

POTILASTURVALLINEN HOITO LAPIN SAIRAANHOITO-
PIIRIN KIRURGISELLA VUODEOSASTOLLA 4

Aija Särkelä-Wärme

Opinnäytetyö

Sosiaali- terveys- ja liikunta-ala

Terveysten edistäminen

Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

2017

Sosiaali-, terveys ja liikunta-ala
Terveystyön edistäminen
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

Tekijä	Aija Särkelä-Wärme	Vuosi	2017
Ohjaaja	Airi Paloste		
Toimeksiantaja	Lapin sairaanhoitopiirin kirurginen vo.4		
Työn nimi	Potilasturvallinen hoito Lapin sairaanhoitopiirin kirurgisella vuodeosastolla 4		
Sivu- ja liitemäärä	83 + 14		

Sosiaali- ja terveysministeriön strategisissa linjauksissa korostuu potilaiden osallisuuden edistäminen potilasturvallisen hoidon arviointiin ja kehittämiseen. Lapin sairaanhoitopiirin (Lshp:n) vuoden 2017 strategisten painopistealueiden arvojen suuntaisesti laaditussa potilasturvallisuussuunnitelmassa yhtenä lähtökohdaksi on potilaan osallistaminen potilasturvallisen hoidon edistämiseen. Organisaatiomuutosten vuoksi kirurgisten vuodeosastojen yhdistämisen myötä on nähty tarpeelliseksi toimintatapojen uudistaminen ja yhtenäistäminen potilasturvallisuutta edistäen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata potilaiden ja hoitajien käsityksiä potilasturvallisesta hoidosta ja miten potilasturvallista hoitoa pitäisi heidän mielestään edistää. Tavoitteena on tuottaa tietoa potilasturvallisen hoidon edistämiseen, potilaan osallisuuden edistämiseksi omaan hoitoonsa, tiedonkulun edistämiseen ja raportoinnin kehittämisen tueksi. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys on muodostettu potilasturvallisuuden ja siihen liittyvien käsitteiden määrittelystä.

Opinnäytetyö on toteutettu laadullisin menetelmin, tapaustutkimusstrategiaa käyttäen. Aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla huhtikuussa 2017 Lapin sairaanhoitopiirin kirurgisella vuodeosastolla 4. Haastattelut tehtiin neljälle potilaalle ja neljälle sairaanhoitajalle. Saatu aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin mukaan.

Potilasturvallisen hoidon pääkategorioiksi potilaiden kuvaamana muodostui tunne turvallisuudesta, tiedollinen turvallisuus, potilaskeskeisyys, turvattomuus hoidossa, turvattomuus tiedonsaannissa, hoidon oikeatapaisuus- ja aikaisuus ja ammattitaitoinen hoitohenkilökunta. Potilasturvallisen hoidon pääkategorioiksi sairaanhoitajien kuvaamana muodostui hyvä ja potilasturvallinen hoitotyö, hoitotyön osaaminen, turvallinen hoitotyön ympäristö, potilaslähtöinen hoitotyö, puutteelliset toimintatavat ja käytännöt, inhimilliset tekijät, hyvät toimintatavat ja käytännöt sekä yhteistyö. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää Lshp:n kirurgisen vuodeosaston 4 potilasturvallisen hoidon edistämiseen, potilaan osallisuuden edistämiseen ja toimintatapojen kehittämiseen potilasturvallisesti sekä Lapin sairaanhoitopiirin potilasturvallisuustyöhön. Potilasturvallista raportointimallinnusta voidaan hyödyntää muidenkin yksiköiden kehittämisessä.

Asiasanat potilasturvallisuus, potilaan osallisuus, tiedonkulku, raportointi

School of Social services, Health and sports
Master`s Degree Programme in Health promotion

Author	Aija Särkelä-Wärme	Year	2017
Supervisor	Airi Paloste		
Commissioned by	Surgical Ward 4 of The Lapland HealthCare District		
Subject of thesis	Patient Safety in Care in Lapland HealthCare District Surgical ward 4		
Number of pages	83 + 14		

The underlying reason of this thesis are the strategy of Ministry of Social Affairs and Health to promote patient and customer services to be more involved in patient safety and care. The Patient Safety plan has been compiled by the Lapland HealthCare District which is deriving from the Lapland HealthCare District values in the strategy 2017 such as patient involvement in patient safety and it`s promotion. Organisational changes in the Lapland HealthCare District merged Surgical wards and now it is time to remodel practises by improving patient safety.

This thesis aims to describe the patient`s and nurse`s perceptions about patient safety and how to promote it in care in the Lapland HealthCare District Surgical Ward 4. The further purpose of this thesis is to promote patient safety in care, promote patient`s involvement in care, to promote flow of information and develop nurse-to-nurse handover between shift`s. The theoretical framework of the thesis is based on definition of patient safety and its related concept. The study was carried out by using qualitative methods as a case-study. The material was collect a theme interview in April 2017. Four patients and four nurses were interviewed in Lapland HealthCare District Surgical Ward 4. The material was analysed according to the terms of inductive content analysis.

Major categories in the patient`s perception of patient safety in care were feeling of safety, safety information and patient-centeredness, feeling insecurity, un-safety in information, correctness of care and timing, health care providers professional skills. Nurse`s perceptions of patient safety in care were good in care and patient safety in nursing, competence in nursing, safe nursing environment, patient-centeredness in nursing, lack of proceedings and practises and human factories, good proceedings and practises together with co-operation among health care professionals. The results can be applied to plan and develop patient safe care in Lapland HealthCare District Surgical Ward 4 and patient safety work in Lapland healthcare District. Patient safety reporting modelling can be used to develop other units.

Keywords patient safety in nursing, patient involvement, patient safety and flow of information, patient safety and handover between nurses

Sisällys

1	JOHDANTO	1
2	TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	3
3	POTILASTURVALLINEN HOITOTYÖ	4
3.1	Potilasturvallisuus.....	4
3.2	Potilasturvallisuuden edistäminen Suomessa	10
3.2.1	Potilasturvallisuus Lapin sairaanhoitopiirissä.....	14
3.2.2	Hoitotyön asiantuntijana sairaanhoitaja	15
4	POTILAS POTILASTURVALLISEN HOIDON EDISTÄJÄNÄ.....	17
4.1	Potilaan osallisuus.....	17
4.2	Potilaan voimaantuminen	20
5	POTILASTURVALLINEN TIEDONKULKU.....	23
5.1	Turvallinen tieto.....	23
5.2	Raportointi ja kirjaaminen.....	26
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	30
6.1	Laadullisena lähestymistapana tapaustutkimus	30
6.2	Tapaustutkimusprosessi.....	31
6.3	Aineiston analyysi induktiivisen sisällönanalyysin mukaan.....	36
7	TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	41
7.1	Potilasturvallinen hoito potilaiden kuvaamana.....	41
7.2	Potilaan oman hoidon potilasturvallisuus potilaiden kuvaamana.....	46
7.3	Potilaan osallisuus omaan hoitoonsa potilaiden kuvaamana	46
7.4	Tiedonkulku potilaiden ja hoitohenkilökunnan välillä potilaiden kuvaamana.....	48
7.5	Potilasturvallinen hoito hoitajien kuvaamana.....	49
7.6	Potilaiden osallisuus omaan hoitoonsa hoitajien kuvaamana.....	54
7.7	Tiedonkulku hoitohenkilökunnan ja potilaiden välillä hoitajien kuvaamana.....	56
7.8	Raportointi ja kirjaaminen hoitajien kuvaamana	59

8	POHDINTA	64
8.1	Tulosten tarkastelua	64
8.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	67
8.3	Tutkimustulosten hyödyntäminen käytäntöön	72
8.4	Opinnäytetyö oppimiskokemuksena.....	75
8.5	Kehittämissuhteet työelämälle	75
	LÄHTEET	77
	LIITTEET.....	85

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

KUVIO 1. POTILASTURVALLISUUDEN KESKEISET KÄSITTEET

KUVIO 2. POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUDEN TOIMINTA-OHJELMAN
SISÄLTÖ 2015-2020

KUVIO 3. KYMMENEN VINKKIÄ POTILASTURVALLISEMPAAN HOITON

KUVIO 4. TAPAUSTUTKIMUSPROSESSI

KUVIO 5. ESIMERKKI KATEGORISOINNISTA

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriön tuorein potilasturvallisuusstrategia Potilas- ja asiakasturvallisuutta 2017-2020 on jatkumoa ensimmäiselle vuonna 2009 laaditulle kansalliselle potilasturvallisuusstrategialle. Tavoitteena on järjestää palvelut potilaita osallistamalla, toimintatavat ovat turvallisia ja riittävät resurssit huomioitu turvallisen hoidon takaamiseen. Tavoitteena on että, laadun ja turvallisuuden seuranta ja kehittäminen on varmistettu. Strategian tarkoitus on palvella niin terveydenhuollon palvelujen järjestäjiä kuin toimijoita, henkilökuntaa että potilaita ja omaisia. (Potilas- ja asiakasturvallisuutta 2017-2020, 2017.)

Lshp:n toiminta- ja taloussuunnitelman 2017- 2019 painopistealueina ovat muun muassa asiakkaiden ja potilaiden osallistuminen palveluiden ja potilasturvallisuuden kehittämiseen sekä potilasturvallisuus prosesseissa ja rakenteissa. Vuoden 2017 strategisen painopistealueen ja arvojen mukaan sairaanhoitopiirissä on uudistettu potilasturvallisuussuunnitelma, jonka yhtenä lähtökohtana on potilaan osallistuminen turvallisuuden edistämiseen, hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Potilasturvallisuussuunnitelman mukaan potilasta tuetaan jakamalla tietoa hänen hoidostaan ja siihen liittyvistä riskeistä. Neuvotaan, miten voi osallistua vaara-tapahtuminen ehkäisemiseen sekä rohkaistaan tuomaan esille hoitoon liittyviä asioita sekä havaittuja turvallisuuspuutteita. (Lapinsairaanhoitopiiri 2016d, 11, 13; Lapin sairaanhoitopiiri 2016b, 5.)

Vuosi sitten osana Lshp:n toiminnan uudelleen organisointia erikoissairaanhoidon vuodeosastoja yhdistettiin (Lapin sairaanhoitopiiri 2016d, 10). Yhdistämisen myötä kirurgisella vuodeosastolla 4 on tullut tarve toimintatapojen uudistamiseen ja yhtenäistämiseen potilasturvallisuutta edistäen. Toimintatapoja tarkasteltaessa on nähty aiheelliseksi tutkia potilasturvallista hoitoa hoitajien ja potilaiden näkökulmasta.

Potilasturvallinen hoito voidaan määritellä potilaan näkökulmasta siten, että se on oikeaa hoitoa, oikealla tavalla ja oikeassa paikassa toteutettua. Terveydenhuollon yksiköiden on pyrittävä toiminnallaan varmistamaan hoidon turvallisuus. Hoidon turvallisuuden varmistaminen vaatii menettelytapoja ja järjestelyjä, joilla pyritään hoitotuloksen saavuttamisen lisäksi vahvistamaan toiminnan kestävyyttä

erilaisissa poikkeamissa. Potilaan näkökulma potilasturvallisesta hoidosta mahdollistaa potilaan ”äänen” kuuluviin saamisen. Potilas on läsnä koko hoitoprosessinsa ajan, vaikka hoitajat tai lääkärit vaihtuvatkin. On tärkeää tietää, mitä he potilasturvalliselta hoidolta odottavat tai miten heidän mielestään potilasturvallinen hoito voi vaarantua tai miten sitä pitäisi edistää. Sairaanhoitajat edustavat erikoissairaanhoidossa terveydenhuollon ammattilaisista lukumääräisesti enemmistöä, joka työskentelee lähinnä potilasta. He näkevät työssään vaaranpaikat ja kehittämiskohteet työssään ja ovat hyvin sitoutuneita potilasturvallisuuteen. Potilasturvallinen hoito vaatii kokonaisvaltaisempaa ymmärrystä, joka on edellytys potilasturvallisuuden kehittämiseen. (Peltomaa 2009, 18-19; Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen, 2012, 13; Kvist & ym. 2015a, 151.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata potilaiden ja hoitajien käsityksiä potilasturvallisesta hoidosta ja miten potilaiden ja hoitajien mielestä sitä pitäisi edistää Lapin sairaanhoitopiirin kirurgisella vuodeosastolla 4. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa potilasturvallisen hoidon edistämiseen, potilaan osallisuuden edistämiseksi omaan hoitoonsa ja tiedonkulun edistämiseen sekä raportoinnin kehittämisen tueksi. Tuotettua tietoa voidaan hyödyntää Lapin sairaanhoitopiirin potilasturvallisuustyössä.

Tässä opinnäytetyössä tutkittiin potilasturvallista hoitoa ja osana potilasturvallista hoitoa tutkittiin myös potilaan osallisuutta, tiedonkulkua ja vuoronvaihteessa tapahtuvaa raportointia. Teoreettinen viitekehys koostuu alan kirjallisuudesta ja kansallisista sekä kansainvälisistä tutkimuksista. Potilasturvallisuus on tutkimuskohteena monimuotoisuutensa vuoksi haastava. Aiheen rajaaminen tässä työssä valikoitui työelämän kehittämistarpeiden, ajankohtaisuuden sekä tutkijan oman mielenkiinnon perusteella. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisin menetelmin, tapaustutkimuksellisesti. Vastauksia haettiin teemahaastatteluin potilailta ja sairaanhoitajilta tutkimuskysymyksiin huhtikuussa 2017 ja aineisto analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin avulla.

Toimeksiantaja on Lapin sairaanhoitopiirin kirurginen vuodeosasto 4 ja työelämän mentorina toimivat vs. osastonhoitaja Sari Mäki ja apulaisosastonhoitaja Kati Manninen.

2 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata potilaiden ja hoitajien käsityksiä potilasturvallisuudesta ja miten sitä pitäisi edistää Lapin sairaanhoitopiirin kirurgisella vuodeosastolla 4. Tavoitteena on tuottaa tietoa potilasturvallisen hoidon edistämiseen, potilaan osallisuuden edistämiseksi omaan hoitoonsa, tiedonkulun edistämiseen ja raportoinnin kehittämisen tueksi. Tuotettua tietoa voidaan hyödyntää myös Lapin sairaanhoitopiirin potilasturvallisuustyössä.

Opinnäytetyön tehtävänä on vastata seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- 1) Minkälainen käsitys potilailla on potilasturvallisesta hoidosta?
- 2) Minkälainen käsitys hoitajilla on potilasturvallisesta hoidosta?
- 3) Miten potilasturvallista hoitoa tulisi edistää potilaiden ja hoitajien mielestä?

3 POTILASTURVALLINEN HOITOTYÖ

3.1 Potilasturvallisuus

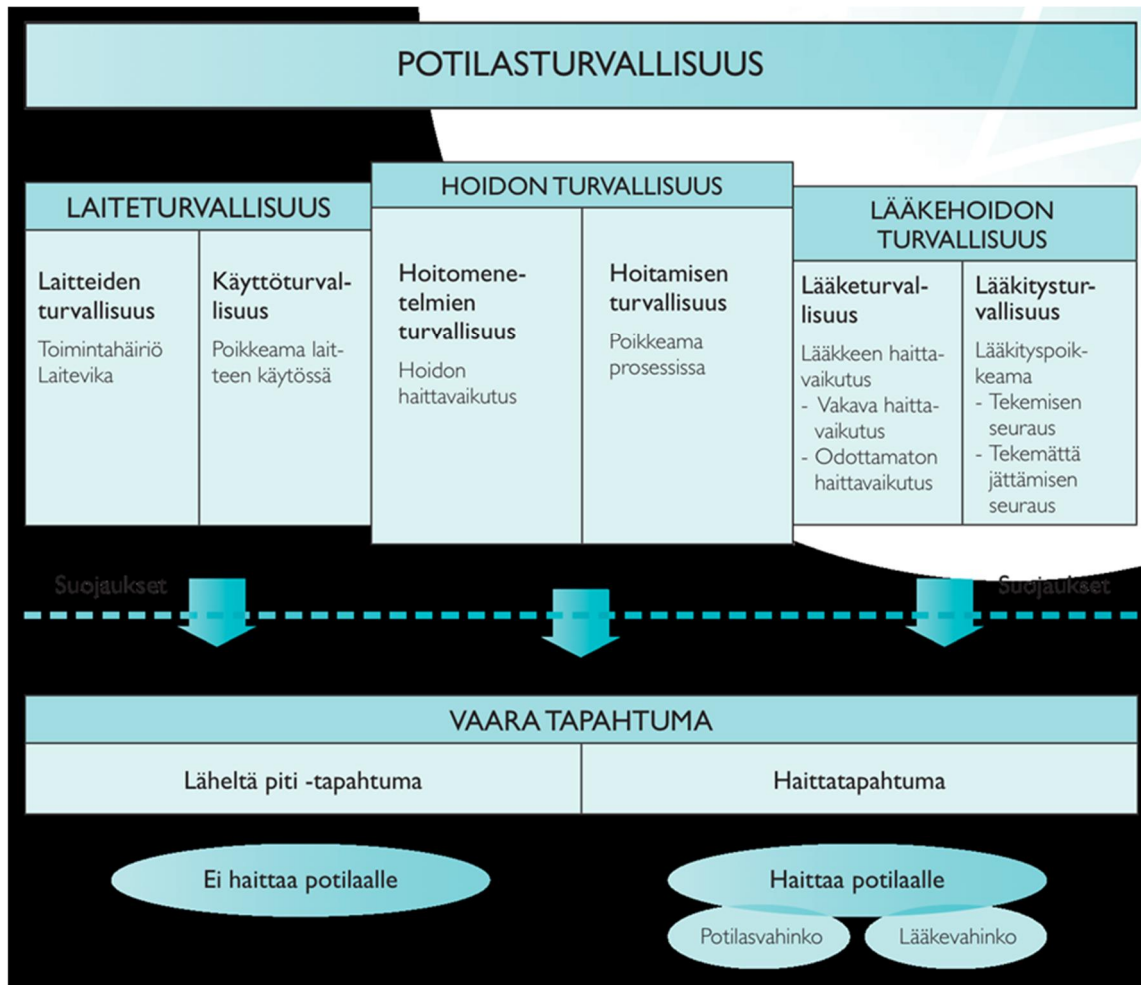
Potilasturvallisuutta voidaan määritellä monesta eri näkökulmasta katsoen, riippuen siitä, kuka sitä määrittää. Potilasturvallisuus on jotakin läsnäolevaa ja sitä luodaan. Turvallisuus ilmenee toiminnassa ja on toimintaa, siksi potilaat ja työyhteisöt ovat keskiössä sen ymmärtämisestä hallintaan. Sosiaali- ja terveysministeriön laatima Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä (2009 11, 20) strategia määrittelee potilasturvallisuuden terveydenhuollossa siten, että se käsittää siinä toimivien organisaatioiden ja yksiköiden periaatteet ja toiminnot, joiden mukaan hoidon tulee aiheuttaa potilaalle mahdollisemman vähän haittaa. Hoidon turvallisuudella tarkoitetaan menettelytapoja, jotka suojaavat ja ehkäisevät poikkeaminen kehittymistä vaaratapahtumaksi. (Heikkilä, Pietikäinen, Reiman, & Ruuhilehto 2010, 10; Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2012, 13.)

Potilasturvallisuus käsitetään myös osana hoidon laatua. Hyvä ja laadukas hoito sisältää potilaan hoitamisen yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, yksilöllisesti ja potilaan tarpeet huomioiden. Turvallinen hoito käsittää hyvän perushoidon ja potilasohjauksen. Tähän opinnäytetyöhön valitussa tutkimuksessa kahden sairaanhoitopiirin seitsemällä yleiskirurgisella vuodeosastolla selvitettiin hoitajien (n=283) käsityksiä verrattuna potilaiden (n= 291) käsityksiin yksilöllisestä hoidosta. Gustafsson, Leino-Kilpi, Papastavrou, Suhonen & Tsanghari (2013, 80, 84) toivat esille, että hoitajien käsitykset yksilöllisyyden tukemisesta ja toteutumisesta ovat korkeammalla kuin potilaiden käsitykset. Vertailusta selvisi, että hoitajien ja potilaiden käsitykset erosivat toisistaan huomattavasti potilaan ”Yksilöllisyyden tukeminen hoitotyön keinoin” osa-alueessa. Hoitajat arvioivat tukevana potilaiden yksilöllisyyttä hyvin, vähiten kliinisen tilanteen osalta ja heikoiten henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta. Kirurgisten potilaiden mielestä heidän yksilöllisyyttään oli tuettu jonkin verran hoitotyön keinoin, eniten kliinisen tilanteen ja vähiten henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta.

Hoitoa antavat terveydenhuollon ammattilaiset sujuvana prosessina, hoito on turvallista ja perustuu näyttöön ja hyviin hoito sekä toimintakäytäntöihin. Suomessa potilaan hoidon tulee perustua Käypä-hoitosuositukseen, joka sisältää keskeisiä

terveyteen ja sairauteen liittyviä hoitosuosituksia. Suositukset on laadittu helpottamaan hoitopäätösten tekoa potilas-lääkäri suhteessa. Lisäksi hoitosuosituksista on laadittu sovelluksia käytännön tueksi terveydenhuollon ammattilaisille ja alueellisiksi toiminta-ohjelmiksi tavoitteena yhtenäistää hoitokäytäntöjä ja parantaa hoidon laatua ja näin ollen potilasturvallisuutta. Käypähoitosuositusten myötä on tullut tarve kehittää hoitotyötä pelkästään kokemusperäisiin ja testaamattomien että perinteitä vaalivien toimintojen ja menetelmien sijaan, kohti näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä yhdistyvät tieteellinen tieto, asiantuntijan hiljainen tieto ja potilaan näkemys. (Laaksonen & Ollila 2017, 66-69.)

Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus voidaan määritellä siten, että potilas saa oikeaa hoitaa, oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Potilas voi saada myös hoitoa, jota ei ole suoritettu potilasturvallisesti ja siitä ei koidu haittaa. Toisaalta turvattoman hoidon tulos potilaan näkökulmasta voi olla hyvinkin traagista. Amerikassa, joka on potilasturvallisuuden tutkimuksen ja kehittämisen alku ja juuri julkaisi raportin vuonna 1999 ”To Err is human”, jonka ydintuloksena todettiin, että noin joka kymmenes potilas kärsii jostain haittatapahtumasta sairaalahoitonsa aikana. Raportti huomioitiin niin Amerikassa kuin kansainvälisestikin. Sittemmin on perustettu eri kokoonpanoja kansainvälisesti ja kansallisestikin asian tutkimiseksi potilasturvallisen hoidon edistämisen, suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin saralla. (Peltomaa 2009, 18-19.)



Kuvio 1. Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet (mukaillen Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 21)

Tarkasteltaessa potilasturvallisuuden osa-alueita kuviossa 1 esitetään, että potilasturvallisuus kattaa hoidon turvallisuuden, lääkehoidon turvallisuuden sekä laiteturvallisuuden. Hoidon turvallisuus jakautuu itse menetelmään ja hoitoprosessiin. Tässä korostuu hoitotyön näkökulmasta toteuttaa hoitotyötä hyvin hoitokäytäntöihin ja näyttöön perustuvasti niin kuin lakikin velvoittaa. Keskeistä on hoitotyötä toteutettaessa yhtenäiset toimintatavat ja prosessien yksinkertaistaminen. Prosessien tulisi sisältää tarpeellinen määrä varmistavia vaiheita haittatapahtuman ehkäisemiseksi. Yhtenäiset toimintatavat lisäävät mahdollisuuksia havaita riskejä hoidossa ja parantaa niiden hallittavuutta. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009,21; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010/1326,1: 8 §; Helovuori ym. 2012, 64.)

Lääkehoidon turvallisuudessa voi olla kyse esimerkiksi lääkkeen haitallisista vaikutuksista, jotka liittyvät lääkevalmisteseen; vakava haittavaikutus tai odottamaton haittavaikutus. Lääkevalmisteseen kuuluva haittavaikutus voi olla esimerkiksi verenpaineen lasku tai potilas ei tiedä olevansa varjo-aine allerginen, jolloin saa reaktion. Lääkehoidon poikkeavuus voi liittyä tekemisen seuraukseen tai tekemättä jättämiseen. Lääkehoidon poikkeavuudet liittyvät usein tekemiseen; väärälle potilaalle väärä lääke, väärin jaettu lääke, väärä annos. Kiihtyvä lääketieteen kehittyminen ja sitä myöten myös lääkevalmisteiden kehittyminen luo omat haasteensa myös hoitotyön kenttään. Kinnusen & Peltomaan (2009, 79) mukaan sairaaloissa lääkehoidon haittatapahtumiin pitäisi enemmän kiinnittää huomiota. Syiden selvittelyä pitäisi syväluodata kohti organisaation tapoihin toteuttaa hoitoa. Turvallinen lääkehoito edellyttää osaamista eli laadukasta hoitotyötä ja moniammatillista yhteistyötä.

Sairaanhoitajien lääkehoitotaitoja on tutkittu Espoon sairaalassa vuonna 2010. Aineiston hankinta suoritettiin kyselynä, jonka tulokset analysoitiin hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetyössä vuonna 2011. Kysely perustui Oili Veräjäkorian (2003) väitöskirjaan Sairaanhoitajan lääkehoitotaidot. Lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen käyttämään mittariin. Tutkimuksessa käsiteltiin teoreettisia ja käytännöllisiä lääkehoitotaitoja. Tutkimustuloksissa muun muassa nuorten ja iäkkäämpien sairaanhoitajien mielipiteet jakaantuivat lääkehoidon helppoudesta. Nuorempien sairaanhoitajien mielestä lääkehoidon toteuttaminen todettiin olevan helpompaa. Lääkehoitoon liittyvä ohjeistus ei ollut selvää osalle sairaanhoitajista ja suurin osa oli sitä mieltä, että työpäivän aikana lääkehoito vaatii mittavan työpanoksen. (Ekstam ym. 2012, 19.) Härkänen, Luokkamäki, Saano & Vehviläinen-Julkunen (2016, 28) esittivät, että sairaanhoitajat (n=157) kokivat tarvitsevansa eniten koulutusta lääkkeiden yhteisvaikutuksista sekä ajankohtaista tietoa osastolla käytössä olevista lääkkeistä, että niiden sivu- sekä haittavaikutuksista.

Laiteturvallisuus kattaa itse laitteessa olevan toimintahäiriön tai laitevian sekä poikkeaman laitteen käyttäjästä johtuen. Toimintahäiriöt voivat ilmetä, vaikka in- fuusiolaitteen piippauksena, hoitava henkilökunta on tottunut aina sammuttamaan häiritsevän äänimerkin, vaikka tosiasiallisesti laite tarvitsee huoltoa. Tällöin

virheellinen toiminta on muuntautunut töiden sujuvoittamisen tarpeen vuoksi normikäytännöksi. Sairaalamailmassa tulee jatkuvasti uusia ja uudistuneita laitteita, usein ei ole aikaa perehtyä niihin, jolloin se lisää epävarmuutta hoitotyössä, mikä vaikuttaa suoranaisesti potilaaseen. Suomalaisessa potilasturvallisuustutkimuksessa potilaiden näkökulmasta (n =175) todettiin että, suurin osa potilaista (92%) piti hoitavan henkilökunnan tehtävänä kertoa, mikäli hoidossa käytetään laitteita ja että potilaat (98 %) luottivat hoitavan henkilökunnan osaamiseen käyttää laitteita oikein ja turvallisesti (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 21; Partanen, Sahlström & Turunen 2012, 7.)

Terveystieteiden toimintaan liittyy monenlaisia vaaroja, joita pyritään välttämään erilaisilla turvallisuuden hallintamenetelmillä, suojauksilla. Suojaukset ovat menetelmiä tai toimintaa vaaratapahtuman välttämiseksi. Potilaan tunnistaminen on yksi suojausmenetelmä, jonka avulla pyritään välttämään esimerkiksi väärän potilaan saattamista leikkaussaliin. Tsekeissä selvitettiin sairaanhoitajien mielipiteitä potilaiden tunnistamiseen liittyvistä käytännöistä. Tutkimukseen osallistui 722 rekisteröityä sairaanhoitajaa. Yli 90 % sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että tunnistusrannekkeen käyttö oli pääsääntöisesti käytetty suojausmenetelmä. Lähes 80% ilmoitti tunnistusrannekkeen lisäksi käyttävän suullista tunnistamista (Bártlová, Brabcová, Hajduchová & Tóthová 2015.) Partanen ym. (2012, 6) totesivat tutkimuksessaan että, potilaistakin 77 % piti tunnistusrannekkeen käyttöä hyvänä asiana, jopa 92% piti tärkeänä myös henkilöllisyyden tarkistamisen suullisesti rannekkeen käytön lisäksi.

Vaaratapahtumiksi määritellään tilanteet, joissa potilasturvallisuus vaarantuu, vaikka siitä ei olisikaan haittaa. Vaaratapahtuma voi olla läheltä-piti tapahtuma, josta ei aiheudu haittaa potilaalle, mutta tilanteessa on hoidosta johtuvan haitan mahdollisuus. Jos tapahtuma saavuttaa potilaan, puhutaan haittatapahtumasta. Potilasturvallisuutta usein tarkastellaan haitta- ja vaaratapahtumista oppimisena, sitä säädellään systemaattisen toiminnan edistämisenä, lisäämällä toiminnan vaihtelua vähentäviä suojauksia. Tavoitteena on terveydenhuoltojärjestelmästä johtuvien haittojen ennaltaehkäisy tai välttäminen. Mikäli poikkeamia tai haittatapahtumia tapahtuu, käsitellään ne luottamuksellisessa ja avoimessa ilmapiirissä. Lisäksi organisaatiossa tulee ymmärtää mitä on potilasturvallisuus käytännössä,

miten tunnistaa vaaratekijät ja miten ennaltaehkäistä niitä sekä oppia virheistä. (Oewald & Reiman 2009, 44; Potilasturvallisuusopas 2011, 7-8; Helovuo ym. 2012, 92-93)

Vaikka tässä opinnäytetyössä ei tutkittu potilasturvallisuuskulttuuria, tähän valittiin kuitenkin tuore kansallinen potilasturvallisuustutkimus tarkastelun kohteeksi, koska se selvittää osaksi tutkijan mielestä potilasturvallisen hoidon tilaa. Suomessa tehdyssä pitkittäistutkimuksessa yhden yliopistosairaalan erityisvastuualueella vuosina 2008 (n= 722) ja 2011 (n= 1210) tutkittiin sairaanhoitajien näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista. Tutkimus toteutettiin käyttämällä kansainvälistä, Hospital Survey on Patient Safety Culture- suomenkielistä versiota. 12-kohtainen lomake sisälsi potilasturvallisuuteen vaikuttavat keskeiset osa-alueet. Tutkimuksessa todettiin, että osa-alueessa *”virheet ovat täällä johtaneet myönteisiin muutoksiin”* vuonna 2008 sairaanhoitajat arvoivat toteutumisen olevan 36:n prosentin luokkaa ja vuonna 2011 kohoten 40: een prosenttiin. Osa-alueessa *”toimintaprosessimme ja järjestelmämme estävät hyvin poikkeaman synnyn”* prosentuaalisesti yllettiin vuonna 2008 23: een vs. vuonna 2011 ollen 27 %. Vahvaa potilasturvallisuuskulttuuria kuvaa prosentuaalisesti 75 eli tulokset olivat kriittiset. (Kvist ym. 2015a,156.) Potilaiden perehdyttäminen riskien tunnistamiseen on hoidossa ensiarvoisen tärkeää. Tämä vaatii kumppanuussuhdetta potilaan ja terveydenhuollon toimijoiden kesken. (Helovuo ym. 2012,16; Lehto 2012.) Potilaista 80% arvioi Partasen ym. (2012, 7) mukaan voivansa auttaa hoitovirheiden ehkäisemisessä.

Terveydenhuollon organisaatioiden johdon tulee sisällyttää potilasturvallisuus osaksi kaikkea toimintaa. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009,14-15; Terveydenhuoltolaki 2010/1326,1: 8 §.) Multitaskaaminen ja sitä myötä otteen herpaantuminen heikentävät tarkkaavaisuutta ja tiedonkäsittelyä. Potilasturvallisuuspolitiikan lähtökohtina potilaan osallistamisen lisäksi luetaan muun muassa turvallisen työnteon edellytykset, kuten osaaminen, resurssit ja työympäristö. Työkuorma ja kiire hoitotyössä ovat inhimillisiä tekijöitä, joka vaikuttavat potilasturvallisuuteen. (Helovuo ym. 2012,15, 79; Lapin sairaanhoitopiiri 2016b, 7; Laaksonen & Ollila 2017, 73-74.) Kvistin ym. (2015a,156) mukaan huolestuttavan al-

haisiksi sairaanhoitajat arvioivat johdon tuen potilasturvallisuudelle prosentuaalisesti ensimmäisessä mittauksessa ollen 28 ja kolmen vuoden kuluttua 30 (vahva potilasturvallisuuskulttuuri 75 %). Potilaille suunnatussa suomalaisessa kyselyssä hoidon laadun erinomaisuudesta osana At- safe hankkeen pitkittäistutkimusta, joka suoritettiin vuosina 2008-2009, potilasta 77% (n= 2718, joista 60 % naisia, 40% miehiä) arvioi hoidon toteutuvan erinomaisesti. Parhaiten potilaat arvioivat toteutuneen henkilöstön ammatillisuuden (90%) ja yhteistyön osalta (83%), alhaimmat arvioinnit fyysisten ja psyykkisten oireiden lievittämisessä (64%) ja henkilöstöresurssoinnissa (69%). (Kvist, Miettinen, Mäntynen & Julkunen-Vehviläinen 2015b, 23.)

3.2 Potilasturvallisuuden edistäminen Suomessa

Potilasturvallisuuden edistäminen on tullut jo vuosia sitten ajankohtaiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- terveysministeriö julkaisi vuodelle 2009-2013 suomalaisen potilasturvallisuusstrategian (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009) missiona ”*Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä*” ja tavoitteena vuoteen 2013 mennessä visio, ”*Potilasturvallisuus on ankkuroitu toiminnan rakenteisiin ja toimintatapoihin: toiminta on vaikuttavaa ja turvallista.*” Potilasturvallisuusstrategiaa käsitellään neljästä eri lähtökohdasta kulttuuri, johtaminen, säädökset ja vastuu. Turvallisuuskulttuuri sisältää ne yksilön tai yhteisön toimintatavat jolla pyritään siihen, että hoito on turvallista ja vaikuttavaa asiakkaita/potilaita osallistamalla. Kokonaisvaltainen vastuu sekä kehittäminen kuuluvat johdolle, mutta potilasturvallisuus on hoidon laadun edellytys ja siten liittyy myös terveydenhuollon ammatilliseen toimintaan.

Vuoden 2009 potilasturvallisuusstrategian jälkeen on kehitetty potilasturvallisuustyön takaamiseksi ja ylläpitoon lakiuudistuksia ja asetuksia. Terveydenhuollon henkilöstölle ja potilaille on laadittu verkkokoulutuksia sekä oppaita. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) 8 § (Laatu ja potilasturvallisuus) määrää, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (341/2011) ohjeistaa mitä tulee ottaa huomioon suunnitelmassa laadunhallintaa ja potilasturvallisuuden toteutumista. Muun muassa suunnitelmasta tulee ilmetä ne menettelytavat, miten henkilökunta

osallistuu laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden kehittämiseen ja saa palautetta oppimista ja oman toimintansa kehittämistä varten.

Terveydenhuollon henkilöstön tietoisuuteen potilasturvallisuus implementoitiin verkkokoulutuksen ja haittatapahtuma-ohjelman Hai Pro- koulutuksen kautta. Verkkokoulutus Potilasturvallisuutta taidolla 2011-2013 oli suorittanut vuoden 2014 lopussa 79 786 terveydenhuollon henkilöstöön kuuluvaa. Vuonna 2011 on laadittu oppaita niin potilaille kuin terveydenhuollon ammattilaisillekin. Potilaille on kehitetty tiedon laajentamiseksi Potilaan käsikirja ja Potilaan muistilista. Partanen ym. (2012,7) kuitenkin tuovat tutkimuksessaan esille, että potilaista 61% ei ollut perehtynyt potilasoppaisiin. Terveydenhuollon ammattilaisille on laadittu työn tueksi Terveydenhuollon laatuopas ja Vakavien vaaratapahtumien tutkintaopas 2012.(Helovuori 2012, 31-33.) Potilasturvallisuuteen liittyviä opinnäytetöitä hoitotyön koulutusohjelmassa on tehty runsaasti (Theseus 2017).

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (341/2011) kehoitetaan johdon toimivan turvallisen ja laadukkaan henkilöstöjohtamisen periaatteita ja käytäntöjä noudattaen sekä mahdollistamaan avoimen potilasturvallisuuskulttuurin. Tämänkaltaisella toiminnalla on suora yhteys hoidon vaikuttavuuteen ja sitä kautta kustannuksiin. Potilasturvallinen toiminta lisää työtyytyväisyyttä, vähentää työn päällekkäisyyttä ja työmäärän vähenemistä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (Potilasturvallisuutta taidolla- kansalliset potilasturvallisuustalkoot 2011-2015) mukaan (Järvelin ym. SLL 2010; 12 :1123- 27) on esitetty, että terveydenhuollolle kerääntyvät kustannukset kiipeävät miljardin luokkaan johtuen potilaalle aiheutuneesta kärsimyksestä, haitasta tai mielihahasta ja yksi haittatapahtuma lisää kuusi vuodeosastopäivää (Johnson ym., JAMA 1992, 276; 2487- 92). Kuitenkin käytännön hoitotyössä Kvist ym. (2015a, 155-156) totesivat tutkimuksessaan, että *”esimies antaa myönteistä palautetta, kun työ on tehty potilasturvallisesti”* (43% vs.40%), tavoitetason ollessa 75%. Huolestuttavaa myöskin on, että *”ei-rankaiseva virheiden käsittely”* prosentuaalisesti oli 42%, kuitenkin muuttuen positiivisempaan suuntaan kolmen vuoden kuluttua ollessa 51%. Silti on todellakin kehittämisen varaa suomalaisessa terveydenhuollossa, että luvut pääsisivät lähelle korkeaa potilasturvallisuutta.



Kuvio 2. Potilas- ja asiakasturvallisuudentoimintaohjelman 2015-2020 sisältö (mukailen Sosiaali- ja terveysministeriö 2015).

Uusi toimintaohjelma potilasturvallisuuden edistämiseen on Potilas -ja asiakasturvallisuuden toimintaohjelma vuosille 2015-2020. Toimintaohjelma esitellään kuviossa 2. Taustana uudelle ohjelmalle voidaan pitää terveydenhuollolle jo aiemmin tässä opinnäytetyössä samassa luvussa mainitut kustannukset, johtuen potilasturvallisuuden vaarantumisesta. Tavoite- ja toimintatila vuoteen 2020 on *"Parannamme/edistämme suomalaisen Sosiaali -ja terveydenhuollon laatua ja asiakas/potilasturvallisuutta."* Tavoitetila on että *"Palvelut ovat vaikuttavia ja turvallisia."* Vaikuttavuuden ja turvallisuuden edistämisessä asiakkailla, potilailla ja omaisilla on aktiivinen rooli, prosessit ja toimintatavat ovat turvallisia ja turvallinen hoito ja riittävät resurssit varmistettu. Osaaminen ja riskienhallinta ovat ilmeinen osa jatkuvaa toimintaa myös muutoksessa. Turvallisuuden seurannassa ja kehittämisessä vaaratapahtumia tutkitaan ja niistä opitaan. Tästä jalostuneempi ja uudistuneempi strategia on Sosiaali- ja terveysministeriön (2017, 12) Potilas- ja asiakasturvallisuuden strategia 2017-2021.

Potilasturvallisen hoidon toteuttamista ja sen edistämistä määrittää perinteisesti strukturoidut mallit, vastuuttaminen ja valvonta. On kuitenkin todettu, että edellä mainitut toimenpiteet eivät ole riittäviä potilasturvallisen hoidon toteuttamiselle. Uusi turvallisuusajattelu perustuu ajatukseen, että kaikki järjestelmän elementit (ihmiset, laitteet, ryhmät, yksiköt) luovat turvallisuutta päivittäisessä toiminnassaan. Toiminnan vaihtelu nähdään tarpeellisena ja suojausten lisäksi tulisi ymmärtää, miten järjestelmä toimii ja sen kykyä luoda turvallisuutta. (World Health Organisation 2008; Heikkilä ym. 2011, 10.) Jangland, Klingvall, Wilhelmsson & Yngman-Uhlin (2016) ovat tutkineet esteitä ja mahdollisuuksia sairaanhoitajien ja kirurgien näkökulmasta laadukkaaseen kirurgiseen vuodeosastohoitoon. Tutkimuksen mukaan vaikuttavia tekijöitä olivat muun muassa hyvän viestinnän korostaminen ja tiimin osaamisen hyödyntäminen. On tärkeää jatkossa laajentaa potilasturvallisuuskäsitteen turvallisuusajattelua. Potilasturvallisuuden kehittämisessä on tärkeää, että yhteinen vastuuntunto ilmentää potilasturvallisuuden ydintä. (World Health Organisation 2008; Heikkilä ym. 2011,10.)

Sosiaali- ja terveysministeriön uusimmassa strategiassa yhtenä tavoitteena on potilaiden osallistuminen aktiivisesti potilasturvallisen hoidon varmistamiseen ja kehittämiseen. Siksi on ensiarvoisen tärkeää tietää, miten potilaat käsittävät potilasturvallisen hoidon ja osallisuuden. Potilas on henkilö, joka on läsnä hoitoprosessin jokaisessa vaiheessa. Hänelle hoito on ainutkertainen, vaikka henkilökunta ja lääkärit vaihtuvatkin. Potilaan osallistaminen hoitoon on yksi askel kohti potilasturvallisempaa hoitoa. (Helovuo ym.2012, 22; Valtioneuvoston periaatepäätös 2017, 11.) Potilaiden osallistaminen omaan hoitoonsa edellyttää, että heitä ja omaisia rohkaistaan kertomaan tarvittavat tiedot hoitoon liittyen ja mikäli he ovat huolissaan hoitonsa turvallisuudesta. Potilasturvallisuuden kehittämiseksi tarvitaan tutkittua tieteellistä tietoa, terveydenhuollon ammattihenkilöiden kokemustietoa yhteisten sovittujen käytäntöjen ja toimintatapojen toteuttamiseen (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 15; World Health Organisation 2009, 11.)

3.2.1 Potilasturvallisuus Lapin sairaanhoitopiirissä

Lapin Sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelma (Lapin sairaanhoitopiiri 2016b) on laadittu sairaanhoitopiirin strategiasta johdettujen arvojen (Lapin sairaanhoitopiiri 2016d) ja kansallisen potilasturvallisuusstrategian mukaisesti, jota käsiteltiin tämän opinnäytetyön luvussa 3.2. Strategiasta johdettuja arvoja ovat turvallisuus, potilaslähtöisyys, laadukkuus ja inhimillisyys. Potilasturvallisuussuunnitelman tavoite on, että sitä voidaan hyödyntää potilasturvallisuustyössä. Tarkoituksena on edistää hyvää, laadukasta ja turvallista hoitoa. Potilaslähtöisyyttä pyritään tukemaan potilaita osallistamalla potilasturvallisen hoidon edistämiseen. Potilaiden kanssa keskustellaan hoitoon liittyvistä riskeistä ja rohkaistaan kysymään hoitoon liittyvistä asioista.

Potilasturvallisuussuunnitelmassa on määritelty Lshp:n potilasturvallisuuspolitiikka, potilasturvallisuusjärjestelmä ja potilasturvallisuutta edistävät menettelytavat ja ohjeet. Potilasturvallisuuspolitiikka käsittää ne arvot ja periaatteet, joita sairaanhoitopiiri toiminnassaan edellyttää. Potilasturvallisuusjärjestelmä koostuu vastuun ja potilasturvallisuustyöryhmien määrittelystä. Lisäksi siinä määritellään, miten potilasturvallisuutta seurataan ja arvioidaan, tiedonhankintamenetelmät ja ohjeet turvallisuusriskien ennakointiin sekä potilasturvallisuuden varmistaminen toiminnassa, että tiedottaminen potilaille ja henkilöstölle. Edistävät menettelytavat- ja ohjeet käsittävät potilaan tunnistaminen, Briefing, lääkkeen antaminen ja menettely virheen sattuessa sekä vakiomuotoinen viestintä. (Lapin sairaanhoitopiiri 2016b.)

Tämän opinnäytetyön toimintaympäristönä on Lshp:n kirurginen vuodeosasto 4. Kirurginen osasto 4 tarjoaa erikoissairaanhoidon vuodeosastopalveluja gastroenterologian, korva-nenä- ja kurkkutautien, urologian, suukirurgian, silmäkirurgian, käsikirurgian, neurokirurgian, ortopedian, plastiikkakirurgian, traumatologian, verisuonikirurgian ja yleiskirurgian potilaille. Leikkauspotilaat tulevat joko päivystyksellisenä tai ennalta suunniteltuihin leikkauksiin. Muut potilasryhmät voivat olla kipu, syöpä ja infektiopotilaita. Päivystysleikkausten kiireellisyys vaihtelee heti tehtävistä henkeä pelastavista hätätoimenpiteistä muutaman päivän sisällä tehtäviin leikkauksiin. Ennalta suunniteltuihin leikkausten kiireellisyysasteessa on

myös eroja. Näistä kiireellisimpiä ovat muutaman viikon sisällä tehtävät syöpäleikkaukset. Osastolla on yhteensä 62 sairaansijaa. Hoitohenkilökunnasta sairaanhoitajia on lukumääräisesti 50 ja perushoitajia on 11. Lääkäreitä on 17 ja osastonhoitajia 1 sekä 2 apulaisosastonhoitajaa. Muuta henkilökuntaa on osastosihteerit, laitosapulaiset ja fysioterapeutit. Toiminnan tavoitteet ovat, että potilas saa omatoimisuutta tukevaa hoitoa moniammatillisesti toteutettuna ja että hänen toimintakykynsä palautuu ”*parhaalle mahdollisemmalle tasolle*”. Toimintaa ohjaa hyvän palvelun periaate ja laadukas hoito pyritään takaamaan henkilökunnan jatkuvalla koulutuksella. Toiminnan laatua arvioidaan potilaspalautteiden ja tilastojen avulla. Kirurgian vuodeosasto 4:n arvot sisältävät potilas- ja palvelulähtöisyyden, ammatillisuuden ja yhteisöllisyyden periaatteet. (Lapin sairaanhoitopiiri 2016a.)

3.2.2 Hoitotyön asiantuntijana sairaanhoitaja

Tässä opinnäytetyössä terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmaa edustaa sairaanhoitaja. Kvistin ym. (2015a, 151) tutkimuksessa todettiin (Pagen 2004, Groves ym., 2011 Morathin 2011) esittäneen, että sairaanhoitajat edustavat terveydenhuollon ammattilaisista lukumääräisesti enemmistöä erikoissairaanhoidossa, joka työskentelee lähinnä potilasta. Siitä syystä he sopivat hyvin osallistumaan potilasturvallisuuden edistämiseen organisaatiossa. He näkevät työssään vaaranpaikat ja kehittämiskohteet ja ovat hyvin sitoutuneita potilasturvallisuuteen. Sairaanhoitajan asiantuntijuuden voidaan ajatella muodostuvan ammatitaidon kehittymisen myötä. Työkokemuksen karttuessa hoitotyön erityisosaaminen luo perustan asiantuntijuudelle. Sairaanhoitajan työssä on ensiarvoisen tärkeää jaettu eli kollektiivinen asiantuntijuus. Sairaanhoitaja työskentelee vuodeosastolla yhdessä toisten ammattiryhmien kanssa jakaen tietoa kokemuksensa ja laajojen erityistietojensa perusteella. Kokemustiedon muuntaminen tiedoksi vaatii jatkuvaa itsereflektointia ja oman toiminnan vaikutusta työhön sekä jatkuvaa toiminnan arviointia. Lisäksi asiantuntijuus muodostuu ja kasvaa tiimin vuorovaikutuksesta. (Fry & Johnstone 2009, 55; Korhonen & Mäkipää 2011, 12-16,20.)

Sairaanhoitajan potilasturvallisuusosaamiseen voidaan käsittää hoitotyön erityisosaaminen ja eettinen ajattelu toiminnan perustana. Osaamiseen kuuluu potilaiden kokonaisvaltainen hoito; terveyden edistäminen potilaan elämässä, sairauksien ehkäiseminen ja niiden lievittäminen lisäksi ohjaus ja kuntoutus. Lisäksi laki velvoittaa, että toiminnan täytyy harjoittaa yleisesti hyväksytyjä kokemuseräisesti perusteltuja toimintatapoja koulutuksen mukaisesti. Terveydenhuollon henkilöstön on pyrittävä jatkokouluttautumalla pitämään tieto- taitoaan yllä. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559 3; 15§; ICN 2012, 1.) Hoitotyön osaaminen vaatii sekä hoito-, että lääketieteellistä - ja farmakologian tutkimustieteen hallintaa niin että osaa soveltaa niitä käytäntöön. Erityisammattilliseen osaamiseen voidaan lukea hoidon tarpeen arviointi, suunnittelu ja toteutus sekä näyttöön- ja tutkittuun tietoon perustuva hoitotyö. Lääketieteellinen tieto sairauksista, hoito -ja hoitomenetelmistä sekä erilaisten hoidossa käytettävien ohjelmien ja tarkkailuvälineiden käyttö kuuluvat sairaanhoitajan osaamisalueeseen. Lääkehoito eri vaiheineen käsittelystä hävittämiseen on sairaanhoitajan arkipäivää. (Korhonen & Mäkipää 2011, 20; Jaakkola 2012, 24-27.) Eettinen toiminta ilmentää sairaanhoitajan työnkuvaa. Eettinen hoitaja kuvataan valppaana, vastuullisena ja reagoivana. Hoitotyötä tekevän sairaanhoitajan työkokemuksen myötä intuitio laajenee. Intuitiivinen henkilö huomaa muutokset ympäristössä kuten potilaan voinnin heikkenemisen ja on nopeasti reagoiva. Kuuntelemisen taito ja myös ei-sanallisten viestien tulkitseminen; ilmeiden, eleiden ja tunnelman ymmärtäminen liittyvät eettiseen käyttäytymiseen. (Kuokkanen 2012, 66; ICN 2012, 2.)

4 POTILAS POTILASTURVALLISEN HOIDON EDISTÄJÄNÄ

4.1 Potilaan osallisuus

Sosiaali- ja terveysministeriön kärkihankkeissa uudistetaan sosiaali- ja terveyspalvelut asiakaslähtöisemmiksi. Yhtenä edellytyksenä on, että kaikki osallistuvat palvelujen parantamiseen, myös asiakkaat ja potilaat. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksissa organisaatioilta vaaditaan suunnitelmaa, jossa edellytetään tulevan ilmi ne menettelytavat, miten potilaiden ja omaisten on mahdollista antaa palautetta hoidon laadusta ja potilasturvallisuudesta. Lisäksi suunnitelmassa pitää tulla esille, miten he voivat osallistua ja vaikuttaa laadun ja potilasturvallisuuden kehittämiseen. Potilaiden mahdollisuudet vaikuttaa ovat parantuneet lakien ja asetusten myötä. (Helovuo ym. 2012, 178-179; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 341/2011 1: 1§.)

Potilaan asema on muuttunut passiivisesta aktiiviseksi terveydenhuollon palveluiden käyttäjäksi. Koska terveyspalveluita kehitetään potilaslähtöisemmiksi, terveydenhuollon kasvavien taloudellisten paineiden lisääntyessä nousee esille entistä enemmän potilaan osallistava rooli hoitotyössä. Potilaan mahdollisuudet osallistua vaativat hoitohenkilökunnan avointa viestintää haittatapahtumien tiedottamisesta, kannustamista tietoisuuteen ja valppauteen hoidossa. Mahdollisten vaaratekijöiden uhatessa, potilaat voivat auttaa hoitohenkilökuntaa niiden ehkäisemisessä kertomalla huolistaan. (Potilasturvallisuusopas 2011, 8; Helovuo ym. 2012, 178; Halkoaho, Kangasniemi, Länsimies & Pietilä 2012, 120.)

Tämän opinnäytetyön kontekstiin liittyen nähtiin tärkeänä myös käsitteiden osallisuus (involvement) ja osallistuminen (participant) määrittely. Rantanen & Toikko (2009, 90-91) tuovat esille, että osallisuus ja osallistuminen käsitteitä käytetään usein toisiaan vastaavina merkityksinä. Osallistuminen sosiaali- ja terveydenhuollossa usein merkitsee potilaan mukana oloa terveydenhuollon ammattilaisen ehdoilla; potilas osallistuu aamutoimiin, osallistuu ohjaukseen ja niin edelleen. Osallistuminen tapahtuu siis muiden antaman ajankohdan, mahdollisesti tavan ja paikan suhteen. Osallisuus on osallistumista laajempi käsite. Osallisuudessa asiakas/potilas on mukana osallistumisen myötä, toiminnan ja vaikuttamisen

kautta. Osallisuus jaotellaan tiedon saamisen oikeuteen, suunnitteluun osallistamiseen, päätöksentekovaltaan ja omaan toimintaan. (Mäkisalo-Ropponen 2016, 16.) Osallisuuden (involvement) ja osallistumisen (participant) ero voidaan nähdä siinä, kuinka paljon potilas osallistuu päätöksentekovaiheessa hoitoon (Thompson 2007, 1307).

Jotta potilas voisi olla osallisena, vaatii se asiakkaan/potilaan ottamista mukaan häntä itseä koskevaan päätöksentekoon. Osallisuuden tavoite on, että potilas on mukana jokaisessa hoitoprosessin vaiheessa aidosti osallisena, ei siis vain lain nojalla terveydenhuollon ammattihenkilön veloitteesta hoidon suunnittelusta sen arviointiin. Jaettu päätöksenteko potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välillä kuten potilaskeskeinen, keskusteleva ja tasa-arvoinen yhteistyö parantaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä, lisää potilaan elämänlaatua ja terveydentilantulokset paranevat. Tällöin hoidon laatu paranee, mikä on suorassa yhteydessä potilasturvallisempaan hoitoon. (Truglio-Londrigan, Slyer, Singleton & Worrall 2014.) Toisaalta kokonaisvastuu tulee aina säilyttää terveydenhuollon ammattilaisilla, potilaita ei voi vaatia osallisuutta, jos he eivät jostakin syystä pysty tai sitä halua (David, Jacklin, Sevdalis & Vincent ym.2007, 260). Vakava sairaus lisää potilaan passiivisuutta osallistua suuriin päätöksentekoprosesseihin. Vain 40% suolistosyöpäasirastavien potilaista (n= 113) halusi päättää leikkaushoidostaan, passiivisuutta lisäsi miessukupuoli ja avanteen teko. (Hou, Lu, Pang, Zhou & Xu, 2014, 379.)

Potilaiden osallistaminen on tärkeää koska he ja omaiset voivat toimia potilasturvallisen hoidon varmistajina. (Davis ym. 2007, 260.) Tulevaisuudessa potilaat ovat tietoisempia omasta hoidostaan lääketieteellisen tiedon vapautuessa heidän käyttöönsä, tulevaisuudessa on käytössä koottua dataa omasta sairaudesta tai terveydentilasta. Näistä syistä potilaan osallisuus omaan hoitoonsa vahvistuu. Tämä edellyttää asennemuutosta vallitseviin rooleihin ja vastuuntuntoa niin potilailta kuin asiantuntijoiltakin. (Sitra 2014; Black, Pollack & Tulsy 2016, 1951.)

Potilaiden osallisuuden esteitä kommunikaatiossa potilas-lääkärisuhteessa on esitetty tutkimuksessa, joka tehtiin kyselynä Espanjassa potilaille (n= 764) ja lääkäreille (n= 372). Potilaiden osallisuuden taso vaihteli suhteessa potilaan ikään

ja sairastavuuteen. Mitä iäkkäämmästä ja sairaammasta potilaasta oli kyse, sitä passiivisemmän roolin potilas otti päätöksentekovaiheessa. Lääkäreistä 218 tarjosi potilaille hoitovaihtoehtoja, jotta he voisivat osallistua päätöksentekoprosessiin. Lääkärit, jotka informoivat potilasta eri hoitovaihtoehdoista, tiedottivat jatkossa myös mahdollisista hoitoon liittyvistä komplikaatioista sekä hoidon etenemisestä. Lääkitykseen liittyvä informaatio lääkkeiden yhteisvaikutuksesta lääkäreiden toimesta jäi vähäiseksi. Esteinä lääkärit näkivät, että potilas ei aina ymmärtänyt mitä heille kerrottiin edellä mainituista asioista, lisäksi mainittiin ajanpuute, mahdolliset kieleen liittyvät ongelmat ja jos potilaalla oli huono kokemus aikaisemmin hoitavan lääkärin kohtaamisesta. (Guilabert, Lorenzo, Mira & Perez- Jover 2014, 832.)

Tarvitaan uusia keinoja potilaan osallisuuden edistämiseen. Ruotsissa on tutkittu osallisuuden edistämisen menetelmien vaikutusta kirurgisessa yksikössä (n =310). Kriteereinä oli vähintään yhden yön viipyminen sairaalahoidossa ja 18 vuoden ikä, vapaaehtoisuus sekä kykeneväisyys osallistua tutkimukseen. Kokeilussa potilaat saivat kirjoittaa ylös Tell Us (Kerro meille) - korttiin mieltä askarruttavia kysymyksiä ja huolen aiheita päivittäin, jotka hoitajat ja lääkärit käsittelivät potilaan kanssa muun muassa lääkärin kierrolla. Tulokset osoittavat potilaan osallisuuden parantuneen potilaiden mielestä tämän kaltaisen viestinnän avulla. (Carlsson, Gunningberg, Lundgren & Jangland 2012.)

Potilaalle hoito on ainutkertainen ja he ovat läsnä koko hoitoprosessin ajan. Siksi potilaiden voidaan ajatella olevan asiantuntijoita oman hoitonsa potilasturvallisuuteen liittyen. Se tunnistavatko he vaaranpaikat tai tietävätkö miten voivat itse vaikuttaa omaan hoitoonsa on sekä potilaan että terveydenhuollon ammattilaisen käsissä. (Helovuo ym. 2012, 178-179.) Partanen ym. (2012, 7) toivat esille potilasturvallisuustutkimuksessaan potilaan halukkuuden tietää, miten heidän hoitonsa on suunniteltu. Potilaista 94 % oli sitä mieltä, että heidän tulee aktiivisesti osallistua omaan hoitoonsa. Vastaajista oli 80 % sitä mieltä, että he voivat estää hoidossa tapahtuvia virheitä. Mutta vain vajaa puolet 47 % pystyi tunnistamaan hoidossa tapahtuneet virheet ja 40% pystyi tunnistamaan, läheltä-piti tapahtumat.

4.2 Potilaan voimaantuminen

Laki ohjaa terveydenhuollon ammattilaisia, miten potilasta kuuluu hoitaa. On potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen etu, että potilasta lähtökohtaisesti hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan kieltäytyessä ehdotetuista hoitovaihtoehtoista häntä on hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Potilaslähtöisen hoitotyön yhtenä tehtävänä on jakaa vastuuta ja valtaa potilaalle, jotta hän voi itse vaikuttaa terveyteensä ja hyvinvointinsa edistämiseen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 2: 6 §; Laaksonen & Ollila 2017, 45.)

Eettisesti voidaan ajatella, että potilaalla on velvollisuuksia oman hoidon suhteen. Potilaslähtöisten velvollisuuksien tavoite ei ole terveydenhuollon toimijoiden intressi vaan potilaan hyvä; potilaan hoidon paras. Velvollisuuksia voidaan kohdistaa potilaaseen itseensä, omaisiin, terveydenhuollon toimijoihin ja esimerkiksi suhteessa potilashuonetovereihin sairaalajakson aikana. Oman terveyden edistäminen ja sairauksien hoito kuuluvat niin ikään potilaan moraalisiin velvollisuuksiin. Tällöin velvollisuuksien tavoitteena on potilaan ja koko yhteiskunnan hyvä. Potilaan velvollisuudet ovat osa itsemääräämisoikeutta, vaikka niitä ei laissa määritelläkään. Ammattilaisen eettiseen osaamiseen kuuluu tunnistaa kunkin potilaan yksilölliset piirteet ja niiden tuomat realistiset velvollisuudet. (Halkoaho ym. 2012, 117-118.)

Osallisuutta ja osallistumista edellyttää potilaan (empowerment) voimaantuminen. Tuorila (2009,104) esittää Siitosen (1999) voimaantumisteorian mukaan, että kyse on ihmisessä olevasta voimasta, sitä ei voi toinen ihminen tuottaa. Parhaiten voimaantumista voi tapahtua ympäristössä, jossa ihminen kokee olonsa turvalliseksi, hyväksytyksi ja tasa- arvoiseksi. Lisäksi Tuorila (2009, 104-105) esittää, että Paigen ja Czuban (1999) mukaan potilaan voimaantuminen on laajalle ulottuva prosessi, joka edistää potilaan omaa elämänhallintaa. Voimaantuminen ilmentää päätäntävaltaa heidän omassa elämässään kuin myös sairautteen liittyvässä päätöksenteossa. Tutkimuksessa potilaan voimaantumista ja potilaskeskeisyyttä sairaalahoidossa potilaan voimaantuminen on Castron, Sere-meuksen, Vanhaehcten, Van Hecken & Van Hegelmotelin (2016, 1927) mukaan

elämänhallinnan palautumista. Terveystieteiden ammattihenkilön tai saman tilanteen kokeneen ihmisen antama vertaistuki sai potilaat käsittelemään sairautensa uudesta näkökulmasta, mikä auttoi heitä sopeutumaan tilanteeseen. Sisäisen sinnikkyuden ja itsensä arvokkaaksi kokeminen nähtiin voimaantumisen seurauksena. Puutteelliset tiedot lääkityksestä ja kokemus ettei hallitse omaa kehoaan vaikutti eniten voimaantumisen vähenemiseen.

Voimaantumisen edellytyksenä potilaan näkökulmasta voidaan pitää turvallisuuden tunnetta ja kuulluksi tulemistä. Hoitotyössä tulee näin ollen pyrkiä tavoitteelliseen ja potilaskeskeiseen vuorovaikutussuhteeseen potilaan kanssa. (Mäki-salo-Ropponen 2012, 168-169; Castro 2016, 1925-1926). Jordan & Newel (2015) ovat tutkineet potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta ja miten potilaan osallistuminen ilmenee, mitkä ovat potilaan toiveet vuorovaikutukselle ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen merkitys koko potilaan hoitoprosessin ajan todettiin olevan yksi merkittävä tekijä potilaan hoidon turvallisuudessa. Laadukasta hoitotyötä kuvasi potilaskeskeinen vuorovaikutus. Onnistunut vuorovaikutus lisäsi potilaan hoitomyöntyvyyttä, terveyden edistämistä ja hallinnan tunnetta. Hoitajan hyviä ominaisuuksia todettiin olevan empatiakyky ja kuunteleminen. Toisaalta tutkimuksesta tuotiin esille, että kohtaamistilanteita määrittä kuitenkin hoitajien tehtäväkeskeisyys. Vuorovaikutustilanteet tyypillisesti kohdistuvat johonkin työvuorossa suoritettaviin rutiineihin, jolloin hoitajat kävivät tapaamassa potilaita. Kohtaamista ohjasi siis organisatoriset, yksikkökohtaiset tehtävät, ei potilaslähtöisyys. Lisäksi hoitajat eivät aina toimineet potilaskeskeisesti ollessaan vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Toisinaan potilaan ei-sanallinen viestintä jäi huomioimatta. Pahimmillaan potilaan ei-sanallisen viestinnän huomiotta jättämisellä hoitotilanteessa voi olla vakavat seuraamukset; jopa kuolema.

Potilaiden voimaantumisen myötä yhä enenevässä määrin tulevaisuudessa voi tapahtua lääkärin ammattitaidon haastamista ja lääkärit joutuvat sopeutumaan siihen, että vastaanotolle tulee entistä tietoisempia ja vaativampia potilaita. Lisäksi hoitotyöntekijöiden näkökulmasta voidaan myös ajatella valta-aseman heikkenemistä terveysalalla. Kanadassa on tutkittu jaetun päätöksenteon vaikutusta

tulehduksellista suolistosairautta sairastavan potilaan(n=200) näkökulmasta. Tutkimuksessa todettiin että, kun lääkärit toimivat jaetun päätöksenteon mukaisesti, sillä oli suora yhteys potilastyytyväisyyden kasvuun ja potilaan ahdistuksen lievemiseen hoitovaihtoehtoista päätettäessä. (Tuorila 2009, 105; Bitton ym. 2017, 4-7.) Voidaan todeta, että jaetun päätöksentekomallin vaikutukset ovat positiivisia potilaan näkökulmasta.

5 POTILASTURVALLINEN TIEDONKULKU

5.1 Turvallinen tieto

Turvallinen hoito on hoitotyön periaate, hoitotyön riskit tulee informoida potilaalle, jotta potilaskin on niistä tietoinen. Kuten laissa potilaan asemasta ja oikeuksista määritellään, potilaalla on oikeus saada selvitys terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niistä seikoista joilla on merkitystä hänen päättäessään hoidostaan. Terveystieteiden henkilöstön velvollisuus on antaa selvitys ymmärrettävästi. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 2: 5 §.) Laki ja eettiset ohjeet velvoittavat siis terveydenhuollon ammattilaisia todellisten ja potilaan hoitoon liittyvien, myöskin riittävien tietojen informoimiseen. Potilaan tietoisuuden lisääminen omista hoitoon liittyvistä oikeuksista on minimivaatimus lain puitteissa. (Leino-Kilpi 2009, 173.)

Potilas voidaan nähdä myös itsekin vaikuttavana henkilönä oman potilasturvallisen hoidon varmistamiseen. Kuten tehdessään päätöksiä hoitoonsa koskevista asioista yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Potilaat laajentavat omaa tietoisuuttaan etsien tietoa internetistä, kuten tämän opinnäytetyön luvussa 4.1 todettiin. On tärkeää myös, että potilas antaa totuudenmukaiset tiedot terveydentilastaan. Tärkeät ja totuudenmukaiset tiedot vaikuttavat oleellisesti yksilöllisen hoidon suunnitteluun. Tietojen vääristäminen tai kertomatta jättäminen voi johtaa myöskin väärälaiseen hoitoon. Potilasturvallisuus on vaarassa heikentyä. (Halkoaho ym. 2012, 117-118.)

Potilasturvallisen tiedonkulun kannalta on tärkeää, että ensinnäkin terveydenhuollon ammattilaiset jakavat ja välittävät potilaalle tietoa ja toiseksi varmistavat potilaiden käsitykset potilaan oman tiedon oikeellisuudesta. Tieto voi auttaa potilasta varmistamaan hoitonsa turvallisuutta, suunnittelemaan omaa toimintaansa ja arvioimaan toteutunutta hoitoa sekä tavoitteiden määrittämisessä, että huolehtimaan omahoidostaan. (Leino-Kilpi 2009, 176.) Potilaat vastaavasti haluavat kertoa voinnistaan ja tilanteestaan kuten kivusta tai oireista. Mutta myöskin haluavat saada ajantasasta tietoa hoitoon liittyvistä asioista ja miten voisivat itse edistää omaa terveyttään. (Leino-Kilpi 2009, 176-177; Brandt, Rathert & Williams 2012,

331.) Tiedon sisältö voi ulottua sen hetkisiin tarpeisiin, kuten kuvantamistutkimusten tuloksiin tai laboratoriovastauksiin sairaalahoidossa tai haavanhoitoon kotihoitoon siirtyessä. Amerikkalaisessa tutkimuksessa, Brandt ym. (2012, 327, 331) selvittivät potilaiden ja omaisten käsityksiä potilasturvallisesta hoidosta. Tutkimuksesta selviää, että potilaiden turvallisuuden tunteeseen vaikutti merkittävästi tiedonkulku potilaan ja hoitavan henkilöstön sekä lääkäreiden välillä. Potilaat halusivat ajankohtaista, ajantasaista tietoa terveydentilastaan, tutkimuksessa kuitenkin todettiin, että saatu tieto oli puutteellista tai kerrottiin viiveellä, joskus potilaat jäivät ilman vastausta. Potilaat olettivat, että heitä hoitava henkilökunta ja lääkärit tietävät heidän hoidostaan ja tilanteestaan. Potilaat pitivät tämänkaltaista toimintaa enemmän potilasturvallisuuteen liittyvänä asiana kuin huonona hoidon laatuna.

Tieto siitä, että potilasta hoitavat terveydenhuollon ammattilaiset, lisää myös potilaan turvallisuuden tunnetta. Tutkimuksessa potilaan kokemuksia hoidosta (Duggan, Dornan & Gillespie ym. 2017, 1631), todettiin potilaiden kokevan hoidon vaikuttavaksi, kun terveydenhuollon ammattilainen toi osaamisensa esille soveltaen päättäväisesti tieto- taitojaan tehdessään diagnooseja, kun potilaan antama oirekuva otettiin tosissaan ja autettiin muutenkin kuin määräämällä lääkkeitä. Duggan ym. (2017, 1631) totesivat että potilaille oli tärkeää, kun hoitoon liittyvät asiat kerrottiin keskustellen, hyvässä ilmapiirissä, jossa oli aikaa myös potilaalla tehdä tarvittaessa kysymyksiä. Hyväksyvässä tiedonjakamisessa potilas ja asiantuntija keskustelevat toisiaan kuunnellen ja päätyen parhaaseen mahdolliseen ratkaisuun. Tutkimuksessaan myös Andersson, Halles, Koinberg & Wennström (2016) totesivat proctectomian jälkeisessä hoidossa haavan infektoiduttua potilaille tärkeiksi elämänhallintaa tukeviksi pilareiksi hoidon jatkuvuuden kannalta hoitavalta henkilökunnalta saadun tiedollisen ja omahoidon tuen sekä arvostavan suhtautumisen potilaaseen.

Potilaiden tietoisuuden lisäämiseksi potilaille on laadittu Terveyden -ja hyvinvoinninlaitoksen toimesta oppaita, jonka avulla tiedotetaan miten potilas voi vaikuttaa oman hoitonsa potilasturvallisuuteen.

10 vinkkiä turvallisempaan hoitoon

1. **Riittävät tiedot**
Sinua hoitavilla henkilöillä tulee olla riittävät tiedot oireistasi ja sairauksistasi sekä ajantasaiset yhteystietosi. Ilmoita, jos niissä on tapahtunut muutoksia.
2. **Henkilöllisyyden varmistaminen**
Muistuta rohkeasti, jos henkilökunta unohtaa kysyä henkilötietojasi mennessäsi esimerkiksi tutkimuksiin, antaessaan sinulle lääkkeitä tai käsitellessään tutkimustuloksiasi.
3. **Muistiinpanot**
Kirjoita muistiin, mitä haluat kertoa tai kysyä. Pyydä hoitohenkilökunnalta tietoa kirjallisesti muistisi tueksi.
4. **Kysy rohkeasti**
Kysy hoitovaihtoehtoista ja siitä, miten hoitosi etenee. Kysy myös lääkkeitä ja niiden haittavaikutuksista. Varmista ymmärsitkö asiat oikein.
5. **Lääkitys**
On tärkeää, että hoitopaikassa ja apteekissa lääkityksistasi on ajan tasalla. Voit pyytää tarkistusta. Omin päin ei pidä muuttaa lääkitystä.
6. **Ohjeiden noudattaminen**
Noudata saamiasi hoito-ohjeita. Kerro, jos se tuottaa sinulle vaikeuksia.
7. **Osallistuminen**
Osallistu oman hoitosi suunnitteluun ja päätöksentekoon. Anna palautetta saamastasi hoidosta.
8. **Kivut**
Kerro, jos sinulla on kipuja, missä ja miten ne tuntuvat?
9. **Omaisien tai läheisen läsnäolo**
Läheinen tai omainen voi halutessasi osallistua hoitoosi.
10. **Jos jokin mietityttää**
Jos jokin asia mietityttää, ota asia heti puheeksi. Voit myös jälkikäteen olla yhteydessä sinua hoitavaan tahoon.



Kuvio 3. Kymmenen vinkkiä potilasturvallisempaan hoitoon (mukaillen Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011).

Oppaan tarkoitus (kuviossa 3) on tiedottaa, mitä asioita potilaan on hyvä huolehtia jo kotona ollessaan sekä joutuessaan hoitoon. Oppaassa kerrotaan, että kaikilla hoitoon osallistuvilla, myös potilailla on mahdollisuus vaikuttaa potilasturvallisen hoidon onnistumiseen. Potilasturvallisen hoidon varmistaminen alkaa jo potilaan kotona ollessa. Oppaassa ohjeistetaan olemaan aktiivinen hoidossa ollessa, kuten kertomalla tilanteesta ja sairaushistoriasta sekä oirekuvasta hoitavalle henkilökunnalle ja lääkäreille. Lisäksi potilaita neuvotaan varmistamaan tietojen oikeellisuus esimerkiksi lääkehoidon suhteen ja rohkeasti kysymään hoitavalta henkilökunnalta ja lääkäreiltä hoidosta. Oppaassa rohkaistaan myös omaisten osallistumisesta hoitoon sekä mitä on hyvä huomioida sairaalahoitoon joutuessa kuten tiedot lääkehoidosta, käsihygieniasta, tutkimuksiin valmistautuminen ja

hoitosuunnitelman laatiminen. Tutkimuksessa Partanen ym. (2012, 7) kuten jo luvussa 3.2 totesivat että potilaista 61 % ei ollut perehtynyt potilasturvallisuusoppaisiin, mutta korkeakoulutuksen omaavat olivat perehtyneet niihin useammin kuin muut. Potilaista 44 % arvioi potilasturvallisuustietonsa puutteelliseksi ja vajaa puolet (46%) arvioi tietävänsä paljon potilasturvallisuudesta.

5.2 Raportointi ja kirjaaminen

Hoitotiedon välittämiseen tarvitaan viestintää. Hyvän hoidon toteuttaminen on kiinni viestittäjästä, vastaanottajasta, kanavasta jolla se toteutetaan ja itse sisällöstä. Hoitajilla on suuri merkitys tiedonkulkuun, niin välittämisessä kuin siirtämisessä, jotta hoitoa voidaan koordinoida kaikkina vuorokauden aikoina. Kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla tulisi olla kokonaiskuva potilaan hoidosta. (Birmingham, Buffum, Blegen & Lyndon 2014.) Raportointia pidetään eräänlaisena tiedotustilaisuutena, jossa toteutuu raportin tehtävä eli tiedottaminen. Tiedottamisen tarkoitus on hoidon jatkuvuus potilasturvallisesti sekä yhteistyö potilaiden ja omaisten kanssa. Lisäksi raportilla käsitellään usein sosiaalisia ja työn hallinnolliseen sekä koulutukseen liittyviä asioita. Vallitsevat raportointikäytännöt eivät ole aukottomia ja raportoinnissa tapahtuu edelleen virhekäsityksiä, jotka johtavat potilasturvallisuuden heikkenemiseen. Sähköiset potilastietojärjestelmät ovat tuoneet mukanaan uusia mahdollisuuksia toteuttaa raportointia vuoronvaihtotilanteissa. (Ikonen & Saranto 2008, 157-159.)

Erilaisia raportointitapoja vuoronvaihtotilanteissa ovat suullinen raportointi kansliassa vuoronvaihtotilanteissa, hiljainen (kirjallinen) raportointi, jossa hoitaja lukee itse raportin potilas-asiakirjoista sekä vuoteenvierusraportointi, jossa potilas on fyysisesti läsnä. Suullisen viestinnän problematiikka näyttäytyy tiedotettavan viestin sisällön ja vastaanottajan kykyyn ymmärtää sitä. Usein miten suullinen raportointi on persoonakohtaista ja perustuu muuhun kuin kirjattuun tietoon, eli raportointi koostuu muistinvaraisesta havainnoinnista, joka lisää altistumista virheille. Hoitotyölle on ominaista tilanteet, jolloin tehtäviä suoritetaan yhtäaikaaisesti, esimerkiksi hoidetaan kotiutusta, vastataan puhelimeen joka aloittaa uuden tehtävän, annetaan raporttia, kansliassa on yhtä aikaa muita tehtävien suorittajia.

Työympäristön rauhoittaminen onkin tärkeää virhemahdollisuuksien minimoimiseksi. (Ikonen & Saranto 2008, 158-160.) Toisaalta suullinen raportointi nähtiin tärkeänä sairaanhoitaja valmistautuessaan vuoroonsa, koska se auttoi laittamaan tulevat tehtävät tärkeysjärjestykseen edellytyksenä, että saatu suullinen raportointi sisälsi oleelliset tiedot (Cleary, David, Horoyd & Jackson 2012; Blaz & Stagers 2013).

Laitila, Leikkola, Immonen & Pitkänen (2016, 35-36) selvittivät hiljaiseen raportointiin siirtymisen edellytyksiä erikoissairaanhoidon vuodeosastojen hoitohenkilökunnan näkökulmasta (n =67). Tutkimuksen mukaan siirtyminen vaatii henkilöstöltä muutosvalmiutta, oikeita henkilöstöresursseja, toiminnan muutosta osastolla ja toimintaa tukevaa työympäristöä. Muutosvalmius koski sekä henkilöstöä että esimiehiä, työyhteisön kuunteleminen ja kouluttaminen koettiin tärkeäksi. Henkilöstöresurssit ja rakenne ajateltiin olevan nykyisellään riittämättömät. Koettiin, että henkilöstöä on liian vähän ja perushoitajien toimet tulisi muuttaa sairaanhoitajien toimiksi. Osaston toiminnan muutoksen edellytyksenä vastaajien mielestä muutos tulisi tehdä hallitusti, organisoida toimintaa uudelleen ja kehittää kirjaamiskäytäntöjä. Yhtenä tekijänä koettiin hiljaisen raportoinnin onnistumisen työkäytäntöjen kehittäminen parityöskentelyyn ja / tai yksilövastuiseen hoitotyöhön. Toimintaa tukevaa työympäristöä kuvattiin tilojen ja työvälineiden toimivuutena. Raportin ottaminen tulisi mahdollistaa rauhallisessa työtilassa ja tietokoneita pitäisi olla riittävästi ja varmistaa niiden toimivuus.

Laitila ym. (2016, 34) toivat esille, että Stroplen ja Ottanin (2006) sekä Shermanin ym. (2013) mukaan parhaiten toimivin raportointimalli on hiljainen raportointi yhdistettynä vuoteenvierusraportointiin. Vuoteenvierusraportoinnissa potilas osallistuu raportointiin, tällöin yksityisyydensuoja tulee huomioida. Vaikka hiljaisen raportoinnin ja vuoteenvierusraportoinnin yhdistelmän on todettu lisäävään positiiivista vaikuttavuutta, silti vuoteenvierusraportointi voidaan kokea hankalaksi toteuttaa. Esteenä voivat olla asenteet, osaston fyysiset tilat ja toimintakäytännöt. Tällöin voidaan todeta, että potilaan osallisuuden esteenä voidaan ajatella olevan tällöin hoitava organisaatio, joka tukee vanhanaikaisia toimintamalleja ja rakenteita. Kun taas Chaboyer, Gehrke, Johnson & Mc Murray & Wallis (2011) ovat

tutkineet vuoteenvierusraportointia potilaiden näkökulmasta (n= 10). Tutkimustuloksissa saatiin positiivisia tuloksia, juurikin että vuoteenvierusraportointi edistää potilaan osallisuutta, potilasturvallisuutta ja näin ollen hoidon laatua. Potilaat toivat ilmi muun muassa, että vuoteenvierusraportilla heitä arvostetaan hoitaja-potilas kumppanuussuhteessa ja heillä on mahdollisuus korjata itseä koskevaa tietoa. (Fitzimons & Reinbeck 2013.)

ISBAR eli identify (tunnista), situation (tilanne), background (tausta, assesment (nykytilanne) ja recommodatio (toimintaehdotus) on strukturoitu menetelmä potilasturvallisempaan tiedonkulkuun raportoitaessa. Menetelmää voidaan hyödyntää erilaisissa toimintaympäristöissä ja tiedonsiirtotilanteissa. Ongelmat kommunikaatiossa myötävaikuttavat jopa noin 70 prosenttiin terveydenhuollon vaaratapahtumista. Taustalla voi olla muun muassa erilaiset tavat viestiä, yhdenmukaisen kommunikaation ja roolimallien puute, jotka johtavat tiedonkulun katkeamiseen ja väärinymmärrykseen. Jotta raportointitilanteessa antajalla ja vastaanottoajalla olisi sama käsitys, välitettävän tiedon tulee olla oikeaa, kattavaa sekä keskittyä oikeisiin asioihin ja oikeaan aikaan. (ISBAR-opas, s.o.) Laitila ym. (2016, 33-34) toteaa, että yhdenmukaisella raportointimallilla on positiivisia vaikutuksia potilaan hoitoprosessiin ja hoidon tuloksiin niin potilaan kuin talouden perspektiivistä katsottuna.

Jotta raportointi olisi sujuvaa se vaatii ajantasaiset, kattavat kirjatut tiedot potilaasta. Terveydenhuollon henkilöstön tulee laatia potilasasiakirjat, joista tulee selvittää potilaan hoidonjärjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 12 §.) Hyvä dokumentointi potilasturvallisuuden kannalta sisältää perustiedot, keskeiset tiedot jokaisesta palvelutapahtumasta, sairauden ja hoidon kulkua koskevat merkinnät, riskitiedot, hoidon loppulausunto ja tiedot potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavista tekijöistä. (Iivanainen & Syväohja 2008, 651; Potilasturvallisuusopas 2011, 26-27.) Sähköinen potilastietojärjestelmä mahdollistaa edellä mainitun potilastietojen tarkan kirjaamisen. Silti kirjaamisessa on havaittu puutteita ja tiedot eivät ole ajantasaisia. Ongelman syynä on puutteelliset kirjaamistavat, tietotekniset syyt, kirjaamistapojen muuttuessa manuaalisesta sähköiseen ei ole otettu

huomioon, että kirjaaminen vie enemmän aikaa ja toisaalta toimintaa ei ole muutettu ulkoisen muutoksen myötä, lisäksi on havaittu puutteellisia taitoja kirjaamisessa. (Asiantuntijana terveysalan muuttuvilla markkinoilla 2011, 12, 16-18; Laitila ym. 2016, 36.) Kirjaamisen tulee olla perustua rakenteisen kirjaamisen käytäntöön huolimatta käytetystä potilastietojärjestelmästä. Rakenteisen kirjaamisen tavoitteena on kirjaamiskäytäntöjen yhdenmukaistaminen ja siinä määritetään kirjaamisen sisältö ja rakenne. Rakenteisen kirjaamisen tiedetään parantavan kirjaamisen ja hoidon laatua. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen rakenteisen kirjaamisen opas 2015, 26.)

Ajantasaisten ja oleellisten tietojen tarkoitus on hoidon jatkuvuuden turvaaminen ja esimerkiksi auttaa lääkäreitä tekemään hoitoon liittyviä päätöksiä tietojen perusteella. Laadukas ja potilasturvallinen kirjaaminen perustuu näyttöön. Näyttöön perustuvan kirjaamisen kriteerit ovat pätevyys, toistettavuus, luotettavuus, edustuksellisuus, kliininen soveltuvuus, joustavuus, selkeys ja tarkkuus. Pätevyydellä tarkoitetaan niitä toimia ja toimintatapoja, joita on käytetty potilaan hoidon edistämiseen, miten ne ovat vaikuttaneet ja miten muutokset ovat todennettavissa. Toisen hoitoryhmän arvioidessa hoitoprosessia päätyen samanlaiseen ratkaisuun pidetään toistettavuutena. Luotettavuus esiintyy siten että, samanlaisessa kliinisessä tilanteessa oleva toinen ammattilainen päätyy samaan johtopäätökseen kuvattua hoidon tarpeesta. Edustettavuus juurikin sitä, että kaikkien hoitoon osallistuvien myös potilaan näkökulma on kirjattuna, joustavuutena perustelu sille miksi olemassa olevaa tietoa tai hoitosuosituksia ei ole sovellettu kyseisessä tilanteessa. Kirjaamisen tulee olla selkeää ja täsmällistä; sekä potilaalla ja terveydenhuollon ammattilaisilla tulee saada selkeä käsitys hoidosta ja siihen liittyvistä perusteista. Kirjaamisen tulee tähdätä mahdollisemman tarkkaan kuvailuun, josta tulee ilmetä kuka, miten ja miksi on päädytty kyseessä oleviin ratkaisuihin. Hoitajien tiedetään pitävän kirjaamista tärkeänä osana hoitotyötä lisäten avoimuutta, varmistuen hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallista hoitoa. (Saranto & Tanttu 2008, 53; Petkovsek- Gregorin & Skela-Savic 2015.) Kirjaaminen on moniulotteinen prosessi, jonka tavoitteena on luoda tietoa hoitajan havainnoinnin, potilaan näkemysten ja tieteelliseen tietoon perustuen, siten että tieto välittyy. (Petkovsek- Gregorin & Skela-Savic 2015).

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Laadullisena lähestymistapana tapaustutkimus

Kun halutaan ymmärtää kohteen laatua, ominaisuuksia, merkityksiä ja käsityksiä tutkimusmenetelmänä on laadullinen tutkimus. Merkitykset ilmenevät tutkimuksessa, miten tutkittavat haluaisivat asioiden, ilmiön olevan tai uskomuksina, käsityksinä, arvostuksina sekä ihanteina. Laadullisessa tutkimuksessa etsitään samakaltaisuuksia, mutta myös poikkeavuuksia ilmiön ymmärtämisessä. Sen tarkoituksena on kuvata todellista elämää mahdollisimman kokonaisvaltaisesti löytäen ja paljasten tosiasioita. Pääsääntöisesti laadullisessa tutkimuksessa suositetaan ihmistä tiedon keruun välineenä ja pyritäänkin harkinnanvaraiseen otantaan sekä keskitytään pieneen määrään tapauksia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 117,161, 165; Kananen 2014, 16-18.) Tämän opinnäytetyön tutkimukselliseksi lähestymistavaksi valikoitui laadullinen tutkimus, koska tutkittavasta ilmiöstä tarvittiin ensisijaisesti syvällisempää näkemystä. Laadullinen tutkimus antaa mahdollisuuden tutkittavien ”äänen” kuuluviin saamiseksi.

Laadullinen tutkimus mahdollistaa antamaan hyvän kuvauksen tutkittavasta ilmiöstä. Sanallisella ilmaisulla saadaan rikkaampi ja ymmärrettävämpi kuvaus kuin määrällisellä tutkimuksella. Tavoitteena laadullisessa tutkimuksessa ei ole yleistettävyyttä, vaan esimerkiksi kyseenalaistaa aikaisempia ajatusmalleja tai selittää, kuvata tutkittavaa kohdetta, ilmiötä ymmärrettäväksi. (Kananen 2008, 27; Kananen 2010, 41-42; Vilkkä 2015.) Laadulliseksi tutkimuslähestymistavaksi tähän opinnäytetyöhön valikoitui tapaustutkimus.

Tapaustutkimus pyrkii antamaan lähtökohdat kehittämistutkimukselle, mutta ei pyri muutokseen kehittämistutkimuksen tavoin. Tapaustutkimuksesta tulee kehittämistutkimus silloin, jos organisaatiossa toteutetaan esimerkiksi jokin intervention avulla muutos. Kuitenkin tapaustutkimus on vaativa tapa lähestyä tutkittavaa kohdetta, varsinkin jos käytetään teemahaastattelua tiedonkeruumenetelmänä. Teemahaastattelu vaatii tutkijalta hyvää kommunikointikykyä itse haastattelutilanteessa pysyäksään teemojen sisällä ja analyysivaiheessa ja tulkinnessa pyrkiä ymmärtämään aineiston sisään. Tapaustutkimus on strategia, jonka avulla

tutkitaan yhtä tai useampaa kohdetta tai kokonaisuutta esimerkiksi ilmiötä, henkilöitä, organisaatiota tai toimintatapaa. Toisistaan tulee erottaa tapaus ja tutkimuksen kohde, jota tutkittava tapaus ilmentää. Tapaustutkimus soveltuu silloin menetelmäksi, kun tutkittava ilmiö on tässä hetkessä, aihe on ajankohtainen sekä tutkimus toteutetaan niin sanotusti luonnollisessa ympäristössään. Tapaustutkimuksessa aineistot voivat olla tuotettuja tai valmiita dokumentteja. Tyypillistä on, että aineisto kerätään monien menetelmien avulla. Tutkimuskysymyksillä mitä, miten ja miksi pyritään vastaamaan tutkimusongelmaan. Tapaustutkimuksessa pyritään saamaan kokonaisvaltainen kuva ilmiöstä, kuten laadullisessakin tutkimuksessa. (Bamberg, Laine & Jokinen 2008, 12; Kananen 2013, 54-58.)

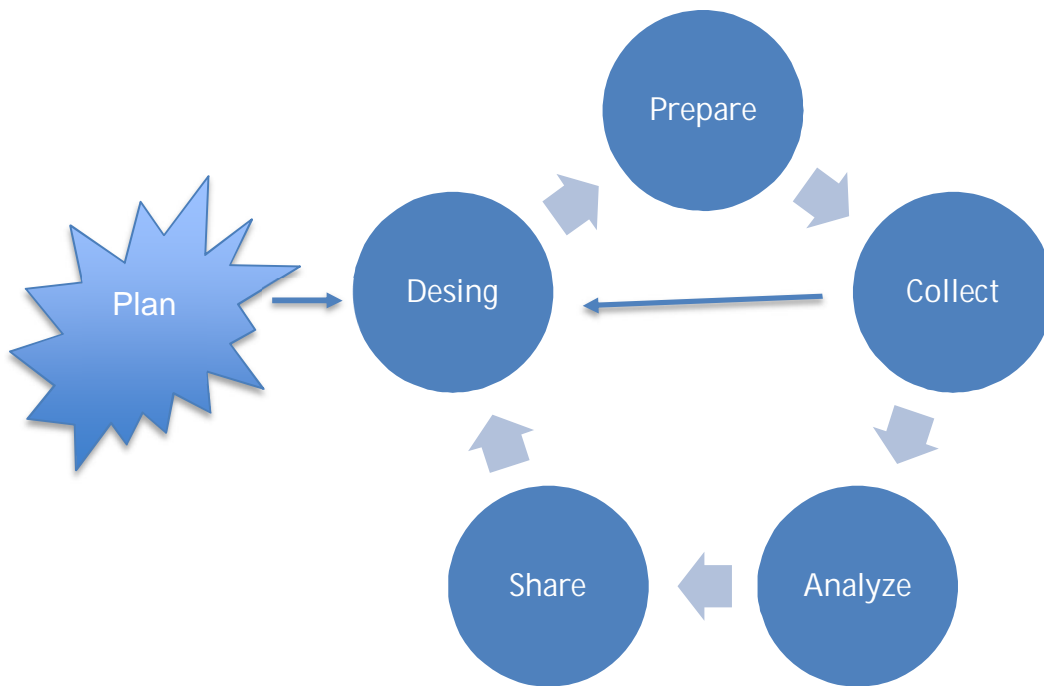
Tämän opinnäytetyön tutkittava ilmiö on potilasturvallinen hoito Lshp:n kirurgisella vuodeosastolla 4. Tässä opinnäytetyössä aineisto kerättiin potilaita ja hoitajilta teemahaastattelun avulla. Muita aineistonkeruu menetelmiä ei käytetty, johtuen saadun aineiston laajuudesta ja monimuotoisuudesta. Tapaustutkimuksen luonteen mukaisesti aineisto kerättiin tutkittavien ollessa luonnollisessa ympäristössä eli sairaalassa ollessaan. Teemahaastattelukysymysten avulla (liite 4, 5) pyrittiin saamaan vastaukset tutkimuskysymyksiin. Saatu aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Tapaustutkimuksen tarkoituksena ei ole saada yleistettävissä olevaa analyysiä, vaan pyritään ymmärtämään ja tulkitsemaan yksittäisiä tapauksia niiden erityisessä asiayhteydessä. Tapaustutkimuksellinen lähestymistapa edellyttää laajempaa ymmärrystä tutkittavasta kontekstista ja ympäristöstä, josta se nostetaan esiin. Tapaustutkimuksessa onkin tärkeää tuoda esille tutkimusprosessi, jonka tarkoituksena on selvittää, miten tutkimuksen johtopäätöksiin on päädytty, tämä lisää myös luotettavuuden arviointia. (Metsämuuronen 2000, 16-17; Jyväskylän yliopisto 2015a & b.)

6.2 Tapaustutkimusprosessi

Tässä opinnäytetyössä hyödynnetään kuvion 4 mukaista tapaustutkimusprosessiä. Kuvio etenee vaihe vaiheelta kuuden eri vaiheen mukaisesti ennakkokäsityksestä johtopäätöksiin. Tutkimusprosessi on aina monimuotoinen ja tutkija joutuu

usein palaamaan tutkimuksen eri vaiheisiin. Usein miten se vaatii tutkimuskysymysten tarkentamista, aineistojen vertailua, teorian ja empirian keskinäistä dialogia. (Kananen 2013, 59; Eriksson & Koistinen 2014, 22.)



Kuvio 4. Tapaustutkimusprosessi (mukaillen Yin 2009,2).

Tapaustutkimusprosessi lähtee alkuun jostain oletuksesta tai ideasta yllä olevan kuvion 4 mukaan. Tässä vaiheessa halutaan tutkia ilmiötä lisää kuten täydentäen teoriatietoa, pohtia ja etsiä uudenlaista näkökulmaa aiheeseen tai jo olemassa olevaan tietoon perustuen uutta tietoa. Alkuun aletaan keräämään tutkittavasta kohteesta teoriatietoa viitekehyksen rakentamiseksi sekä selvitetään aikaisemmat tutkimukset. Tutkimuskysymys tai tutkimuskysymykset alkavat muotoutua. (Kananen 2013, 59-62; Eriksson & Koistinen 2014, 22-23.)

Aluksi sovituisissa tapaamisissa kävin työelämän mentorin kanssa läpi opinnäytetyön tavoitetta ja tarkoitusta syksyn 2016 ja alkuvuoden 2017 aikana. Toimeksiantositoumus (liite 1) tehtiin tammikuussa 2017 ja tutkimusluvan (liite 3) maaliskuussa 2017. Alkuperäinen työelämälähtöinen kehittämistarve oli opinnäytetyön

avulla tuottaa tietoa ja kehittää potilasturvallinen raportointimalli osallistavin menetelmin osastolla työskentelevien hoitajien kanssa. Yhtä aikaa meneillään olevien kehittämisprojektien vuoksi päädyttiin toisenlaiseen ratkaisuun, joka vaikutti aiheen näkökulman muuttumiseen. Edelleen opinnäytetyön aihe pysyi potilasturvallisuuden parissa, mutta tarkoituksiksi muodostui kuvata potilaiden ja hoitajien käsityksiä potilasturvallista hoidosta ja miten sitä tulisi heidän mielestään edistää. Tavoitteena tuottaa tietoa potilasturvallisen hoidon edistämiseen, potilaan osallisuuden edistämiseen omaan hoitoonsa, tiedonkulun edistämiseen ja raportoinnin kehittämisen tueksi. Tutkimuksesta tuotettua tietoa voidaan hyödyntää Lapin sairaanhoitopiirin potilasturvallisuustyöhön. Aluksi tein kartoitusta tutkittavasta ilmiöstä suunnitelmavaiheessa etsien tutkimuksia sekä ajankohtaista kirjallisuutta potilasturvallisuudesta ja siihen valituista näkökulmista jotka on esitetty tämän opinnäytetyön teoriaosuudessa luvuissa 3-5. Tutkimuskysymykset muodostin alan kirjallisuuden ja aiempien tutkimusten perusteella, arviota pyysin opinnäytetyösuunnitelmasta myös Lshp:n potilasturvallisuusyksiköstä.

Seuraavassa vaiheessa tutkittavan tapauksen määrittäminen on tapaustutkimuksen tärkeimpiä työvaiheita. Usein miten tarkka määrittely ja rajaaminen on tehty ennen tutkimuksen aloittamista. (Eriksson & Koistinen 2014, 26.) Tähän opinnäytetyöhön valikoitui tutkimuskohteeksi potilasturvallinen hoito Lapin sairaanhoitopiirin kirurgisella vuodeosastolla 4. Tässä kohtaa tulee pohtia, kenen näkökulmasta asiaa tulee tarkastella ja mihin tarkastelu tähtää. Tässä vaiheessa käytiin läpi vielä tutkimussuunnitelmaa ja teemahaastattelukysymyksiä tarkennettiin sekä pohdittiin työhön sopivien haastateltavien määrää ja edustavuutta yhdessä opinnäytetyön ohjaajan kanssa. Opinnäytetyönlupamenettelyt etenivät jouhevasti ja työssä edettiin suunnitellusti.

Tapauksen valinnan jälkeen aletaan keräämään aineistoa. Aineistoa voidaan kerätä laadullisin ja määrällisin keinoin. Tapaustutkimusta voi tehdä monella tavalla ja siitä ei ole yhdenlaista määritelmää. Toisaalta eri aineistojen ja menetelmien käyttö lisää eri näkökulmia tutkittavaan tapaukseen, toisaalta se voi lisätä aiheen rajaamisen hallitsemattomuutta. (Häikiö & Niemenmaa 2008, 49; Eskola & Saarela-Kinnunen 2015, 181). Tähän opinnäytetyöhön valitsin laadulliseksi aineis-

tonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun, koska teemojen avulla pystyin kartoittamaan ilmiön mahdollisemman hyvin ja laaja-alaisesti. Koin, että tämä menettely oli riittävä ja tuotti kattavat tiedot tutkittavasta ilmiöstä. Lisäksi kattavuutta lisäsi tutkittavien valinta, joita ilmiö koskettaa. (Eskola & Suoranta 2008, 88; Kananen 2013, 93-95.) Tutkittaviksi valitsin neljä potilasta ja neljä sairaanhoitajaa. Tutkittavien valinta tapahtui tutkimuksen tavoitteiden mukaisesti. Haastateltavat potilaat edustivat yleisimpiä potilasryhmiä kirurgisella vuodeosastolla 4 ja olivat sairaudentaltaan sekä kunnoltaan kykeneviä tekemään rationaalisia päätöksiä ja osallistuminen oli vapaaehtoista. Sairanhoitajat valittiin työkokemuksen pituuden mukaan, eli vähintään 5-10 vuotta työkokemusta osastotyössä sekä vapaaehtoisuuteen perustuen. Tärkeää oli tapaustutkimuksen kannalta, että tutkittavat olivat luonnollisessa ympäristössään, tässä tapauksessa sairaalassa.

Aineistonkeruun toteutin teemahaastattelun avulla (liite 4, 5) yksilöhaastatteluna potilaille ja hoitajille. Tähän opinnäytetyöhön valikoitui yksilöhaastattelu, koska saatu tieto on tällöin luotettavampaa. Ryhmähaastattelussa tutkittavat voivat vastata ryhmäpaineen alla, mikä vaikuttaa saatujen tietojen luotettavuuteen ja tarkkuuteen. (Kananen 2013, 94.) Tutkimusluvan sain maaliskuussa 2017, jonka jälkeen olin yhteydessä sähköpostitse ja puhelimitse apulaisosastonhoitajaan, joka on myös toinen mentori ja pyysin häntä puolestani valitsemaan haastateltavat. Kävin osastokokouksessa maaliskuussa 2017 kertomassa työn etenemisestä ennen haastatteluiden alkua. Ensimmäisen haastattelun jälkeen arvioin vielä teemakysymyksiä, mikäli aihe koettaisiin liian hankalaksi. Aineistonkeruun suoritin huhtikuussa neljänä päivänä. Apulaisosastonhoitajan kanssa sovittiin toteutuksesta, miten osaston toimintaan haastatteluajat sopivat ja kerroin mahdollisuudestani joustaa, aikataulun niin vaatiessa. Joustoa tapahtui molemminpuolisesti. Haastattelupäivinä oli sovittu apulaisosastonhoitajan kanssa, että osastolla oli vapaana haastatteluun soveltuva häiriötön huone. Lisäksi hän oli valinnut haastateltavat kriteerien mukaan sekä informoinut opinnäytetyöstä, että pyytänyt tutkittavat allekirjoittamaan suostumuslomakkeen (liite 3).

Teemahaastattelujen avulla haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin, minkälainen käsitys potilailla on potilasturvallisesta hoidosta ja minkälainen käsitys hoitajilla on potilasturvallisesta hoidosta ja miten potilasturvallista hoitoa pitäisi edistää

potilaiden ja hoitajien mielestä. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jossa edetään etukäteen valitun teeman mukaisesti. Puolistrukturoidussa haastattelussa kaikilta haastateltavilta kysytään samat kysymykset, mutta haastateltavat voivat vastata omin sanoin. Se antaa haastattelijalle mahdollisuuden vaihdella sanamuotoa tai selventää kysymystä esimerkin avulla, jos teema vaikuttaa olevan vaikea haastateltavalle. Teemahaastattelu pohjautuu Hirsjärven & Hurmeen (2009, 47) mukaan Mertonin, Fiskin ja Kendalin (1956) julkaisemaan teokseen *Focused Interview*. Teoksessa teemahaastattelua kuvataan siten, että tiedetään haastateltavien kokeneen jonkin tietyn tilanteen, alustavasti on tutkittu ilmiöön liittyviä osia, rakenteita, prosesseja ja kokonaisuutta. Tällöin on tehty oletuksia ilmiön määräävien piirteiden seurauksista tutkittaville. Analyysin lopuksi kehitetään haastattelurunko perustuen edellä mainittuihin osiin ja lopuksi haastattelu suunnataan haastateltavien kokemuksiin tilanteista, joita haastattelijalla on ennakkoon tavallaan analysoinut. Teemahaastattelussa pyritään saamaan merkityksellisiä vastauksia tutkimustehtävän mukaisesti. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 77-78; Yin 2009, 107.)

Haastattelu mielletään helpoksikin aineistonkeruumenetelmäksi, parhaimmillaan se on vuorovaikutustapahtuma haastattelijan ja haastateltavan välillä ja keino päästä tutkimaan syvällisempiäkin aiheita. Haastattelutilanteessa haastateltava on nähtävä subjektina ja hänelle pitää, kuten sanottua, antaa mahdollisuus kertoa aktiivisena osapuolena omista käsityksistään. Haastattelu menetelmänä antaa mahdollisuuden saada tietoa vähän kartoitetuista aiheista, haastattelusta saatava materiaalia halutaan liittää osaksi laajempaan asiayhteyteen, tutkittava ilmiö mahdollistaa monen tyyppisiä vastauksia ja sen avulla voidaan selventää asioita. Haastattelussa tulee ottaa huomioon, että se vaatisi kouluttamista haastattelijan rooliin, on aikaa vievää ja mahdollistaa virheille. Haastateltavat eivät halua loukata tai pelkäävät, että vastaaminen vaikuttaa esimerkiksi hoitamiseen sairaalassa, joten se voi vaikuttaa tiedon luotettavuuteen (Hirsjärvi & Hurme 2009, 34-35; Kananen 2013, 93-94.)

Huone oli rauhallinen ja heti haastateltavan saavuttua esittelin lyhyesti itseni ja istuuduimme pyöreään pöydän äärelle vastakkain. Istumajärjestelyt ovat haastattelun kannalta vaikuttavia. On hyvä, että ollaan tarpeeksi lähellä nauhoituksen

kannalta ja toisaalta kaukana istuminen voi herättää epäluottamusta. Lisäksi vastakkain tai lievästi sivuttain istuminen mahdollistaa ilmeiden ja eleiden näkemistä, mikä on vuorovaikutuksen kannalta merkittävää (Hirsjärvi, Sajavaara & Remes 2004, 193; Hirsjärvi & Hurme 2008, 91). Aluksi käytiin haastateltavan kanssa läpi vielä informoinnin tutkimuksesta sekä tähdensin sitä asiaa, että haastattelu nauhoitetaan. Kerroin miten ja mihin tutkimusaineistoa käytetään, kuka käyttää ja kuinka kauan alkuperäisaineistoa säilytetään (Kuula 2006, 115). Tämän jälkeen lyhyesti käytiin läpi haastattelun kesto ja kulku sekä teemat, avasin käsitteitä potilasturvallisuus ja osallisuus. Teemahaastattelun piirteitä ovatkin, että haastateltavan kanssa käydään läpi aihealueet ennakkoon. Näin pyritään varmistamaan koko ilmiön osien mukaantulo (Kananen 2008, 73; Sarajärvi & Tuomi 2009, 73). Koin että haastattelut sujuivat ongelmitta, vaikka olinkin kokematon haastattelija. Haastattelujen edetessä opin oman roolini. Haastattelun varjopuolena on, että haastattelussa voidaan johdattaa liikaa tutkittavaa haluttuun suuntaan (Kananen 2013, 98). Oma roolini haastattelijana onnistui hyvin koska tilanteet ja teemat oli ennalta suunniteltu. Lisäksi toimintaympäristö oli minulle tuttu ja tutkittava ilmiö. Onnistuin luontevasti kannustamaan haastateltavia ja ylläpitämään motivaatiota. Haastattelutilanteet pyrin tekemään mahdollisemman kiireettömän ja mutkattoman ilmapiirin. Kaikki haastattelut nauhoitettiin, haastattelut kestivät yksittäin noin 30 minuutista 1 tuntiin ja 30 minuuttiin. Seuraavassa vaiheessa aloitettiin kerätyn aineiston analysoinnin. Pääsääntöisesti aineiston analysointi voidaan jakaa kolmeen eri osaan. Ensin aineisto tyypitellään yhtenäiseksi kokonaisuudeksi, seuraavaksi aineisto pitää analysoida esimerkiksi sisällön analyysillä ja kolmanneksi aineistoja saatuja havaintoja pitää tulkita (Eriksson & Koistinen 2014, 33)

6.3 Aineiston analyysi induktiivisen sisällönanalyysin mukaan

Suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa käytetään yleisesti (61%) sisällönanalyysiä, joista yli puolella (65%) on tarkoitus kuvailla/kuvata tutkittavaa ilmiötä (Elo, Kanste, Kääriäinen, Kyngäs & Pölkki 2011, 138). Sisällönanalyysillä pyritään kuvaamaan saatujen dokumenttien kuten suullista kommunikaatiota tai kirjoitettua sisältöä sanallisesti. Kerätystä aineistosta pyritään tuottamaan yksinkertaista kuvausta aineistosta. Se mahdollistaa tutkittavan kohteen kuvaamisen tiivistetysti ja yleisesti tai siinä voidaan tuoda tutkittavien kohteiden väliset suhteet

esille. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiriasta kohti käsitteellisempää näkemystä ilmiöstä. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 106-115; Latvala & Vanhanen – Nuutinen 2003, 22-23.) Aiheen tarkka rajaaminen on edellytys sisällönanalyysiä käyttäessä tutkimuksen tavoitteiden ja tarkoituksen mukaisiksi. Sisällönanalyysimenetelmä muodostuu sen mukaan, onko tarkoitus analysoida aineisto vai teorialähtöisesti. Aineistolähtöisessä analyysissä prosessi lähtee tutkimusaineiston pohjalta kohti teoriaa (induktiivinen) ja teorialähtöisessä analyysissä (deduktiivinen) käytössä on jo teoriapohja. (Vilkkä 2005, 140-141; Sarajärvi & Tuomi 2013, 95-96.)

Tämän opinnäytetyön aineiston analyysimenetelmäksi valikoitui induktiivinen sisällönanalyysi. Aineistolähtöinen prosessi aloitetaan ensin litteroimalla aineisto, jonka jälkeen aloitetaan aineiston pelkistäminen. Pelkistämällä pyritään varmistamaan mahdollisemman alkuperäinen ilmaisu, jotta aineisto ei muutu vielä tutkijan käsissä. Analyysiyksikkö valitaan sopivaksi tutkimustehtävälle. Se voi olla sana, lause, ajatuskokonaisuus tai ilmaisu. Tässä vaiheessa aineistolle esitetään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 108.)

Ensimmäiseksi kuuntelin haastattelut ja kävin läpi teemahaastattelun kysymykset saadakseni käsityksen tutkittavasta aineistosta. Seuraavaksi litteroin haastattelut lähes kokonaisuudessaan paitsi toistamisia, sidossanoja, päällekkäin puhumista tai jos keskustelu ei käsitellyt teemaa. Kirjoitin teemahaastattelun kysymykset, vastaajat ja saadun aineiston. Litterointi tapahtui joko haastattelupäivänä tai sitä seuraavana päivänä. Nauhoitukset kestivät yhteensä noin 4 tuntia 30 minuuttia ja niistä tuli tekstinkäsittelyohjelmalla pt 12, riviväli 1,5 kirjoitettua tekstiä noin 70 sivua. Luin tekstit uudelleen ja kuuntelin nauhoitukset sekä tein tarvittavat korjaukset litterointiin. Litterointiin käytin noin 7 neljästä kahdeksaan tuntista päivää. Litteroin aineiston teemakohtaisesti helpottaakseni jatkokäsittelyä, tein haastateltaville havaintotunnisteen numeroimalla, jotta tarvittaessa pystyin palaamaan alkuperäiseen ilmaukseen.

Analyysiyksiköksi valikoitui lause tai ilmaisu, jotka koodasin aineistosta eri väreillä. Koodasin punaisella värillä, minkälainen käsitys haastateltavalla on tutkittavasta aiheesta, violetilla vaarantavat seikat ja kehittämiskohteet ja ehdotukset

sinisellä. Järjestin aineiston teemojen mukaisesti taulukkomuotoon. Tutkimuskysymykseen 1 saatiin vastaus teemahaastattelukysymyksillä mitä on potilasturvallinen hoito potilaiden mielestä (liite 6), tutkimuskysymykseen 2 saatiin vastaus, mitä on potilasturvallinen hoito hoitajien mielestä (liite 9). Teemahaastattelukysymykset sisälsivät myös kehittämiskohteita ja ehdotuksia potilasturvallisen hoidon edistämiseen vastaten tutkimuskysymykseen 3. Lisäksi osana potilasturvallista hoitoa tässä opinnäytetyössä tutkittiin osallisuuden ja tiedonkulun sekä raportoinnin ja kirjaamisen näkökulmasta.

Potilasturvallinen hoito ja potilaan oman hoidon turvallisuus, potilaat

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Vuorovaikutus hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä. Potilaan hyvä kohtelu Ystävällinen käytös Hoito toteutuu turvallisesti	Vuorovaikutus potilaan kanssa ja empaattinen käytös	Hoitohenkilökunnan vuorovaikutus - ja empatiataidot	Tunne turvallisuudesta
Tiedonsaanti hoitohenkilökunnalta ja lääkäriltä Tietää että saa hyvää hoitoa. Huolehditaan potilaan tietosuojasta	Tiedonsaanti hoitohenkilökunnalta ja lääkäriltä	Tiedonjakaminen potilaan kanssa	Tiedollinen turvallisuus
Ammattitaitoinen hoitohenkilökunta Potilaan voinnin seuranta toimenpiteen jälkeen on tärkeää	Ammattitaitoinen ja osaava hoitohenkilökunta	Ammattitaitoinen hoitohenkilökunta	Tiedollinen turvallisuus
Potilas on hoidon keskipiste Ollaan kiinnostuneita potilaasta. Halutaan tietää potilaasta kokonaisvaltaisesti Potilas on keskus siinä hoitamisessa	Potilas hoidon keskipiste	Potilas on keskiössä	Potilaskeskeisyys
Sairaudentilan ollessa huono, tunne hoitohenkilökunnan empatian puutteesta korostuu. Hoitoalalle sopimattomuus Hoitajan/lääkärin huono asenne tai henkilökohtaiset murheet vaikuttavat potilaaseen	Epäystävällinen käytös ja välinpitämättömyys	Potilaan huono kohtelu	Turvattomuus hoidos
Leikkauksen jälkeinen hoito johti vakavaan tilanteeseen. Toimenpiteiden viivästyminen Hoitohenkilökunnan vaihtuvuus ja vähyyys Sairaalahierarkia	Puutteelliset toimintatavat ja käytännöt	Potilaan puutteellinen hoito	Turvattomuus hoidos
Epäselvä tiedonsaanti lääkäreiltä ja hoitajilta Epäselvä tiedonsaanti lääkäreiltä	Epäselvä tietojen antaminen	Epämääräinen tiedottaminen	Turvattomuus tiedonsaannissa
Potilaan voinnin seuranta leikkauksen jälkeen. Saa hoitoa, kun kokee tarvitsevansa. Nopeasti pääseminen tutkimuksiin tarvittaessa	Hoito lähtee potilaan tarpeesta	Saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan	Hoidon oikeatapaisuus aikaisuus
Empaattinen hoitohenkilökunta edistää paranemista. Ammattitaitoinen hoitohenkilökunta	Hoitohenkilökunnan hyvä osaaminen ja empatiakyky	Empaattinen ja osaava hoitohenkilökunta	Ammattitaitoinen hoitohenkilökunta
Noudattaa saatuja ohjeita Huolehtia että on leikkaukelpoinen toimenpiteeseen tullessa Noudattaa hoitohenkilökunnan antamia ohjeita	Saatujen hoito-ohjeiden noudattaminen	Toimia hoito-ohjeiden mukaisesti	Hoito-ohjeiden noudattaminen

Kuvio 5. Esimerkki kategorisoinnista.

Koodausvaiheessa kävin läpi tutkimusaineistoa toistetusti muodostaen käsitystä tutkittavasta ilmiöstä. Prosessi jatkuu ryhmittelyllä, jossa etsitään pelkistetyistä aineistosta erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat yhdistetään alakategorioiksi ja annetaan mahdollisemman kuvaava nimi. Analyysiprosessi etenee yhdistämällä samaa sisältävät alakategoriat kohti yläkategorisointia tiivistyen pääkategorioiksi. Alakategorioita edelleen yhdistämällä voidaan löytää erityyppisiä sisältöjä (kuvio 5) (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25-29; Kananen 2008,94; Kananen 2014, 103-107.) Analysoidun aineiston pohjalta kartoitin tutkittavien käsitykset sekä kehittämiskohteet ja ehdotukset potilasturvallisesta hoidosta sen edistämiseen. (Kananen 2008, 94; Sarajärvi & Tuomi 2009, 108-117). Aineiston analyysi oli sekä aikaa vievä, että haastava osa tutkimusprosessia. Palasin useaan otteeseen alkuperäisaineistoon. Tapaustutkimusprosessin viimeisenä vaiheena on johtopäätökset, jolloin saatua aineistoa pitää tarkastella tutkimusongelman kannalta, että saadaan muodostettua mahdollisemman kattava kuvaus tutkittavasta ilmiöstä (Sarajärvi & Tuomi 2009, 158; Kananen 2013, 107).

7 TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Potilasturvallinen hoito potilaiden kuvaamana

Tutkimustulosten raportoinnissa käytän opinnäytetyöhön osallistuneista tutkittavista potilaat ja sairaanhoitajat. Kun tuloksissa puhutaan hoitohenkilökunnasta, kyse on sairaanhoitajista ja lähi/perushoitajista, lääkärit mainitaan omana ammattiryhmään. Tutkimustulosten raportointi esitetään teemahaastattelun kysymysten mukaisesti vastaten tutkimuskysymyksiin osioissa potilasturvallinen hoito potilaiden (liite 4 ja 5) ja sairaanhoitajien kuvaamana sekä, miten potilaiden ja sairaanhoitajien mielestä potilasturvallista hoitoa pitäisi edistää. Osana potilasturvallista hoitoa tässä tutkimuksessa on tutkittu myös potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa, tiedonkulkua sekä raportointia ja kirjaamista. Nämä tutkimustulokset esitetään myös teemahaastattelun kysymysten mukaisesti. Tutkimustulokset esitellään kuvailemalla pääkategorioiden sisältö ylä- ja alakategorioiden sekä pelkistettyjen ilmaisujen avulla. Sen jälkeen esittelen kuvaavimpia alkuperäisilmaisuja. Tulosten jälkeen esittelen aina johtopäätökset kyseisen tutkimustuloksen jälkeen.

Potilaat kuvasivat potilasturvallisen hoidon; tunne turvallisuudesta, tiedollinen turvallisuus, potilaskeskeisyys, turvattomuus hoidossa, turvattomuus tiedonsaannissa, hoidon oikeatapaisuus ja aikaisuus, ammattitaitoinen hoitohenkilökunta.

Tunne turvallisuudesta

Potilaat esittivät, että hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden vuorovaikutus- ja empatiataidot ovat keskeinen asia potilasturvallista hoitoa. Potilasturvalliseen hoitoon myötävaikutti hoitohenkilökunnan ystävällinen käytös ja sitä myöten potilaan kokemus tulla kohdelluksi hyvin. Potilaat esittivät, että pääsääntöisesti hoito oli potilasturvallista sairaalahoitojakson aikana.

” läheisyys, missä se on semmoinen henkilökohtanen kohtaaminen”

”otetaan vastaan ystävällisesti, niin sehän on heti sitä”

”Olen saanut asianmukaista ja ystävällistä hoitoa, ei oo tuiskittu eikä mitään”

Sairaana ollessa on luonnollisesti tarve kokea turvallisuutta olossaan. Mieli voi olla herkässä ja aistit virittyneinä. Potilaat haluavat tuntea olonsa turvalliseksi, siihen vaikuttaa hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden vuorovaikutustaidot ja empatiakyky. Johtopäätöksenä voidaan todeta tässä tutkimuksessa kuten Duggan ym. (2017, 1630-1631) ovat esittäneet, että potilaan emotionaalinen turvallisuuden tunne muodostuu, kun potilas kohdataan empaattisesti.

Tiedollinen turvallisuus

Tiedonjakaminen potilaan ja hoitohenkilökunnan sekä lääkäreiden kanssa nousi tärkeäksi osaksi potilasturvallista hoitoa. Potilaat halusivat saada tietoa hoidon kulusta, että heille kerrotaan siitä, mutta myös vastataan mieltä askarruttaviin kysymyksiin. Tieto siitä, että potilaat olivat ammattilaisten käsissä, loi myös turvallisuutta. Leikkauksen jälkeistä seuranta korostettiin ja edelleen tietosuojaan turvaamista.

”että saa tietoa hoitajilta ja tarvittaessa ja lääkäreiltä tietenkin. Kuhan saapi tarvittaessa tietoa, että missä mennään...”

”Että se saa sen hoion, minkä tavallaan on tullu hakemaan”

”pyyettään pois ko on lääkärinkierto ja ne tievot ne pyssyy ihan hyvin hallinnassa..”

Sairastaessaan tunne elämänhallinnasta alenee ja avuntarve lisääntyy. On tärkeää elämänhallinnan tunteen vuoksi, että sairastumiseen liittyvistä asioista kerrotaan ja että kysymyksille on aikaa ja tilaa. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785, 2: 5 §.) määritellään potilaan oikeus saada selvitys terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niistä seikoista joilla on merkitystä hänen päättäessään hoidostaan. Salassapitovelvollisuus määritellään laissa terveydenhuollon ammattilaisille (1994/559 3: 17 §), potilailla on oikeus luottaa siihen, että ammattilaiset osaavat ja noudattavat mitä laki sääntää.

Potilaskeskeisyys

Potilaat esittivät, että hoito on turvallista, kun he olivat hoidon keskipiste. Potilaan ollessa hoidon keskipisteenä heillä tuli tunne siitä että, heistä ollaan kiinnostuneita, halutaan tietää kokonaisvaltaisesti.

”että potilas on se keskus siinä hoidossa, ettei se oo se ulkopuolinen”

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että potilasturvallinen hoito on potilaiden näkökulmasta potilaskeskeistä ja avuntarvitsija huomioidaan ainutlaatuisena tarpeineen. Myöskin tutkimuksessaan Gustafsson ym. (2013, 85) totesivat yksilöllisen hoidon ilmenevän siten, että hoitajat olivat tunnistaneet muutokset potilaan voimissa, antaneet potilaille mahdollisuuden omien voimavarojen mukaan ottaa vastuuta hoidostaan sekä hoitajat olivat keskustelleet hoitoa vaativista tarpeista potilaan kanssa.

Turvattomuus hoidossa

Potilaat esittivät, että potilasturvallista hoitoa vaarantavat potilaan huono kohtelu ja puutteellinen hoito. Potilaan huonoa kohtelua selittivät epäystävällinen käytös ja välinpitämättömyys sekä puutteelliset toimintatavat. Epäystävällistä käytöstä kuvattiin empatian puutteena jopa alalle sopimattomuutena hoitajan tai lääkärin huonona asenteena. Puutteelliset toimintatavat ja menetelmät leikkauksen jälkeisessä seurannassa nostettiin esille sekä toimenpiteiden viivästymisen vaikutus potilasturvallisuuteen. Potilaat pohtivat sairaalahierarkian vaikutusta potilasturvallisuuteen sekä hoitajien riittävyttä ja vaihtuvuutta.

”Ko kipiä on, toivos, se on huono, että hoitaja on ynseä, ei sitä kiinnosta potilas, sitä entistä sairaammaksi tuntee itensä kun, ei tuu se avun tunne”

”jos ei taas välitetä, jos on vähän on työkiä vastaanotto se minusta ainakin, siinä jo potilas säikähtää”

”Leikattiin ja onnistui hyvin, mutta meni muualta kipiäksi ja siellä ei olis pitäny olla kipua, se oli kyllä kipeä, annettiin kipulääkkeitä, että se ohi mennee, mutta ei mennykkään’

Sairastaessaan ihminen on herkillä, aistii ympäristön ilmapiirin ja kasvojen ilmeet. On ymmärrettävää, että potilaalle tulee turvattomuuden tunne hoidossa, mikäli häntä kohtaa epäystävällinen tai välinpitämättömän oloinen hoitaja tai lääkäri. Luottamusta hoitohenkilökuntaan ja lääkäreihin ei herätä se, jos potilas joutuu pohtimaan, mitkä ovat ne hälytysmerkit, joihin reagoidaan, kun leikkauksesta toipuminen ei sujukaan protokollan mukaan. Johtopäätöksenä voidaan todeta tässäkin tutkimuksessa, kuten Jordan & Newel (2015) ovat myöskin tutkimuksessa todenneet, että ei-potilaslähtöinen hoito, eli potilasta tai omaisia ei kuunnella tai oireita oteta vakavasti vaikuttaa negatiivisesti potilaan hyvinvoinnin ja turvallisuuden tunteeseen. Turvattomuuden tunne hoidossa voi heikentää potilaan paranemisprosessia ja näin lisätä vuorokausia vuodeosastolla tehden lisäkustannuksia. (Potilasturvallisuutta taidolla- kansalliset potilasturvallisuustalkoot 2011-2015). Lisäksi tutkimuksessa potilaiden käsityksiä potilasturvallisuudesta Brandt ym. (2012, 332) esittivät myös potilaiden huolen koskevan hoitohenkilökunnan riittävydestä, kuten tässäkin tutkimuksessa todettiin.

Turvattomuus tiedonsaannissa

Epämääräisyys tiedonsaamisessa arvoitiin potilasturvallisuutta vaarantavana tekijänä. Välillä tiedonsaanti niin hoitajilta kuin lääkäreiltä oli epäselvää ja se aiheutti turvattomuuden tunnetta.

”mutta on lähteny (lääkärit) niinkin ettei kerro mitään.. sittehän sitä kysellään, että mikkähän tutkimustulokset oli.. niitä on kysely jälkikäteen”

Potilaan huomiotta jättäminen tiedollisestikaan ei ole potilasturvallista hoitoa. Lakikin velvoittaa potilaan kuulluksi tulemisen ja asiat tulee esittää niin, että potilaskin ymmärtää. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 2: 5§.) Tutkimuksessa Brandt ym. 2012 toivat myös esille, kuinka tärkeänä potilaat pitivät ajantasaisen ja avoimen tiedonsaannin potilaan tilanteesta. Kuitenkin tiedottaminen oli ajoittain epäselvää, kuten tässäkin tutkimuksessa todettiin. Duggan ym. (2017) tuovat esille, että tiedottamisen pitäisi olla potilaskeskeistä ja keskustelunomaista.

Hoidon oikeatapaisuus- ja aikaisuus

Potilasturvallista hoitoa edistää potilaiden mielestä se, että potilas saa oikeaa hoitoa oikeaan aikaan ja että hoito lähtee potilaan tarpeesta.

”Omalta kohaltani se on just se toimenpiteen jälkiseuranta, se on se tärkein.”

”tuommonen niinkö pääsee lääkäriille tai sinne sairaanhoitoon mihin tarttee... huolehtiminen, että on pääsyvarmuus”

Potilaiden oikeus on saada laadultaan hyvää terveyden ja sairaudenhoitoa. Hyvä hoito sisältää potilaan hyvän kohtelun, ettei hänen ihmisarvoaan tai vakaumustaan loukata ja yksityisyyttään kunnioitetaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 2: 3§).

Ammattitaitoinen hoitohenkilökunta

Ammattitaitoinen ja osaava hoitohenkilökunta nähtiin potilaisen mielestä potilasturvallista hoitoa edistävänä tekijänä. Ammattitaitoon luettiin vuorovaikutus ja empatiataidot ja niiden vaikutus paranemiseen.

”Ystävällisyys se on jo puoli hoitoa.”

”Hoitohenkilökunta (hoitajat) on hoitanut hommansa, ei valittamista”

Sairaana ollessaan empatiankokemisen tarve korostuu. Hoito tuntuu potilaiden mielestä hyvältä silloin kun hoitajat ja lääkärit ovat positiivisia käytökseltään. Kuten Duggan ym. (2017, 1629-1630) totesivat myös tutkimuksessaan empaattisuus ja potilaan tarpeita sekä toiveita tukeva sekä aidosti kiinnostunut asenne lisättyinä aitouteen ja rehelliseen kommunikointiin lisää potilaan turvallisuuden tunnetta.

7.2 Potilaan oman hoidon potilasturvallisuus potilaiden kuvaamana

Potilaat kuvasivat potilaan oman hoidon potilasturvallisuuden edistämisen hoito-ohjeiden noudattamisena.

Hoito-ohjeiden noudattaminen

Potilaat toivat esille, että voivat edistää potilasturvallista hoitoa toimimalla saatujen hoito-ohjeiden mukaisesti. Esimerkiksi noudattamalla ohjeita ennen leikkaukseen tuloa tai osastolla hoitohenkilökunnan antamia ohjeita.

”Kun tekee varmaan niitten ohjeitten mukaan mitä tullu..”

”Kun tullaan toimenpiteisiin tai mikä nyt onkin, oma fyysinen kunto ja kaikki tämmöset, ylipainot, että ne on kunnossa jo kotona”

Potilaiden mahdollisuus edistää omaa potilasturvallista hoitoa on hoito-ohjeiden noudattaminen. Annetut hoito-ohjeet mahdollistavat hoidon etenemisen ja toivottuun hoitotulokseen pääsemisen. Gustafsson ym. (2013, 87) toivat myös esille, että potilaat useimmiten toimivat sairaalasta saatujen ohjeiden mukaisesti ja että he olivat ottaneet vastuuta omasta hoidostaan voimavarojensa sallimissa rajoissa. Potilaat kokivat hoito-ohjeiden noudattamisen tärkeäksi osaksi oman potilasturvallisen hoidon edistämisessä.

7.3 Potilaan osallisuus omaan hoitoonsa potilaiden kuvaamana

Potilaat kuvasivat osallisuutensa omaan hoitoon; potilaan mahdollisuus osallisuuteen, potilaan osallistuminen ja osallisuuden edistäminen.

Potilaan mahdollisuus osallisuuteen

Osallisuus ja osallistuminen käsitteet tuntuivat tutkijan mielestä olevan samaa tarkoittavia potilaille. Osallisuuden tasoa ilmensi potilaiden halu tai mahdollisuus. Toisaalta potilaat olivat sitä mieltä, että eivät koe olevansa osallisia eikä siihen ole tarvettakaan. Toisaalta osallisuus ei ollut täysin mahdollista sairautentilanteen ollessa vakava tai hankala. Kipu esimerkiksi vaikutti niin, että ei ollut voimia osallisuuteen hoidossa, hoidon suunnitteluun tai aktiiviseen osallistumiseen. Hoi-

toon liittyvissä päätöksissä potilaat luottivat lääkärin tekemään suositukseen esimerkiksi leikkauspäätöksestä. Potilaan kertoivat keskustelleen lääkärin kanssa leikkaukseen menosta ja pääsääntöisesti tällöin mielsivät osallistuneensa päätöksentekoon.

”Lääkäriltä kysely mitä saa tehdä ja mitä pitää tehdä”

”En oikeastaan millään lailla kun olen luottanut siihen että täällä tietään, että mitä tehään.. sillä lailla mie oon osallistunut”

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että osallisuuden ymmärrys on vielä epävarmaa niin potilaiden kuin hoitajienkin keskuudessa ja asiaa pitäisi mahdollisemman nopeasti ja systemaattisesti alkaa viemään eteenpäin. Kumppanuussuhde vaatii potilaiden tietoisuuden lisäämistä ja tasa-arvoisempaa yhteistyötä potilas-terveydenhuollon palvelujen tarjoajan välillä. Jotta jaettua päätöksentekoa voidaan toteuttaa Truglio- Londrigan ym. (2014) mukaan kaikilla osapuolilla on oltava tarvittavat tiedot päätöksenteon tueksi. Tiedetään, että potilaan osallistuminen jaettuun päätöksentekoon lisää hoidon laatua ja se yhdistetään positiivisiin hoidon tuloksiin. Kuten tässäkin opinnäytetyössä Partanen ym. (2012, 7) totesivat tutkimuksessaan, että potilaat kokevat hoidosta keskustelemisen helpoksi ja halukkuutensa osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Halukkuus vaihteli kuitenkin pienten ja merkittävien päätöksentekojen välillä. Enemmän haluttiin olla osallisena suhteessa pienempiin päätöksentekoa vaativiin asioihin. Eroavaisuuden todettiin johtuvan siitä, että nuoremmat ja korkeasti koulutetut olivat halukkaita olemaan osallisena merkittäviin päätöksentekoa vaativiin asioihin kuin vanhemmat ja vähemmän koulutetut potilaat. Eroavaisuutta iän ja koulutuksen lisäksi nosti potilaan sairaudentila, kuten Guilabert ym. (2014, 832.) tutkimuksessaan totesivat.

Potilaan osallistuminen ja osallisuuden edistäminen

Potilaille osallisuus tai osallistuminen omaan hoitoonsa ilmeni noudattamalla saatuja hoito-ohjeita ja olemalla aktiivisia kysymällä hoitajilta ja lääkäreiltä, miten voivat vaikuttaa omaan hoitoonsa. Potilaat toivat esille, että hoitohenkilökunnan antaman ohjauksen ja neuvonnan avulla voidaan edistää potilaan osallisuutta

omaan hoitoonsa. Toisaalta toivottiin, että hoitajat kertoisivat, miten osallisuutta voisi edistää, toisaalta oltiin sitä mieltä että, potilaan neuvonta hoitohenkilökunnan toimesta on jo niin kattavaa, ettei sitä tarvitsisi lisätä.

. ”Nehän neuvoo kyllä viimisen päälle, kun niitä vai noudattaa.. eikä mulla itellä siihen mitään kikkaa ole, kun vain niitä nouattaa mitä on tekeillä”

”Joudin tänne osastolle. Oli kyllä tämä tutkimus tehään, ei kai se auta, että tehään ilman muuta.”

Johtopäätöksenä voidaan pitää, että potilaiden osallisuuden edellytys on potilaan tiedottaminen ja opettaminen. Potilaat haluavat osallistua aktiivisesti voimavarojensa mukaan omaan hoitoonsa, kuten Partanen ym. (2012, 7) totesivat myös tutkimuksessaan.

7.4 Tiedonkulku potilaiden ja hoitohenkilökunnan välillä potilaiden kuvaamana
Potilaat kuvasivat tiedonkulkua; tietoa voinnista, huolehtiva hoitohenkilökunta ja sujuva tiedonsaanti.

Tietoa voinnista

Potilaat halusivat kertoa, esimerkiksi autoivatko kipulääkkeet. Potilaat tiesivät hälyttää soittokellosta silloin kun kokivat tarvitsevansa apua. Tuotiin esille myös, että huolista kerrottaessa hoitajilta saatiin apua voinnin senhetkiseen ongelmaan. Johtopäätöksenä voidaan pitää, että potilaat haluavat tiedottaa voinnistaan ja tilanteestaan. Tämänkaltainen tiedottaminen auttaa myös hoitajia reagoimaan mahdollisemman nopeasti tilanteeseen. Hyvä hoitaja-potilas vuorovaikutussuhde on laadukkaan ja potilasturvallisen hoidon perusta. (Truglio- Londrigan ym. 2014)

Huolehtiva hoitohenkilökunta

Tiedonkulkua ei osattaisi nykyisestä systeemistä edistää. Potilaat arvioivat, että hoitajat kysyivät tarpeeksi usein voinnista, että huolien kertominen oli helppoa sekä tiedonsaanti oli riittävää. Vuorovaikutuksen merkitystä tiedonkulussa pidettiin ensiarvoisen tärkeänä. Potilaat korostivat, että vuorovaikutus on molemmin-

puolista ja tärkeää että hoitohenkilökunta omaa hyvät vuorovaikutustaidot. Kerrominen omista huolista oli helpompaa, kun oltiin kiinnostuneita potilaan asioista, kuitenkin hienovaraisesti.

”Hoitohenkilökunnan empaattisuuden puolella että, heidän pitää osata sitä potilasta lähestyä koko ajan.”

”Tiedonkulusta jää epämääräinen maku, jos se on yhdensuuntaista...”

Vuorovaikutuksen merkitys hoidossa korostui tässä opinnäytetyössä lähes jokaisessa teemaosiossa. Potilaat kokevat saavansa turvallista hoitoa, kun heitä lähestytään ystävällisesti ja annetaan tilaa kysymyksille. (Duggan ym. 2017, 1631.)

Sujuva tiedonsaanti

Potilaille oli tärkeää tieto siitä että, tarvittaessa he saivat tietää mieltä askarruttavista hoitoon liittyvistä asioista. Usein miten, kun he olivat kysyneet esimerkiksi hoitoon liittyvistä asioista, niin olivat saaneet vastaukset kysymyksiin.

”Kyllä mie oon, ainako on ollu verikokeita tai tulokset tullu niin ne on kattottu konnelta heti. On tullut tietoa, mitä on justiin niinkö saatavilla...”

Johtopäätöksenä voidaan pitää, että potilaat pitivät tärkeänä, että heidät pidetään ajan tasalla hoitoon liittyvien tietojen suhteen. Myöskin Brandt ym. (2012,331) tutkimuksessaan totesivat tietojen ajankohtaisuuden ja tiedottamisen avoimuuden olevan tärkeää potilaille.

7.5 Potilasturvallinen hoito hoitajien kuvaamana

Sairaanhoitajien kuvaamana potilasturvallinen hoito ilmeni; hyvä ja potilasturvallinen hoitotyö, hoitotyön osaaminen, turvallinen hoitotyön ympäristö, potilaslähtöinen hoitotyö, puutteelliset toimintatavat ja käytännöt, inhimilliset tekijät, hyvät toimintatavat ja käytännöt.

Hyvä ja potilasturvallinen hoitotyö

Hoitajien mielestä potilasturvallisen hoidon esitettiin olevan yksinkertaisuudessaan potilaan hyvää hoitoa. Potilaan hyvää hoitoa toteutettiin perustuen hyviin hoitokäytäntöihin. Potilasturvallisen hoidon ajateltiin perustuvan lääkärin määräyksiin ja näyttöön.

”Perustuu tutkittuihin hoitokäytäntöihin, ja ennen kaikkea lääkärin määräyksiin”

”Sairaanhoitajien tai hoitajien osalta yleensä me toteutetaan niitä määräyksiä, mitä siihen potilaan hoitoon kuuluu, ne on yleensä niitä lääkärin määräämiä, siten se tietotaito mikä meillä on se annetaan lisäksi siihen”

Johtopäätöksenä voidaan pitää, että lain henki tulee esille sairaanhoitajien näkemyksestä, mitä on hyvä, laadukas ja potilasturvallinen hoito. Terveystieteiden laissa (1326/2010) 8 § (Laatu ja potilasturvallisuus) ohjeistetaan, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin.

Hoitotyön osaaminen

Potilasturvallisen hoidon vaatimus oli sairaanhoitajienkin mielestä ammattitaitoinen ja osaava hoitohenkilökunta. Ammatillinen osaaminen nousi esille siten, että hoitajat kokivat olevansa suuressa vastuussa potilaan hoidosta lääkäreiden ollessa vain lyhyen aikaa osastolla. Lisäksi esille nousi osaston sairaanhoitajan kokonaisvastuu potilaan hoidosta esimerkkinä kokemus siitä, että heillä on laajemmat tehtävät kuin sairaanhoitajilla vuodeosastoilla yleensä. Sairaanhoitajan ammattitaidon korostuminen tuotiin esille esimerkiksi töiden suunnitteluvaiheessa, jolloin pyrittiin varmistamaan ryhmissä työskentelevien hoitajien kompetenssi, ettei potilasturvallisuus vaarannu. Sairaanhoitajat korostivat, että potilasturvallinen hoito vaatii hyvän lääkehoidon osaamisen ja aseptista työskentelyä. Lisäksi tärkeänä pidettiin potilaan voinnin seuranta osastohoidossa. Potilasturvalliseen hoitoon todettiin myös kuuluvan potilaan tunnistaminen ranneketta käyttäen.

”Siinä pitää arvoida mitä hoitoa se tarvitsee, ei kaikki välttämättä oo sitä lääketieteellistä hoitoa, että meän kuuluu huomioida sosiaaliset asiat ja psyykenpuolen asiatkin”

”Lääkärit tekee niin paljon omaa työtään, aina siitä omasta näkökulmasta Ne ei välttämättä kiinnitä huomiota mihinkään muuhun”

Tässä tutkimuksessa niin potilaat kuin sairaanhoitajat tuovat esille useasti ammatillisen osaamisen. Sairaanhoitajat tuovat esille työnsä vastuullisuuden suhteessa potilasturvalliseen hoitoon. Hoitotyön vastuu voidaan jakaa kahdenlaiseen vastuuseen, ihmis- ja tehtävävastuuseen. Ihmisvastuista ajattelua ohjaa muun muassa hoitotyötä ohjaavat periaatteet. Tehtävävastuuta ammatillisen, kuten toiminnan perusteltavuus (näyttöön perustuva), luotettavuus ja ammattilaisten välinen arvonanto. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 27-30.) Lääkehoito työllistää sairaanhoitajaa erikoissairaanhoidossa suuren osan päivästä. Kuten, Ekstam ym. (2012, 19- 21) totesivat, sairaanhoitajat pyrkivät työajallaan kehittämään lääkehoitoon liittyviä taitoja sekä lukemaan lääkehoitoon liittyviä ohjeistuksia ja selviytyksiä.

Turvallinen hoitotyön ympäristö

Sairaanhoitajat esittivät yhtenä tärkeänä huomioonotettavana asiana potilasturvallisessa hoidossa turvallisen ja toimivan fyysisen hoitotyön ympäristön. Tämä käsitti, että käytössä on asianmukainen toimiva laitteisto ja että ympäristö kuten potilashuoneet ja käytävät ovat siistejä ja selkeitä. Johtopäätöksenä voidaan pitää, kuten tässä tutkimuksessa todettiin (liite 9), että toimintaympäristön tulee vastata sekä selkeydeltään, siisteydeltään sekä tarkoituksenmukaisuudeltaan työn vaatimuksia. Laitteiston tulee olla toimivia ja niiden käyttö yksinkertaistettu, että jokainen kykenee suorittamaan työnsä potilasturvallisesti ja laadukkaasti.

Potilaslähtöinen hoitotyö

Sairaanhoitajat toivat esille, että potilasturvallista hoito on sitä, että potilasta hoidetaan kokonaisvaltaisesta ja yksilöllisesti. Potilas miellettiin olevan hoidon keskiössä ja hoito pyrittiin räätälöimään potilaan tarpeiden mukaisesti. Jokaista potilasta pidettiin yksilönä, ei vain ”teppipotilaana”

”Kaikki lähtee potilaasta, minkälainen potilas on kyseessä...”

Potilaslähtöisyys viittaa potilaan tarpeeseen ei organisaatiolähtöiseen ajatteluun potilaan hoidosta. Kuten potilaatkin toivat jo edellä esille, potilasturvallinen hoito on potilaslähtöistä. Gustafsson ym. (2013,85) myös tutkimuksessaan toivat esille, niin kuin tässäkin tutkimuksessa todettiin, että sairaanhoitajien todettiin arvoivan yksilöllisyyden tukemisen hoitotyön toiminnoista parhaimmaksi keskustellessaan potilaan kanssa sairauten/terveydentilaan liittyvistä asioista ja hoitoa vaativista tarpeistaan sekä potilaan voinnissa tapahtuneiden muutosten huomioimisena.

Puutteelliset toimintatavat ja käytännöt

Potilasturvallinen hoito voi vaarantua sairaanhoitajien mielestä johtuen puutteellisista toimintatavoista ja käytännöistä. Tähän ajateltiin vaikuttavan vähäinen yhteistyö lääkäreiden kanssa ja työn koordinointi sekä puutteellinen osaaminen ja perehtyminen hoitotyössä. Potilasturvallisuutta vaarantavina tekijöinä pidettiin lääkäreiden muistuttelua osaston töistä, kuten puuttuvista resepteistä. Usein miten sekä hoitaja että lääkäri joutuvat keskeyttämään menneillään olevan työnsä hoitajan soitellessa leikkaussaliin puuttuvista töistä. Sairaanhoitajat mielellään haluaisivat tietää, mikäli on tulossa lääketieteellisiä uudistuksia tai muutoksia, jotka vaikuttavat myös hoitotyöhön. Lisäksi toivottiin lisää koulutusta ja mahdollisuutta perehtyä esimerkiksi uusiin lääkkeisiin tai suonensisäisesti annettaviin nesteisiin. Kyse oli myös ajanpuutteesta, että ei kunnolla ehditä perehtymään. Syy-seuraussuhteena, jos ei ollut kunnolla perehtynyt, se lisäsi epävarmuutta potilaan hoitamisessa. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että sairaanhoitajat tunnistavat potilasturvallisuuteen liittyvät vaaranpaikat ja ovat halukkaista puuttumaan epäkohtiin työssään potilasturvallisen hoidon varmistamiseksi. Sairaanhoitajat

ovat halukkaita oppimaan ja pysymään ajan tasalla muuttuvan ja uudistuvan lääketieteen mukana koska lääketieteen kehitys vaikuttaa myös hoitoprosesseihin ja lääkevalmisteiden kehittymiseen. Sairaanhoitajat toivoivat, että uusiin lääkevalmisteisiin tai laitteisiin olisi aikaa perehtyä. Muutokset tuovat mukanaan haastetta hoitotyön osaamiseen ja hallintaan. Turvallisuuskriittisissä organisaatioissa toiminnan keskeinen vaatimus on turvallisuus. Potilasturvallisuuden parantamiseksi tarvitaan ymmärrystä ja osaamista organisaatorakenteiden ja prosessien vaaroista, jotka vaikuttavat potilaan hoitoon. (Oewald & Reiman 2009, 44.)

Inhimilliset tekijät

Sairaanhoitajat toivat esille, että liiallinen työn kuormittavuus voi vaikuttaa potilasturvallisuuteen vaarantavasti. Kun työtehtäviä koettiin olevan liiaksi asti, tuli tunne, että hoidetaan pakollinen ja potilaiden hoito ei ollut hyvää ja turvallista. Tämä taas se aiheutti huolta. Lisäksi huolta aiheutti väsymys ja kiire, ettei jaksettu huolehtia esimerkiksi ympäristön siisteydestä. Esille nousi myös resurssipula, niin potilasturvallisuuden ajateltiin vaarantuvan. Lisäksi osa sairaanhoitajista toi esille myös huonon ilmapiirin vaikutuksen potilasturvalliseen hoitoon.

”Kunhan me pärjätään, se on potilasturvallisuusriski...korostuu näinä aikoina, kun kaikessa tehostetaan”

”Tietenkin meillä on nyt tässä listassa henkilökuntapulaa, mutta saako se olla potilasturvallisuuden esteenä”

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että työnkuorma ja kiire lisäävät väsymystä ja stressiä vaikuttaen potilaan hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen. Kuten tässäkin tutkimuksessa Kvist ym. (2015a, 156) sairaanhoitajat arvoivat henkilöstömitoituksen olevan riittämätön potilasturvallisuutta ajatellen.

Hyvät toimintatavat ja käytännöt sekä yhteistyö

Potilasturvallista hoitoa edistävinä tekijöinä tuotiin esille selkeät toimintatavat ja kouluttautumisen mahdollisuus sekä yhteiset toimintaperiaatteet. Sairaanhoitajat nostivat esille, että potilasturvallista hoitoa edistää aito ja moniammatillinen yh-

teistyö, sitä toivottiin vahvistettavan. Tarvittaessa olisi mahdollista saada koulutusta esimerkiksi, jos uusi lääke otetaan käyttöön ja että lääkäritkin kouluttaisivat hoitajia. Vanhan kertaus olisi tärkeää kuin uuden oppiminenkin. Virheiden sattuessa toivottiin, että mentäisiin tapahtuman aikajanelle ja tarkasteltaisiin tapaukset kokonaisvaltaisesti, lyhytnäköisten pikaratkaisujen ei tiedetty lisäävän potilasturvallista hoitoa. Lisäksi esille nousi, että potilasturvallista hoitoa edistää, kun potilaiden hoitoprosessit on kirjoitettu auki ja helposti ovat löydettävissä ja niissä ei ole tulkinnan varaa.

”Hoitajille lisää koulutusta, lisää uuta tietoa tai vanhankertausta. Kertaaminen uudestaan ja uudestaan lisää potilasturvallisuutta”

”Kaipaen että yhteistyötä voitais tehdä enemmän lääkäreitten kanssa.....Heillähän on tieto siitä lääketieteen käytännöistä ja me tuodaan siihen se hoitotyö”

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että sairaanhoitajat tunnistavat ne kehittämisskohteet, minkälainen toiminta edistää potilasturvallista hoitoa. Sairaanhoitajat haluavat edistää ja ylläpitää omaa osaamistaan, jotta ovat kompetentteja toteuttamaan potilasturvallista hoitotyötä. Laki Terveystieteiden ammattilaisille (19194/559 3: 18§) ammattieettisissä velvolluuksissakin edellyttää jatkuvan kouluttautumisen ja ammattitaidon ylläpitämisen. Kuten tässäkin tutkimuksessa Kvist ym. (2015a, 156) toivat esille, että sairaanhoitajat (69% vs. 65%) pyrkivät toimimaan aktiivisesti parantaakseen potilasturvallisuutta. Sairaanhoitajat näkevät moniammatillisen työskentelyn merkityksen. Virheiden sattuessa he haluavat systeemiajattelua, syväluotaamista käytäntöihin ja prosessien kulkuun. Myöskin Kvist & ym. (2015a, 156) esittivät, että sairaanhoitajat arvoivat käytäntöjen ja prosessien estävän virheitä vain kriittisellä tasolla, prosenttien olevan huolestuttavalla tasolla 23 vs. 27 (vahva potilasturvallisuuskulttuuri 75%).

7.6 Potilaiden osallisuus omaan hoitoonsa hoitajien kuvaamana

Sairaanhoitajien kuvaamana potilaiden osallisuus omaan hoitoonsa käsitti osallisuutta lisäävän tiedon ja voimaannuttamisen.

Osallisuutta lisäävä tieto

Sairaanhoitajat korostivat, että potilaan osallisuuden edistäminen potilaan hoitoon ja hoidon suunnitteluun sekä päätöksentekoon hoidossa edellyttää potilaan tiedottamista. Tiedon sisältö käsitti hoitoon liittyvät asiat ja potilaiden mahdollisuudet vaikuttaa omaan hoitoonsa. Hoitoon liittyvät asiat kuvattiin potilaan tiedon laajentamisena hoitamiseen liittyvissä asioissa, kuten informointi leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta. Potilaille tuotiin esille, miten he pystyvät itse vaikuttamaan omaan hoitoonsa ja sitä pyrittiinkin hoitajien toimesta edistämään. Pidettiin tärkeänä, että potilas osallistuu hoitoonsa. Sairaanhoitajat mielsivät päätöksentekovaiheessa lääkärin tehtäväksi informoida potilasta hoitovaihtoehtoista.

”Informoijaan kustakin taudista tai toimenpiteestä, mitä on tehty, mitä se voi tehdä nytten..”

”Antaa potilaan osallistua siihen omaan hoitoonsa enemmän, ettei kaikki menis sen yhen kaavan mukaan”

Kuten aiemmassakin tutkimuksissa ja tässä tutkimuksessa tulee ilmi, että potilaan osallisuuden edellytyksenä voidaan pitää hyvässä vuorovaikutuksessa tapahtuva potilaan riittävä tiedottaminen, yksilölliset tarpeet huomioiden. (Jordan & Newel 2015.)

Voimaannuttaminen

Toiseksi edistävänä tekijänä nousi esille potilaan voimavaroja edistävät keinot. Hoitoon osallistumisen merkitystä korostettiin eri vaiheissa, kannustamalla, perustelemalla kuitenkin potilaiden toiveita kuunnellen. Potilaan voimavarojen tukemisessa oli tärkeää antaa potilaan osallistua, huomata potilaan halukkuus osallistua ja korostaa potilaan voimavaroja potilaalle. Voimaannuttaminen vaatii empaattista hoitajaa, asennetta ”olemme täällä sinua varten”.

”Koko ajan siinä suunnitellaan aamusta iltaan potilaan kanssa, kun ollaan vuorossa, että mitä seuraavaksi tehdään, mikä on kunto, jaksako.”

”Itse jotenkin kokee et potilaat kaipaavat hirveästi sitä että niille sanotaan, miten ne kotona pärjää Ne tule suunnattoman onnelliseksi siitä, kun niille sanoo että tulet pärjäämään hyvin..”

Potilaan voimaantumiseen tarvitaan empatiakykyistä ja helposti lähestyttävää hoitajaa. Potilaan on oikeus osallisuuteen, myös oikeus olla täysin hoidettavana voinnin niin vaatiessa. Voimaantuminen vaatii hyvää vuorovaikutussuhdetta potilaan ja hoitajan välillä. Johtopäätöksenä voidaan pitää, että olisi ensiarvoisen tärkeää organisaatiossa tukea ja tunnistaa potilaslähtöisen vuorovaikutussuhteen merkitys osana laadukasta hoitoa ja sitä myöten potilasturvallisuutta. (Jordan & Newel 2015.)

7.7 Tiedonkulku hoitohenkilökunnan ja potilaiden välillä hoitajien kuvaamana Sairaanhoitajien kuvaamana tiedonkulku muodostui tiedonkulku osaston käytännön mukaan, potilaan tilanne ja tukiverkosto, kokemuksellisen tiedon antaminen, potilasta arvostava hoitohenkilökunta, odottamattomat tiedot potilaasta.

Tiedonkulku osaston käytännön mukaan

Edistävänä tekijänä hyvä ajankohta potilaiden voinnin tiedusteluun ja hoitoon liittyvistä asioista keskusteluun todettiin olevan hoitajien iltapäiväkierto. Tällöin potilasta haastateltiin tarkemmin ja potilaankin olevan orientoituneempi tilanteessa, johon ei välttämättä liity mitään jännitettäviä toimenpiteitä. Esille tuli myös, että hoitajien ja potilaiden välistä tiedonkulkua esiintyi päivän mittaan hoitotyön tehtävien lomassa, hoidon etenemisestä voinnin tiedusteluun. Lisäksi potilaan tiedonsaantia lisättiin siten, että lääkärikierron jälkeen epäselvyydet käytiin vielä potilaan kanssa läpi.

”Mun mielestä parhaat keinot siihen on kertoa potilaalle siitä mitä tehhään, mihin kohti ollaan menossa, aina nuo hoitajien kierrot iltapäivällä”

”Sen jälkeen (lääkäri kierron) ainakin itte käyn sitte vielä potilaalle kertomassa jäikö jotain epäselväksi”

Johtopäätöksenä voidaan pitää, että käytäntö heijastaa yksikön toimintatapaa. On luontevaa, että työn lomassa tiedustellaan potilaan vointia. Toisaalta taas tehtäväkeskeisessä työskentelyssä, kuten keskitetty potilaan tarkempi voinnintiedustelu iltapäiväkierrolla voi heikentää yhtä intensiivisen potilaan voinnin seurannan vuorokauden muina aikoina. Mahdollista on, että monta asiaa yhtä aikaa tehdessä jää huomioimatta potilaan voinnin seuranta ja tiedustelu varsinkin ei-sanallisessa kommunikaatiossa, kuten Jordan & Newel (2015) ovat myös tutkimuksessaan todenneet. Se, että potilaalle pitää käydä lääkärinkierron jälkeen selvittämässä, mitä asioita juuri käsiteltiin, ei viittaa potilasturvalliseen hoitoon. Olettaen että potilaalla ei ole ymmärtämistä heikentäviä sairauksia.

Potilaan tilanne ja tukiverkosto

Tärkeitä tietoja, mitä potilaiden olisi hyvä kertoa hoitohenkilökunnalle hoidon kannalta oli omasta voinnistaan, toimintakyvystään ja onko heillä läheisiä. Potilaalta haluttiin tiedustella ravitsemusta, erittämiset, kiputilanne, lääkitysasioita ja onko voinnissa muutoksia. Toimintakyvyn ja läheisten kartoituksen avulla haluttiin tietää, miten potilas pärjää kotona ja onko apua saatavilla vai pitääkö apuja tarvittaessa järjestää. Johtopäätöksenä voidaan pitää, että sairaanhoitajat haluavat tietää potilaasta kokonaisvaltaisesti, muodostaakseen käsityksen potilaan voinnista ja tilanteesta. Omaisten mukaanotto on tärkeää kotiutumisen kannalta, toisaalta omaiset olisi hyvä ottaa mukaan potilaan hoitoon aktiivisesti jo potilaan hoidossa ollessaan. (Brandt ym. 2012, 331; liite 11)

Kokemuksellisen tiedon antaminen

Sairaanhoitajat laajensivat potilaan tietoa kertomalla vertaisiesimerkkejä sairaudentilaltaan samankaltaisessa tilanteessa olevista potilaista. Tarkoituksena oli tiedon jakaminen ja potilaan tiedon lisääminen potilaan tilanteesta. Tuotiin esille myös, että potilaan asemaan asettuminen kuitenkin ammatti-identiteettiä unohtamatta lisäsi luottamusta ja potilas rohkaistui helpommin kertomaan ja ”avautumaan” tilanteestaan.

”Joskus olen kertonut esimerkkitapauksesta, miten on mennyt ja toipunut tästä tilanteesta..”

Vertaistuen antaminen ja kokemuksellinen tiedon jakaminen ovat sairaanhoitajan työvuosien karttuessa muodostuvaa inhimillistä pääomaa. Tutkimuksessa peräsuolileikkauksen jälkeisen haavainfektion hoidossa potilaille oman elämänhallinnan jatkuvuuden edistämiseksi tärkeiksi elementeiksi nousi hoitajien antama tieto, viestintä ja omahoidon tuki. (Andersson ym. 2016.)

Potilasta arvostava hoitohenkilökunta

Yksilöllisyyden arvostaminen ja vuorovaikutustaitojen korostuminen nähtiin merkittävänä tekijänä myös tiedonkulun kannalta. Yksilöllisyyden arvostaminen ilmeni siten, että potilaalle annettiin tarvittaessa henkistä tilaa esimerkiksi potilaan saadessaan tietää vakavasta diagnoosista. Tällöin siirrettiin esimerkiksi ohjaustilanne seuraavaan ajankohtaan. Hoitajan persoonan ajateltiin vaikuttavan, miten potilas uskaltaa esimerkiksi kertoa huolistaan. Sairaanhoitajien mielestä hoitajan tulisi osata esittää asiat niin, että potilas uskaltaa asiansa kertoa, empaattisella hoitajalla tulisi olla intuitio siitä, miten potilasta lähestytään. Niin sanotusti kemioiden sopivuudella tai sopimattomuudella nähtiin olevan vaikutusta tiedonkulun kannalta, joka suoranaisesti vaikuttaa hoitoon ja sitä myöten potilasturvallisuuden hoidossa. Vuorovaikutustaitoja pidettiin ensiarvoisen tärkeänä tiedonkulun onnistumiselle. Johtopäätöksenä voidaan pitää tiedonkulun kannalta, että se vaatii hoitajalta herkkyyttä vastata potilaan tarpeisiin tilanteeseen edellyttämällä tavalla, vastavuoroisesti. (Kuokkanen 2012, 66.) Lisäksi potilaskeskeisen vuorovaikutuksen tarkoitus on vaikuttaa potilaan sairauden tai terveydentilaan ja hyvinvointiin. Potilaskeskeisen vuorovaikutuksen tiedetään vaikuttavan edistävästi paranemiseen ja sitä myöten taloudellisiin kustannuksiin positiivisesti. (Jordan & Newel 2015.)

Odottamattomat tiedot potilaan tilanteesta

Huolimatta siitä, että sairaanhoitajat toivat esille, että potilaan vointia ja oloja tiedusteltiin, tuli toisinaan ilmi, että potilaiden antamat tiedot poikkesivat tai potilas ei tunne omaa sairauttaan. Pulmatilanteet tulivat ajankohtaisiksi kotiutustilanteessa, jolloin käsitykset kotona pärjäämisestä poikkesivat hoitajien ja potilaiden

välillä. Muita asioita olivat, että potilaat eivät toisinaan tieneet omaa lääkitystään tai jos olivat allergisia jollekin lääkeaineelle. Johtopäätöksenä voidaan pitää, että potilaiden käsitykset omasta sairaudentilastaan tai lääkityksistä poikkeavat siitä, mitä tietoja hoitajat tarvitsevat työnsä tekemiseen ja potilasturvallisen hoidon takaamiseen. Potilaiden kotitilanne ja omaiset tulisi ottaa mukaan jo hoidon varhaisessa vaiheessa. On selvää, että akuutissa tilanteessa potilaat eivät aina muista tai kykene tiedottamaan kaikista hoitoon liittyvistä asioista. Tullessa elektiiviseen toimenpiteeseen valmistelut on tehty etukäteen hoitavan yksikön puolesta. Tällöin kaikki hoitoon liittyvät tiedot, lääkitys- ja riskitietoineen pitäisi olla selvitettyinä ja viimeistään potilaalta tarkistettuna ennen toimenpidettä. Lisäksi Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ammattilaisen tulee kirjata tiedot potilastietojärjestelmään. Partanen ym. (2012, 7) mukaan potilaat (97%) luottivat, että annetut lääkkeet ovat oikeita ja tarvittaessa kysyvät niistä. Yli puolet (54%) potilaista ottivat lääkkeet kyselemättä, miehet naisia useammin. Taustalla voi myös olla potilaiden epäselvyys omista lääkkeistä johtuen aiemmasta perusterveydenhuollosta saadusta informaatiosta, kuten mitä potilaan tulee tietää omasta lääkityksestään.

7.8 Raportointi ja kirjaaminen hoitajien kuvaamana

Sairaanhoitajien kuvaamana raportointi ja kirjaaminen esitettiin; potilaan kokonaistilanne, seurannan tarve suullisena raporttina, potilas osallistuu raportointiin vaihtelevasti, potilasturvallisuutta varmistava raportointi, potilasturvallisuutta varmistava kirjaaminen ja yhtenäiset kirjaamistavat.

Potilaan kokonaistilanne

Sairaanhoitajaanhoitajat kuvasivat edustavan raportin sisältävän kattavat tiedot potilaasta. Edustavan raportin sisältöä eriteltiin siten, että siinä tulisi huomioida potilaan tulotilanne, suunnitelma ja toteutunut hoito. Nykytilanteen kartoittamiseen pidettiin tärkeänä toisen hoitajan arviota potilaan tilanteesta.

”Siihen vaivaa, mikä nyt on, lääkitykset, suunnitelmat, jatkosuunnitelmat, syömiset, juomiset, erittämiset, liikkuminen, asiallinen ei ole asiallinen.”

”Aikaisemmassa vuorossa olleen hoitajan näkemys siitä potilaasta, haluan aina tietää miten se potilas oikeasti voi.”

Johtopäätöksenä voidaan pitää, että vuoronvaihteessa tapahtuvan raportoinnin tarkoitus on turvata potilaan hoidon jatkuvuus. Kuten tämän tutkimuksen mukaan, on Birmingham ym. (2014) ovat todenneet, että vuoronvaihtoraportilla niin antaja kuin vastaanottajakin muodostavat yhteisen kokonaiskäsityksen potilaan tilasta. Joka edistää yhteisvastuullista potilaan siirtämistä seuraavalle vuorolle.

Seurannan tarve suullisena raporttina

Pääsääntöisesti raportilla haluttiin kuulla potilaan vointiin liittyvä seurannan tarve suullisena raporttina. Sairaanhoidajat toivat ilmi, mikäli potilaan toipumisessa, voinnissa on jotakin poikkeavaa, oli tärkeää antaa raporttia hoitajalta hoitajalle.

” Ainoastaan vaan siinä kohdassa, jos on hirveä poikkeama, niin silloin haluan sen tietää”

Johtopäätöksenä voidaan pitää tässäkin tutkimuksessa, että suullisen raportoinnin tärkeys korostuu Blazin & Staggersin (2013) mukaan konsultoinnin tarpeen näkökulmasta kuten myös Laitila ym. (2016, 33-39) toteavat tutkimuksessaan hiljaiseen raportoinnin edellytyksiä hoitohenkilökunnan (n= 67) näkökulmasta erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Myöskin ISBAR- oppaan viidennessä kohdassa kiireettömässä raportoinnissa on recommendation eli toimintaehdotus. Tässä kohtaa voidaan antaa ehdotuksia suullisena raporttina esimerkiksi tarkkailun lisääminen, siirto toiseen yksikköön tai hoitosuunnitelman muutos. Lisäksi suullista raporttia voidaan käyttää tiedon varmistamiseen, onko vielä kysyttävää. (ISBAR-opas, s. a.)

Potilas osallistuu raportointiin vaihtelevasti

Potilas jo tavallaan osallistuu raportointiin hoitajien iltapäiväkierrolla. Iltapäivän hoitajien välisen vuoronvaihtoraportin jälkeen osaston käytäntöön kuuluu potilaiden luona käyminen. Hoitajat täydentävät saatua raporttiaan potilasta haastattelun vuoteenvierusraportointia mukaillen. Toisaalta potilasta ei mielletty raportointiin osallistuvaksi.

”Minun mielestä se osallistuu siinä raportointiin, me ollaan saatu aamuvuorolta raportti ja lähetty kiertämään sinne huoneisiin, kysytään potilaalta miten sinulla menee.”

Osittain potilas osallistuu ehkä tiedostamattakin raportointiin hoitajien iltapäiväkierrolla. Johtopäätöksenä voidaan pitää, että potilas voisi osallistua raportointiin yksikön käytäntöjen sallimissa rajoissa. Vuoteenvierusraportointia pidetään potilasturvallisuutta varmistava menetelmänä. Tutkimuksessa Chaboyer ym. (2011) toivat esille, että kun vuoteenvierusraportointi oli käytössä, todettiin potilasturvallisuuden lisääntyneen, koska potilaat pystyivät täydentämään raporttia oikaisemalla vääriä tai puuttuvia tietoja.

Potilasturvallisuutta varmistava raportointi

Jotta vuoronvaihteessa oleva raportointi olisi potilasturvallista edellytyksenä pidettiin aktiivisuutta sekä raportin antajan ja raportin saajan välillä. Kysymyksille piti jäädä tilaa ja edelleen korostettiin potilaan voinnin poikkeavuuksien kertominen hoitajalta hoitajalle raporttina. Suullisen raportoinnin tuotiin esille potilasturvallisuutta varmistavana menetelmänä, huomattiin myös heikkoudet tämänhetkessä tavassa, kuten persoonakohtainen raportointitapa. Osa hoitajista oli sitä mieltä, että voisi ottaa hiljaisena raporttina tiedot toteutuneesta hoidosta.

”...kuitenkin tärkeä että se siirtyy hoitajalta toiselle ettei mitään vahinkoja satu.”

”Ihmiset raportoi niin erillä lailla. Jotku kertoo niin vähän tai ei muista kertoa.. Katava raportointi, että se siirtyy turvallisesti seuraavien käsiin iltavuoroon, että ei jää joku olennainen sanomatta.”

Johtopäätöksenä voidaan pitää, että hoitajat mieltävät suullisen raportoinnin lähes aukottomaksi raportointitavaksi. Toisaalta kuten tässäkin tutkimuksessa tulee ilmi (liite 12) suullisen raportoinnin vaaranpaikat on tunnistettu. Hoitaja voi unohtaa kertoa oleelliset asiat, hoitaja ei tunnista oleellisia asioita toisin sanoen raportointi on hoitajakohtaista eikä potilasturvallista. Tutkimuksessa Laitilan ym. (2016, 33-39) mukaan siirtyminen suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointiin

on todettu muun muassa lisäävän aikaa potilastyöhön ja parantavan kirjaamisen laatua.

Potilasturvallisuutta varmistava kirjaaminen

Kirjaamiskäytäntöä ohjasi kokonaisvaltainen ja tarkka kirjaaminen. Sairaanhoidajien mielestä puutteellinen kirjaaminen voi vaikuttaa koko potilaan hoitoon ja potilasturvallisuuteen heikentävästi. Tärkeänä pidettiin että, potilaasta on kirjattuna oleelliset tiedot seikkaperäisesti ja selkeästi. Kirjatuista tiedoista haluttiin saada selville edustavuus ja ajantasaisuus, miten potilaan hoito edistyy hoitoon osallistujien mutta myös potilaan näkökulmasta käsin. Toisen- käden tietoa ei pääsääntöisesti kirjattu, vaan jokainen kirjasi omat tehdyt työt ja saadut määräykset.

” Ajatellaan vaikka verenpainetta, onko ne ollu monta päivää korkiat tai matalat että sais vähän sitä trendiä.”

”Lääkäri voi tehdä tutkimuspäätöksiä niitten perusteella ja monesti tekeekin. Kyl-lähän ne pitää olla kaikki kirjattuna, mitä et ole kirjannut sitä et ole tehnyt. Kaikki havainnonnit ja muukki, mittaukset kaikki.”

Johtopäätöksenä voidaan pitää, että hoitajat pitivät kirjaamista tärkeänä osana työtään kuten Petkovsek -Gregorin & Skela-Savik (2015) myös totesivat tutkimuksessaan. Hoitajat näkivät kirjaamisen lisäävän hoidon laatua ja sitä myöten potilasturvallisuutta ja sitä pidettiin tärkeänä varmistaessa hoidon jatkuvuutta.

Yhtenäiset kirjaamiskäytännöt

Sairaanhoidajat kuvaisivat nykyistä kirjaamisen tasoa vaihtelevaksi ja halusivat kehittää sitä enemmän yhteneväiseen suuntaan. Erilaisia kirjaamiskäytäntöjä kuvailtiin; persoonakohtainen, ei ole aikaa, ei kirjata, vaihteleva kirjaamisensisältö. Kehittämiskohteita kirjaamisesta löytyi ja ehdotettiin lisäksi, että kirjaamista olisi hyvä jaotella pitkin päivää.

”...joissakin vuoroissa kirjaaminen on vähäistä ja ala-arvoista..”

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että potilasturvallisen hoidon takaamiseksi tarvitaan yhtenäisiä toimintatapoja, tällöin virheiden tunnistaminen ja hallittavuus

paranevat, puhumattakaan hoidon laadusta ja potilasturvallisuudesta. Kirjaamiskäytäntöjen tulisi noudattaa rakenteista kirjaamistapaa huolimatta siitä, minkälaiseen järjestelmään tiedot kirjataan. (Helovuo ym. 2012, 64; Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kirjaamisen opas, osa 1 2015, 26.)

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata minkälainen käsitys potilailla ja hoitajilla on potilasturvallisesta hoidosta ja miten sitä pitäisi potilaiden ja hoitajien mielestä edistää. Lisäksi tutkittiin osana potilasturvallista hoitoa potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa, tiedonkulkua, raportointia ja kirjaamista.

Potilaat toivat esille, kuinka hoitohenkilökunta ja lääkärit voivat empaattisella käytöksellä ja vuorovaikutustaidoillaan saada potilaan tuntemaan olonsa turvallisiksi, lisäksi potilaille oli tärkeää tuntea luottavansa ammattilaisiin. Sairaanhoidajat puolestaan korostivat potilasturvallisen hoidon edellyttävän hyvää hoitoa, joka perustuu ajantasaisiin suosituksiin ja korostivat osaamisen merkitystä potilasturvallisen hoidon takaamiseksi. Turvallisen hoitotyön ympäristön merkitys sairaanhoitajien toimesta tuotiin myös esiin, kun kaivattiin siistejä, selkeitä huoneita ja tiloja työskentelyn kannalta. Näkökulmana myös, että potilaat eivät loukkaisi itseään esimerkiksi kaatumalla johtuen huoneessa olevista ylimääräisistä tavaroista. Sekä potilaat että sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että potilasturvallinen hoito lähtee potilaan tarpeesta, potilaslähtöisesti.

Potilaat toivat esille, että potilasturvallinen hoito voi vaarantua, jos hoitaja tai lääkäri on epäystävällinen tai vaikuttaa välinpitämättömältä, potilaat saattoivat säikähtää. Jos potilaan oireita ei otettu tosissaan tai kysymyksiin ei vastattu, se herätti epäluottamusta. Sairaanhoidajat olivat huolissaan työn ajoittaisesti kuormittavuudesta ja kiireestä, joka lisäsi stressiä johtaen tunteeseen, että pystytään varmistamaan vain pakollinen potilaan hoito, mutta ei välttämättä potilasturvallisesti. Vähäinen yhteistyö lääkäreiden kanssa sekä potilasturvallisuutta haittaavat käytännöt kuten lääkäreiden töistä muistuttelu koettiin potilasturvallisuutta vaarantavina tekijöinä. Sairaanhoidajat havaitsivat haasteelliseksi lääkehoidon ajantasaisen tietojen ylläpitämisen sekä hoitotyöhön ajantasaisin tiedoin ja taidoin vastaamisen.

Potilaat korostivat potilasturvallisen hoidon näkökulmasta edistävänä tekijänä saadun hoidon oikeatapuutta- ja aikaisuutta. Lisäksi oli tärkeää, että hoitoa

toteutti ammattitaitoinen henkilökunta. Potilaat esittivät pystyvänsä edistämään oman hoitonsa potilasturvallisuutta noudattamalla saatuja hoito-ohjeita, mikä taas kuvastaa potilaan tiedon tarpeen merkitystä. Sairaanhoitajat puolestaan esittivät, että potilasturvallista hoitoa voitaisiin edistää toimintatapoja selkeyttämällä ja kehittämällä osaamista sekä yhtenäistämällä toimintaperiaatteita ja kirkkastamalla prosesseja. Näitä perusteltiin tarpeena käsitellä hoidossa esiintyviä poikkeamia systemaattisemmin ja perusteellisemmin tavoitteena luoda yhtenäisiä ja potilasturvallisempia toimintaperiaatteita hoitotyötä toteuttaessa. Jatkuva kouluttautumisen mahdollisuus nähtiin myös tarpeellisena. Lisäksi sairaanhoitajat esittivät, että kaikista hoitoprosesseista tulisi olla tarkka ja ajankohtainen ohjeistus käytössä.

Potilaan osallisuutta tutkittiin osana potilasturvallista hoitoa. Potilaat toivat esille, että osallisuuden tasoa ilmensi kyky tai halu olla osallisena omaan hoitoonsa. Potilaat esittivät, että voivat edistää osallisuutta tai osallistumista omaan hoitoonsa noudattamalla saatuja ohjeita hoitajilta ja lääkäreiltä. Sairaanhoitajat toivat esille osallisuuden edistämiseksi potilaan tiedottamisen ja voimaannuttamisen vuorovaikutuksen keinoin. Osallisuus ja osallistuminen käsitteitä käytettiin samaa tarkoittavina niin potilailla kuin sairaanhoitajillakin, mikä vaikuttaa tarkasteluun.

Potilaat kuvasivat mahdollisuutensa osallisuuteen omassa hoidossaan olemalla aktiivisia kysymällä mieltä askarruttavista hoitoon liittyvistä asioista ja noudattamalla annettuja ohjeita. Toisaalta potilaat eivät halunneet olla sen enempää osallisena, koska luottivat siihen, että heistä pidetään huolta. Sairaanhoitajat esittivät, että pyrkivät tiedottamaan potilasta mahdollisemman laaja-alaisesti sekä tukemaan kunkin potilaan yksilöllisiä voimavaroja osallistua omaan hoitoonsa, suunnitteluun ja päätöksentekoon. Potilaat toivatkin esille, että osallisuuden edistämisen edellytys on, että potilasta tiedotetaan ja neuvotaan. Lisäksi potilaat ilmaisivat luottavansa lääkärin suosittelemaan hoitovaihtoehtoon tehdessään isoja päätöksiä hoidossaan, kuten päätös leikkauksesta.

Osana potilasturvallista hoitoa tutkittiin tiedonkulkua potilaiden ja hoitohenkilökunnan välillä. Potilaat halusivat kertoa voinnistaan ja saada ajantasaista tietoa

tilanteestaan. Voinnista kertomista edisti helposti lähestyttävä henkilökunta, tässä yhteydessä hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaitoja korostettiin. Erilaisten asioiden selvittelyyn ja keskusteluun potilaan kanssa kohdennetusti tapahtui hoitajien iltapäiväkierrolla ja päivän mittaan työn lomassa. Sairaanhoidajat esittivät, että haluavat vastavuoroisesti kysyä potilaalta voinnista ja omaisista varsinkin jatkohoidon suunnittelua ajatellen. Sairaanhoidajat esittivät myös jakavansa vertaistuenomaista tietoa potilaalle, helpottaakseen potilaan sopeutumista tilanteeseen. Sairaanhoidajat niin ikään toivat esille myös hoitajien vuorovaikutustaitojen merkityksen tiedonkulun kannalta. Potilaat korostivat tiedonkulun merkityksen osana potilasturvallista hoitoa ja pääsääntöisesti kun tietoa omasta tilanteesta haluttiin, sitä myöskin saatiin. Tuotiin myös esille, että tiedonkulun ollessa yhden-suuntaista, siitä jäi epämääräinen tunne. Osa sairaanhoidajista kertoi käyvänsä selventämässä potilaalle asioita uudestaan lääkärinkierron jälkeen. Sairaanhoidajat toivat myös esille, että ajoittain potilaasta ilmaantui odottamattomia tietoja, jotka vaikuttivat esimerkiksi kotiutustilanteeseen, kuten potilaan pärjääminen kotona. Tässä kohtaa on hyvä pohtia miksi tiedonkulku ei kohtaa potilaiden ja hoitohenkilökunnan välillä.

Raportointia tutkittiin sairaanhoidajien näkökulmasta vuoronvaihtotilanteeseen liittyen. Sairaanhoidajat halusivat raportilla potilaasta kattavat tiedot, tärkeänä pidettiin toisen hoitajan antamaa arviota. Potilaasta haluttiin tietää suullisena raporttina muutokset voinnissa, toipumisessa poikkeavaa, muita tietoja potilaasta osa hoitajista olisi valmis ottamaan itse potilastietojärjestelmästä. Potilaan osallistumisesta raportointiin ei nähty tapahtuvan, toisaalta hoitajien iltapäiväkierrolla potilas tavallaan jo siihen osallistuu. Potilasturvallisuutta varmistava raportti sairaanhoidajien mielestä vaatii aktiivisuutta niin raportin saajalta kuin antajaltakin. Tarkentaville kysymyksille pitää jäädä aikaa ja suullista raporttia annettaessa tulee osata antaa oleelliset tiedot potilaasta. Tavoitteena siirtää potilas turvallisesti seuraavan vuoron hoidettavaksi. Suullisen raportoinnin vaihtelevuuden vuoksi tämä nähtiin kehittämistarpeena.

Raportointi ja kirjaaminen ovat kytköksissä toisiinsa, jossa potilaan hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus pyritään takaamaan. Sairaanhoidajat pitivät kirjaamista tärkeänä hoitotyön osa-alueena. Ihanteellinen kirjaaminen on kokonaisvaltaista

ja tarkkaa sekä ajantasaista. Kirjaamisesta tulisi saada selville, miten hoito etenee myös potilaan näkökulmasta. Korostettiin, että puutteellinen kirjaaminen voi johtaa hoidon viivästymiseen, koska lääkäri voi tehdä päätöksiä kirjaamisen perusteella. Kirjaamisen tason vaihtelevuuden vuoksi sairaanhoitajat toivat esille, että kirjaamista pitäisi kehittää enemmän yhteneväiseen suuntaan. Puutteina mainittiin, että kirjaaminen on ajoittain ala-arvoista, koska ei ole kirjattu tai kirjaetaan epäoleellisia asioita. Lisäksi kirjaaminen vaatii aikaa ja keskittymistä johon aina ei ollut mahdollisuutta.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan eettisesti hyvä tutkimus vaatii hyviä tieteellisiä tietoja ja taitoja tutkimuksen teossa. Tieteellinen käytäntö edellyttää rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia tulee kunnioittaa antaen niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessaan ja tuloksia julkaistaessa. Tiedon luotettavuutta ilmentävät normit ohjaavat tutkijoita noudattamaan tieteellisen tutkimuksen menetelmiä esittäen luotettavia tuloksia, jotka ovat tiedeyhteisön tarkistettavissa. Vaikka tutkimuksen tekijä on vastuussa työstään, ovat myös tutkimusryhmä sekä organisaation johto. Ihmisarvoa käsittävät normit korostavat tutkittavien ja heidän yhteisöjen itsemääräämisoikeutta tutkimuksesta aiheutuvan vahingon ehkäisemiseksi. Normit käsittävät aineiston hankinnan, käsittelyn sekä asianmukaisesti tehdyn arkistoinnin ja anonymiteetin säilyttämisen. (Kuula 2006, 24-25,34.)

Eettisesti ajateltuna tutkimusprosessi alkaa aiheen valinnasta. Potilasturvallisuus on kansainvälisesti ollut useita vuosia tiedeyhteisöjen tutkimuksen kohteena, kansallisestikin tutkimuksia löytyy jonkin verran. Ajankohtaisuutta ajatellen potilasturvallisuus on aina ajankohtainen, koska potilasturvallista hoitoa voidaan pitää hoidon laadun vähimmäisehtona, potilasturvalliseen hoitoon panostaminen tuo hyötyä niin potilaille kuin hoitohenkilökunnalle sekä hoitavalle organisaatiolle. Hyöty voidaan nähdä potilaan näkökulmasta kärsimyksen ja haitan välttämisenä, hoitohenkilökunta hyötyy yhteisistä toimintatavoista ja prosesseista, mikä lisää työn sujuvuutta. Potilaiden osallisuus kuuluu mielestäni kiinteästi myös potilasturvallisuuteen, suuntanahan on tulevaisuuden terveystalveluja suunniteltaessa

osallistaa potilaat aktiivisiksi toimijoiksi, joka on myös yksi hallituksemme kärkihankkeista (Palvelut asiakaslähtöisiksi 2016). Potilasturvallisuus on tutkimuskohdeena monimuotoisuutensa vuoksi haastava. Aiheen rajaaminen tässä työssä valikoitui työelämän kehittämistarpeiden, ajankohtaisuuden sekä tutkijan oman mielenkiinnon perusteella.

Olen työskennellyt yksikössäni pääsääntöisesti vuodesta 2004, mutta opinnäytetyön työstämisen ajan olen ollut opintovapaalla lähes koko ajan. Koen, että tästä syystä olen pystynyt kriittisemmin tarkastelemaan tutkittavaa ilmiötä kauempaa. Olen pystynyt sovittamaan itseni paremmin tutkijan kuin yksikön sairaanhoitajan rooliin. Oma mielenkiinto ja halu potilasturvallisen hoidon edistämiseen liittyy sairaanhoitajuuteni ammatillisuuteen. Halu edistää yksikköni toimintatapoja potilasturvallisesti ja saada potilaiden näkökulma esiin.

Hyväksytyn tutkimussuunnitelman jälkeen lupamenettelyt etenivät Lapin sairaanhoitopiirin tutkimustyötä koskevien ohjeiden mukaisesti. Ensin tehtiin toimeksiantosopimus, johon oli liitettyä opinnäytetyön tutkimussuunnitelma. Sen jälkeen tutkimuslupaa haettiin johtajaylilääkäriltä. (Lapin sairaanhoitopiiri 2016c.)

Seuraavaksi kävin osastotunnilla omassa yksikössäni informoimassa hoitohenkilökuntaa ja esimiehiä. Ennen tutkimuksen alkua pyysin apulaisosastonhoitajaa kysymään puolestani kriteerien mukaiset tutkittavat opinnäytetyöhöni sähköpostitse. Tutkimukseen osallistuvien tutkittavien tulee tietää mikä on tutkimuksen tavoite ja mikä on heidän osansa tutkimuksessa. (Kuula 2006, 105-106).

Haastattelupäivät sovittiin joko puhelimitse tai sähköpostilla apulaisosastonhoitajan kanssa. Etukäteen sovittuina päivinä kävin osastolla haastattelemassa potilaita ja hoitajia. Ennen haastattelua, kävin vielä läpi suullisesti tutkimuksen tavoitteet, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta, mahdollisuutta vetäytymiseen tutkimuksesta ja salassapitoon liittyvät asiat. Potilaat informoitiin apulaisosastonhoitajan toimesta ennen haastatteluja. Kaikilta tutkittavilta pyydettiin suostumus opinnäytetyöhön (liite 3) niin ikään apulaisosastonhoitajan toimesta. Opinnäytetyöhön osallistumisesta pyrittiin tekemään mahdollisemman rauhallinen ja mukava, osastolta käsin oli järjestetty pyynnöstäni vapaa ja häiriötön tila haastattelun tekemiseen. Osallistujille kerroin milloin opinnäytetyö olisi valmis ja

se olisi luettavissa ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden julkaisusivustolla. (Hirsjärvi ym. 2004, 26-27.)

Pyrin korostamaan opinnäytetyössäni tutkittavien henkilöiden anonymiteetin säilymistä, johtuen tutkittavien pienestä määrästä. Tähdensin sitä myös apulaisosastonhoitajalle, joka valitsi minulle tutkittavat henkilöt. Pyysin osastonhoitajaa hävittämään osallistujien tunnistamiseen liittyvät tiedot sähköpostista ja puhelimen viesteistä. Itse merkitsin tutkittavien tunnisteiden vain sairaanhoitaja tai potilas, sillä esimerkiksi tarkalla iällä, sosiaalisella asemalla, sukupuolella tai tarkalla diagnoosilla ei ollut merkitystä tämän tutkimuksen kannalta. Pohdimme yhdessä myös, miten käytännössä tutkittavat henkilöt tulevat haastatteluihin. Haastattelujen aikana pidin lappua ovella ”varattu” taatakseni mahdollisemman häiriöttömän tilan. Aineiston keräämisen ja opinnäytetyön julkaisun välillä on yli puoli vuotta mikä lisää anonymiteetin suojaamista.

Tutkimustulokset olen raportoinut tieteenteon hyvien ohjeiden mukaisesti todellisesti ja luotettavasti. Opinnäytetyön raportoinnissa pyrin anonymiteetin suojaamiseksi analyysin ja tutkimustulokset esittämään niin, että niistä ei selviä, kuka mitään on sanonut. Tutkimusaineiston olen säilyttänyt siten että kenelläkään ei ole ollut mahdollisuutta saada sitä, valmistumisen jälkeen tutkimusaineisto hävitetään oikeatapasesti. (Kuula 2006, 112,113.)

Aloittelevana tutkijana usein pohtii työn luotettavuutta. Siksi se vaatikin toistetuksi alkuperäisaineistoon palaamisen, kriittistä arviointia valittujen menetelmien sopivuudesta ongelman selvittämiseen. Lisäksi usein pohdin muun muassa analyysin tuotosta suhteessa tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksesta siis haetaan validiteetin ja reliabiliteetin tunnusmerkkejä, jotka tulee näkyä tutkimusprosessista. Validiteetillä tarkoitetaan sitä, onko tutkittu sitä, mitä on pitänyt ja reliabiliteetillä tutkimustulosten toistettavuutta. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta tarkastelu kohdistuu tutkijan tehtyjen valintojen onnistumiseen ja siihen vaikuttaviin tekijöihin tutkimusprosessin eri vaiheissa (Kananen 2008, 123-125.) Laadullisen työn luotettavuuden kriteereiksi tässä opinnäytetyössä arvoitiin Kanasen (2014, 151-154.) mukaan vahvistettavuus, arvioitavuus, ristiriidattomuus ja saturaatio.

Tämän opinnäytetyön vahvistettavuus koostuu teemahaastatteluista saadusta materiaalista ja aikaisempien tutkimuksista saadusta kokonaisuudesta. Ennen haastattelujen alkua teemakysymykset arvoitiin myös Lapin sairaanhoitopiirin potilasturvallisuusyksikössä. Palautteen antoi suunnittelija Heli Niskala. Pohdin myös havainnointia lisämenetelmäksi työhöni, mutta arvoin aiheeni muutenkin laajaksi ja pitäydyin edellä mainituissa menetelmissä. Johtopäätöksiä tehdessäni löysin kattavaa tutkimustuloksiani tukevia tutkimusartikkeleita kansainvälisistä lähteistä. Jouduin perehtymään vielä johtopäätöksiä tukeviin tutkimuksiin työn ollessa loppusuoralla.

Työn arvioitavuus eli riittävä dokumentaatio onnistui pitämällä kalenteria siitä, mitä milloinkin työstän. Laadullisessa tutkimuksessa työskentely on usein päällekkäistä useiden eri vaiheiden kanssa. Lisäksi tein muistiinpanoja, päiväkirjanomaisesti, vapaasti kirjoitellen paperille sekä luonnoksia tietokoneelle työn kehityksessä. Muistiinpanojen ja päiväkirjan pitäminen lisäävät raportoinnin tarkkuutta. Aluksi pohdin tiedonkeruumenetelmäksi strukturoitua lomakekyselyä, johon olisi osallistunut enemmän tutkittavia, mutta tulokset olisivat jääneet mahdollisesti pinnallisemmaksi. Kysely olisi kohdennettu ainoastaan hoitajiin. Keskusteltuani työelämän mentorini kanssa rohkaistuini laadullisen tutkimusmenetelmien pariin. Valintaan vaikutti myös se, että aluksi oli tarkoitus kehittää raportointia potilasturvallisesti kohti hiljaiseen raportointiin kehittävän työntutkimuksen avulla. Koska osastolla oli meneillään vielä yhdistymiseen liittyviä ja muita kehittämisprojekteja samanaikaisesti, päädyn toteuttamaan opinnäytetyön potilasturvallisesta hoidosta Lapin sairaanhoitopiirin kirurgisella vuodeosastolla 4 potilaiden ja hoitajien näkökulmasta.

Kun olin suorittanut haastattelut ja välittömästi purkanut tallenteet tietokoneelle sekä perehtynyt aineistoon pohdin vielä analyysimenetelmän sopivuutta työhön. Tutkin eri analyysimenetelmiä, joita hoitotieteellisissä tutkimuksissa käytetään ja päädyin alkuperäiseen suunnitelmaan käyttää sisällönanalyysiä. Myöskin kehittämismenetelmäni muuttui työn edetessä, jolloin sopivammaksi valikoitui tapaus-tutkimuksellinen lähestymistapa. Olen pyrkinyt kuvaamaan sisällönanalyysin erityisen tarkasti tämän opinnäytetyön luvussa 6.3 ja haastattelutilanteet kuvasin

luvussa 6.2, tarkensin analyysiäni vielä tulosten kirjoittamisvaiheessa palaten jopa alkuperäiseen aineistoon.

Tulkinnan tekeminen varsinkin teemahaastattelujen avulla ei ole ristiriidatonta laadullisessa tutkimuksessa. Sanotaankin, että tulkintoja voi olla niin monta kuin tulkitsijoitakin. Tämä tarkoittaa, että samasta aineistosta voidaan saada eri tulkintoja vaihtamalla näkökulmaa. Luetutin toisella YAMK- opiskelijalla sisällönanalyysin vaihe vaiheelta ja keskustelimme siitä, saimmeko vastaukset tutkimuskysymyksiin. Näin ollen tässä työssä on kohtalaisin menetelmin päästy tulkinnan ristiriidattomuuteen. Joidenkin teemojen osissa saturaatio todentui hyvin, kuten tämän opinnäytetyön luvussa 7.5 hoitajien käsitykset potilasturvallisuudesta ensimmäisessä raportoidussa tutkimustuloksessa. Haastateltavien määrä eli 4 potilasta ja 4 sairaanhoitajaa oli riittävä määrä tutkimukseen, tutkittavaa aineistoa muodostui runsaasti. (Kananen 2014, 153-154.)

Haastattelupäivät soljuivat osaston rutiinien mukaisesti. Pyrin mahdollisemman vähän häiritsemään perustyötä. Sovittuja aikatauluja jouduttiin jonkin verran muuttamaan ja yksi alkuperäisesti halukkaasta haastateltavasta estyi tulemasta. Haastateltavat potilaat että sairaanhoitajat vaikuttivat käyttäytymiseltään luonteilta ja minulle jäi kokemus, että kysymyksiin vastattiin totuudenmukaisesti. Jotkut kysymykset varsinkin osallisuus teemassa vaati enemmän selvitystä, mitä kysymyksillä tarkoitettiin. Osalle potilaista oli tehty toimenpide edellisenä päivänä, mutta varmistin kysymällä ennen haastattelun alkua vielä voinnista ja jaksako osallistua. Osa sairaanhoitajista tuli kiireen keskeltä haastatteluun, se vaati hetken keskittymistä tilanteeseen ennen aloittamista. Uskon kuitenkin vahvasti aineistosta päätellen saaneeni riittävästi luotettavaa materiaalia tutkimukseeni.

Ennen haastatteluita pohdin, tekisinkö tutkittaville ainoastaan informoinnin ilman suostumusta. Koin, että aihe ei olisi arkaluonteinen, mutta siinä voidaan haastateltavasta riippuen keskustella henkilökohtaisista ja aroistakin aiheista, kuten sairaudentilaan liittyvistä asioista. Päädyin kysymään tutkittavilta suostumuksen opinnäytetyöhöni.

Tässä opinnäytetyössä haluttiin saada mahdollisemman hyvin potilaiden, että hoitajien "ääni" kuuluviin. Yksilöhaastattelu mahdollistaa haastateltavan avoimemmin vastaamaan kysymyksiin, toki haastattelija ja tilanne voivat vaikuttaa myös negatiivisesti haastateltavaan. Koskaan emme voi tietää, mitä haastattelussa tulee ilmi potilaan sairaudentilasta, vaikka aihe ei olisikaan arkaluontoinen. Potilaat olisivat voineet kokea ahdistusta, mikäli olisin valinnut ryhmähaastattelun ja eivät olisi välttämättä uskaltaneet kertoa avoimesti omia mielipiteitään.

Haastattelutilanteessa, vaikka en ollut sairaanhoitajan ominaisuudessa, liittyi aina ammatillinen näkökulma itse tilanteeseen, esimerkiksi onko potilas haastattelukuntoinen voinniltaan. Yksilöhaastattelu valikoitui tiedonkeruumenetelmäksi myös sairaanhoitajille, ryhmähaastattelussa ollaan kuitenkin kollegojen vaikutuksenalaisina ja joskus mielipiteet jäivät vaillinaisiksi joukosta erottumisen pelon vuoksi. Kerroin tutkittaville kuten tämän opinnäytetyön luvussa 6.2 todettiin, että keskustelu nauhoitetaan, tutkittavat suhtautuivat siihen hyvin. Haastattelujen nauhoittaminen lisää luotettavuutta. Esitetyssä tapaustutkimusprosessissa tämän opinnäytetyön luvussa 6.2 kuvataan työ seikkaperäisesti, miten se on toteutettu sekä perustellaan tarkemmin luvussa 6.1 menetelmien valinta sekä tutkijan omaa reflektointia on edellä mainittujen lisäksi tämän opinnäytetyön luvussa 8.4.

8.3 Tutkimustulosten hyödyntäminen käytäntöön

Vaikka laadullisen tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä (Stake 1994), tapaustutkimus sallii myös yleistettävyydet, oleellisempaa on kuitenkin ilmiön ymmärtäminen. Tapaustutkimuksesta nousseita tuloksia sovelletaan käytäntöön ja lähtökohta on toiminallinen. (Metsämuuronen 2000, 18; Eskola & Suoranta 2008, 65-66.) Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää Lapin sairaanhoitopiirin kirurgisen vuodeosasto 4 potilasturvallisen hoidon edistämiseen, potilaan oman hoidon osallisuuden edistämiseen, tiedonkulun edistämiseen ja raportoinnin kehittämiseksi. Raportointimallia voidaan hyödyntää myös vastaavanlaisissa yksiköissä. Lisäksi saatuja tuloksia voidaan hyödyntää Lapin sairaanhoitopiirin potilasturvallisuustyössä ja muissa vastaavissa työyksiköissä.

Potilas on läsnä koko hoitoprosessinsa ajan, toteutuu potilasturvallinen hoito tai ei. Sairaanhoitajat tunnistavat työssään ne vaaranpaikat, milloin hoito ei toteudu potilasturvallisesti. Saatuja tutkimustuloksia (liite 14) voitaisiin hyödyntää systemaattisesti käsittelemällä henkilöstön kanssa, mitä potilaat odottavat potilasturvallisesta hoidosta ja miten hoitotyön keinoin siihen voidaan vastata. Potilasturvallisuus on osa hoitotyön toimintaa, mutta sen haltuunottoon vaaditaan myös jatkuvaa keskustelua toiminnan parantamiseksi. Tällä hetkellä osastotunnit toimivat tiedotustilaisuutena, mutta siihen varattu aika ei ole riittävä potilasturvallisuusasioiden käsittelyyn. Potilasturvallisuustunnilla voitaisiin käsitellä tutkimuksesta nousseita asioita ja ne voisivat johtaa käytännön työn muutokseen, tärkeäksi muodostuisi esimiehen tuki. Tarkoituksena olisi lisätä henkilöstön potilasturvallisuustietoutta, avoimuutta niin henkilöstön kuin potilaidenkin kesken ja auttaa ennakkoimaan riskit. Potilasturvallisuustunnin voisi käytännössä toteuttaa kerran viikossa tai kerran kahdessa viikossa. Aiheena tutkimuksesta tulleet asiat, myös käsitykset, ei ainoastaan kehittämiskohteet ja ideat. Lisäksi potilasturvallisuustunnilla olisi tarkoitus pureutua systemaattisemmin ja syväluotaavammin poikkeamien syntyyn. Lisäksi se mahdollistaisi paremmin pitemmän aikavälin seurannan poikkeamien interventioiden vaikuttavuudesta.

Potilaille ja omaisille voisi laatia kirjallisen ”Kerro meille”- ohjeen, missä neuvotaan miten osallistua potilasturvallisen hoidon varmistamiseen, ohjeen voisi sijoittaa potilaspaikoille. Siihen potilas/ omainen voisi kirjoittaa myös päivittäiset mieltä askarruttavat asiat ylös esimerkiksi lääkärinkiertoa varten.

Potilaan osallisuuden edistämisen implementointi käytännön hoitotyöhön on mahdollisesti haastava tehtävä. Ensinnäkin käytännön hoitotyössä tulisi keskustella siitä, mitä potilaan osallisuus omaan hoitoonsa tarkoittaa ja miten sitä voidaan päivittäisessä hoitotyössä edistää. Potilaan osallisuuden edistämiseksi potilaan kanssa tulisi avoimesti keskustella hoitosuunnitelmasta, mitkä ovat hoidon tavoitteet ja tarkoitus. Tämänkaltaisen systemaattisen, ohjaavan keskustelun avulla potilas kykenee hahmottamaan itsensä tilanteessaan, muodostamaan käsityksen elämäntilanteestaan ja arvioimaan voimavaransa sekä sopeutua tilanteeseen. Tämänkaltaisen toiminta vaatii koulutusta ja aikaa hoitajilta pysähtyä

potilaan vierelle sekä moniammatillista yhteistyötä. Osallisuuden edistäminen on suorassa yhteydessä mielestäni potilasturvallisempaan hoitoon.

Potilaiden mielestä tiedonkulkua ei osattaisi nykyiseltään edistää mutta edistävänä tekijänä nähtiin huolehtiva henkilökunta, joka kysyy tarpeeksi usein potilaan voinnista ja on helposti lähestyttävä. Vuorovaikutuksen merkitystä korostettiin. Sairaanhoidajat toivat esille, että toisinaan tulee ilmi odottamattomia tietoja, jotka saattavat hankaloittaa hoidon järjestämistä. Olisikin hyvä, heti potilaan osastolle saavuttua systemaattisesti kartoitettaisiin potilaan omaiset tai läheiset ja avun tarve sekä käytössä olevat kotiin saatavat palvelut.

Raportoinnin ja kirjaamisen tulisi kulkea rinta rinnan vahvistaen potilaan potilasturvallisen hoidon jatkuvuuden. Ehdotuksena käytännön hoitotyöhön laadin kolmivaiheisen raportointitavan, joka perustuu (liite13) mallinnukseen. Vuoroon tullessaan hoitajat voisivat ottaa hiljaista raporttia rakenteisen kirjaamismallin mukaisesti tulotilanne, hoidon suunnittelu, toteutunut hoito ja arviointi. Nämä pitävät sisällään erittelyjä, joista pitäisi osastolla keskustella, mitkä ovat ne tärkeät tiedot. Lisäksi tulee keskustella siitä, kauanko aikaa hiljainen raportointi vaatii, tutkimuksessa Laitila ym. (2015) toivat esille, että edellytyksenä hiljaisen raportoinnin toteuttamiseksi, tulee varata tarpeeksi aikaa ja rauhallisia tiloja sekä toimivia tietokoneita. Seuraavassa vaiheessa suullisena raporttina aktiivinen tiedon vaihto, muutokset ja toimintaehdotukset ISBAR:in mukaan. Tavoitteena on yhteinen ymmärrys kokonaistilanteesta vuorosta lähtevien ja aloittavien kesken. Lisäksi se auttaa aloittavan vuoron organisoimaan työt tärkeysjärjestykseen. Tämä osuus vaatii hoitajilta aktiivista tiedonkäsittelyä ymmärtää kokonaistilannetta ja osamista lyhyesti esittää ja kysyä oleelliset asiat. Viimeisenä vaiheena potilaan osallistaminen raportointiin. Systemaattisesti iltapäiväkierrolla potilaiden luona kysytään omaisten tilanne, käydään hoitosuunnitelmaa läpi tavoitteet ja tarkoitus, tietojen tarkistaminen potilaalta ja tiedonjakaminen. Tavoitteena osallistaa potilas ja omaiset aktiivisesti hoitoon potilasturvallisuutta varmistaen. Tämä on alustava toimintaehdotus ja vaatii työstämistä osastolla omaksi mallikseen.

8.4 Opinnäytetyö oppimiskokemuksena

Opinnäytetyön työstäminen on laajentanut osaamistani niin tutkimustyön tekemisen, ammatillisen kehittymisen sekä itsensä johtamisen näkökulmasta. Eniten koen sairaanhoitajana asiantuntijuuteni syvenneen. Uuden luominen voi olla henkisesti raskastakin, mutta oivallusten synnyttyä todella palkitsevaa ja mielenkiintoista. Olen saanut tämän opinnäytetyön aikana vertaistukea opiskelutovereiltani sekä tukea ja uskoa työn tekemiseen omalta ohjaajaltani. Opinnäytetyöprosessi on kulkenut vaihtelevasti, välillä olen kokenut olevani täysin umpikujassa, kunnes työn osat ovat etenemisen myötä loksahdelleet paikoilleen. Tutkimuksen edessä pohdin omaa eettisyyttäni tutkimusta kohtaan sekä valintoja joita muutin opinnäytetyön niin vaatiessa kuitenkin lisäten työn luotettavuutta.

Terveysten edistämisen koulutus pätevoittää terveyttä ja hyvinvointia edistävään toiminnan johtamiseen, kehittämiseen ja arviointiin julkisella sektorilla sekä järjestö ja yksityissektorilla. Koulutuksen tavoitteena kehittää erityisasiantuntemusta ja laajentaa perustutkinnosta saatua sekä työelämän antamaa ammatillista osaamista. (Lapin ammattikorkeakoulu 2016.) Koen, että olen saavuttanut pätevyyden koulutuksen tuoman vaatimusten mukaisesti. Opinnäytetyön tekeminen on laajentanut tutkimus -ja kehittämisosaamistani ja lisännyt ymmärrystä muuttuvasta sosiaali- ja terveyspalvelujen tilasta sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen kentästä laaja-alaisemmin.

8.5 Kehittämisehdotukset työelämälle

Toivottu hoitotulos voidaan saavuttaa, vaikka hoito ei olisikaan toteutettu potilasturvallisesti. Toisaalta kun hoito ei toteudu potilasturvallisesti aiheuttaa se kärsimystä potilaalle ja mittavat kustannukset potilaalle sekä terveydenhuollolle. Kehittämiskohteet ja ehdotukset on esitetty, joten toivon mukaan, tutkimustuloksia hyödynnetään toimintatapoja kehitettäessä.

1. Mitkä tekijät edistävät ja mitkä tekijät estävät potilasturvallisen hoidon toteutumisen?
2. Mitkä tekijät estävät potilaan riittävän tiedottamisen hoitavassa yksikössä?

3. Miten potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa voidaan edistää ja miten sitä voidaan mitata?
4. Moniammatillinen yhteistyö on potilasturvallisen hoidon edellytys, mitkä ovat estävät ja edistävät tekijät?
5. Miten potilaslähtöistä vuorovaikutussuhdetta tuetaan potilas-hoitaja suhteessa, estävät ja edistävät tekijät?

LÄHTEET

- Andersson, K., Hassel, K., Koinberg, IL. & Wennström, B. 2016. Postoperative woundinfections in proctectomy- patient. Experience International Journal of Quality studies. Vol. 18 No 11. Viitattu 5.9.2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26900139>.
- Bamberg, J., Laine, M. & Jokinen, P. 2008. Tapaustutkimuksen käytäntö ja teoria. Teoksessa J. Bamberg, M. Laine & P. Jokinen (toim.) Tapaustutkimuksen taito.2.painos. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus, HYY Yhtymä, 9-16.
- Bartlova, S., Brabcoca, I., Haiduchova, H. & Tothova, V.2015. Patient misidentification in nursing Care. Neuro Incronology Letters. Vol 36 No 2, 17-22. Viitattu 6.9.2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26748522>.
- Birmingham, P., Buffum, M-D., Blegen M. & Lyndon, A. 2014. Handoffs and Patient Safety. Grasping the story and painting the full picture. Western Journal of Nursing research. Vol. 37 No 11, 1458-1578. Viitattu 23.1.2017 <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0193945914539052>.
- Bitton, A., Guay White, B., Lachapelle, N., Noiseux, I., Kohen, N., Jioux, RD., Vachon, L. & Veillieux, S. 2017. Patients' perceptions of their involvement in shared treatment decision making: Key factors in the treatment of inflammatory bowel decease. Patient Education and Counseling. July, 1-9.
- Black, AL., Pollack, KI. & Tulsy, JA. 2016. Disseminating effective clinical communications techniques: Engaging clinicals to want to learn how to engage patient. Patient education and Counseling. Vol 100, 1951-1954.
- Blaz, J-W. & Stagers, N. 2013. Research of Nursing handoffs for medical and surgical settings: An Integrative view. Journal of Advanced Nursing. Vol.69 No 2, 247-262.
- Brandt, J., Rathert, C. & Williams, E.2012. Putting the" patient" in patient safety: A Qualitative study of consumer experiences. Health Expectations Vol 15 No 3, 327-336.
- Castro, E-M., Sermeus, V., Vanhaecht, K., Van Hecke, A. & Van Regenmortel, A. 2016. Patient empowerment, patient participation and patient-center on hospital care. A concept of analyses based on a literature review. Patient Education and Counseling Vol 99 No 12, 1923-1939.
- Carlsson, M., Gustafsson, M-L, Leino-Kilpi, H., Papastavrou, E., Suhonen, R. & Tsanghari, H. 2013. Yksilöllinen hoito. Potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. Hoitotiede. Vol. 25 No 2, 80-91.

- Chaboyer, W., Gehrke, T., Johnson, J., Mc Murray, A. & Wallis, M. 2011. Patients perspectives of bedside nursing handover. *Collegian* Vol 18 No 1, 19-26.
- Cleary, S., David, A., Holroyd, E. & Jackson, M. 2017. "Being in the know": Nurses perspectives on the role, of 'end-of shift' verbal handover. *International Journal of Evidence Based Healthcare* Vol 15 No 2, 69-78.
- Davis, R., Jacklin, R., Sevdalis, N. & Vincent, C. 2007. Patient involvement in patient safety: What factors influence patient participation and engagement? *Health Expectations*. Vol. 10 No 3, 259-267.
- Duggan, S., Dornan, T., Gillespie, H. & Kelly, M. 2017. How do patient's experience Caring? Scoping review. *Patient Education and Counseling*. Vol. 100 No 9, 1622-1633.
- Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3 Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 21.6.2017 http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72272/potilasturvallisuus_julkaisu_2009_3_verkko_up.pdf?sequence=1.
- Elo, S., Kanste, O., Kääriäinen, M., Kyngäs, H & Pölkki, T. 2011. Sisällön analyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede*. Vol. 23 2, 138-148.
- Ekstam, H., Eskola, P., Huusko, S., Immonen, S., Jokela, T., Kieränen, H-M., Kolehmainen, P., Lukkari, L., Penttilä, T., Pihkala, P. & Zenuni, T. 2013. Potilasturvallisuus ja hyvä lääkehoito: ymmärrystä resursseista, viestinnästä ja osaamisesta. Teoksessa T. Harra, S. Immonen, M. Marjamäki-Kekki & M. Reijonen (toim.) Yhteiset asiakkaat. Ammattikorkeakoulu ja sairaala kehittäjäkumppaneina. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu. Viitattu 7.9.2017 http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisutoiminta/Julkaisusarjat/TAITO/PDF/Yhteiset_asiakkaat.pdf#page=14.
- Eriksson, P. & Koistinen K. 2014. Monenlainen tapaustutkimus. Kuluttajatutkimuskeskuksen tutkimuksia ja selvityksiä. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus.
- Eskola, J. & Saarela-Kinnunen, M. 2015. Tapaus ja tutkimus = tapaustutkimus. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloitteleville tutkijoille. 4., uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. painos. Tampere: Vastapaino.
- Fitzsimons, V. & Reinbeck, D-M. 2013. Improving the patient experience through bedside shift report. *Nursing Management* Vol. 44 No 2, 16-17.

- Fry, S-T. & Johnstone, M-J. 2009. Ethics in Nursing Practise. A guide to ethical decision making. 3.edition. United Kingdom: International Council of nurses.
- Guilabert, M., Lorenzo, S., Mira, J-J. & Perez- Jover, V. 2014. Barriers for an effective communication around clinical decision making: an analysis of the gaps of between doctors and patients point of view. Health Expectations Vol. 17 No 6, 826-839.
- Gunningberg, L., Lundgren, E. & Jangland, E. 2012. The impact of intervention to improve patient participation in surgical care unit. A quoasi- experimental study. International Journal of Nursing Studies. Vol.49 No 5, 528-538.
- Halkoaho, A., Kangasniemi, M., Länsimies, H.& Pietilä, A-M. 2012. Potilaan velvollisuudet hoitotyössä. Teoksessa I. Ranta (toim.) Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Fioca Oy, 112-122.
- Helovuori, A. Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2012. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden kysymyksiä havainnollisesti ja käytännön läheisesti. Helsinki: Fioca Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P.& Sajavaara, P. 1997. Tutki ja Kirjoita.3.-4. Painos. Tampere: Tammer-Paino oy.
- 2004. Tutki ja Kirjoita.10. osin uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Remes, H. 2009. Tutkimushaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus, Hyy- yhtymä.
- Heikkilä, J., Pietikäinen, E., Reiman, T. & Ruuhilehto, K. 2011. Uusi turvallisuusparadigma ja miten sitä voisi soveltaa käytännössä. Teoksessa V. Honkanen (toim.) Toinen kansallinen potilasturvallisuuskonferenssi Helsinki. Tampere: Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos, 10-11. Viitattu 20.12.2016 https://www.thl.fi/documents/10531/102913/verkkojulkaisu_2_potilasturvallisuuskonferenssi.pdf.
- Ikonen, H. & Saranto, K. 2008. Hoitotiedon välittäminen toimintayksikössä. Teoksessa A. Ensio, A-L. Sonninen, K. Saranto & K. Tanttu (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2.uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy 2007.
- Immonen, E., Laitila, M., Leikkola, P. & Pitkänen, A. 2016. Hiljaiseen raportointiin siirtymisen edellytykset erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla: hoitohenkilökunnan näkemyksiä. Tutkiva Hoitotyö Vol. 14 NO 2, 33- 34.
- Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A., Kupari, P., Reunama T. s. o. ISBAR-menetelmä turvallisempaan tiedonkulkuun potilaasta raportoitaessa. Sairaanhoidajaliitto: s. I.
- Jaakkola, V.2012. Hoitotyön kliininen asiantuntijuus hoitotyössä. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu-tutkielma.

- Jangland, E., Klingvall, E., Yngman-Uhlin, P. 2016. Obstacles and Opportunities for Achieving Good Care In Surgical Ward: Nurse And Surgeon Perspective. *Journal of Nursing Management*. Vol. 24 No 4, 492-9. Viitattu 5.9.2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26645917>.
- Jyväskylän yliopisto Koppa a. Tapaustutkimus. Viitattu 25.9.2017 <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/tapaustutkimus?searchterm=tapaus>.
- Jyväskylän yliopisto Koppa b. Tapaustutkimus. Viitattu 25.9.2017 <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/ongelmanasettelu/yksittaistapauksen-kokonaisvaltainen-ymmartaminen?searchterm=tapaus>.
- Kananen, J. 2013. Case-tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino Oy-Juvenes Print.
- Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino Oy-Juvenes Print.
- Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino Oy-Juvenes Print.
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino Oy-Juvenes Print.
- Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 77-98.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.
- Korhonen, T. & Mäkipää, S. 2011. Mistä Asiantuntijuus muodostuu? Teoksessa I. Ranta (toim.) Sairaanhoitajan asiantuntijuus. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Fioca Oy, 12-23.
- Kuokkanen, L. 2012. Sairaanhoitajan eettinen stressi. Teoksessa I. Ranta, (toim.) Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Fioca Oy, 64 - 76.
- Kvist, T., Miettinen, M., Mäntynen, R., Partanen, P., Turunen, E., Turunen & H., Vehviläinen-Julkunen, K. 2015a. Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arvioimana: pitkittäistutkimus yhden yliopistosairaalaan erityisvastuualueella. *Hoitotiede* Vol. 27 No 2, 150.

- Kvist, T., Miettinen, M., Mäntynen, R. Vehviläinen-Julkunen, K. 2015b. Mitä potilaiden arvioinnit hoidon laadusta ja hoitohenkilökunnan arvioinnit työtyytyväisyydestä ja johtamisesta kertovat erikoissairaanhoidon erinomaisuudesta. *Hoitotiede* Vol. 23 No 1, 18-30.
- Laaksonen, H. & Ollila, S. 2017. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 3. uudistettu painos. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 22.12.2016 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeudesta#l2p5> .
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559 Viitattu 23.1.2017 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeudesta#L3P15>.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa M. Nikkonen & S. Janhonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Lapin ammattikorkeakoulun opinto-opas. Yamk- tutkinnot. Terveyden edistäminen. Viitattu 18.10.2017 <http://www.lapinamk.fi/fi/Hakijalle/YAMK-tutkinnot/Terveystiedon-edistaminen>.
- Lapin sairaanhoitopiiri 2016
- 2016a. Osastot ja poliklinikat. Kirurgia. Viitattu 19.10.2017.
 - 2016b. Lapin sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelma. Viitattu 5.10.2017.
 - 2016c. Tutkimustyötä koskevat ohjeet. Viitattu 27.12.2016 <http://www.lshp.fi/fi/fi/ammattilaisille/tutkimustyo>.
 - 2016d. Lapin sairaanhoitopiirin toiminta- ja taloussuunnitelma 2017-2019. Viitattu 5.10.2017 <http://www.lshp.fi/download/noname/%7B62B6932F-E990-41A2-AD0C-0A035D5CCA40%7D/11580>.
- Lapin sairaanhoitopiiri 2017. Tilinpäätös ja toimintakertomus 2016. Viitattu 11.10.2017. <http://www.lshp.fi/download/noname/%7BCED6F32F-5D99-440A-BDF8-799DF019EAD8%7D/11979>.
- Lehto, M. 2012. Asiakas -ja potilasturvallisuus ammattieettisenä haasteena. Sosiaali ja terveystieteiden eettinen perusta. Seminaari: Etene. Viitattu 20.8.2017 <http://etene.fi/documents/1429646/1570624/2012+Asiakas-+ja+potilasturvallisuus+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/8fa9f756-1ed2-430e-8c5b-ee81335275e4>.

- Leino-Kilpi, H. 2009. Tieto edistää turvallisuutta. Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 173-180.
- Lind, K., Shantz von, M. & Toivonen, H (toim.). 2011. Asiantuntijana muuttuvilla terveysturva-alueilla. Aluevaikuttavuutta ASTE- projektilla. Turun ammattikorkeakoulun raportteja. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 23.2.2017 <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161802.pdf#page=13>.
- Metsämuuronen, J. 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia -sarja 4. Helsinki: International Methelp Oy.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2016. Kohti yhdessä tekemisen kulttuuria. R. Airaksinen/Draamatyö. (toim.) Tampere: Juvenes-Print- Suomen yliopistopaino.
- Newel, S. & Jordan, Z. 2015. The patient experience of patient-centered communication with nurses in hospital setting: A Qualitative systematic review protocol. JBI database of systematic reviews and implementation reports. Vol 13 No 1, 76-87.
- Oewald, P. & Reiman, T. 2009. Terveysturvan organisaatiot turvallisuuskriittisinä organisaatioina. Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 44-62.
- Partanen, P., Sahlström, M. & Turunen, H. 2012. Potilaiden näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja osallistumisesta sen edistämiseen. Tutkiva hoitotyö Vol. 10 No 4, 4-11.
- Petkovsek – Gregorin, R. & Skela-Savic, B. 2015. Nurse's perceptions and attitudes towards documentation in nursing. Obzornic Zdravstvene Nege Vol. 49 No 2, 106-125.
- Peltomaa, K. 2009. Joka kymmenes potilas- potilasturvallisuuden lähtökohdat. Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 17-24.
- Palvelut asiakaslähtöisiksi. 2016. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 7.7.2017 <http://stm.fi/hankkeet/asiakaslahtoisuus/uudistetaan-sote-prosessit>.
- Potilas- ja asiakasturvallisuuden toimintaohjelma 2015-2020. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 21.6.2017 <https://www.slideshare.net/THLfi/potilasturvallisuuspaivat-2015-keistinenmntyraanta>.
- Potilasturvallisuutta taidolla. Työpaja laadun ja potilasturvallisuuden suunnittelun tueksi. Kansalliset potilasturvallisuustalkoot 2011-2015. Terveysturva- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 15.10.2017 https://www.thl.fi/documents/584227/601353/Ty%C3%B6paja_laadun_ja_potilasturvallisuuden_suunnitteluun.pdf.

- Potilasturvallisuus opas. 2011. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja strategian toimeenpanon tueksi. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 15.10.2017 <https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>.
- Potilaan opas. s.a. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 1.7.2017 http://www.potilaanopas.fi/fi/10_vinkkia.html.
- Rantanen, T. & Toikko, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedonantoon. 3.korjattu painos. Tampere: Tampereen yliopistopaino. Viitattu 7.7.2017 http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1.
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2002 Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi 1.-3.painos Helsinki: Tammi.
- 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. painos. Helsinki: Tammi.
 - 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. painos. Helsinki: Tammi.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. 341/2011. Viitattu 29.9.2017 <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>.
- Theseus. 2017. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt ja julkaisut verkossa. Viitattu 15.10.2017 <http://theseus.fi/>.
- Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas Osa1. 2015. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen, versio 2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.
- Thompson, A. 2007. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations. A Taxonomy. *Social Science and Medicine* Vol 64 No 6, 1297-1310.
- Tuorila, H. 2009. Terveyspalvelut ja potilaiden voimaantuminen. Teoksessa M. Lammi, M. Niva, J. Varjonen (toim.) *Kulutuksen liikkeet. Kuluttajatutkimuksen vuosikirja 2009*. Viitattu 11.7.2017 https://dspace3.hulib.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/152241/Kulutuksen_liikkeet.pdf?sequence=1#page=103.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 20.8.2017 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenh%2A>.
- The ICN codes of ethics for nurses. 2012. International Council for Nurses. Viitattu 1.10.2017 http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf.

- Truglio – Londrigan, M., Slyer, J., Singleton, J. & Worrall, P. 2014. A qualitative systematic review of internal and external influences on shared decision-making in all health care settings. Viitattu 20.12.2016 http://journals.lww.com/jbis-rir/Fulltext/2014/12050/A_qualitative_systematic_review_of_internal_and.11.aspx#.
- World Health Organisation. 2009 Human factors in patient safety Review of topics and tool 2009. Viitattu 1.11.2016 http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_actors/human_factors_review.pdf?ua=1.
- Sitra. 2014. Vision of the Finnish Healthcare 2030- BMI innovation project. 2014. Viitattu 27.6.2017 <https://www.slideshare.net/SitraHyvinvointi/vision-of-the-finnish-healthcare-yer-2030-bmi-project-health-tuesday-41245011>.
- Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi
- 2015. Tutki ja Kehitä. 4.painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Yin, R.K. 2009. Case Study Research. Design and Methods. 4. edition. Applied Social research methods series: Sage.

LIITTEET

1. Toimeksiantositoumus
2. Tutkimuslupa
3. Suostumus opinnäytetyöhön
4. Teemahaastattelukysymykset potilaille
5. Teemahaastattelukysymykset sairaanhoitajille
6. Sisällönanalyysi potilaiden näkemyksistä potilasturvallisesta hoidosta
7. Sisällönanalyysi potilaiden näkemyksistä osallisuudesta omaan hoitoonsa
8. Sisällönanalyysi potilaiden näkemyksistä tiedonkulusta
9. Sisällönanalyysi sairaanhoitajien näkemyksistä potilasturvallisesta hoidosta
10. Sisällönanalyysi sairaanhoitajien näkemyksistä potilaan osallisuudesta omaan hoitoonsa
11. Sisällönanalyysi sairaanhoitajien näkemyksistä tiedonkulusta
12. Sisällönanalyysi sairaanhoitajien näkemyksistä raportoinnista ja kirjaamisesta
13. Potilasturvallinen raportointimallinnus
14. Yhteenveto potilaiden ja sairaanhoitajien näkemyksistä kehittämiskohteista ja ehdotuksista

Liite 1. Toimeksiantositoumus 1/2

Yritys/Työyhteisö	
Yrityksen/Työyhteisön nimi:	Lapin sairaanhoitopiiri kirurginen vuodeosasto 4
Yhteyshenkilö	Sari Mäki
Asema/ammattinimike:	VS osastanhoitaja
Osoite	Ounasrinteentie 22 PL 8401 96101 Roi
Puhelin	0406378107
Sähköposti:	sari.maki@lshp.fi
Opinnäytetyö (mahdollinen tarkentava määrittely liitteenä)	
Opinnäytetyön aihe:	Potkusturvallisen raportointimallin kehittäminen kirurgisella vuodeosastolla
Opinnäytetyön suorittamista varten luovutettava tausta-aineisto:	Valmis: 12/2017
Opinnäytetyön ohjaus toimeksiantajan taholta. Kuka ohjaa ja miten?	
Toimeksiantajan edustaja sitoutuu	
<input checked="" type="checkbox"/> osallistumaan opinnäytetyösuunnitelman laadintaan <input type="checkbox"/> mahdollistamaan työn suorittamisen työyhteisössä <input checked="" type="checkbox"/> ohjaamaan opiskelijaa työhön liittyvissä ammatillisissa kysymyksissä <input checked="" type="checkbox"/> osallistumaan mahdollisuuksien mukaan opinnäytetyöseminaareihin, antamaan työstä palautetta sekä lausunnon työn arviointia varten <input type="checkbox"/> sopimaan tarvittaessa työn luottamuksellisista asioista opiskelijan ja ammattikorkeakoulun kanssa	
Allekirjoitus	Ulla Pöle
II Opiskelijan sitoumus opinnäytetyöhön	
Opiskelija	
Opiskelijan etu- ja sukunimi:	Aija Sörkelä-Wärme
Opiskelijan numero	A1600948
Osoite	Rovaniemi
Puhelin	
Sähköposti	aija.sorkela-warme@lshp.fi
Koulutus ja suuntautumisvaihtoehto:	Diagnostiikka ja hoito-ala, Terveyden edistäminen, Sairaanhoitaja
Opiskelija sitoutuu	
<input checked="" type="checkbox"/> suorittamaan työn suunnitelmallisesti ja ammattikorkeakoulun ohjeistusta noudattaen, <input checked="" type="checkbox"/> käyttämään toimeksiantajalta saamaansa aineistoa vain opinnäytetyön tarkoitukseen, <input checked="" type="checkbox"/> noudattamaan vaihtoehtoisuutta erikseen sovitun luottamuksellisen tausta-aineiston osalta sekä <input checked="" type="checkbox"/> toimittamaan valmiin opinnäytetyön toimeksiantajalle sovitulla tavalla ja tarvittaessa esittelemään työn tuloksia toimeksiantajalle.	
Allekirjoitus	Aija Sörkelä

Liite 1. Toimeksiantositoumus 2/2

Liite 1 (2/2) Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

III Opinnäytetyön ohjaus

Ohjaava opettaja	
Ohjaavan opettajan nimi:	Airi Palaste
Koulutus ja toimipaikka:	Perusopetuksen Yhteinen Lapin alue kommi
Puhelin:	040 741 2905
Sähköposti:	airi.palaste@cedu.lapin-alue.fi

Koulutuksen ylipettaja	
Koulutuksen ylipettajan nimi:	Airi Palaste
Puhelin:	040 741 2905
Sähköposti:	airi.palaste@cedu.lapin-alue.fi
Alekirjoitus:	Airi Palaste

Opinnäytetyöt ovat julkisia. Jos työ sisältää toimeksiantajan kannalta luottamuksellista tietoa, sitä ei sisällytetä julkaistavaan opinnäytetyöhön. Tätä sitoumusmallia käytetään toistaiseksi.

Liite 2. Tutkimuslupa

Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä		LUPA TUTKIMUKSELLE / OPINNÄYTETYÖLLE	
osasto 4		tulosyksikkönumero 2201	DIAARINRO: TLIT 14/2017
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet	Särkelä-Wärme Aija Inkeri	Hei
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka	Lapin sairaanhoitopiiri/ Lapin AMK, Kemi	Nykyinen virka / toimi / opiskelija Sairaanhoitajan toimi/ sairaanhoitaja YAMK
	Kotiosoite		Postiosoite
			aija.sarkela-warne(at)lshp.fi
	Suoritettu tutkinto sairaanhoitaja AMK	Suoritusvuosi 2003	Suorituspaikka Lapin AMK
2. Tutkimusprojektia tai tutkimusta koskevat tiedot	Tutkimusprojektin lyhyt nimi Potilaiden ja hoitajien käsityksiä potilasturvallisuudesta, raportoinnin kehittäminen		
	Tutkimus on	<input checked="" type="checkbox"/> julkinen <input type="checkbox"/> ei-julkinen, sisältää salassapidettäviä osioita	Tutkimusaika Muuks-kuukausi 2017
	Kaavanumerot		Alihakusana
	Tutkimus on <input type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu) <input type="checkbox"/> gradu <input checked="" type="checkbox"/> muu, mikä opinnäyte YAMK <input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> väitöskirja <input type="checkbox"/> rekisteritutkimus		
	Anoja on <input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> muu tutkija <input checked="" type="checkbox"/> opiskelija		Anoja osallistuu potilastyöhön <input type="checkbox"/> kyllä <input checked="" type="checkbox"/> ei
	Tutkimuksen vastuhenkilö (Laki lääk. tutk. 488/1999 § 5) / ohjaaja / päätökijä Aija Särkelä-Wärme		
	Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät <input type="checkbox"/> Apteekki <input type="checkbox"/> Laboratorio		
	Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteenä)		
	Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ▶ Erillinen liite		
	Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaisista kustannuksista <input type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys mitä <input checked="" type="checkbox"/> Ei aiheuta, koska on ulkopuolinen rahoittaja		
Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja rahoittaja Sopimuksen nro (kirjaamosta) <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain			
Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> muu, mikä Projektin numero: (EVO: JYL-päätös §)			
Päivämäärä Anojen allekirjoitus ja nimen selvitys 16.2.2017 Aija Särkelä-Wärme			
lausunnot	Tarvittavat lausunnot ja luvat		
	<input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvetta	lähetyispäivä	vastaus saatu
	<input type="checkbox"/> Alueellinen eettinen toimikunta <input type="checkbox"/> ¹⁾ ETENE - ²⁾ TUKIJA <input type="checkbox"/> Fimea ³⁾ <input type="checkbox"/> Johtajaylii./laitoksen joht./ STM/THL ⁴⁾ <input type="checkbox"/> VALVIRA ⁵⁾		
PÄÄTÖS Anon yöntäjä yttää!	Tutkimustulosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta <input type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta		
	Päätös <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi <input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä		
	Päätöksentekijä <input type="checkbox"/> tulosyksikön joht. / tulosalueen joht. / ylihoitaja <input checked="" type="checkbox"/> joht.yliääkäri / hall.ylihoitaja <input type="checkbox"/> shp:n joht. / hallitus		
	Päivämäärä 14.5.2017		Allekirjoitus Katri Vuopala
TENE= Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta UKIJA= Valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta meita ilmoitetaan 60 p:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa. Apteekin tiedote 7.8.1. ekisteritutkimukset udosiaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote (luvat).			
teet: Tutkimussuunnitelma Rahoitussuunnitelma Muita liitteitä kpl			
L.SHP (päivitetty 29.10.2010)			

Liite 3. Suostumus opinnäytetyöhön 1/2

TUTKITTAVIEN SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖHÖN

Aija Särkelä-Wärme, sairaanhoitaja YAMK- opiskelija, Terveiden edistäminen Lapin ammattikorkeakoulu

Opinnäytetyöni on kehittämistehtävä Lapin sairaanhoitopiirin kirurgiselle vuodeosastolle. Aiheena on tehdä laadullinen tutkimus potilaiden ja sairaanhoitajien käsityksistä potilasturvallisuudesta. Opinnäytetyö valmistuu joulukuussa 2017.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on hyödyntää saatua tietoa potilasturvallisen hoidon edistämiseen ja lisäksi myöhemmin osastomme raportoinnin kehittämiseksi. Lisäksi saatuja tietoja voidaan käyttää myös Lapin sairaanhoitopiirin laatu- ja potilasturvallisuustyössä.

Aineistonkeruu tehdään teemahaastattelun avulla, tallennetaan ääninauhalle ja on kertaluonteista. Haastattelun keston arvioitu aika on 1- 1,5 tuntia. Haastatteluihin osallistuu osaston keskimääräiset hoitajat työvuosien perusteella huhtikuussa 2017. Potilaat valitaan yleisimmistä potilasryhmistä, jotka ovat osastohoidossa huhtikuussa 2017. Osallistuvia potilaita haastatellaan heidän käsityksistään potilasturvallisuudesta, osallisuudesta omaan hoitoon ja tiedonkulkuun henkilökunnan ja potilaan välillä. Osallistuvia sairaanhoitajia haastatellaan potilasturvallisuuden ja potilaan osallisuuden lisäksi raportoinnista ja kirjaamisesta. Tutkimuksessa ei käytetä henkilötietoja. Minä ainoastaan käsittelen tallennetta.

En työskentele itse osastolla ja olen pyytänyt välillisesti osastonhoitajan valitsemaan em. kriteerein vapaaehtoiset osallistujat haastatteluihin.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Teillä on oikeus milloin vain keskeyttää osallistuminen tutkimukseen tai kieltäytyä vastaamasta Teille esitettyyn kysymykseen.

Haastattelu kirjataan tekstitiedostoksi ja haastateltavat numeroidaan, mitään henkilötietoja ei tallenneta tunnistetuksi.

Ääninauha tuhoetaan sen jälkeen, kun haastattelu on kirjoitettu tekstitiedostoksi. Kun tutkimus on päättynyt ja sen tulokset on osoitettu oikeelliseksi, tutkimusaineisto hävitetään. Sitä ei käytetä uudelleen.

Haastattelussa esille tulleet asiat raportoidaan tutkimusjulkaisuissa tavalla, jossa tutkittavia tai muita haastattelussa mainittuja yksittäisiä henkilöitä ei voida tunnistaa. Tutkimusjulkaisuihin voidaan sisällyttää suoria otteita haastatteluista.

Opinnäytetyö julkaistaan Theseuksessa, joka on julkinen tutkimusten julkaisuyhteisö. Lopputuloksia ja johtopäätöksiä käytetään Lapin sairaanhoitopiirin kirurgisen vuodeosaston potilasturvallisuuden kehittämiseen sekä mahdollisesti Lapin sairaanhoitopiirin Laatu- ja potilasturvallisuustyössä.

Liite 3. Suostumus opinnäytetyöhön 2 / 2

Tutkittavan suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Olen perehtynyt tämän tutkimuksen tarkoitukseen, sisältöön ja aineistonkeruumenetelmään. Suostun osallistumaan tutkimukseen ohjeistuksen mukaisesti. Missä tahansa vaiheessa voin peruuttaa tai keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen. Tutkimuksesta saatuja tuloksia ja kerättyä aineistoa saa hyödyntää siten että tutkittavaa ei pystytä tunnistamaan.

Päiväys

Tutkittavan allekirjoitus

Päiväys

Tutkijan allekirjoitus

Liite 4. Teemahaastattelukysymykset potilaille

Potilaiden käsityksiä potilasturvallisesta hoidosta

Haastateltavan havaintotunnus

Teemahaastattelun teemat- ja kysymykset. Tutkija haastattelee. Haastattelu nauhoitetaan.

Kerrotaan haastateltavalle mitä potilasturvallisuus ja osallisuus hoidossa tarkoittaa.

Potilasturvallisuus tarkoittaa, että potilas saa oikeaa hoitoa oikeaan aikaan ja siitä aiheutuu mahdollisemman vähän haittaa. Potilasturvallisuuteen kuuluu hoitamisen turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus sekä lääkinnällisten laitteiden turvallisuus.

Potilaan osallisuus omaan hoitoonsa tarkoittaa, että potilas on mukana oman hoitonsa suunnittelussa, toteuttamisessa päätöksenteossa koko hoitoprosessin ajan.

1. TEEMA POTILASTURVALLINEN HOITO

- 1) MINKÄLAINEN HOITO ON MIELESTÄSI POTILASTURVALLISTA?
- 2) MITÄ TULEE OTTAA HUOMIOON MIELESTÄSI POTILASTURVALLISTA HOITOA TOTEUTETTAESSA?
- 3) TOTEUTUUKO MIELESTÄSI HOITO TURVALLISESTI?
- 4) MINKÄLAINEN TOIMINTA VAARANTAA POTILASTURVALLISTA HOITOA?
- 5) MINKÄLAINEN TOIMINTA EDISTÄÄ POTILASTURVALLISTA HOITOA?
- 6) EHDOTUKSIA HOITOHENKILÖKUNNALLE POTILASTURVALLISUUDEN EDISTÄMISEKSI?

2. TEEMA POTILAAN OMAN HOIDON POTILASTURVALLISUUS

- 1) MITEN VOIT EDISTÄÄ OMAN HOITOSI POTILASTURVALLISUUTTA?

(lisäkysymyksiä keskustelun mukaan)

3. TEEMA OMAN HOIDON OSALLISUUDEN EDISTÄMINEN

- 1) MITEN OLET OSALLISTUNUT OMAN HOITOSI SUUNNITELUUN?
- 2) MITEN OLET OSALLISTUNUT PÄÄTÖKSENTEKOVAIHEESSA OMAN HOITOSI SUUNNITTELUUN?
- 3) MITEN HOITOHENKILÖKUNTA VOISI EDISTÄÄ OMAA OSALLISUUTTASI OMAN HOIDON SUUNNITTELUUN?
- 4) MITEN OLET OSALLISTUNUT OMAAN HOITOOSI?
- 5) MITEN HOITOHENKILÖKUNTA VOISI EDISTÄÄ OSALLISUUTTA OMAAN HOITOOSI

4. TEEMA TIEDONKULKU POTILAAN JA HENKILÖKUNNAN VÄLILLÄ

- 1) MINKÄLAISTA TIETOA HALUAT KERTOA OMASTA HOIDOSTASI, TILANTEESTASI
 - 2) MITEN VOIT EDISTÄÄ TIEDONKULKUA HOITOHENKILÖKUNNAN JA SINUN VÄLILLÄ OSASTOHOIDON AIKANA ?
 - 3) MITEN TOIVOISIT, ETTÄ HOITOHENKILÖKUNTA ROHKAISISI SINUA KERTOMAAN TÄRKEITÄ TIETOJA TILANTEESTASI?
 - 4) MINKÄLAINEN MERKITYS VUOROVAIKUTUKSELLA MIELESTÄSI TIEDONKULKUUN POTILAAN JA HOITOHENKILÖKUNNAN VÄLILLÄ?
 - 5) KUINKA RIITÄVÄSTI MIELESTÄSI OLET SAANUT TIETOA HOITOHENKILÖKUNNALT A HOIDOSTASI JA TILANTEESTASI OSASTOHOIDOSI AIKANA?
- (LISÄKYSYMYS: MIKÄ ON VAIKUTTANUT, ETTÄ ET OLE SAANUT RIITÄVÄSTI)

Liite 5. Teemahaastattelukysymykset sairaanhoitajille

Hoitajien käsityksiä potilasturvallisesta hoidosta

Haastateltavan havaintotunnus

Teemahaastattelun teemat- ja kysymykset. Tutkija haastattelee. Haastattelu nauhoitetaan.

Kerrotaan haastateltavalle mitä potilasturvallisuus ja osallisuus hoidossa tarkoittaa.

Potilasturvallisuus tarkoittaa, että potilas saa oikeaa hoitoa oikeaan aikaan ja siitä aiheutuu mahdollisemman vähän haittaa. Potilasturvallisuuteen kuuluu hoitamisen turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus sekä lääkinnällisten laitteiden turvallisuus. Potilaan osallisuus omaan hoitoonsa tarkoittaa, että potilas mukana oman hoitonsa suunnittelussa, toteuttamisessa päätöksenteossa koko hoitoprosessin ajan.

1. TEEMA POTILASTURVALLINEN HOITO

- 1) MINKÄLAINEN HOITO ON MIELESTÄSI POTILASTURVALLISTA?
- 2) MITÄ TULEE MIELESTÄSI TULEE OTTAA HUOMIOON POTILASTURVALLISTA HOITOA TOTEUTETTAESSA?
- 3) MINKÄLAINEN TOIMINTA EDISTÄÄ POTILASTURVALLISTA HOITOA?
- 4) MINKÄLAINEN TOIMINTA VAARANTAA POTILASTURVALLISTA HOITOA?
- 5) EHDOTUKSIA POTILASTURVALLISEN HOIDON EDISTÄMISEEN?

2. TEEMA POTILAAN OSALLISTAMISEN EDISTÄMINEN OMAAN HOITOONSA

- 1) MINKÄLAISILLA KEINOILLA VOIT EDISTÄÄ POTILAAN OSALLISUUTTA OMAAN HOITOONSA?
- 2) MITEN ROHKAISTA POTILASTA KERTOMAAN VOINNISTAAN?
- 3) MITEN VOIT EDISTÄÄ POTILAAN OSALLISTAMISTA OMAN HOIDON SUUNNITTELUUN?
- 4) MITEN VOIT EDISTÄÄ POTILAAN PÄÄTÖKSENTEKOVALTAA OMAN HOIDON SUUNNITELUSSA JA TOTEUTUKSESSA?

3. TEEMA TIEDONKULKU HOITOHENKILÖKUNNAN JA POTILAAN VÄLILLÄ

- 1) MITEN VOIT EDISTÄÄ HOITOHENKILÖKUNNAN JA POTILAAN VÄLISTÄ TIEDONKULKUA OSASTOHOIDON AIKANA?
- 2) MINKÄLAISTA TIETOA HALUAT TIETÄÄ POTILAAN TILANTEESTA?
- 3) MITEN VOISIT ROHKAISTA POTILASTA KERTOMAAN HOITOONSA LIITTYVISTÄ ASIOISTA?
- 4) MINKÄLAINEN MERKITYS VUOROVAIKUTUKSELLA MIELESTÄSI TIEDONKULKUUN HOITOHENKILÖKUNNAN JA POTILAAN VÄLILLÄ?
- 5) OLETKO MIELESTÄSI SAANUT RIITTÄVÄSTI TIETOA POTILAALTA HÄNEN HOIDOSTAAN JA TILANTEESTAAN OSASTOHOIDON AIKANA

4.) TEEMA RAPORTOINTI JA KIRJAAMINEN

- 1) MINKÄLAINEN ON EDUSTAVA RAPORTTI?
- 2) MITEN VARMISTAT, ETTÄ TÄRKEÄT POTILAASEEN LIITTYVÄT TIEDOT TULEVAT VUORONVAIHTOTILANTEESSA ESILLE?
- 3) MIHIN RAPORTINSISÄLTÖ PERUSTUU?
- 4) MITKÄ OVAT MIELESTÄSI ERITTÄIN TÄRKEÄT TIEDOT?
- 5) MITEN POTILAS MIELESTÄSI VOISI OSALLISTUA RAPORTOINTIIN?
- 6) MITEN RAPORTOINTIA TULISI KEHITTÄÄ
- 7) MIKÄ OHJAA KIRJAAMISKÄYTÄNTÖÄSI?
- 8) MIKÄ MERKITYS KIRJAAMISELLA ON POTILASTURVALLISUUDEN KANALTA?
- 9) KIRJAATKO AINA SUULLISESTI SAADUT TIEDOT POTILASTIETOJÄRJESTELMÄÄN?
- 10) MITEN MIELESTÄSI KIRJAAMISTA PITÄISI KEHITTÄÄ?

Liite 6. Sisällönanalyysi potilaiden näkemyksistä potilasturvallisesta hoidosta

Potilasturvallinen hoito ja potilaan oman hoidon turvallisuus, potilaat			
Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
<p>Vuorovaikutus hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä. Potilaan hyvä kohtelu Ystävällinen käytös Hoito toteutuu turvallisesti</p> <p>Tiedonsaanti hoitohenkilökunnalta ja lääkäriltä Tietää että saa hyvää hoitoa. Huolehditaan potilaan tietosuojasta</p> <p>Ammattitaitoinen hoitohenkilökunta Potilaan voinnin seuranta toimenpiteen jälkeen on tärkeää</p> <p>Potilas on hoidon keskipiste Ollaan kiinnostuneita potilaasta. Halutaan tietää potilaasta kokonaisvaltaisesti Potilas on keskus siinä hoitamisessa</p>	<p>Vuorovaikutus potilaan kanssa ja empaattinen käytös</p> <p>Tiedonsaanti hoitohenkilökunnalta ja lääkäriltä</p> <p>Ammattitaitoinen ja osaava hoitohenkilökunta</p> <p>Potilas hoidon keskipiste</p>	<p>Hoitohenkilökunnan vuorovaikutus - ja empatiataidot</p> <p>Tiedonjakaminen potilaan kanssa</p> <p>Ammattitaitoinen hoitohenkilökunta</p> <p>Potilas on keskiössä</p>	<p>Tunne turvallisuudesta</p> <p>Tiedollinen turvallisuus</p> <p>Potilaskeskeisyys</p>
<p>Sairaudentilan ollessa huono, tunne hoitohenkilökunnan empatian puutteesta korostuu. Hoitoalalle sopimattomuus Hoitajan/lääkärin huono asenne tai henkilökohtaiset murheet vaikuttavat potilaaseen</p> <p>Leikkauksen jälkeinen hoito johti vakavaan tilanteeseen.</p>	<p>Epäystävällinen käytös ja välinpitämättömyys</p> <p>Puutteelliset</p>	<p>Potilaan huono kohtelu</p> <p>Potilaan puutteellinen hoito</p>	<p>Turvattomuus hoidossa</p>

<p>Toimenpiteiden viivästyminen Hoitohenkilökunnan vaihtuvuus ja vähyys Sairaalahierarkia</p> <p>Epäselvä tiedonsaanti lääkäreiltä ja hoitajilta Epäselvä tiedonsaanti lääkäreiltä</p>	<p>toimintatavat ja käytännöt</p> <p>Epäselvä tietojen antaminen</p>	<p>Epämääräinen tiedottaminen</p>	<p>Turvattomuus tiedonsaunnissa</p>
<p>Potilaan voinnin seuranta leikkauksen jälkeen. Saa hoitoa, kun kokee tarvitsevansa. Nopeasti pääseminen tutkimuksiin tarvittaessa</p> <p>Empaattinen hoitohenkilökunta edistää paraneamista. Ammattitaitoinen hoitohenkilökunta</p> <p>Noudattaa saatuja ohjeita Huolehtia että on leikkaukselpoinen toimenpiteeseen tullessa Noudattaa hoitohenkilökunnan antamia ohjeita</p>	<p>Hoito lähtee potilaan tarpeesta</p> <p>Hoitohenkilökunnan hyvä osaaminen ja empatiakyky</p> <p>Saatujen hoito-ohjeiden noudattaminen</p>	<p>Saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan</p> <p>Empaattinen ja osaava hoitohenkilökunta</p> <p>Toimia hoito-ohjeiden mukaisesti</p>	<p>Hoidon oikeatapaisuus ja aikaisuus</p> <p>Ammattitaitoinen hoitohenkilökunta</p> <p>Hoito-ohjeiden noudattaminen</p>

Liite 7. Sisällönanalyysi potilaiden näkemyksistä osallisuudesta omaan hoitoonsa

Osallisuuden edistäminen, potilaat			
Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
<p>En ole osallistunut, luotan että tiedetään mitä tehdään.</p> <p>Jos on todella kipeä, ei kykene suunnittelemaan omaa hoitoa</p> <p>Olen vaatinut sitä hoitoa mitä tarvitsen ja saanut se</p> <p>En koe, että olisin osallistunut, mutta keskustelin lääkärin kanssa toimenpiteeseen liittyvistä asioista</p> <p>Sairaudentilasta johtuen olin tietenkin yhtä mieltä siitä, että toimenpide tehdään</p> <p>Olen, kun päädyttiin siihen, että toimenpide tehdään</p> <p>Teen ohjatut seurannat esimerkiksi aamuisin punnitsemisen</p> <p>Noudatan saatuja hoito-ohjeita, esimerkiksi käyn kävelemässä ja suoritan pullopuhallukset</p> <p>Olen noudattanut saatuja hoito-ohjeita</p> <p>En ole osallistunut, muuta kuin noudattamalla saatuja ohjeita</p> <p>Olen kysynyt lääkäriltä, miten voisin edistää parantumistani</p>	<p>Kyky ja halu osallisuuteen</p> <p>Lääkärin suosittelema päätös</p> <p>Neuvojen ja hoito-ohjeiden noudattaminen</p>	<p>Osallisuuden taso</p> <p>Luottamus asiantuntijaan päätöksenteossa</p> <p>Potilaan osallistuminen</p>	<p>Potilaan mahdollisuus osallisuuteen</p> <p>Potilaan osallisuuden ja osallistamisen edistäminen</p>

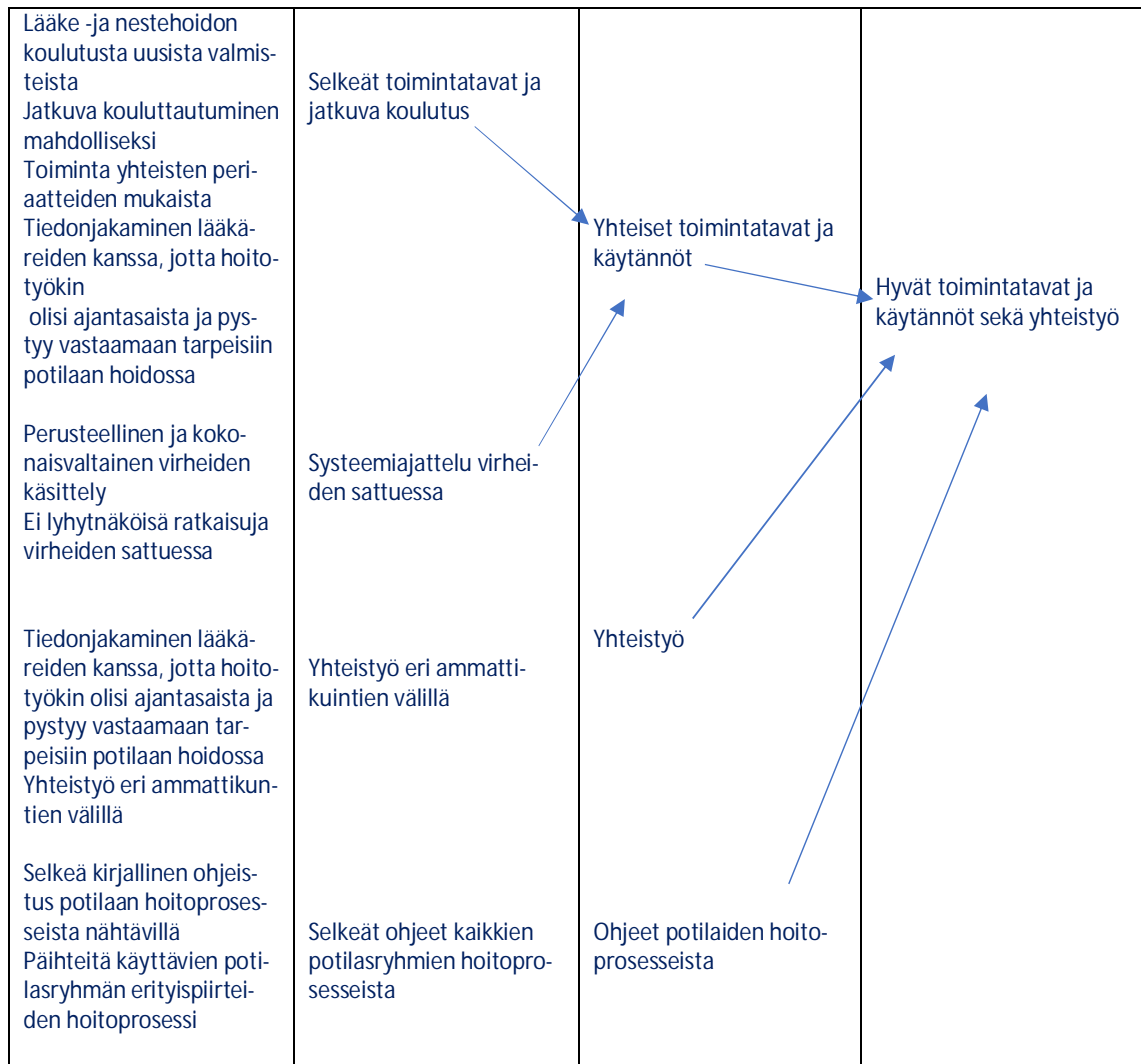
<p>Neuvomalla potilasta, muuten en tiedä miten osallistuisin</p> <p>Neuvomalla potilasta hoidon eri vaiheessa, en tiedä muuta menetelmää</p> <p>Saadut hoito-ohjeet ovat kattavat, en tiedä miten enempää edistää</p>	<p>Neuvojen ja hoito-ohjeiden jakaminen</p>	<p>Potilaan neuvonta</p>	<p>Potilaan osallisuuden ja osallistamisen edistäminen</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	--------------------------	------------------------------------------------------------

Liite 8. Sisällönanalyysi potilaiden näkemyksistä tiedonkulusta

Tiedonkulku potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä, potilaat			
Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
<p>Kerron tilanteistani ja tarpeistani</p> <p>esimerkiksi auttavatko lääkkeet kipuun</p> <p>Kun pyydän jotain, hoitajat tuovat, mitä tarvitsen</p> <p>Hälyytän soittokellosta tarvittaessa apua</p>	Tilanteesta kertominen ja soittokello käyttö	Voinnista kertominen	Tietoa voinnista
<p>Vaikea edistää, koska käyvät usein kysymässä vointiani</p> <p>Kertovat tarvitsemani asiat</p> <p>Olen mielestäni saanut tietää tarpeelliset asiat</p> <p>Koen helpoksi kertoa hoitohenkilökunnalle tilanteistani</p>	Voinnin tiedustelu riittävä	Voinnista kysyminen	Huolehtiva hoitohenkilökunta
<p>Vuorovaikutus riippuu hoitohenkilökunnan empatiataidoista</p> <p>Vuorovaikutus on molemminpuolista</p> <p>Vuorovaikutus on tärkeää</p> <p>Vuorovaikutus on tärkeää, ettei ole yhden-suuntaista (hoitohenkilökunta->potilas)</p>	Molemminpuolisuus vuorovaikutuksessa tärkeää	Vuorovaikutus hoidossa	
<p>Olen mielestäni saanut tietää tarpeelliset asiat. Aina kun olen kysynyt, olen saanut tietää esimerkiksi laboratorio vastaukset</p>	Tiedon saanti tarvittaessa	Tiedon saanti riittävää	Sujuva tiedonsaanti

Liite 9. Sisällönanalyysi sairaanhoitajien näkemyksistä potilasturvallisesta hoidosta

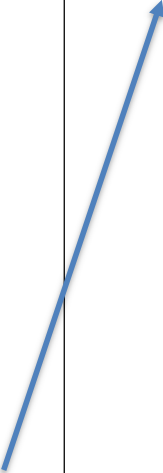
Potilasturvallinen hoito, sairaanhoitajat			
Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
<p>Hoito perustuu lääkärin määräyksiin Hoito perustuu hyviin hoitokäytäntöihin ja on näyttöön perustuvaa</p> <p>Ammatillinen osaaminen tärkeää Sairaanhoitajan ammattitaidon korostuminen potilaan kokonaisuudessa Vaatii hyvän lääkehoidon osaamisen Aseptinen työskentely Potilaan voinnin seuranta Potilaan tunnistaminen ja rannekkeen käyttö</p> <p>Lääkintä- ja muu laitteisto ovat toimivia Potilashuoneet ovat siistejä ja selkeitä</p> <p>Potilaan kokonaisvaltaisen hoito Potilaan kokonaisvaltaisen hoito uhkatilanteissa</p>	<p>Hyvät hoitokäytännöt</p> <p>Ammatillinen osaaminen</p> <p>Asianmukainen laitteisto ja toimiva ympäristö</p> <p>Potilas keskiössä</p>	<p>Potilaan hyvä hoito</p> <p>Ammattitaitoinen ja osaava hoitohenkilökunta</p> <p>Turvallinen ja toimiva fyysinen ympäristö</p> <p>Kokonaisvaltaisen potilaan hoito</p>	<p>Hyvä ja potilasturvallinen hoitotyö</p> <p>Hoitotyön osaaminen</p> <p>Turvallinen hoitotyön ympäristö</p> <p>Potilaslähtöinen hoitotyö</p>
<p>Huono yhteistyö tai ilmapiiiri vaarantaa Jatkuva lääkäreiden osastotyön asioista muistuttaminen</p> <p>Huono hoitoprosessien- ja menetelmien hallinta Puutteellinen hoitoprosessien- ja menetelmien hallinta toisessa yksikössä Henkilöstön osaamisvaje</p> <p>Ei ehditä perehtymään uusiin lääke- tai nestehoitoihin Ei ehditä perehtyä uusiin lääkintälaitteisiin Koulutuksiin ei ole aina mahdollista osallistua Henkilöstövaje Työtehtävien vuoksi kiire Hoitajien väsymys ja stressi</p>	<p>Puutteelliset tai vähäiset yhteistyötaidot ja erilaiset odotukset työskentelystä</p> <p>Osaamisvaje</p> <p>Ajanpuute perehdytyksessä</p> <p>Työkuorma</p>	<p>Vähäinen yhteistyö ja työn koordinointi</p> <p>Puutteellinen osaaminen ja perehtyminen</p> <p>Työn kuormittavuus</p>	<p>Puutteelliset toimintatavat ja käytännöt</p> <p>Inhimilliset tekijät</p>



Liite 10. Sisällön analyysi sairaanhoitajien näkemyksistä potilaan osallisuudesta omaan hoitoonsa

Osallisuuden edistäminen, sairaanhoitajat			
Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
<p>Potilaan jatkuva tiedottaminen hoitoon liittyvistä asioista ja hoidostaan esimerkiksi leikkauksen jälkeisestä lääkähoidosta.</p> <p>Jatkuva potilaan tiedottaminen ja kannustaminen hoidon eri vaiheissa.</p> <p>Potilaalle kerrotaan käypähoitosuosituksen mukaisesta hoidostaan että se edistää oikean ratkaisun tekemistä.(lääkäri)</p> <p>Tiedottaminen eri hoitovaihtoehdoista mahdollisuuksien mukaan (lääkäri)</p> <p>Potilaan kuunteleminen ja tiedottaminen hoitovaihtoehdoista</p> <p>Potilaan ohjaaminen ja kannustaminen suullisesti ja kirjallisesti</p> <p>Potilaan tiedon lisääminen oman hoidon vaikuttavuudesta.</p> <p>Potilaalle kerrotaan, että voi vaikuttaa omaan hoitoonsa</p> <p>Potilaan kannustaminen perustelemalla oman aktiivisuuden merkitystä hoidossa</p> <p>Potilaan toiveiden kuunteleminen</p> <p>Potilaalle perustellaan hoidon ja oman aktiivisuuden ja osallistumisen merkitys paranemiseen ja kotona pärjäämiseen</p>	<p>Tieto hoitoon liittyvistä asioista</p> <p>Tieto potilaan vaikutusmahdollisuuksista</p> <p>Hoitoon osallistumisen merkityksen korostaminen</p>	<p>Potilaan tiedottaminen</p> <p>Potilaan voimavaroja tukevat keinot</p>	<p>Osallisuutta lisäävä tieto</p> <p>Voimaannuttaminen</p>

<p>Antaa potilaalle mahdollisuus omien voimavarojen mukaan osallistua omaan hoitoon</p> <p>Huomioida potilaan halukkuus osallisuuteen</p> <p>Potilaan kannustaminen ja omien voimavarojen korostaminen</p> <p>Potilaan kannustaminen ja omien voimavarojen löytäminen</p> <p>Osastotyössä potilaan oman hoidon suunnittelu on jatkuvaa potilaan omien voimavarojen mukaisesti</p> <p>Helposti lähestyttäviä ja palvelualttiita</p> <p>Yhdenvertaisia potilaan kanssa</p>	<p>Potilaan voimavarojen tukeminen</p> <p>Empaattinen hoitaja</p>	<p>Potilaan voimavaroja tukevat keinot</p>	<p>Voimaannuttaminen</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	--------------------------



Liite 11. Sisällönanalyysi sairaanhoitajien näkemyksistä tiedonkulusta

Tiedonkulku hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä, sairaanhoitajat			
Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
<p>Käyn selventämässä lääkärin kierron jälkeen epäselvät asiat</p> <p>Potilaat joutuvat odottamaan kuvantamisen vastauksia seuraavaan päivään, koen epäselvyyttä siitä mitä hoitaja voi kertoa</p> <p>Hoitajien iltapäiväkierto on paras aika kertoa potilaalle hoidon etenemisestä</p> <p>Keskustella potilaan kanssa päivän mittaan voinnista ja sairaudentilasta sekä suunnitelmista</p> <p>Käydään hoitoon liittyviä asioita toistetusti läpi</p>	<p>Tutkimusten ja lääkärinkierron selvittely</p> <p>Potilaan tiedottaminen työn lomassa</p>	<p>Osaston muotoutunut käytäntö</p>	<p>Tiedonkulku osaston käytännön mukaan</p>
<p>Haluan tietää potilaan voinnista ja mielialasta, onko kipuja ja onko pysynyt syömään</p> <p>Haluan tietää, onko voinnissa muutoksia esimerkiksi kipu sekä erittämiset, ruokailu ja avun tarve.</p> <p>Haluan tietää hänen voinnistaan ja perhetilanteesta, onko tukiverkosta kotiutuessa.</p> <p>Haluan tietää miten pärjää päivittäisissä toiminnoissa, pesut, pukeminen, koska ne pitää pystyä kotonakin hoitamaan</p> <p>Haluan tietää kenelle voi antaa tietoja potilaan voinnista</p>	<p>Potilaan sairaudentila ja muutokset voinnissa</p> <p>Potilaan toimintakyky ja omaiset</p>	<p>Potilaan vointi</p> <p>Potilaan toimintakyky ja tukiverkosto</p>	<p>Potilaan tilanne ja tukiverkosto</p>

<p>Kertomalla vertaisesi- merkkejä, toistenpotilai- den selviytymisestä sa- mankaltaisessa tilan- teessa</p> <p>Potilaan asemaan asettu- minen tietyllä lailla lisää mahdollisuutta päästä hy- vään vuorovaikutussuh- teeseen</p> <p>Hoitajalla tulee olla intuitio, miten ottaa puheeksi hoitoon liittyviä asioita</p> <p>Antamalla potilaalle tar- vittaessa tilaa saatuaan tietoon esimerkiksi vakavan diagnoosin</p> <p>Potilaan yksilöllisyys tulee ottaa huomioon vuoro- vaikutuksessa esimer- kiksi, jos huono kuulo tai vakavan diagnoosin jäl- keinen shokkitila</p> <p>Hoitajan hyvät vuorovai- kutustaidot lisäävät mah- dollisuutta päästä ähelle potilasta</p> <p>Vuorovaikutuksella on suurin vaikutus potilaan hoitamisessa, kuitenkin kadottamatta hoitajan identiteettiä potilaan sairastamiseen</p> <p>Toisten kanssa kemia kohtaa, että pystyy avoi- mesti kysymään hoitoon liittyviä asioita tai tuen tarvetta, aina ei ole näin.</p> <p>Esittää asiat niin, että po- tilas rohkaistuu kerto- maan tilanteestaan.</p> <p>Vuorovaikutus on molem- min puolista, mutta vaatii hoitajalta herkkyyttä huo- mata, miten potilasta lä- hestytään</p>	<p>Vertaisiesimerkkien kertominen</p> <p>Yksilöllisyyden kunnioitta- minen</p> <p>Vuorovaikutustaitojen ko- rostuminen hoidossa</p>	<p>Kokemusten jakaminen potilaalle</p> <p>Yksilöllisyyden arvostami- nen</p> <p>Vuorovaikutustaitoinen hoitaja</p>	<p>Kokemuksellisen tiedon antaminen</p> <p>Potilasta arvostava hoito- henkilökunta</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Potilaiden käsitys omasta kunnosta poikkeaa hoitajien käsityksistä niin että, se aiheuttaa epäselvyyttä kotiinlähtötilanteessa pärjäämisen suhteen</p> <p>Joskus potilaat antavat ymmärtää, että pärjäävät kotona, mutta todellisudessa asia on toisin.</p> <p>Toiset potilaat kertovat kaiken oleellisen vointiin ja kotiutukseen liittyne, toisinaan kotiasiat ovat erillä lailla kuin annetaan olettaa</p> <p>Joskus hoitoa annettaessa selviää, että potilas on allerginen jollekin lääkkeelle, potilas ei ole muistanut tai osannut sanoa</p> <p>Potilaat eivät tiedä omaa lääkitystään</p>	<p>Potilaiden antama tilannekuva poikkeaa oletuksesta</p> <p>Potilas ei tunne sairautentilaa</p>	<p>Riittämättömät tai odotuksista poikkeavat tilan tiedot</p>	<p>Odottamattomat tiedot potilaasta</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

Liite 12. Sisällönanalyysi sairaanhoitajien näkemyksistä raportoinnista ja kirjaimisesta

Raportointi ja kirjaaminen, sairaanhoitajat			
Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
<p>Haluan tietää tulosyyn ja onko sydän- tai keuhkoelin sairauksia.</p> <p>Haluan tietään potilaan perussairaudet, tulosyyn ja suunnitelman päivän tapahtumat potilaan hoidossa.</p> <p>Potilaan perustiedot ja tulosyyn, aikaisempia tutkimuksia tai toimenpiteitä ei tarvitse luetella.</p> <p>Lääketieteelliset asiat, jotka vaikuttaa potilaan hoitoon.</p> <p>Tulosyyn ja lääkityksen, suunnitelmat, fysiologiset arvot, toimintakyvyn ja orientaation.</p> <p>Lääkehoito on tärkeää huomioida.</p>	<p>Potilaan tulotilanne, suunnitelma ja toteutunut hoito</p>	<p>Kattavat tiedot potilaasta</p>	<p>Potilaan kokonaistilanne</p>
<p>Potilaan vointi hoitajan näkökulmasta, onko pysynyt liikkumaan ja mikä on yleisvointi.</p> <p>Potilaan vointi hoitajan näkökulmasta.</p> <p>Tämän hetkiseen tilanteeseen vaikuttavat tiedot.</p>	<p>Potilaan vointi hoitajan arviomana</p>	<p>Hoitajan arvio potilaan tilanteesta</p>	
<p>Haluan tietää, jos potilaan voinnissa poikkeavaa, muut tiedot, kuten lääkityksen voin lukea Es-kolta.</p> <p>Haluan tietää, jos voinnissa poikkeamaa</p> <p>Tärkeää on tietää, mitä seurata potilaan voinnista esimerkiksi, jos virtsan-tulo vähäistä, mistä joh-tuu.</p>	<p>Potilaan seurannan tarve hoitajalta hoitajalle raporttina</p>	<p>Vointiin liittyvä seurannan tarve suullisesti</p>	<p>Seurannan tarve suullisena raporttina</p>

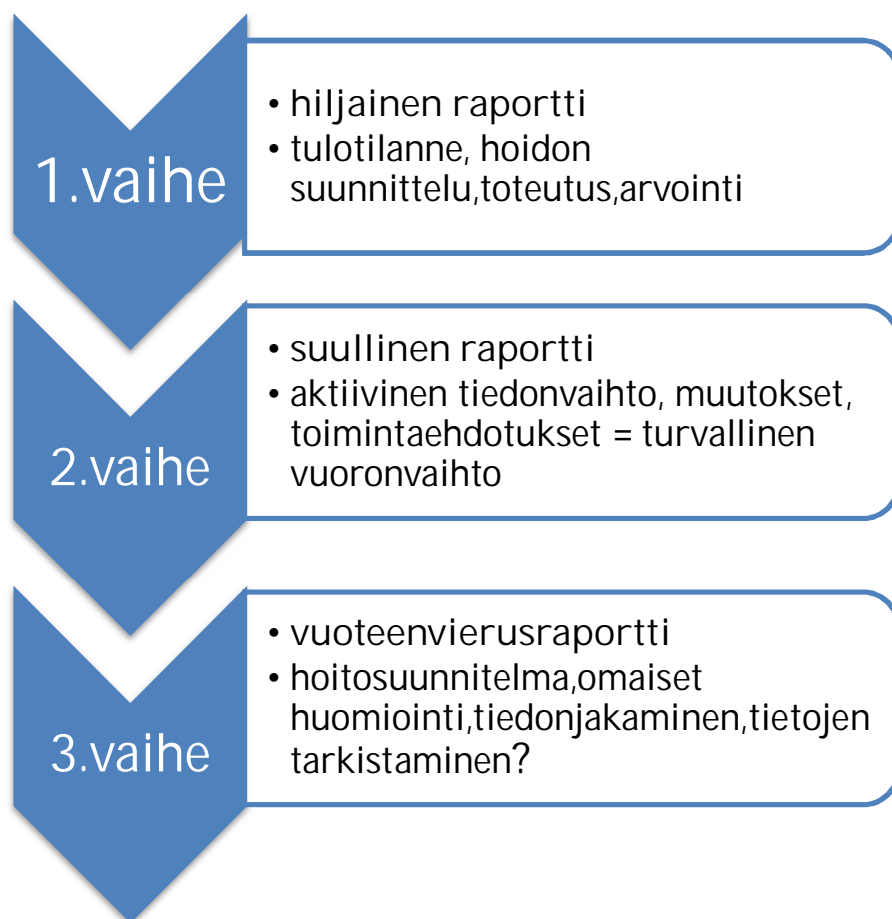
<p>Potilas osallistuu raportointiin hoitajien kiertojen aikana. En näe, että potilaat osallistuisivat raportointiin</p>	<p>Vaihteleva potilaan osallistumisen mahdollisuus</p>	<p>Potilas mielletään osittain raportointiin osallistuvaksi</p>	<p>Potilas osallistuu raportointiin vaihtelevasti</p>
<p>Raportilla pitää olla aktiivinen molempiin suuntiin, että tarvittavat tiedot selviää Raportoinnissa on kyse siitä, että tiedetään potilaan vointi. Tiedonsiirto on tärkeää, ettei potilasturvallisuus vaarannu Raportointi noudattaa IS-BAR:ia, osittain</p> <p>Suullisessa raportoinnissa on eroja, ei muisteta aina kertoa tärkeitä tietoja, haluan kuitenkin kattavat tiedot. Suullinen raportointi koetaan välillä raskaaksi, ei haluta kuunnella kaikkia tietoja. Pitäisi aika paljon ehtiä sanoa, mutta ei haluta vastaanottaa tietoa</p> <p>Potilaan perustiedot ja tulosyyn, aikaisempia tutkimuksia tai toimenpiteitä ei tarvitse luetella. Haluan tietää, jos potilaan voinnissa poikkeavaa, muut tiedot, kuten lääkityksen voin lukea Es-kolta.</p>	<p>Aktiivinen tiedonsiirto potilasturvallisesti</p> <p>Suullinen raportointi hoitajakohtaista ja muistinvaraista</p> <p>Toteutuneet tiedot Es-kolta</p>	<p>Tiedonsiirtoa varmistava raportointimenetelmä</p> <p>Vaihteleva raportointi</p> <p>Hiljaisena raporttina toteutunut hoito</p>	<p>Potilasturvallisuutta varmistava raportointi</p>

<p>Kirjata potilaan hoitoon liittyvät oleelliset tiedot oikeaan kohtaan esimerkiksi lääkityksestä, ettei tule yliannostusta. Kirjaamisen tulee olla kokonaisvaltaista, lääkäri voi tehdä päätöksiä niiden perusteella, mitä et ole kirjannut et ole tehnyt. Potilaan kokonaisvaltainen tilanne, mikäli kirjaaminen puutteellista vaikuttaa hoitoon. Syy hoitoon ja fysiologiset arvot, kipulääkityksen tarve sekä orientaatio. Ei kirjata toisen käden tietoa</p> <p>Potilaan vointi ja tilanne hoitajan ja potilaan näkökulmasta. Potilaan pärjääminen päivittäisissä toiminnoissa siinä ympäristössä. Potilaan vointi ja osallistuminen hoitotoimenpiteisiin. Hoitajan näkemys potilaan tilanteesta ja huomioitavat asiat.</p> <p>Jos tulee tutkimuksia, on hyvä kirjata ajoissa potilaan ravinnottaolat jne. Vaikka ei ole omapotilas voin kirjata tarvittaessa, että tieto siirtyy. On hyvä kirjata esimerkiksi, että potilas saanut päivälääkkeet, koska jos tulee epäselvyyksiä, onko vai eikö ole saanut. Kirjata hoidon etenemisen. Kirjata muutokset hoidossa.</p>	<p>Oleellisten tietojen seikkaperäinen ja selkeä kirjaaminen</p> <p>Kirjataan hoitoon liittyvät asiat potilaan ja hoitajan näkökulmasta</p> <p>Ajantasainen kirjaaminen</p>	<p>Kokonaisvaltainen ja tarkka kirjaaminen</p> <p>Tietojen edustavuus ja ajantasaisuus</p>	<p>Potilasturvallisuutta varmistava kirjaaminen</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

<p>Jo tapahtuneita asioita ei tarvitse kirjata.</p> <p>Kirjaamisen taso vaihtelee paljon, pitäisi yhtenäistää mitä kirjataan .</p> <p>Kirjaamisen taso vaihtelee paljon, ei ole aikaa, vaikea resursoidakaan.</p> <p>Ei kirjattaisi päivänselvyyksiä.</p> <p>Kannattaa kirjata pitkin päivää, ettei jätä loppupäivään, unohtamisen vaara.</p>	<p>Vaihteleva kirjaamisen taso</p>	<p>Kirjaamisen yhtenäistäminen</p>	<p>Yhtenäiset kirjaamiskäytännöt</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

Liite 13. Potilasturvallinen raportointimallinnus

Potilasturvallinen raportointimalli



Liite 14. Yhteenveto potilaiden ja hoitajien ehdottamista kehittämiskohteista ja ehdotuksista

	Kehittämiskohteet	Ehdotukset kehittämiseksi
Potilasturvallinen hoito	<p>Potilaat: Turvattomuus hoidossa ja turvattomuus tiedonsaannissa</p> <p>Hoitajat: Puutteelliset toimintatavat ja käytännöt, Inhimilliset tekijät</p>	<p>Potilaat: Hoidon oikeatapaisuus- ja aikaisuus, Ammattitaitoinen henkilökunta</p> <p>Hoitajat: Hyvät toimintatavat- ja käytännöt sekä yhteistyö</p>
Potilaan oma potilasturvallisuus		Hoito-ohjeiden noudattaminen
Potilaan osallisuus		<p>Potilaat: Potilaiden neuvonta ja luottamus ammattilaisiin</p> <p>Hoitajat: Osallisuutta lisäävä tieto, Voimaannuttaminen</p>
Tiedonkulku	<p>Potilaat: ei erityisemmin kehittämiskohteita</p> <p>Hoitajat: Odottamattomat tiedot potilaan tilanteesta</p>	<p>Potilaat: Huolehtiva henkilökunta</p> <p>Hoitajat: Tehtäväkeskeinen potilaan kohtaaminen</p>
Raportointi ja kirjaaminen	<p>Hoitajat: Vaihteleva raportointi</p> <p>Hoitajat: Kirjaamisen vaihteleva taso</p>	<p>Hoitajat: Potilasturvallisuutta varmistava raportointi</p> <p>Hoitajat: Yhtenäiset kirjaamiskäytännöt</p>