeä, ei tarkkaa osastoa. Saatuja tietoja on käytetty vain tähän opinnäytetyöhön, ja ne tuhoetaan työn valmistuttua helposti Webropolista.

7.3 Opinnäytetyön tulosten käytettävyys ja oppimisprosessi

Tämän opinnäytetyön tulokset ovat sovellettavissa kyselyyn osallistuneiden Mikkelin keskussairaalan ja Moision sairaalan osastojen potilasturvalliseen kirjaamiseen, eivät siis laajemmin yleistettävissä. Jatkotutkimuksena voisi olla vaikkapa kirjaamisen tarkistuslistan luominen jollekin ESSOTEn osastolle, tai tämän kyselyn muokkaaminen ja jatkohyödyntäminen jollakin tietyllä osastolla/osastoilla. Kyselyssä paljastui, että hoitajat toivovat kovasti eri osastojen kirjaamiskäytäntöjen yhdenmukaistamista, johon kirjaamistyöryhmä on tärkeä toimielin.

Ajankäyttöön voi pyrkiä keksimään uudenlaisia ratkaisuja, joihin teknologian kehitys tuo varmasti paljon. Toisaalta kiireisiä kirjaajia varmasti auttaisi myös kirjaamiskoulutukseen osallistuminen, jotta omaa kirjaamista pystyy tehostamaan ja saamaan toimivammaksi. Selkeä kirjaaminen on mielestämme avain tehokkuuden lisäämiseen. Kun kaikki tietävät, mitä kirjataan mihinkin, kuluu vähemmän aikaa sekä itse kirjaamiseen että raportointiin, ja tieto siirtyy tehokkaasti. Pohdimme myös sitä, kuinka selkeä kirjaamistapa voisi vaikuttaa myönteisesti hoitohenkilökunnan kokemaan stressiin viemällä pois ainakin pienen osan työvuorojen kiireestä.

Itse olemme oppineet prosessin aikana paljon etenkin huolellisesta tiedonhausta sekä kvantitatiivisen tutkimuksen tekemisestä ja raportoinnista. Aihe on tärkeä tutkimusaihe myös tulevaisuudessa. Stevensonin ja Nilssonin (2011, 673–674) mukaan hoitajien mielipiteen kuuleminen kirjaamisen kehittämisessä on ensiarvoisen tärkeää, jotta järjestelmä ja käytännöt voivat mahdollisimman hyvin vastata niitä käyttävien tarpeisiin. Opinnäytetyömme perusteella uskallamme olla tästä ehdottoman samaa mieltä.

LÄHTEET

Arvola, Taina, Pommelin, Petri, Inkinen, Ritva, Väyrynen, Seija & Tammela, Outi 2012. Potilastietojärjestelmien turvallisuusriskit hallintaan. Suomen lääkäri-lehti 2, 955–961. Luettavissa PDF-dokumenttina.

<http://docplayer.fi/10142438-Potilastietojarjestelmien-turvallisuusriskit-hallintaan.html> Luettu 19.3.2016.

Avelin, Tanja & Lepola, Liisa 2008. Potilasturvallisuuden edistäminen. Toimintatutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotosta. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma. Pro gradu -työ. PDF-dokumentti. http://www.haipro.fi/aineisto/HaiPro_opinnayte-tyo_Hamk_avelin_lepola.pdf. Päivitetty 26.4.2008. Luettu 19.3.2016.

Ensio, Antero 2007. Potilaskertomuksen tietoturvaratkaisut. Teoksessa Saranto, Kaija, Ensio, Anneli & Tanttu, Kaarina (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 134–142.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin henkilöstökertomus 2015. PDF-dokumentti. <http://www.essote.fi/wp-content/uploads/sites/2/2016/01/Henkil%C3%B6st%C3%B6kertomus-2015.pdf> Päivitetty 4.8.2016. Luettu 30.12.2016.

Etelä-Savon sote 2016. WWW-artikkeli. <http://www.mikkelinseutusote.fi/etelasavonsote/> Ei päivytystietoja. Luettu 12.10.2016.

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä 2016. www-sivu. <http://www.esshp.fi/> Päivitetty 1.8.2016. Luettu 12.10.2016.

Euroopan unionin neuvoston suositus potilasturvallisuudesta ja hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemisestä ja valvonnasta 2009. Bryssel 9.6.2009. www-dokumentti. Euroopan unionin virallinen lehti 3.7.2009, C 151/1. http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_fi.pdf. Päivitetty 3.7.2009. Luettu 9.4.2016.

HaiPro. Terveystieteiden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. WWW-sivu. <http://www.haipro.fi/fin/default.aspx>, Ei päivytystietoja. Luettu 4.4.2016.

Heikkilä, Tarja 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Helmiö, Päivi 2015. Towards better patient safety: The WHO Surgical Checklist in Otorhinolaryngology. Helsingin yliopiston lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/154152/towardsb.pdf?sequence=1>. Luettu 9.4.2016.

Helovuori, Arto, Kinnunen, Marina, Kuosmanen, Anssi & Peltomaa, Karolina (toim.) 2015. Potilasturvallisuus ja riskien hallinta. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle. Suomen Potilasturvallisuusyhdistys ry. PDF-dokumentti. http://spty.fi/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/RH-opas_nettiin_korjattu.pdf-02112015.pdf. Luettu 19.3.2016.

Helovu, Arto 2009. Inhimilliset tekijät, tiimityö ja turvallisuus – mitä voimme oppia ilmailusta? Teoksessa Kinnunen, Marina & Peltomaa Karolina (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto, 99–116.

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

Hinno, Saima 2012. The Professional Practice Environment: Hospital Nurse's Perspectives in Three European Countries. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0751-6/urn_isbn_978-952-61-0751-6.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 15.3.2016.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2014. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hoffrén, Päivi, Huovinen, Henna & Mykkänen, Minna 2011. Hoitotyön päivittäinen raportointi. Selvitys hoitotyön päivittäisen raportoinnin tilanteesta Kuopion yliopistollisessa sairaalassa, Iisalmen sairaalassa ja terveyskeskuksessa, Lepävirran terveyskeskuksessa ja Varkauden sairaalassa ja terveyskeskuksessa. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisu 75. https://www.pssh.fi/documents/11427/38955/julkaisu_nro75.pdf/cda4c865-6aa0-4c75-8055-6fd76bd41596. Päivitetty 28.9.2011. Luettu 8.5.2016.

Härkönen, Mikko 2012. Potilasturvallisuus tulee näkyväksi vaaratapahtumailmoituksissa. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveyshuollon tietohallinto. Pro gradu -tutkielma.

Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Johnson, M., Sanchez, P., Suominen, H., Basilakis, J., Dawson, L., Kelly, B. & Hanlen, L. 2014. Comparing nursing handover and documentation: forming one set of patient information. *International Nursing Review* 61, 73–81.

Kaasinen, Mikko & Sinipuro, Jaana 2014. Potilasturvallisuuden kehittäminen tekstianalytiikalla: Case Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. PDF-verkkajulkaisu. https://www.sas.com/content/dam/SAS/fi_fi/doc/Presentations/SF2014-08-10-2014-Kaasinen-Sinipuro-Potilastu.pdf Ei päivitystietoja. Luettu 14.2.2017.

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

Kanta-palvelut 2015. Kansallinen terveysarkisto. WWW-dokumentti. <http://www.kanta.fi/kanta-palvelut>. Luettu 15.3.2015.

Karlsen, R. 2007. Improving the nursing documentation: professional consciousness - raising in a Northern-Norwegian psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6, 574–577.

Karttunen, Pia 2016. Potilasturvallisuuden kehittäminen työn standardoinnin avulla. Arviointitutkimus leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Pro gradu -työ.

Kaustinen, Teija 2011. Oulu – Hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta. Oulun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos, hoitotiede. Väitöstyö. PDF-dokumentti. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514296437.pdf> Päivitetty 18.11.2011. Luettu 8.5.2016.

Kerr, Debra, Lu, Sai & McKinlay, Louise 2014. Towards patient-centred care: Perspectives of nurses and midwives regarding shift-to-shift bedside handover. *International Journal of Nursing Practice* 20, 250–257.

Kinnunen, Marina, Aaltonen, Leena-Maija, Mustajoki, Pertti & Roinen, Risto P. 2015. Vakioitu toimintatapa vähentää virheitä potilastyössä. *Suomen Lääkäri-lehti* 10, 662–663.

Kokki, Heidi & Valjakka, Katja 2015. Kyselylomakkeen kehittäminen. Hoitotyöntekijöiden näkemyksiä hoitotyön kirjaamisesta Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Krause, Kaisa & Kiikkala, Irma 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kuisma, Markku, Holmström, Peter, Nurmi, Jouni, Porthan, Kari & Taskinen, Tuomas (toim.) 2013. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kupari, Petra, Peltomaa, Karolina, Inkinen, Ritva, Kinnunen, Marina, Kuosmanen, Anssi & Reunama, Terhi 2012. ISBAR-menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. *Sairaanhoitaja* 3, 29–31.

Kupari, Petra 2012. ISBAR-menetelmä turvallisempaan tiedonkulkuun potilaasta. Metropolia ammattikorkeakoulu. Kliininen asiantuntija. Opinnäytetyö (yamk).

Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia, Hanna & Koponen, Leena (toim.) *Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007*. Jyväskylä: Gummerus, 89–96.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Ei päivitystietoja. Luettu 4.4.2016.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>. Ei päivitystietoja. Luettu 4.4.2016.

Laukkanen, Laura, Lehti, Tuija, Hassinen, Tiina & Hupli, Maija 2012. Hiljainen raportointi Turun yliopistollisessa keskussairaалassa. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisu. Sarja A, nro 11. PDF-dokumentti. <http://vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/A-nro-11-2012.pdf>. Luettu 16.4.2016.

Lehtinen, Ritva-Liisa 2006. Kiire haasteena, aika mahdollisuutena. Hoitajien ja lähihoitajien kiireelle antamia merkityksiä konservatiivisessa hoitotyössä. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Pro gradu -työ. PDF-dokumentti. <https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438176/graduRLlehtinen.pdf/2775d661-b7ab-4de1-a4cc-af8457b7d12a>. Päivitetty 6/06. Luettu 8.5.2016.

Leino-Kilpi, Helena 2009. Tieto edistää potilaan turvallisuutta. Teoksessa Kinnunen, M & Peltomaa K (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto, 173–181.

Mikkonen, Hanna 2012. Laadun johtamisella kohti parempaa potilasturvallisuutta. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. PDF-dokumentti. https://theseus32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/48942/Mikkonen_Hanna.pdf?sequence=1 Luettu 16.4.2016.

Nykänen, Pirkko & Junttila, Kristiina (toim.) 2012. Hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. THL:n raportti 40. PDF-dokumentti. <https://www.julkari.fi/handle/10024/90814>. Päivitetty 26.8.2013. Luettu 1.3.2016.

Perkiö, Antti 2008. Suullinen ja kirjallinen viestintä hoitotyössä –potilaan hoidon jatkuvuus päivystyspoliklinikalta sisätautien vuodeosastolle. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Pietikäinen, Elina, Reiman, Teemu & Oedewald, Pia 2008. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisessä terveydenhuollossa. VTT:n tiedotteita 2456. PDF-dokumentti. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2008/T2456.pdf>. Luettu 16.4.2016.

Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia 2009. Potilasturvallisuuden työkalut -työvaliokunta. STM:n potilasturvallisuushanke. Teoksessa Kinnunen, M & Peltomaa K (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto, 181–190.

Potilasturvallisuuden työkaluja 2014. Suomen Potilasturvallisuusyhdistys. www-dokumentti. http://77.86.226.93/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/akm_Potilasturvallisuuden_tyokalut_2014.pdf Päivitetty 12.11.2014. Luettu 30.11.2016

Potilasturvallisuus 2016. Sairaanhoitajaliiton verkkosivu. WWW-sivu. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/potilasturvallisuus/> Luettu 4.4.2016.

Potilasturvallisuusopas 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 15. THL. <https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf> Luettu 15.3.2015.

Sahlström, Merja, Partanen, Pirjo & Turunen, Hannele 2012. Potilaan näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja osallistumisesta sen edistämiseen. *Tutkiva Hoitotyö* 10 (4), 4–13.

Sainola-Rodriguez Kirsti & Ikonen Helena 2007. Luokitusten luovuus – kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta psykiatrian hoitotyössä. Teoksessa Hopia, Hanna, Koponen, Leena (toim.) *Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007*. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 42–55.

Salminen-Tuomaala, Mari ym. 2015. Potilaan hoidon turvallisuuteen vaikuttavat tekijät ensihoidon työntekijöiden kokemana. *Tutkiva Hoitotyö* 13 (4), 25–34.

Saranto, Kaija, Kinnunen, Ulla-Mari, Kivekäs, Eija, Lappalainen, Anna-Mari, Liljamo, Pia, Rajalahti, Elina & Hyppönen, Hannele 2014. Impacts of structuring nursing records: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28, 629–647.

Saranto, Kaija & Sonninen, Anna Liisa 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, Kaija, Ensio, Anneli, Tanttu, Kaarina & Sonninen, Anna-Liisa *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: Wsoy, 12–16.

Snellman, Erna 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa Kinnunen, M & Peltomaa K (toim.) *Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009*. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto, 29–42.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan havaintoja - puolivuotisraportti. Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. PDF-dokumentti. https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Valviran_sote_valvontahavainnot_puolivuotisraportti_26102015.pdf/69b58a1b-7e73-4641-b60a-dfc91dc85c96 Päivitetty 26.10.2015. Luettu 8.5.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3. WWW-dokumentti. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111806/potilasturvallisuus_julkaisu_2009_3_verkko_UP.pdf?sequence=1 Luettu 15.3.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. WWW-dokumentti. <http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaali-%20ja%20terveysministeri%C3%B6n%20asetus%20potilasasiakirjoista>. Ei päivitystietoa. Luettu 13.9.2016.

Stevenson, Jean S. & Nilsson, Gunilla 2011. Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 68 (3), 667–677.

Sutinen, Tuula 2014. Laiteajokortti lisää potilasturvallisuutta. Sairaanhoidaja-lehti 10, 32–37.

Syvöja, Pirjo & Äijälä, Outi 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.

Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. WWW-sivusto. <http://www.haiopro.fi>. Ei päivitystietoja. Luettu 9.2.2017.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Päivitetty 30.12.2010. Luettu 10.10.2016.

Turunen Elina, Mäntynen, Raija, Kvist Tarja, Miettinen Merja, Vehviläinen-Julkunen Katri, Turunen Hannele & Partanen Pirjo 2015. Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arvioimana: pitkäaikaistutkimus yhden yliopistosairaalan erityisvastuualueella. *Hoitotiede* 27 (2), 148–162.

Turtiainen, Tiina 2005. Hoitotyön kirjaamiseen perustuva raportointikäytäntö osasto K10 Helsingin lasten ja nuorten sairaalassa. Kokemuksia suullisesta raportista luopumisesta. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 126–131.

Ulrich, Beth & Kear, Tamara 2014. Patient safety and Patient Safety Culture: Foundations of Excellent Health Care Delivery. *Continuing Nursing Education. Nephrology Nursing Journal*. September-October. Vol 41, No 5, 447–457.

Vaasan keskussairaalan -internetsivut 2017. <https://www.vaasankeskussairaala.fi/ammattilaisille/ammattilaisille/potilasturvallisuus/> Päivitetty 15.10.2015. Luettu 9.2.2017.

Varis, Marja 2011. Moniulotteinen potilasturvallisuuskulttuuri – edistävät ja heikentävät tekijät. Sairaalahenkilöstön kuvausten analyysi. Itä-Suomen hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajankoulutus. Pro gradu -tutkielma.

Varsinais-Suomen Potilashoidon vuosikirja 2015. WWW-sivut. <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/Potilashoidon-vuosikertomus-2015.pdf> Luettu 9.2.2017

Vehkalahti, Kimmo 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.

Vilka, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

Virkkunen, Heikki, Mäkelä-Bengs, Päivi & Vuokko, Riikka (toim.) 2015. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas Osa I, Ohjaus 2. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen, versio 2015. THL:n julkaisuja. PDF-dokumentti. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN_ISBN_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1 Päivitetty 4/2015. Luettu 20.3.2016.

Violainen, Marja 2002. Hoitosuunnitelma. Projektiin osallistuvien osastojen henkilökunnan arvioiteja hoitotyön kirjaamisesta ja asenteidensa muutoksista hoitotyön kirjaamiseen. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Yrityspalvelu, Terveysala. Hallinnon ja johtamistaidon erikoistumisopinnot. Projektiraportti.

Violainen, Marja 2006. Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede: Hoitotyön johtaminen. Pro gradu -tutkielma.

Volmanen, Petri 2014. Miten potilasturvallisuutta parannetaan teho-osastolla? Tehohoito 32 (1). 24–26.

World Health Organization 2007. World Alliance for Patient Safety. Progress Report 2006–2007. WWW-sivu.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75169/1/WHO_IER_PSP_2008.03_eng.pdf. Luettu 9.4.2016.

LIITE 1
Kirjallisuuskatsaus

Tutkimuk- sen bib- liografiset tiedot	Tutkimuskohde	Menetelmä ja otos- koko	Keskeiset tulokset	Oma intressisi aiheesi ja opinnäytetyösi kannalta
Sahlström ym. 2012	Potilasturvallisuus potilaiden kokemana ja heidän roolinsa sen edistämisessä	27 väittämää sisältävä ky- selylomake; otos 368 poti- lasta, vastausprosentti 48	Potilaat luottavat hoitajiin ja ovat halukkaita op- pimaan aiheesta -> tietoa pitäisi olla helposti saatavilla. Hoitohenkilökunnalla ja potilailla pi- täisi myös olla yhteinen linja potilaiden osallis- tumisesta turvallisuuden edistämiseen.	Potilaan näkökulmaa tutkittu vähemmän, kuitenkin kirjaaminen tehdään potilaista ja heidän hyvinvointiaan edistäen. Yksi hyvän kirjaamisen kriteereistä on, että potilaan mielipide ku- luu.
Saranto ym. 2014	Kirjallisuuskatsaus rakenteisesta kirjaa- misesta eri maissa	Ensimmäinen otos 143 tutkimusta -> PICO-mene- telmällä 61 -> tutkimuksen tarkoituksen perusteella lopulliseksi aineistoksi 38 tutkimusta	Rakenteinen kirjaaminen helpottaa työtä mo- niammatillisissa työryhmissä ja nopeuttaa kir- jauksien jatkokäyttöä. Hoidon jatkuvuus para- nee, mikä edistää potilasturvallisuutta.	Kansainvälinen näkemys rakenteiseen kirjaamiseen.

LIITE 1 Kirjallisuuskatsaus

Turunen ym. 2015	Sairaanhoidtajien mielipiteitä potilasturvallisuuskulttuurista.	Hospital Survey on Patient Safety Culture –kyselyn suomennettu versio, jossa 12 eri osa-aluetta; Otos 722 (v. 2008) + 1210 (v.2011) = 1932	Sairaanhoidtajat arvioivat potilasturvallisuuden toteutumista kriittisesti. Kehittämistä tarvitaan vielä kaikilla osa-alueilla. Myönteisimmät arviot sai yhteistyöhön (omassa tiimissä) liittyvä osa-alue, kriittisimmät taas vaaratilanteisiin liittyvät aiheet.	Lähellä omaa opinnäytetyön aihetta. Pitkittäistutkimus suurella otoksella lisää tutkimuksen luotettavuutta.
Salminen-Tuomaala ym. 2015	Potilaan hoidon turvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä ensihoidossa työntekijöiden kokemana	laadullinen lähestymistapa: teemahaastattelut, otoskoko 15, induktiivinen sisällönanalyysi	Potilaan kokonaistilanteen kartoitus on tärkeää (oikea työdiagnoosi), ensihoitolääkärin konsultaation onnistuminen, ensihoitotyöntekijän tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset valmiudet, hyvät yhteistyötaidot sekä hoitotyön toimenpiteiden turvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden varmistaminen. Turvallisuutta heikentää monet seikat mm. lääkärin vieraskielisyys ja alkoholin osuus asiaan. Hoitotyön johtamisen taas havaittiin lisäävän potilasturvallisuutta.	myös laadukas kirjaaminen oli koottu taulukkoon turvallisuutta edistäväksi tekijäksi!

LIITE 1 Kirjallisuuskatsaus

Härkönen, Mikko 2012	Potilasturvallisuuden näkyminen vaarata- pahtumailmoituksissa (pro gradu), tiedon ja toiminnan välinen suhde	katsaus yhden yliopisto- sairaalan 785 HaiPro-il- moitukseen kolmen vuo- den aikana (2008-2011)	Potilasturvallisuus toteutui hyvin, HaiPron käyttö lisääntyy vuosi vuodelta, nimenomaan sairaanhoidajat käyttävät sitä (mutta myös lää- kärit ja perushoitajat). Potilaalle ei yleensä koi- tunut vaaratilanteesta haittaa (läheltä piti –ti- lanteita 47 %) tai sitten se oli lievää. Yleisin syy koski potilastietojen yksityisyyttä sekä väärälle potilaalle kirjaamista, muita syitä oli mm. vir- heellinen toimintatapa (irtolapuilla tieto tai ra- portointiin liittyvät virheet, toisen tunnuksilla kir- jaaminen) tai tiedon katoaminen sekä puutteel- linen osaaminen tai perehdytyksen puute. Kä- sittelyprosessi on hidas ja ilmoituksien syy on aika usein *kiire*. Myös työolot, uupuminen (burnout), viihtyvyys ja työtyytyväisyys voivat vaikuttaa potilasturvallisuuteen. Koulutus pa- rantaa pot.turvallisuutta. Ilmoituksia tehdään eniten arkisin.	Liittyy läheisesti pot.turvallisuuteen ja sen lisääntymiseen
-------------------------	--	--	--	---

LIITE 1 Kirjallisuuskatsaus

Avelin, Tanja & Lepola, Liisa 2008	Potilasturvallisuuden edistäminen, toimintatutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käytön otosta (pro gradu)	toimintatutkimus, 6 osaston hoitohenkilökunnan tekemät haittatapahtumat 2007 keväästä vuoden loppuun terveyskeskussairaalassa, yhteensä 341 ilmoitusta kuuluu siis määrälliseen aineistoon. Keruumenetelmänä oli lisäksi kysely 18:lle osastonhoitajalle / turvallisuustavastavalle	Lääke- ja nestehoitoon liittyvät virhetapahtumat yleisimpiä (74 %), kyseisessä paikassa tahdilla 1 ilmoitus / vrk. Mukana oli myös väkivaltaan liittyviä ilmoituksia (10 %) ja tapaturmia 7 %. Tiedon kulussa ja hallinnassa oli myös vaaratapahtumia n. 5 %. Laitteen käyttöön liittyviä ongelmia vain 2 %	saada tietoa haittatapahtumista, koska liittyvät potilasturvallisuuteen
Arvola, Tanja 2012 ym.	Potilastietojärjestelmien turvallisuusriskien hallintaan	tutkittu poikkeamia TAYS:n lastentautien, keuhkosairauksien sekä iho- ja allergiasairauksien vastualueilla v. 2010 (yht. 100 kpl)	Vaaratilanteet: toimintakatkokset, järjestelmien yhteensopimattomuus, lääkesovelluksen virhelähteet, määräyksien kirjaantuminen väärälle potilaalle. On olemassa huonot riskinhallintakeinot (vain työntekijän tarkkaavaisuus & tietojen käsin kirjaaminen)	saada tietoa haittatapahtumista, koska liittyvät potilasturvallisuuteen

LIITE 1 Kirjallisuuskatsaus

Helmiö, Päivi 2015	WHO:n kirurginen tarkastuslista korva-, nenä- ja kurkkutautien kirurgiassa	Tutkittu Potilasvahinkokeskuksen valituksista vuosilta 2001–2011 korva-, nenä- ja kurkkutautioperaatioiden jälkeen. 233 valitusta hyväksyttiin mukaan tutkimukseen. Arvioitiin, olisiko tsekkuslista voinut estää vahingon, kun otettiin 4:ään suomalaiseen sairaalaan v. 2009 pilotti-hanke, jossa listaa käytettiin. Analysoitiin myös käyttöaktiivisuutta ja kyselytutkimus tehtiin vielä leikkaussalihenkilökunnallekin.	Tarkistuslista koettiin helpoksi ja käyttökelpoiseksi ja sen uskotaan estävän potilasvahinkoja. Sen todettiin edistävän leikkaustiimin kommunikaatioita ja lisäävän potilaan henkilöllisyyden tarkistamista ja tietoa leikkauskohteesta.	8 potilasvahinkoa (s.31) oli sellaista, jotka olisi mahdollisesti voitu välttää ja ne liittyivät kirjaamisongelmiin tai sen keskeneräisyyteen (s. 40)
-----------------------	--	--	--	---

LIITE 1 Kirjallisuuskatsaus

<p>Varis, Marja 2011</p>	<p>potilasturvallisuutta edistävät ja heikentävät tekijät sairaala-henkilöstön kuvaamana</p>	<p>verkkokyselynä yhdellä avoimella kysymyksellä, vastaajia 333, analysoitu laadullisella sisällön analyysillä</p>	<p>6 edistävää tekijää: riittävät henkilöstövoimavarat, johdon tuki, tilanteiden ennakointi, perehdytyksen ja koulutuksen lisääminen, amm.taitoinen ja osaava henkilökunta, työyhteisön hyvä ilmapiiri ja HaiPro-järjestelmä. Pot.turvallisuutta heikentää: pot.hoitoon liittyvät tekijät (esim. potilaskirjo, moninaiset tilat, potilas-siirrot ym.) ja henkilöstöön liittyvät tekijät, kuten viestintä ja johdon toimintaan liittyvät ongelmat. Tärkeää on avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri</p>	<p>hyvä perustutkimus pot.turvallisuudesta Suomessa, lisäksi kirjaaminen esiintyy tuloksissa mm. heikentävissä tekijöissä (s.34), jos koneet ei toimi tai potilastietojärjestelmien päällekkäisyys, tiedon katoaminen jne.</p>
<p>Mikkonen, Hanna 2012</p>	<p>Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen potilasturvallisuuden kannalta ja johtamisen näkökulmasta</p>	<p>kerätty aineisto 2 kuukauden aikana (hoitosuunnitelmat) ja analysoitu ne, toimintatutkimus -> arvioi kirjaamisen tasoa kuvaavaa mittaria OYS:ssä</p>	<p>kirjaaminen oli toteutunut erittäin hyvin vain vajaassa neljäsosassa hoitosuunnitelmia, esim. 9/10 oli korjattu pot.vointi mutta potilaan kannalta 2,9 % .(s. 34). Lääkehoito ja pot.ohjaus, kirjaaminen oli nykytilan kartoituksen mukaan huonoa tai kohtalaista, riskitiedot oli merkittynä puolessa ja ruoka-aineallergiat</p>	<p>tutkimuksessa samaa näkökulmaa kuin meillä! merkittäviä tuloksia</p>

LIITE 1 Kirjallisuuskatsaus

Antti Perkiö 2008	kuvata hoitajien suullista ja kirjallista viestintää sekä potilaan hoidon jatkuvuutta siirryttäessä päivystyspoliklinikalta sisätautien vuodeosastolle	yliopistosairaalan päivystyspoliklinikalta vuodeosastolle siirtyneet (10 päivän tarkkailutilanteet v. 97) tilanteet, nauhoituksia 30 kpl (15:ltä sh:lta), myös hoitosuunnitelmalomakkeet	Keskeytykset ja häiriötekijät vaaransivat poturvallisuutta, lääketiede korostui, oli myös yksilöllisiä eroja. Lomake tuki suullista viestintää. Halutettiin lisää tietoja ja tarkempia kirjauksia pot.lääkityksestä, liikuntakyvystä sekä psyykkisestä ja sosiaalisesta tilasta. Hoitosuunnitelmalomakkeen merkinnät ohjaavat kirjaimista.Erilaiset organisaatiokulttuurit saattavat aiheuttaa eroja toimintatavoissa.	Kiire vaikuttaa turvallisuuteen ja kaksoisviestintä (suull. & kirjall.) vahvistaa sanomaa(55)
----------------------	--	--	--	---

HOITOTYÖN HYVÄN KIRJAMISEN KRITERIT 2016

Dokumentointi on keskeinen ammattilaisen työtehtävä, jota ohjaa lainsäädäntö ja erilaiset ohjeistukset. Kaikkien potilashoidossa tarvittavien tietojen selkeä dokumentointi on tärkeää, ja se muodostaa pohjan, jonka perusteella tiedonkulku varmistetaan. Tiedonkulku on yksi perustekijä laadukkaana ja turvallisen hoidon antamisessa. (Helovuo ym. 2012, 72).

- 1. Kirjoitettu teksti on potilasta kunnioittavaa, ymmärrettävää ja potilaan hoidon kannalta merkittävää tietoa.**
- 2 Potilaan henkilö- ja yhteystiedot on päivitetty.**
- 3. Potilasta tai lapsen kohdalla huoltajaa on informoitu tietojen yhteiskäytöstä Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymässä.**
- 4. Potilaalla on ajantasalla oleva hoitotyön suunnitelma.**
- 5. Kirjaaminen toteutetaan rakenteisesti. Kirjaaminen edesauttaa hoitoisuusluokituksen tekemistä.**
- 6. Kirjaamisessa näkyy potilaan ja/tai tarvittaessa hänen läheisensä mielipiteet sekä hoitoyöntekijän ammatillinen näkemys ja arviointi.**
- 7. Kirjaajan ammatti, koko nimi ja kirjaamisen ajankohta on dokumentoitu (huomioitava myös tekstiä muokattaessa /lainattaessa).**
- 8. Mahdolliset lääke-, laite- ja potilasvahingot on kirjattu tarkasti.**
- 9. Potilaan ohjaus ja jatkohoito on kirjattu.**
- 10. Potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittava hoitotoimenpide on kirjattu lainmukaisesti.**
- 11. Hoitotyön yhteenveto tehdään osastojaksoista, polikliinisen hoitajakson päättyessä ja hoitajakson päättyessä potilaan menehtymiseen.**

Kirjallisuutta:

Helovuo A., Kinnunen M., Peltomaa K. ja Pennanen P. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Kliinikko käsikirjat. Fioca Oy. 2012.

Henkilötietolaki 523/1999.

Kanta-palvelut 2016. <http://www.kamta.fi/kantapalvelut>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.

Lehtovirta J., Vuokko R (toim). Terveystieteen rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kirjaamisrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen- Osa I. THL. 2013.

Liljamo P., Kinnunen U-M., Ensio A. Fincc-luokitukskokonaisuuden käyttöopas. SHTal 3.0, SHTol 3.0, SHTul 1.0. THL.2012

Nykänen P., Juntila K. (toim). Hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. THL. 2012.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.



1.11.2016

Arvoisa vastaanottaja,

Olemme viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Mikkelin ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää Etelä-Savon sosiaali- ja terveystyöpalvelujen kuntayhtymän Mikkelin keskussairaalan ja Moision sairaalan hoitohenkilökunnan näkemyksiä kirjaamisen merkityksestä potilasturvallisuudelle. Kyselyn tekemiseen on saatu lupa hallintoylihoitajalta.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, miten Etelä-Savon sosiaali- ja terveystyöpalvelujen kuntayhtymän hoitohenkilökunta kuvaa hoitotyön kirjaamisen merkitystä potilasturvallisuudelle. Tulosten avulla hoitotyön kirjaamista pyritään kehittämään. On siis ensiarvoisen tärkeää, että hoitohenkilökunta osallistuu kyselyyn.

Kyselylomake sisältää 5 taustakysymystä, 34 väittämää sekä kaksi avointa kysymystä. Kysely toteutetaan sähköisesti Webropol-ohjelmassa, johon voit mennä seuraavan linkin kautta <https://www.webropol-surveys.com/S/11A5F696413A19A3.par>. Vastausaika on 1.11.–15.11.2016. Vastaaminen on vapaaehtoista ja tapahtuu anonymisti ja siihen menee aikaa n. 10 minuuttia. Käsittelemme tulokset ehdottoman luottamuksellisesti ja valmis opinnäytetyö annetaan Etelä-Savon sosiaali- ja terveystyöpalvelujen kuntayhtymälle. Tulosten käsittelyn jälkeen lähetämme myös vastanneille osastoille työmme keskeisimmät tulokset.

Osallistumalla kyselyyn annat suostumuksesi vastaustesi käyttöön opinnäytetyössämme. Vastaamme mielellämme mahdollisiin lisäkysymyksiin. Kiitämme etukäteen kyselyyn käyttämästäsi ajasta.

Mira Niemi
Hoitotyön koulutus
Mikkelin ammattikorkeakoulu
mira.niemi@edu.mamk.fi

Venla Lehtinen
Hoitotyön koulutus
Mikkelin ammattikorkeakoulu
venla.lehtinen@edu.mamk.fi

LIITE 4 Saatekirje osastonhoitajille

Arvoisa osastonhoitaja,

Olemme viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Mikkelin ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä yhteistyössä Mikkelin keskussairaalan ja Moision sairaalan kanssa kirjaamisen merkityksestä potilasturvallisuudelle. Toimeksiantajamme on ylihoitaja xx ja työelämäohjaajanamme toimii xy. Käytämme työmme pohjana Heidi Kokin ja Katja Valjakan (2015) opinnäytetyötä; hyvän kirjaamisen kriteerien pohjalta kehitettyä kyselylomaketta. Opinnäytetyötämme ohjaa Mikkelin ammattikorkeakoulun lehtori Riitta Riikonen (riitta.riikonen@mamk.fi).

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, miten Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymän hoitohenkilökunta Mikkelin keskussairaalassa ja Moision sairaalassa kuvaa hoitotyön kirjaamisen merkitystä potilasturvallisuudelle. Tulosten avulla hoitotyön kirjaamista pyritään kehittämään. On siis ensiarvoisen tärkeää, että hoitohenkilökunta osallistuu kyselyyn.

[Kyselylomake aukeaa tästä](#) ja se sisältää 5 taustakysymystä, 34 väittämää sekä kaksi avointa kysymystä. Kysely toteutetaan sähköisesti Webropol-ohjelmassa ja se on auki 1.11.- 15.11.2016. Vastaaminen on vapaaehtoista ja tapahtuu anonymisti. Vastaamiseen menee aikaa n. 10 minuuttia. Käsittelemme tulokset ehdottoman luottamuksellisesti ja valmis opinnäytetyö annetaan Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymälle. Tulosten käsittelyn jälkeen lähetämme myös vastanneille osastoille työmme keskeisimmät tulokset.

Vastaamme mielellämme mahdollisiin lisäkysymyksiin.

Mira Niemi ja Venla Lehtinen
Hoitotyön koulutus
Mikkelin ammattikorkeakoulu
mira.niemi@edu.mamk.fi, venla.lehtinen@edu.mamk.fi

LIITE 5 Kyselylomake

Kirjaamisen merkitys potilasturvallisuudelle

KYSELYLOMAKE

Tällä kyselyllä halutaan selvittää, miten hoitohenkilökunta kuvaa hoitotyön kirjaamista ja miten potilasturvallisuus toteutuu hoitotyön kirjaamisessa. Väittämien taustalla on Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymän hyvän kirjaamisen kriteerit. Kyselyn tulosten avulla kehitetään potilasturvallista hoitotyön kirjaamista. Toivomme, että arvioit hoitotyöstä tehtyjä kirjauksia yleisellä tasolla.

Kysymykset 1 - 5 käsittelevät vastaajan taustatietoja. Valitse sopiva vaihtoehto tai kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan. Kysymyksissä 6.1.- 6.34. valitaan yksi sopivin vaihtoehto väittämistä ja lopussa on 2 avointa kysymystä.

Klikkaa **taustakysymyksistä** 1 - 5 itseäsi vastaava vaihtoehto. Jos vastaat muu-vaihtoehdon, selvennä vastaustasi selitysrutuun.

1. Ikäsi

- alle 30
- 30 - 39
- 40 - 49
- yli 50

2. Ammattinimikkeesi

- Perushoitaja / Lähihoitaja / Mielenterveyshoitaja
- Sairaanhoidaja / Terveystieteidenhoitaja / Kätilö
- Muu - mikä?

3. Kokemuksesi hoitotyöstä

- Alle 1 vuotta
- 1 - 5 vuotta
- 6 - 10 vuotta

LIITE 5 Kyselylomake

- 11 - 15 vuotta
- 16 - 20 vuotta
- Yli 20 vuotta

4. Työyksikkösi

- Moision sairaala
- Mikkelin keskussairaala
- MKS:n poliklinikka

Muu - mikä?

5. Raportointitapa vuoronvaihdossa

- Suullinen raportointi
- Hiljainen raportointi
- Suullinen ja hiljainen, molemmat käytössä

Vuoteenvierusraportointi ja muu. Mikä?

Muu - mikä?

Klikkaa jokaisesta väittämästä 6.1.-6.34. omaa mielipidettäsi parhaiten kuvaava yksi vaihtoehto (1=eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=en osaa sanoa, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5=samaa mieltä).

6. Väittämät kirjaamisesta ja potilasturvallisuudesta

	1 Eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En osaa sanoa	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Samaa mieltä
6.1. Tunnen Etelä-Savon sosiaali- ja terveystyöntekijöiden kunnianhimoa kirjaamisen kriteerit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.2. Työyksikköni noudattaa hyvän kirjaamisen kriteereitä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.3. Potilaasta kirjoitetusta tekstistä tulee yleensä esille potilaan tai läheisen mielipide.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.4. Potilaasta kirjoitetusta tekstistä tulee esille hoitotyöntekijän ammatillinen näkemys.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.5. Potilaasta kirjoitetusta tekstistä tulee esille hoitotyöntekijän suorittama hoidon arviointi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.6. Mahdolliset lääkevahingot on kirjattu aina.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LIITE 5 Kyselylomake

- | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 6.7. Mahdolliset potilaalle haittaa aiheuttaneet laitevahingot on kirjattu. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.8. Mahdolliset potilasvahingot on kirjattu. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.9. Kaikista vaaratilanteista on tehty Hai-pro-ilmoitus. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.10. Hai-prot käsitellään aina jälkeensä. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.11. Potilaan kirjallisesti saama ohjaus on kirjattu. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.12. Potilaan suullisesti saama ohjaus on kirjattu pääsääntöisesti. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.13. Kirjauksista näkyy, onko potilaalta varmistettu hänen ymmärtäneen saamansa ohjauksen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.14. Potilaan jatkohoitoon liittyvät asiat on kirjattu. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.15. Potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittava toimenpide on kirjattu lainmukaisesti. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.16. Potilaan psyykkistä tilaa on kuvattu päivittäin. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.17. Potilaasta kirjoitetussa tekstissä on käytetty ammatillista terminologiaa. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.18. Lyhenteiden käyttö kirjauksissa lisää potilasturvallisuutta. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.19. Potilaan henkilötiedot on päivitetty. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.20. Potilaan riskitiedot on aina päivitetty. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.21. Potilaalla on ajan tasalla oleva hoitotyön suunnitelma. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.22. Kirjaaminen on toteutettu rakenteisesti. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.23. Rakenteinen kirjaaminen on parantanut potilasturvallisuutta. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.24. Rakenteinen kirjaaminen edesauttaa hoitoisuusluokitusten tekemistä. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.25. Olen saanut riittävästi koulutusta hyvästä rakenteisesta kirjaamisesta. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.26. Joskus on vaikeata löytää tärkeää tietoa kirjauksista. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.27. Potilassiirroissa tietojen välittämisessä on esiintynyt puutteita. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.28. Tiedän, mitä ISBAR tarkoittaa. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.29. ISBAR sopii hyvin työskentelyavukseni kirjaamisessa. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.30. Hiljainen raportointi lisää potilasturvallisuutta. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.31. Kirjaamiseen on riittävästi aikaa. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.32. Potilaan osallistuminen omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon näkyy kirjauksissa. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.33. Hoidon tavoitteet ovat potilaslähtöisiä. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.34. Hoitotyön yhteenveto tehdään aina. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

LIITE 5 Kyselylomake

Kysymykset 7 ja 8 ovat avoimia kysymyksiä. Kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan.

7. Miten kehittäisit potilasturvallista hoitotyön kirjaamista?

8. Mitä muuta haluaisit sanoa potilasturvallisuudesta ja hoitotyön kirjaamisesta?

Kiitos paljon käyttämästäsi ajasta ja avustasi potilasturvallisen kirjaamisen kehittämiseksi!

