

Laura Paski

POTILASTURVALLISUUS PORIN PERUSTURVAKESKUKSEN
SIJAISTEN PEREHDYTYKSESSÄ

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2013

POTILASTURVALLISUUS PORIN PERUSTURVAKESKUKSEN SIIJAISTEN PEREHDYTYKSESSÄ

Paski, Laura
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Marraskuu 2013
Ohjaaja: Hytönen, Elsa ja Kurittu, Kristiina
Sivumäärä: 54
Liitteitä: 1

Asiasanat: Laiteturvallisuus, lääkehoito, perehdytys, potilasturvallisuus ja tiedonkulku

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Porin perusturvakeskuksen hoitotyön sijais-ten käsityksiä saamastaan perehdyttämisestä osana potilasturvallisuutta. Tavoitteena oli saada tietoa perehdytyksen laadukkuudesta potilasturvallisuuden osalta ja löytää keinoja parantaa perehdytystä potilasturvallisuuden osa-alueella. Tässä tutkimukses-sa potilasturvallisuuden alueina olivat tiedonkulku, lääkehoito ja laiteturvallisuus.

Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla Porin perusturvakeskuksen sijaisilta hei-nä-elokuussa 2013. Kyselylomake sisälsi sekä strukturoituja että avoimia kysymyk-siä. Lomakkeen kysymykset jaettiin viiteen eri alueeseen; taustatiedot, perehdyttämi-nen, tiedonkulku, lääkehoito ja laite-turvallisuus. Kyselylomakkeita vietiin työyksi-köihin 132 kappaletta. Kyselyyn vastasi 89 sijaista. Vastausprosentti oli 67,4%.

Tutkimustulosten mukaan työtehtäviin perehdytys oli hyvää. Perehdytystä toivottiin kehitettävän ajankäytön lisäämisellä, nimettyjen perehdyttäjien käytöllä, olemalla ylimääräisenä työntekijänä tietyn ajan perehdytyksestä, perehdytysoppaita päivittä-mällä ja perehdytyslomakkeita käyttämällä. Tietosuojaan perehdytys oli ollut riittäviä. Tiedonkulun perehdytyksen kehittämideoita olivat muun muassa hoitotyössä käy-tettävien tietokoneohjelmien koulutukset, potilaskansioiden päivittäminen ja erilais-ten lomakkeiden käytön ja täyttämisen ohjaus. Turvallisen lääkehoidon perehdytyk-seen oltiin myös tyytyväisiä. Lääkehoidon perehdytyksessä toivottiin aseptiikan huomiointia, työyksikön yleisimmin käytössä olevien lääkkeiden listausta ja lähi- ja perushoitajille mahdollisuutta osallistua lääkehoidon perehdytykseen. Laiteturvalli-suuden perehdytystä pidettiin yleisesti hyvänä ja sen ansiosta sijaiset kokivat osaa-vansa käyttää hoitotyön laitteita ja apuvälineitä turvallisesti sekä ohjata niiden turval-lisen käytön potilaille. Laiteturvallisuuden perehdytykseen toivottiin lisäävän fysio-terapeutin pitämän infotilaisuuden ja käyttöohjeet koottavan yhteen kansioon.

Tutkimuksen tuloksista nousseita jatkotutkimusaiheita voisi olla esimerkiksi pereh-dytysoppaan luominen ja perehdytyksessä apuna käytettävien perehdytyslomakkei-den luominen. Tässä opinnäytetyössä oli tutkittu sijaisten käsityksiä saamastaan pe-rehdytyksestä, mutta kyselyn voi suorittaa myös vakituiselle henkilökunnalle. Poti-lasturvallisuus on aina ajankohtainen ja aihealueena laaja. Sitä voi tutkia kokonaisuutena tai valita mieleisensä alueen siitä.

Patient safety as part of induction of the deputies working in Pori Social and Health Services

Paski, Laura

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

November 2013

Supervisor: Hytönen, Elsa and Kurittu, Kristiina

Number of pages: 54

Appendices: 1

Keywords: Machine safety, medical treatment, induction, patient safety and the flow of information

Purpose of this study was to examine Pori Social and Health Services as perceptions received tutoring as part of patient safety. The aim was to obtain information on the quality of the induction of patient safety, and to find ways to improve patient safety, increase awareness of the area. In this study, patient safety areas were the flow of information, medication and equipment safety.

The data were collected through a questionnaire from Pori Social and Health Services deputy, July-August 2013. The questionnaire included both structured and open-ended questions. The questions were divided into five different areas; background information, induction, flow of information, medications, and equipment safety. Questionnaires were taken to 132 units in total. Questionnaire was answered by 89 deputies. The response rate was 67.4 %.

The research result of the tasks of induction was good. Induction was hoped to be developed by increasing use of time, the use of designated mentors, being an extra employee a certain period of induction, by updating the guidebook and induction form using. Induction of privacy policy was adequate. The flow of information induction development ideas included in nursing for use in computer programs, training, patient folders and updating various forms used in the control and fulfillment. Safe medical induction was also satisfied. Pharmacotherapy induction hoped aseptic techniques into account, the work unit most commonly used drugs listings, and giving practical nurses the opportunity to participate in medical induction. The machine safety induction training was generally good, and it allows deputies felt they could use a nursing equipment and tools safely and guiding their safe use in patients. The machine safety induction training was hoped to increase physical therapist held the information meeting and the user assembled in a single folder.

The study results have emerged topics for further research could be the induction guide creation and induction form. This thesis had been received priority concepts of induction, but the survey can also be completed in your permanent staff. Patient safety is always in the news and the subject of a wide area. It can be investigated as a whole, or choose from a range of.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	6
2.1	Potilasturvallisuus	6
2.2	Lääkehoidon turvallisuus	7
2.3	Tiedonkulku	8
2.4	Laiteturvallisuus.....	9
2.5	Perehdytys osana potilasturvallisuutta.....	9
2.6	Aiemmat tutkimukset.....	11
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	13
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	13
4.1	Menetelmälliset lähtökohdat.....	13
4.2	Aineiston keruu.....	14
4.3	Aineiston analysointi	16
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	17
5.1	Taustatiedot vastaajista	17
5.2	Porin perusturvakeskuksen sijaisten saama perehdytys.....	19
5.2.1	Sijaisten mielipiteitä kokonaisvaltaisesta perehdytyksestä ja perehdytysoppaasta	19
5.2.2	Sijaisten saama perehdytys tiedonkulun osa-alueelta	25
5.2.3	Sijaisten saama perehdytys lääkehoidon osa-alueelta	29
5.2.4	Sijaisten saama perehdytys laiteturvallisuuden osa-alueelta	34
5.3	Porin perusturvakeskuksen sijaisten mielipiteitä perehdytyksen kehittämisestä	37
6	OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	44
6.1	Tieteellisen tutkimuksen etiikka	44
6.2	Luotettavuuden pohdinta	45
7	OPINNÄYTETYÖN YHTEENVETO JA POHDINTA	47
7.1	Perehdytys.....	47
7.2	Tiedonkulku	49
7.3	Lääkehoito.....	50
7.4	Laiteturvallisuus.....	51
7.5	Opinnäytetyön prosessin kuvaus ja jatkotutkimusaiheet	52
	LIITE 1	

1 JOHDANTO

Perehdytys tarkoittaa kaikkia niitä toimenpiteitä, joiden avulla uusi työntekijä oppii tuntemaan työpaikkansa, sen käytännöt, työyhteisön ja työtehtävänsä sekä siihen liittyvät odotukset. Uusi työntekijä tarvitsee tietoa työssä käytettävistä välineistä ja koneista, työhön liittyvistä terveys- ja turvallisuusriskeistä sekä opastusta kuinka työ suoritetaan turvallisesti. Perehdyttämisen tarkoituksena on helpottaa uuden työntekijän tai työpaikkaa vaihtavan sopeutumista ja oppimista, ja samalla lisätä työn sujuvuutta ja laatua. (Mäntynen & Penttinen 2009, 2-4.)

Joka kymmenes potilas kokee hoitonsa aikana jonkinlaisen haittatapahtuman. Yksi suurimmista haittojen aiheuttajista on lääkehoidossa tapahtuneet vahingot ja poikkeamat. Akuuttihoiton potilaista 7-10 prosenttia kärsii lääkehoidon haittatapahtumista. Näistä 28-56 prosenttia olisi ennalta ehkäistävissä. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 18-19.)

WHO on luonut listan yleisimmistä potilasturvallisuuden ongelmista ja niiden ratkaisuista. Listalla esiintyvät ongelmat liittyvät lääkehoitoon, tiedonkulkuun, aseptiikkaan ja laiteturvallisuuteen. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2013).

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Porin perusturvakeskuksen hoitotyön sijaintien käsityksiä saamastaan perehdyttämisestä osana potilasturvallisuutta. Tavoitteena on saada tietoa perehdytyksen laadukkuudesta potilasturvallisuuden osalta ja löytää keinoja parantaa perehdytystä potilasturvallisuuden osa-alueella. Tässä tutkimuksessa potilasturvallisuuden alueina ovat tiedonkulku, lääkehoito ja laiteturvallisuus.

Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen ja ajankohtainen. Aihe on peräisin Porin perusturvakeskuksen aihepankista. Uusi potilasturvallisuussuunnitelma perusturvakeskukselle on tehty kevään 2013 aikana.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Potilasturvallisuus

Stakesin ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2007, 5) määrittelee potilasturvallisuuden sekä terveydenhuollon ammattilaisten että organisaatioiden periaatteeksi ja toiminnoiksi, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus ja samalla suojata potilasta vahingoittumiselta. Hoidon turvallisuuteen sisällytetään sairauksien ehkäisy, diagnostiikka, hoitotyö ja kuntoutus. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus tarkoittaa oikeaa hoitoa oikeaan aikaan ja hoidosta aiheutuvat haitat ovat vähäisiä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 5.)

Potilasturvallisuus kuuluu osaksi hoidon laatua ja turvallisuutta. Potilasturvallisuus on jaettu kolmeen osa-alueeseen; hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus ja laitteen käyttöturvallisuus. Lääkehoidon turvallisuus ja laitteen käyttöturvallisuus sisältyvät hoidon turvallisuuteen, mutta tärkeytensä vuoksi ne on nostettu itsenäisiksi osa-alueiksi. Kaikista näistä kolmesta osa-alueesta pystytään erottamaan vielä menetelmän turvallisuus sekä hoitoprosessin turvallisuus. (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2007, 3.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asettama työryhmä on laatinut vuosille 2009-2013 kansallisen potilasturvallisuusstrategian (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011, 8). Tämän strategian tarkoituksena on yhtenäistää potilasturvallisuuskulttuuria sosiaali- ja terveydenhuollossa ja edistää sen toteutumista. Päätaavoitteena on, että vuoteen 2013 mennessä potilasturvallisuus on osa toiminnan rakenteita ja toimintatapoja ja tämän myötä hoidon vaikuttavuus ja turvallisuus ovat edistyneet. Potilasturvallisuusstrategian muina tavoitteina ovat, että potilas itse osallistuu potilasturvallisuuden parantamiseen, potilasturvallisuutta hallitaan ennakoivasti ja oppimalla, kaikki vaaratapahtumat raportoidaan ja niistä otetaan oppia, potilasturvallisuutta edistetään suunnitelmallisesti ja voimavarojen riittävydestä huolehditaan sekä potilasturvallisuus otetaan huomioon terveydenhuollon tutkimuksissa ja opetuksessa. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 35.)

Keväällä 2013 luodussa Porin perusturvakeskuksen potilasturvallisuussuunnitelmassa on mainittu, että Porin perusturvan on taattava yhteistoiminta-alueiden perusturva ja edistää terveyttä, hyvinvointia ja turvallisuutta. Perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Porin lisäksi Merikarvia ja Ulvila. Potilasturvallisuussuunnitelmassa on mainittu muun muassa vaaratapahtumien raportointi ja käsittely, hoitotyönlaitteita koskevien ilmoitusten teko sekä potilasturvallisuuden huomioiminen perehdytyksessä. (Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnitelma 2013, 14-16, 19.)

2.2 Lääkehoidon turvallisuus

Lääkehoidon turvallisuus jaetaan kahteen eri osa-alueeseen: lääketurvallisuuteen ja lääkitysturvallisuuteen. Lääketurvallisuus keskittyy lääkevalmisteen farmakologisiin ominaisuuksiin, niiden tuntemiseen ja laadukkaasti valmistettuihin lääkkeisiin. Lääkitysturvallisuus koskee taas lääkkeiden käyttöä ja lääkehoidon toteuttamista. (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2007, 8-9.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään lääkitysturvallisuuteen.

Lääkehoito on terveydenhuollon toimintaa. Lainsäädännön mukaan lääkäri vastaa lääkkeen määräämisestä ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden vastuulla on lääkehoidon toteutuminen lääkärin määräysten mukaisesti. Lääkehoidon toteuttamisen työnjaosta ei ole tarkempia säädöksiä, mutta ratkaisevana tekijänä on työntekijän koulutus, perehdytys, osaaminen ja sen varmistaminen sekä tarvittaessa yksikön vastaavan lääkärin antama lupa lääkehoidon toteuttamiseen. (Valvira 2012, 2.)

Lääkehoitoa toteutetaan työyksikön lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Lääkehoitosuunnitelmassa on määritetty yksikön lääkehoidon sisältö ja toimintatavat, osaamisen varmistaminen ja ylläpito, henkilöstön vastuut ja velvollisuudet, lupakäytännöt, lääkehuolto, lääkkeiden jako ja antaminen, potilasinformaatio, vaikuttavuuden arviointi, dokumentointi, tiedonkulku sekä seuranta- ja palautejärjestelmä. Esimiesten tehtävä on valvoa lääkehoidon toteutumista lääkehoitosuunnitelman mukaisesti, sekä päättää

eri henkilöstöryhmien työnjaosta niin, että ammattiryhmien osaaminen hyödynnetään parhaalla mahdollisella tavalla. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2006, 3.)

2.3 Tiedonkulku

Tiedonkulku on laadukkaan ja turvallisen hoidon yksi perustekijä. Sen pohjana toimii selkeä dokumentointi kaikista potilaan hoidossa tarvittavista tiedoista. Hyvä ja perusteellinen dokumentointi tukee puolestaan turvallisuusriskien hallintaa ja on yksi keskeisimmistä työtehtävistä, jota ohjaa lainsäädäntö ja erilaiset ohjeistukset. Tiedonkulun katkeaminen tai väärinymmärtäminen ovat yleisiä riskitekijöitä erityisesti, kun potilas siirtyy hoitopaikasta toiseen. Noin 65 prosenttia haattatapahtumista liittyy juuri kommunikaation ongelmiin. Lääkärin määräykset ja hoito-ohjeet tulisi kirjata potilasasiakirjoihin selkeästi, varmistaa toistamalla määräykset ääneen lääkärille sekä hyväksyä nämä lääkärin allekirjoituksella. (Helovuori ym. 2011, 72.)

Jokaisessa terveydenhuollon yksikössä pitää olla vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Vaaratapahtumien ilmoittaminen on jokaisen työntekijän velvollisuus. Monissa yksiköissä on käytössä terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä eli HaiPro. Se korostaa, että ilmoitukset tulee käsitellä mahdollisimman lähellä kliinistä toimintaa, esimerkiksi osastotunneilla, ja antaa mahdollisuuden yhteisesti pohdita parantavia toimenpiteitä. (Haapiainen 2013, 45; Tapper 2013, 58-59.)

Porin perusturvakeskuksen potilasturvallisuussuunnitelmassa on mainittu, että vaaratapahtumien raportointijärjestelmään HaiProon ilmoitetaan havaitut turvallisuusriskit ja vaaratapahtumat. Raportoinnin päätavoite on potilasturvallisuuden parantaminen. Jokaisella työntekijällä on mahdollisuus tehdä vaaratapahtuman ilmoittaminen ilman syyllistämistä. Myös laitteiden aiheuttamat turvallisuusriskit tulee ilmoittaa HaiPro-järjestelmään. Ilmoitus on tehtävä myös Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle ja laitteen valmistajalle, vaikka laitteen käytöstä olisi vielä koitunut terveydelle haittaa, mutta riski siihen on olemassa. (Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnitelma 2013, 14-16.)

ISBAR-raportointimenetelmä on sovellettu terveydenhuoltoon tukemaan turvallista tiedonkulkua. Menetelmä mahdollistaa olennaisen ja tärkeän informaation järjestämisen tiiviiseen ja selkeään muotoon esimerkiksi raportoidessa potilaasta. Se kehittää myös kriittisen ajattelun taitoja ja rohkaisee hoitotyöntekijää ehdottamaan toimitasuunnitelmia. (Suomen sairaanhoitajaliiton www-sivut 2013.)

2.4 Laiteturvallisuus

Lääkintälaitteiden käyttö on lisääntynyt sairaaloissa, ja laitteiden hallinta sekä käyttö ovat monimutkaistuneet. Laitteiden ja tarvikkeiden turvallisuuteen vaikuttavat niiden käytettävyys, saatavuus, toimintakunto sekä ergonominen suunnittelu. Lääkinnällisten laitteiden käyttö on helpottanut hoitotyötä, mutta niiden käyttöön sisältyy aina riskinsä. Esimerkiksi väärin käytettynä infuusiopumppu saattaa johtaa vakaviin haittatapahtumiin potilaalle. (Helovuo ym. 2011, 19, 68-72.)

Usein yksiköistä löytyy samaan käyttöön tarkoitettu laite, mutta valmistaja ja valmistusvuosi saattavat vaihdella. Tällöin jokainen laite vaatii oman osaamisensa. Toimintahäiriöt ja viat, epäselvä käyttöliittymä ja yhteensopivuusongelmat ovat laitteisiin ja tarvikkeisiin liittyviä ongelmia ja puutteita. Työssä välttämättömään teknologian käyttöön liittyvä epävarmuus ja hankaluus lisäävät työn kuormittavuutta ja muuhun työhön keskittyminen saattaa herpaantua. Ongelmanratkaisu ja stressi työn viivästyttämisestä kuluttavat turhaan työntekijän energiaa. Sosiaali- ja terveysalalla onkin paljon kehitettävää työvälineiden peruskäytettävyydessä. Laitteiden helppokäyttöisyys ja käyttäjäystävällisyys edesauttavat potilasturvallisuutta. Työssään laitteita käyttävien tulisi olla osallisia hankintaprosesseissa, arvioida laitteiden helppokäyttöisyys ja raportoida kohtaamistaan ongelmista ja vioista laitteiden suhteen. (Helovuo ym. 2011, 68-72.)

2.5 Perehdytys osana potilasturvallisuutta

Perehdytys tarkoittaa kaikkia niitä toimenpiteitä, joiden avulla uusi työntekijä oppii tuntemaan työpaikkansa, sen käytännöt, työyhteisön ja työtehtävänsä sekä siihen liittyvät odotukset. Perehdytykseen sisältyy kaikki asiat, jotka liittyvät itse työn tekemi-

seen, kuten esimerkiksi työkokonaisuus, mitkä osat ja vaiheet kuuluvat työhön sekä mitä tietoa ja osaamista työ edellyttää. Lisäksi uusi työntekijä tarvitsee tietoa työssä käytettävistä välineistä ja koneista, työhön liittyvistä terveys- ja turvallisuusriskeistä sekä opastusta kuinka työ suoritetaan turvallisesti. Järjestelmällisen perehdyttämisen piiriin kuuluvat kaikki henkilöstöryhmät esimiehistä vuokratyöntekijöihin. (Mäntynen & Penttinen 2009, 2.)

Perehdytystä vaativia tilanteita, uuden työntekijän lisäksi, ovat myös toimintatapoihin ja tehtäviin liittyvät muutokset. Muutoksen seurauksena henkilö joutuu sopeutumaan uuteen tilanteeseen ja myös myönteiset muutokset saattavat aiheuttavaa suurta henkistä kuormitusta. Tällöin saatu ohjaus ja opetus jouduttavat ja helpottavat muutosprosessia. Muutosten vuoksi myös pitkään työssä olleet tai työstä poissa olleet henkilöt vaativat ohjausta ja tukea. (Mäntynen & Penttinen 2009, 4.)

Perehdyttämisen tarkoituksena on helpottaa uuden työntekijän tai työpaikkaa vaihtavan sopeutumista ja oppimista, ja samalla lisätä työn sujuvuutta ja laatua. Kun työympäristö ja –tehtävät ovat tuttuja ja hallinnassa, tapaturmariskit ja työn psyykinen kuormitus vähenevät. Hyvin hoidettuna perehdytys kattaa työn taitovaatimuksen, tuotteen tai palvelun laatuvaatimuksen, työntekijän turvallisuuteen ja hyvinvointiin liittyvät asiat sekä kannustamisen omatoimisuuteen. Omatoimisuus ja osaaminen merkitsevät esimerkiksi toimintatapojen muuttamista ja kehittämistä tarpeen vaatiessa. Alusta saakka perehdyttämisessä korostetaan ajattelutapaa, jossa henkilö työskentelee tavoitteellisesti ja hän haluaa kehittää itseään ja kantaa vastuun oppimisestaan ja osaamisestaan kysymällä, kertaamalla, tarkistamalla ja ottamalla selvää epävarmoissa asioissa. (Mäntynen & Penttinen 2009, 3.)

Terveystieteiden laakiin liittyvässä sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetuksessa on määritelty laadunhallintasuunnitelman sisältö. Suunnitelman yhtenä osa-alueena on henkilöstön perehdyttäminen, osana laadukasta toimintaa. (Koivuranta-Vaara 2011, 16-17.) Työsuojelulainsäädännössä vastuu perehdyttämisen suunnittelusta, toteuttamisesta ja valvonnasta kuuluu työnantajalle eli käytännössä lähimmälle esimiehelle. Esimies voi delegoida erilaisia perehdyttämiseen liittyviä tehtäviä koulutuksen saaneelle työntekijälle, mutta vastuu säilyy aina esimiehellä. (Mäntynen & Penttinen 2009, 2.)

Hyvän perehdytysohjelman tulisi sisältää seuraavat elementit: työyksikön arvot, toimintamallit ja periaatteet, ohjeet, yksityiskohtaiset kuvaukset työtehtävistä, joihin uuden työntekijän tulee perehtyä sekä laki ja asetus terveydenhuollossa työskentelevien ammattihenkilöiden toiminnasta, jonka tarkoitus on hoidon laadun ja potilasturvallisuuden varmistaminen (Surakka 2009, 73). Perehdytyksen avuksi on hyvä luoda yksityiskohtainen käsikirja tai muistilista, johon pystyy merkitsemään työntekijän kanssa käydyt asiat (Horn, Liski & Villanen 2007, 19).

Porin perusturvakeskuksen keväällä 2013 laatimassa potilasturvallisuussuunnitelmassa on mainittu, että työnantajan tehtävänä on varmistaa, että uusi työntekijä saa työtehtäväänsä koskevan perehdytyksen. Porin perusturva käyttää uusien työntekijöiden perehdyttämisen apuvälineenä Porin kaupungin henkilöstöpalveluiden laatimaa perehdytyslomaketta ja –ohjetta. Allekirjoituksella kuitataan perehdytetyt asiat. Työntekemiseen vaadittava osaaminen ja pätevyys varmistetaan työyksikön perehdytysuunnitelman avulla. Perehdytykseen on sisällytetty potilasturvallisuuteen liittyviä asioita eri organisaatiotasolla. Työyksikötasolla tämä tarkoittaa, että toimintayksikössä sovelletaan turvallisuutta edistäviä käytäntöjä, toimintayksiköllä on poikkeus- ja hätätilaohjeistukset, yleiset potilasturvallisuusriskit ja vaaratapahtumatyypit ovat tiedossa ja niihin on varauduttu. Työtehtävätasolla potilasturvallisuuteen liittyvät asiat ovat työtehtävään kuuluva vastuu, turvallisuutta edistävien käytäntöjen käyttö ja yhteistoimintaan liittyvät käytännöt. (Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnitelma 2013, 19.)

2.6 Aiemmat tutkimukset

Mannila, Salminen ja Vuorinen (2012, 21-26, 31-33) ovat tutkineet, kuinka potilasturvallisuus otetaan huomioon hoitohenkilökunnan perehdytyksessä. Aineisto kerättiin haastattelemalla neljää henkilökunnan jäsentä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että perehdytystä pidettiin tärkeänä, mutta aikaa siihen oli käytettävissä vähän. Uusi työntekijä oli muutamia päiviä ylimääräisenä työntekijänä, mutta nimettyä perehdyttäjää hänellä ei ollut ja sijaisella itsellä oli vastuu perehdytyksestään. Perehdytysmateriaa-

leissa ei ollut erillistä mainintaa potilasturvallisuudesta, mutta perehdytyksessä kiinnitettiin huomiota hoidon turvallisuuteen (potilaan tunnistaminen) ja lääkehoidon turvallisuuteen (tarkistukset).

Dahl (2013, 6, 30, 32-33) on tutkinut potilasturvallisuutta ja asiakasturvallisuutta asiakkaiden näkökulmasta. Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeella ja vastaajia kyselyyn oli 36. Tutkimuksen tuloksena asiakkaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä toteutuneeseen asiakasturvallisuuteen. Potilaat luottivat henkilökunnan toimintaan esimerkiksi lääkehoidon suhteen ja kokivat saaneensa riittävän opastuksen käytössä oleviin apuvälineisiinsä. Apuvälineiden käytön potilaat kokivat myös turvalliseksi.

Huhtala ja Karsikas (2013, 40-46) ovat selvittäneet potilasturvallisuutta ja siihen liittyviä kehittämishaasteita teemahaastattelulla kirurgian vuodeosastolla. Haastatteluun osallistui 12 hoitajaa. Tutkimuksessa aseptiikka, lääkehoito ja tiedonkulku nousivat kehittämishaasteista eniten esille. Lääkehoidon osalta kirjaaminen kaipasi parantamista; usein kiireen takia lääkemutokset jäivät puolittain tekemättä ja ylimääräisten lääkkeiden antaminen kirjaamatta. Tiedonkulussa koettiin puutteita potilassiirtojen yhteydessä etenkin, kun potilas siirtyi sairaalan ulkopuolelta. Sairaalan sisäisissä siirroissa raportointi oli vähäistä tai sitä ei ollut ollenkaan ja muun muassa tieto potilaan toimintakyvystä jäi usein mainitsematta. Laitteiden käyttö, saatavuus ja huolto koettiin pääosin hyväksi. Laittekoulutuksia pidettiin hyvänä, mutta uusien laitteiden käyttökoulutukseen pääsee vain muutama hoitaja. Toisten hoitajien perehdyttäminen laitteeseen jää siis koulutuksen saaneen hoitajan vastuulle.

Kuisma (2010, 29) kuvasi yhden organisaation eri toiminta-alueilla tapahtuneita vaaratapahtumia (N=1688) ja toi sisällönanalyysin avulla esille yleisimmät tapahtumatyypit, niiden syntymisen ja vaaratapahtumien vaikutuksen potilaaseen sekä yksikköön. Tulosten mukaan kohdeorganisaation potilasturvallisuuden kehittämisaikoina nousivat muun muassa informointi, dokumentointi ja raportointi, perehdytys ja koulutus sekä ympäristö.

Uutinen (2013, 54-60) on opinnäytetyössään selvittänyt millainen on hyvä perehdytysprosessi. Hän on työssään tutkinut yhden vuodeosaston työntekijöitä. Tutkimuksessa ilmeni, että osastolla sijaisten vastaanotto oli hyvää ja työyhteisön jäsenet val-

miina ohjaamaan, mutta perehdytys oli huonosti organisoitu. Kehitystä tulosten mukaan tarvittiin järjestelmällisyyteen ja selkeyteen, perehdytykseen käytettävään aikaan, materiaalien ajantasaisuuteen ja perehdytyksen vastuunjakoon.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Porin perusturvakeskuksen sijaisten käsityksiä saamastaan perehdyttämisestä osana potilasturvallisuutta. Tavoitteena on saada tietoa perehdytyksen laadukkuudesta potilasturvallisuuden osalta ja löytää keinoja parantaa perehdytystä potilasturvallisuuden osa-alueella.

Opinnäytetyössä haettiin vastauksia kysymyksiin:

- 1) Millaisia käsityksiä Porin perusturvakeskuksen sijaisilla on saamastaan perehdyttämisestä tiedonkulun, lääkehoidon ja laiteturvallisuuden osa-alueilta?
- 2) Miten sijaiset kehittäisivät potilasturvallisuuden huomioon ottamista perehdytyksessä?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Menetelmälliset lähtökohdat

Opinnäytetyössä käytetään kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta ja lisäksi avoimien kysymysten osalta kvalitatiivista eli laadullista lähestymistapaa. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus ovat lähestymistapoja, joita on käytännössä vaikea erottaa toisistaan, mutta ne kuitenkin nähdään toisiaan täydentävinä lähestymistapoina (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 132). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostetaan yleispäteviä syy ja seuraus-suhteita ja tutkimuksen lähtökohtina toimivat aikaisemmat tutkimukset ja teorit, käsitteiden määrittely, aineiston keruun suunnit-

telmat, koehenkilöiden valinta ja aineiston tilastolliseen muotoon muuttaminen sekä tilastollinen analyysi (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 139-140). Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana toimii todellisen elämän kuvaaminen ja tutkimuksen kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tyypillisiä piirteitä ovat tutkimuksen kokonaisvaltainen tiedonhankinta ja tiedon keruussa tutkija luottaa enemmän omiin havaintoihinsa kuin mittausvälineillä hankittavaan tietoon. Tutkimuksen aineiston hankintana käytetään laadullisia metodeja, kuten teemahaastattelua ja dokumenttien diskursiivista analysointia. Kohdejoukko valitaan tutkimukseen taroituksenmukaisesti ennemmin kuin satunnaisotannalla. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

4.2 Aineiston keruu

Itsenäisen aineiston keruun yhtenä menetelmänä toimii kysely, joka on keskeinen osa survey-tutkimuksessa. Survey-tutkimuksella tarkoitetaan standardoidusti kerättyä aineistoa, jossa kohdehenkilöt muodostavat otoksen. Standardoituus tarkoittaa, että tutkittavaa asiaa kysytään kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla. Standardoidussa survey-tutkimuksessa käytetään kyselyn, haastattelun ja havainnoinnin muotoja. (Hirsjärvi, ym. 2009, 193.)

Kyselytutkimusta voidaan käyttää silloin, kun tutkittavana on henkilö ja häntä koskevat asiat kuten mielipiteet, asenteet ja käyttäytyminen (Vilka 2007, 28). Kyselytutkimuksen vahvuutena on, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Kyselyn heikkoutena on aineiston pinnallisuus ja tutkimuksen teoreettinen vaatimattomuus. Myöskään kyselyyn vastaajien suhtautumista tutkimukseen ei pystytä varmistamaan ja, koska kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, ei kyselyn katoa pysty hallitsemaan. Myös hyvän kyselylomakkeen laatiminen vie aikaa ja vaatii tietoa ja taitoa tutkijalta. Väärinymmärryksiä tulisi välttää, mutta niitä saattaa olla myös vaikea kontrolloida. (Hirsjärvi, ym. 2009, 195.)

Kyselylomakkeen esitestauksella tarkoitetaan, että ennen varsinaista mittausta muutama perusjoukkoa vastaava henkilö arvioi kyselylomaketta kriittisesti (Vilka 2007, 88). Kysely esitettiin neljällä eri henkilöllä, joista yksi oli sairaanhoitaja ja kaksi

sairaanhoitajaopiskelijaa. Esitestaukseen osallistuneet henkilöt eivät työskennelleet tutkimukseen osallistuneille osastoilla. Esitestauksen jälkeen mittariin ei tehty enää muutoksia.

Otanta voidaan suorittaa eri menetelmin, kuten satunnaisotannalla, systemaattisella otannalla, osoitetulla otannalla ja ryväsotannalla. Tulosten tarkkuustavoite vaikuttaa otannan kokoon. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa otoskoko ratkaistaan neljän kriteerin avulla: mitkä ovat tutkimuksen tavoitteet, miten tarkkoja perusjoukkoja vastaavia tunnuslukuja halutaan saada, miten useita tekijöitä on tarkoitus tarkastella samanaikaisesti ja miten homogeeninen perusjoukko on tutkittavan asian suhteen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistona voi toimia esimerkiksi vain yhden henkilön haastattelu, sillä tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta. (Hirsjärvi, ym. 2009, 180-181.)

Aineisto kerättiin kyselylomakkeen (LIITE1) avulla Porin Perusturvakeskuksen hoitotyön sijaisilta heinä-elokuussa 2013. Kyselylomake sisälsi sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Lomakkeen kysymykset jaettiin viiteen eri alueeseen; taustatiedot, perehdyttäminen, tiedonkulku, lääkehoito ja laite-turvallisuus. Strukturoitujen kysymyksen valintavaihtoehtoina oli viisiportainen asteikko; täysin eri mieltä, osittain eri mieltä, en samaa enkä eri mieltä, osittain samaa mieltä sekä täysin samaa mieltä. Vastaaaja sai valita omaa mielipidettään parhaiten sopivan vaihtoehdon. Avoimilla kysymyksillä täydennettiin väittämien valintavaihtoehtoja ja vastausta varten oli jätetty tyhjä tila kysymyksen alle. Kyselylomake hyväksyttiin opettajalla ja Porin perusturvakeskuksen yhteyshenkilöllä.

Kyselyyn vastasivat sijaisena toimivat sairaanhoitajat, lähihoitajat, sairaanhoitaja- ja lähihoitajaopiskelijat sekä muutama palveluavustaja. Tutkimus suoritettiin pitkäaikaisesta hoivapalvelua ja sairaalapalveluja tarjoaville alueille. Tarkempi otanta suoritettiin niin, että ensin otettiin yhteyttä sähköpostiviestillä vanhusten tehostettujen palveluasumisen ja vanhainkotihoidon yksiköiden esimiehiin. Seuraavalla viikolla soitettiin kyseisten yksiköiden esimiehille. Tutkimukseen valikoitui yksiköt, joihin saatiin puhelimitse yhteys ja tutkimus sopi heille. Sairaalaosastojen osastohoitajille soitettiin ilman etukäteen lähettyä sähköpostiviestiä, sillä osastohoitajien sähköpostiosoitteita ei ollut sairaaloiden yhteystiedoissa saatavilla. Valinta tehtiin samalla ta-

valla kuin vanhusten palvelukotien ja vanhainkotien kanssa. Kyselylomakkeet vietiin henkilökohtaisesti tutkimukseen osallistuvien yksiköiden esimiehille tai osastonhoitajille, jotka jakoivat kyselylomakkeet kriteereihin sopiville sijaisille. Kyselyn vastausaika oli kaksi viikkoa. Vastatut kyselylomakkeet palautettiin suljetussa kirjekuoressa esimiehelle tai osastonhoitajalle, jolta opinnäytetyön tekijä haki ne henkilökohtaisesti. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 132 (N=132) kappaletta ja kyselyyn vastasi 89 hoitajaa. Vastausprosentti oli 67,4 %.

4.3 Aineiston analysointi

Analyysivaiheessa selviää, minkälaisia vastauksia tutkimuskysymyksiin saadaan. Se, miten aineistoa käsitellään ja tulkitaan, riippuu osittain tutkijan valinnoista. Tutkimusongelmat ohjaavat menetelmien ja analyysien valintaa, sillä ongelma ja analyysi ovat yleensä rakenteeltaan yhteneväiset. (Hirsjärvi ym. 2009, 221.)

Aineiston tilastollisessa analysoinnissa käytettiin apuna Excel-taulukointiohjelmaa sekä Tixel-ohjelmaa. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysin avulla. Tässä opinnäytetyössä käytettiin induktiivista eli käsitelähtöistä sisällön analyysia. Keskeisimpiä tutkimustuloksia havainnollistettiin taulukoin ja kuvion sekä avointen kysymysten osalta lisäksi autenttisin lainauksin.

Sisällön analyysin avulla pystytään analysoimaan dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Tällä menettelytavalla pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällön analyysi vaatii kykyä pelkistää aineistoa ja muodostaa tästä tutkittavaa ilmiötä luotettavasti kuvaavia käsitteitä. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2012, 139.) Sisällön analyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon ilman, että sen sisältämä informaatio kadotetaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108).

Induktiivisen sisällön analyysiprosessiin kuuluu kolme vaihetta: aineiston redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistämisen aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Pelkistämisenä täytyy huomioida, että se vastaa tutkimusteh-

tävän mukaiseen kysymykseen, jolloin aineistosta pystytään karsimaan tutkimukselle epäolennainen pois. Ryhmittelyssä jaetaan nämä pelkistetyt ilmaisut yhtäläisyyksien ja erilaisuuksien mukaan omiin kategorioihinsa, alaluokkiinsa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4-10). Kategorialle annetaan sen sisältöä kuvaava nimi, joka voi olla esimerkiksi tutkittavan ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahointia kuvataan prosessiksi, jossa tutkija muodostaa yleiskäsitteiden avulla kuvauksen tutkimuskohteesta. Analyysin tuloksena syntyy esimerkiksi käsitekartta. Tuloksissa kuvataan kategorioiden sisällöt alakategorioiden ja pelkistettyjen ilmaisujen avulla. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4-10.)

Opinnäytetyössä avointen kysymysten vastaukset analysoitiin siten, että ensiksi kunkin kysymyksen kaikki vastaukset koottiin omiksi listoiksi. Tämän jälkeen listattuja vastauksia vertailtiin keskenään ja ryhmiteltiin luokkiin. Nämä ryhmät muodostivat kategorioita, joille annettiin niiden sisältöä kuvaava nimi. Sisällön analyysin tuloksena syntyi käsitekarttoja, joita työssä on käytetty.

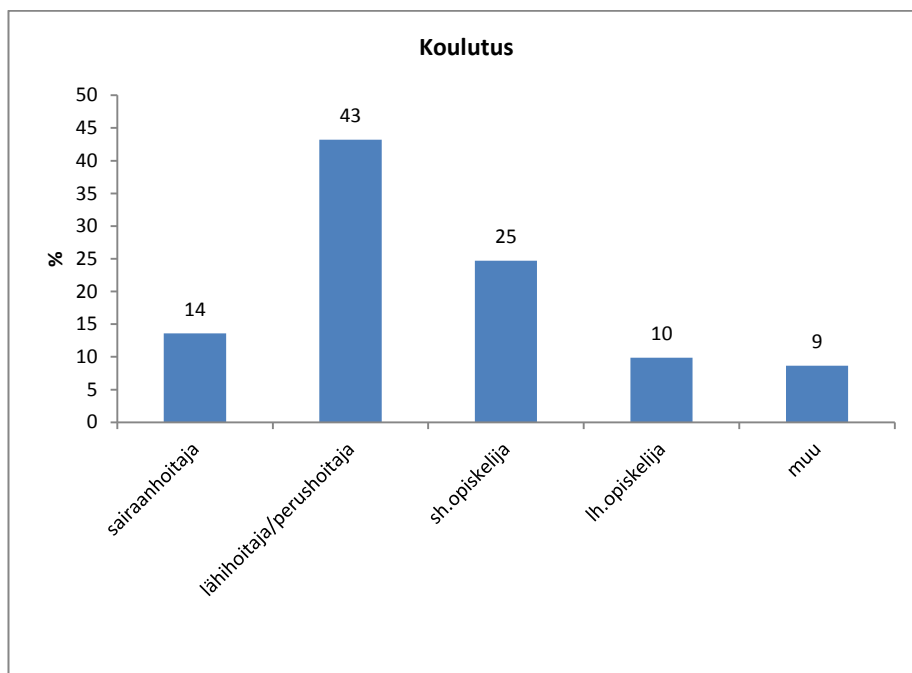
5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

5.1 Taustatiedot vastaajista

Kyselylomakkeita vietiin yksiköihin 132 kappaletta (N=132). Kyselyihin vastasi 89 sijaista, jolloin kyselyn vastausprosentiksi muodostui 67,4%. Vastaajien keski-ikä oli 29,5 vuotta. Vanhin vastaajista oli 62-vuotias ja nuorin 16-vuotias. Vastaajista yksi oli jättänyt mainitsematta ikänsä ja yksi ilmoittanut iäkseen alle 35-vuotias. Jälkimmäinen vastaus jätettiin huomioimatta tuloksissa (n=87).

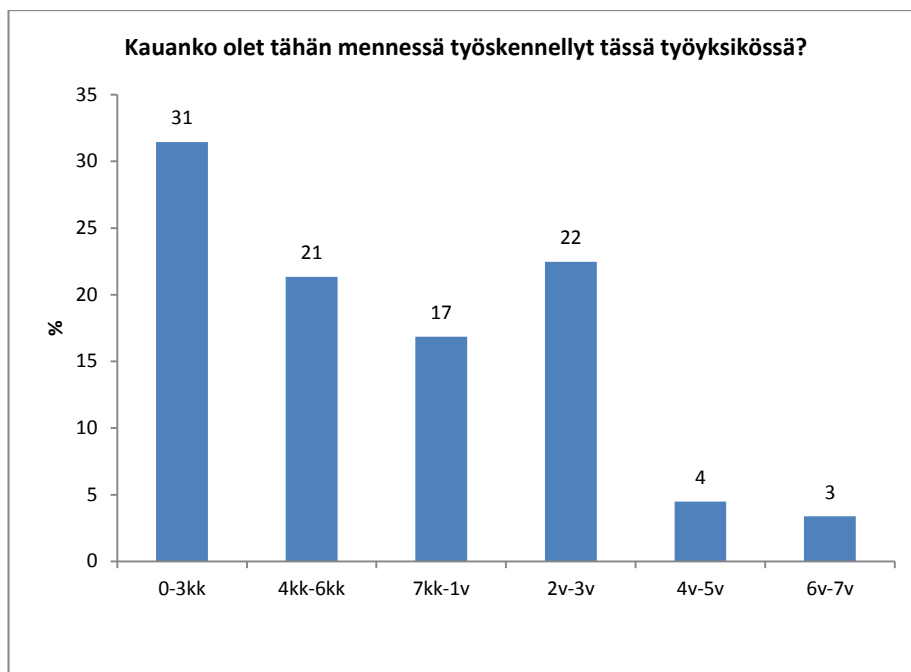
Kyselyyn vastanneista 43% (n=35) oli koulutukseltaan lähi- tai perushoitajia. Sairaanhoidajaksi valmistuneita oli 14% (n=11) vastanneista. Sairaanhoidajaopiskelijoita oli 25% (n=20) ja lähihoitajaopiskelijoita 10% (n=8) vastaajista. Seitsemän vastaajis-

ta (9%) oli ilmoittanut koulutukseksi muun vaihtoehdon. Näitä olivat mm. terveydenhoitaja, ylioppilas ja merkonomi. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Kyselyyn vastanneiden koulutus (n=81).

Vastanneista 69% (n=61) oli työskennellyt aiemmin nykyisessä työyksikössään ja 31%:lle vastaajista (n=27) nykyinen työyksikkö oli uusi. Kyselyyn vastanneista si-
jaista oli 31% (n=28) työskennellyt kyseisessä yksikössä 0 -3 kuukautta, 21% (n=19)
4 – 6 kuukautta, 17% (n=15) 7 kuukautta – 1 vuosi, 22% (n=20) 2 – 3 vuotta, 4%
(n=4) 4 – 5 vuotta ja 3% (n=3) 6 – 7 vuotta (Kuvio 2).



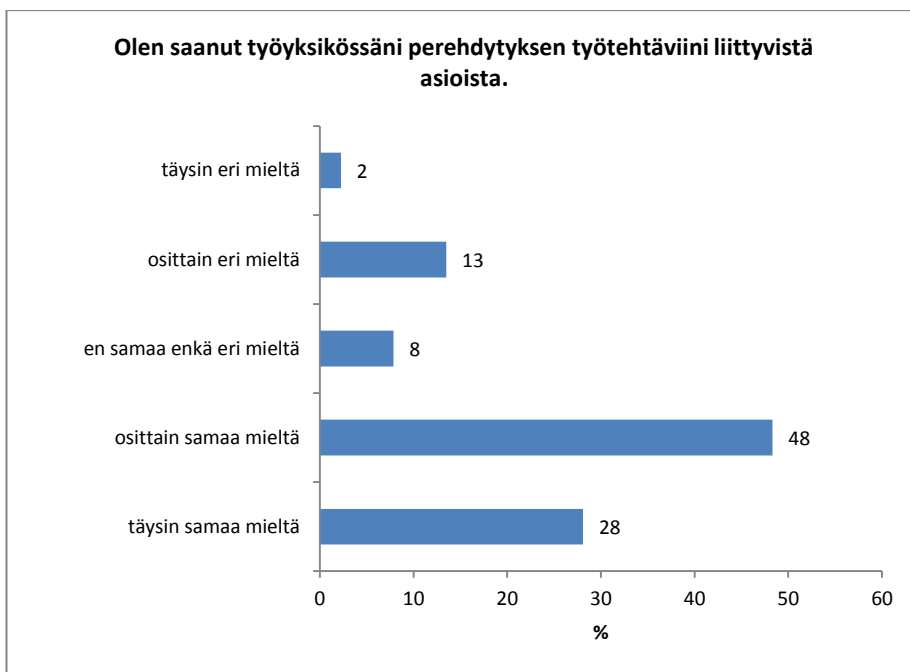
Kuvio 2. Sijaisten työaika työyksikössään kyselyyn vastatessaan (n=89).

Vastaajista 8% (n=7)) oli osallistunut Porin perusturvakeskuksen järjestämään sijaisten perehdytykseen 6.6.2013. Tilaisuuteen ei ollut osallistunut 92% (n=82) vastaajista. Vastaajista 74% (n=64) oli tutustunut työyksikkönsä perehdytysoppaaseen, kun taas 26% vastaajaa (n=23) ei ollut lukenut perehdytysopasta.

5.2 Porin perusturvakeskuksen sijaisten saama perehdytys

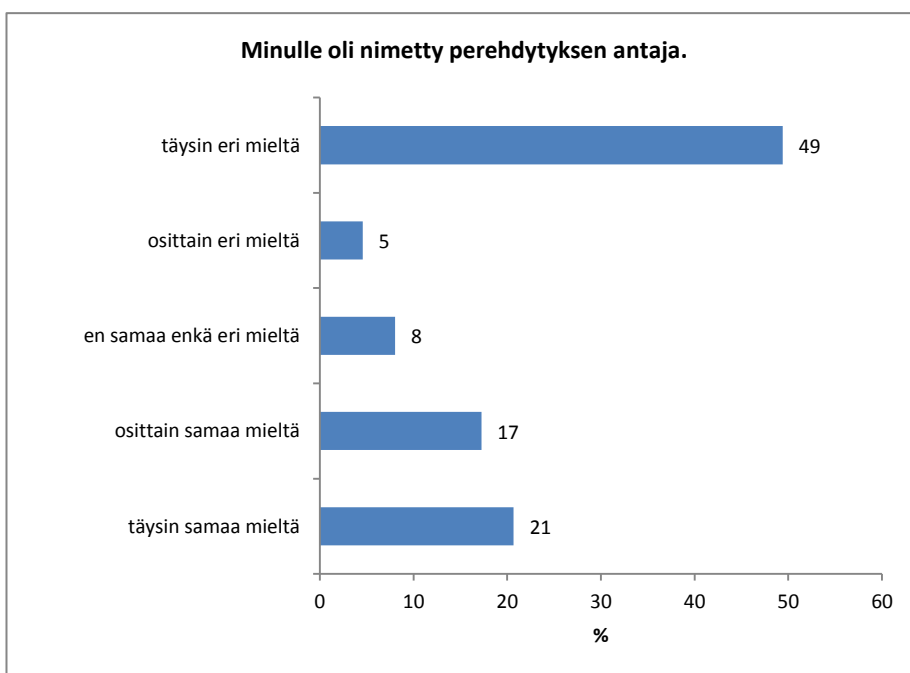
5.2.1 Sijaisten mielipiteitä kokonaisvaltaisesta perehdytyksestä ja perehdytysoppaasta

Vastaajista 28% oli täysin samaa mieltä ja 48% osittain samaa mieltä siitä, että oli saanut työyksikössään perehdytyksen työtehtäviin liittyvistä asioista. Vastaajista kaksi prosenttia oli täysin eri mieltä, 13% osittain eri mieltä ja kahdeksan prosenttia ei ollut samaa eikä eri mieltä asiasta. (Kuvio 3.)



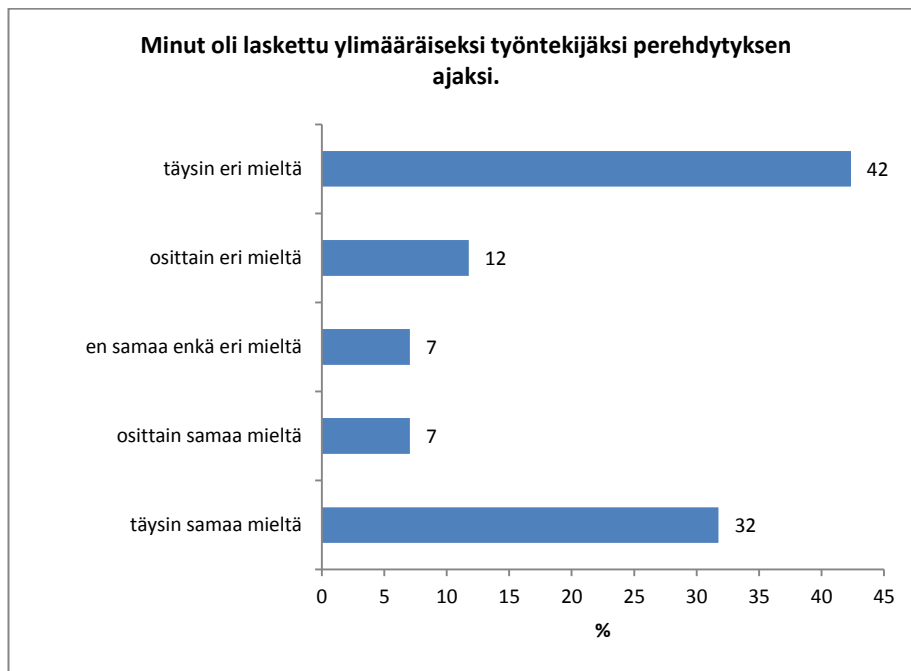
Kuvio 3. Sijaisten käsityksiä saamastaan perehdytyksestä työtehtäviin (n=89).

Vastaajista 49%:lle ei oltu nimetty perehdytyksen antajaa. Viisi prosenttia vastaajista oli osittain eri mieltä siitä, että hänelle oli nimetty perehdytyksen antaja ja 17% oli jokseenkin samaa mieltä asiasta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että 21%:lle vastaajista oli nimettynä perehdyttäjät. Kahdeksan prosenttia vastaajista oli valinnut vastausvaihtoehdoksi ”en samaa enkä eri mieltä”. (Kuvio 4.)



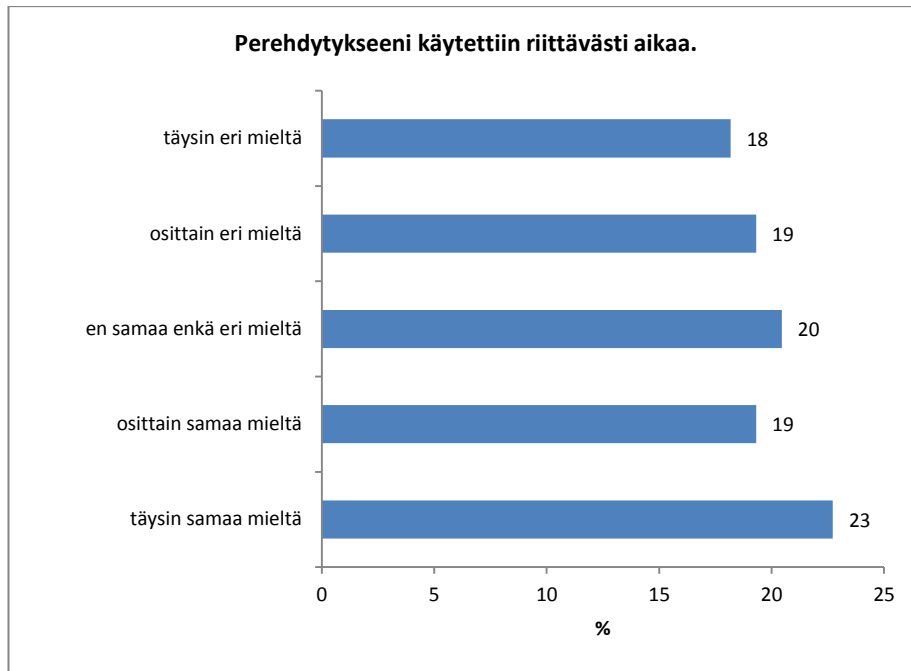
Kuvio 4. Sijaisten käsitys nimetystä perehdyttäjistä (n=87).

Tuloksista ilmeni, että 42% vastanneista sijaisista ei oltu laskettu ylimääräiseksi työntekijäksi perehdytyksensä aikana. Osittain eri mieltä asiasta oli 12% vastanneista. Vastaajista 32% oli täysin samaa mieltä ja 7% osittain samaa mieltä siitä, että oli ollut perehdytyksensä aikana ylimääräisenä työntekijänä. Seitsemän prosenttia vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämän kanssa. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Sijaisten käsityksiä ylimääräisenä työntekijänä olosta perehdytyksen aikana (n=85).

Tuloksista kävi ilmi, että 23% oli täysin samaa mieltä ja 19% osittain samaa mieltä siitä, että perehdytykseen oli käytetty riittävästi aikaa. Ajan käytön suhteen oli täysin eri mieltä 18% ja osittain eri mieltä 19%. Ei samaa eikä eri mieltä asiasta oli 20%. (Kuvio 6.)



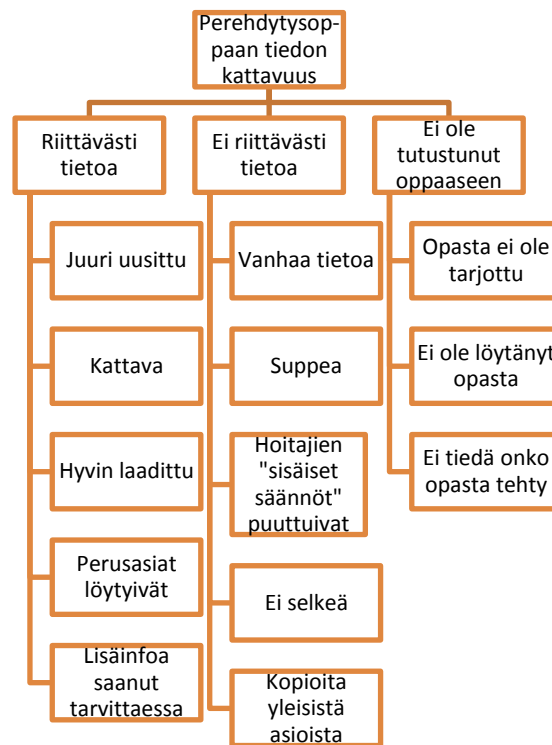
Kuvio 6. Sijaisten käsityksiä perehdytykseen käytettävän ajan riittäväydestä (n=88).

Kysyttäessä perusturvakeskuksen sijaisilta heidän mielipidettään perehdytysoppaan tiedon kattavuuteen yli puolet vastanneista hoitajista sanoi tietoa olevan oppaassa riittävästi. He kertoivat oppaan olevan hyvin laadittu ja sisällöstä löytyvän kaikki perusasiat. Oppaasta oli tarvittaessa saanut lisäinfoa epäselviin asioihin. Yksi vastanneista hoitajista mainitsi työyksikössään olevan juuri uusittu perehdytysopas. (Kuvio 7.)

”Perehdytysopas oli erittäin kattava. Paloturvallisuuteen oli oma kansio, joka myöskin sisälsi riittävästi tietoa.”

Vastaajat, joiden mielestä opas ei sisältänyt riittävästi tietoa, kertoivat oppaan olevan suppea ja toivoivat, että hoitajien ”sisäiset säännöt” tulisivat oppaaseen näkyviin. Osa hoitajista kertoi perehdytysoppaan sisältävän vanhentunutta tietoa ja kaipaavan aktiivista päivitystä. Myös oppaiden epäselkeyteen kaivattiin muutosta, sillä pari hoitajaa mainitsi oppaan sisältävän kopioita sähköpostiviesteistä ja internetistä. Noin kuudennes kyselyyn vastanneista hoitajista mainitsi, ettei ole nähnyt opasta. Vastaajat eivät olleet löytäneet opasta, eikä sitä ollut heille tarjottu. Yksi vastanneista kertoi, ettei tiennyt onko opasta tehty osastolle. (Kuvio 7.)

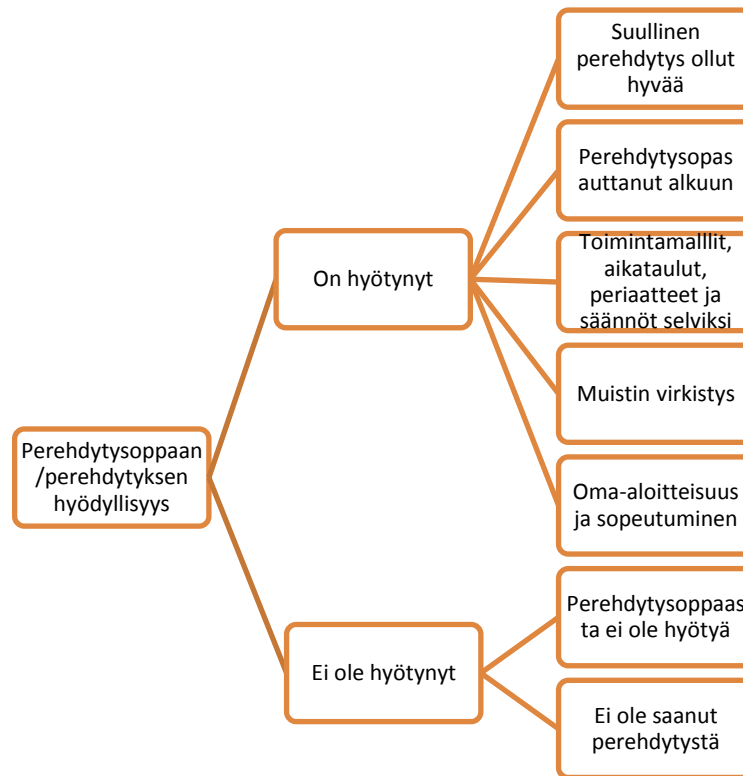
”...Paljon puuttui pieniä 'kirjoittamattomia sääntöjä’.”



Kuvio 7. Sijaisien mielipiteitä perehdytysoppaan kattavuudesta.

Kysyttäessä mielipidettä, kuinka sijaiset ovat hyötynet perehdytysoppaasta ja saamastaan perehdytyksestä, vastanneista hoitajista suurin osa kertoi hyötynensä näistä. Työkaverin antamaa suullista perehdytystä kehitettiin hyväksi ja perehdytysoppaasta oli ollut hyötyä erityisesti työsuhteen alussa. Valtaosa vastanneista oli perehdytyksen ja oppaan ansiosta oppinut työpaikkansa toimintamallit, aikataulut, periaatteet ja säännöt. Tämä oli edesauttanut sopeutumista työyhteisöön ja antanut valmiudet toimia oma-aloitteisesti työssään. Perehdytysopas oli toiminut myös hyvänä muistin virkistysvälineenä. Pieni osa vastaajista kuitenkin kertoi, ettei ollut hyötynyt perehdytysoppaasta. Syiksi oli mainittu, ettei perehdytysopas ole yhtä toimiva kuin käytännön opetus ja perehdytysopasta ei ole työsuhteen alussa osastolla ollut tai se ei ole ollut ajan tasalla. Kyselyyn vastanneista sijaisista kolme vastasi, ettei ole työsuhteen alussa saanut minkäänlaista perehdytystä ja kaksi vastasi olleensa työyksikössään harjoittelussa ja sinä aikana saaneensa hyvän perehdytyksen. (Kuvio 8.)

”Perehdytysoppaasta olen hyötynyt alussa enemmän, olen ns. päässyt alkuun sen avulla.”



Kuvio 8. Sijaisten mielipiteitä perehdytysoppaan ja perehdytyksen hyödyllisyydestä.

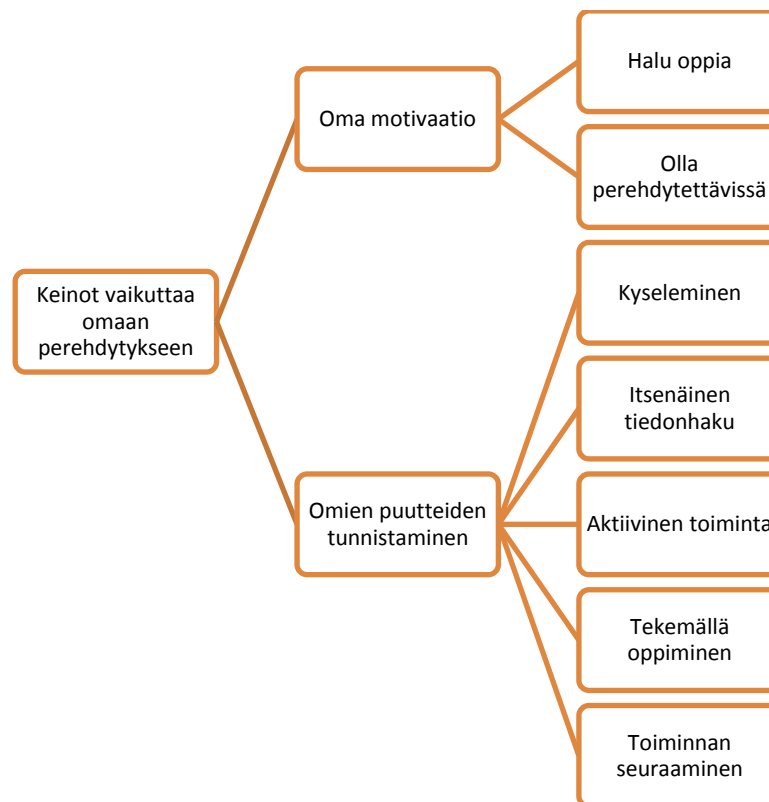
Kyselyssä pyydettiin sijaisia kuvailemaan, millä keinoin he itse ovat vaikuttaneet omaan perehdytykseen ja tiedonhakuun. Omaan perehdytykseen vaikuttavat keinot pystyi vastauksien perusteella jakamaan kahteen luokkaan: omaan motivaatioon ja omien puutteiden tunnistamiseen. Omaan motivaatioon liittyivät halu oppia uusia asioita ja olla helposti perehdytettävissä. Omien puutteiden tunnistamisessa tuli esiin kyselyminen, itsenäinen tiedonhaku, aktiivinen toiminta, tekemällä oppiminen ja muiden toiminnan seuraaminen. (Kuvio 9.)

”Olen ollut kiinnostunut ja aktiivinen ja ennen kaikkea olen halunnut oppia, joten olen ollut perehdytettävissä.”

Suurin osa vastaajista kertoi kysylevänsä neuvoa aktiivisesti työyhteisönsä jäseniltä, kun huomasi tiedoissaan olevan puutteita tai epäselvyyksiä. Yksi vastanneista hoitajista sanoi kysylevänsä usealta työyhteisön jäseneltä vastauksia samaan kysymykseen ja näiden vastauksien perusteella muokkaavansa omaa toimintaansa. Useat vastaajat kertoivat vaikuttavansa omaan perehdytykseen itsenäisellä tiedonhauulla. Tiedon

lähteinä käytetään perehdytyskansion lisäksi potilaspapereita, sähköpostiviestejä, internetiä, erilaista kirjallisuutta, kuten Pharmaca Fennicaan, ja kansliasta löytyviä kansioita. Oma aktiivinen toiminta ja tekemällä oppiminen nousivat myös vastauksista esille. Uudet työtehtävät oli opetettu työn ohella, kun sijainen oli kertonut, ettei aiempaa kokemusta ollut. Pari vastaajaa kertoi seuraavansa muiden työntekijöiden toimintaa tai kuuntelevansa kollegan perehdytystä ja tällä tavoin vaikuttavansa myös omaan perehtymiseensä. (Kuvio 9.)

”Olen ottanut asioista selvää kyselemällä samoja kysymyksiä, mutta eri henkilöiltä. Näin olen päässyt sitten itse ’muokkaamaan’ ja tekemään asioista omanlaiseni.”

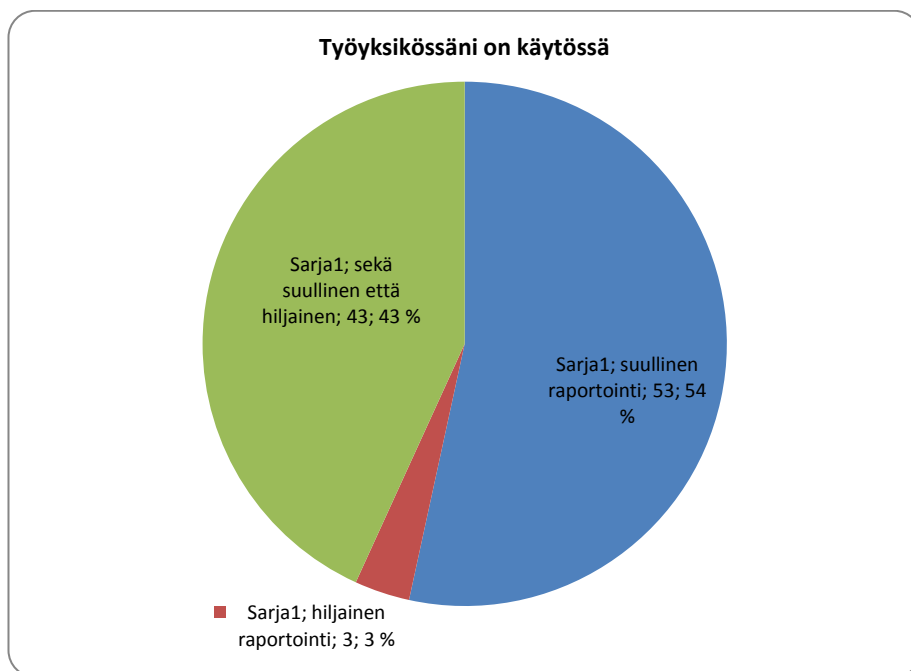


Kuvio 9. Sijaisten keinot vaikuttaa omaan perehdytykseensä.

5.2.2 Sijaisten saama perehdytys tiedonkulun osa-alueelta

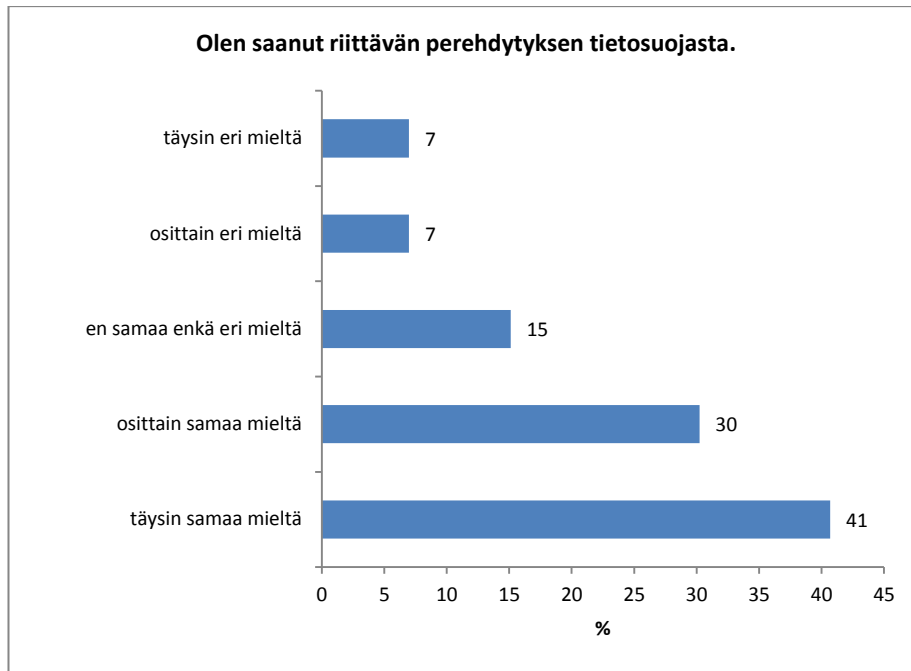
Noin puolet vastaajista ilmoitti, että työyksikössä oli käytössä suullinen raportointi (53%, n=47). Hiljaista raportointia käytettiin kolmen vastaajan työyksikössä (4%).

Sekä hiljainen että suullinen raportointi oli käytössä 38:n vastanneen sijaisen työyksikössä (43%). (Kuvio 10.)



Kuvio 10. Työyksikössä käytössä oleva raportointimenetelmä (n=88)

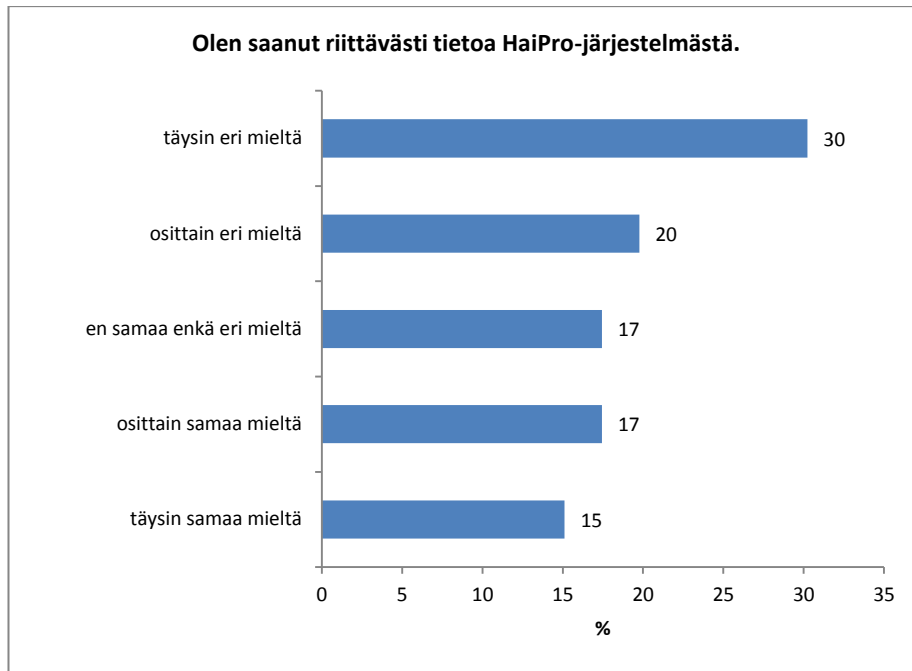
Tuloksista ilmeni, että 41% oli täysin samaa mieltä ja 30% osittain samaa mieltä siitä, että oli saanut riittävän perehdytyksen tietosuojasta. Seitsemän prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, ettei tietosuojasta saamansa perehdytys ollut riittävää ja seitsemän prosenttia oli osittain eri mieltä siitä, että tietosuojan perehdytys oli riittävää. Vastanneista sijaisista 15% ei ollut samaa eikä eri mieltä asian kanssa. (Kuvio 11.)



Kuvio 11. Sijaisten käsityksiä tietosuojan perehdytyksen riittävydestä (n=86).

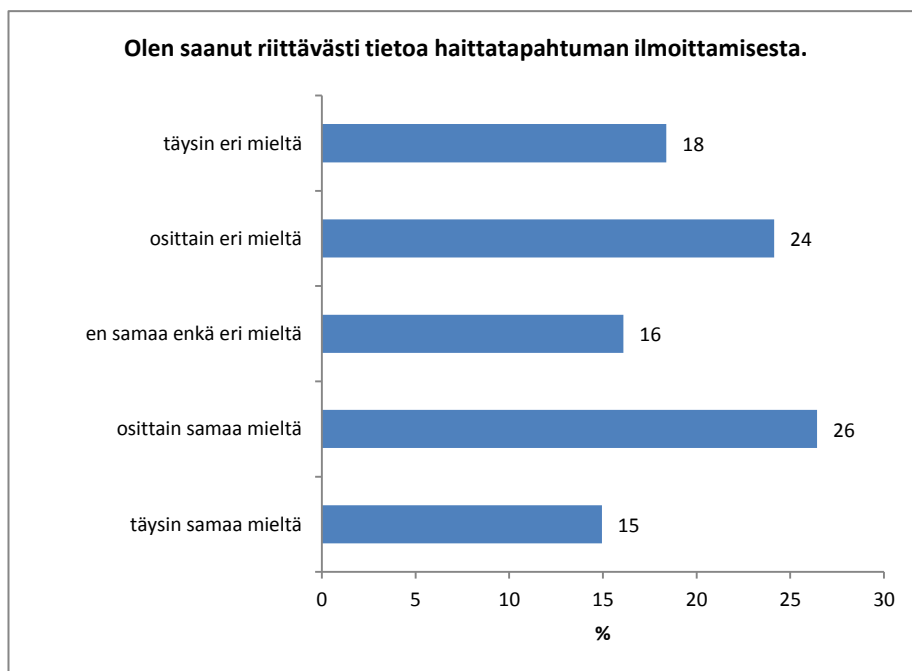
ISBAR-raportointimenetelmä oli enemmistölle tuntematon. Kyselyyn vastanneista sijaisista 90% ei ollut tietoinen, mikä ISBAR on. Vain yhdeksän sijaista 88:sta vastaajasta (10%) tunnisti raportointimenetelmän.

HaiPro-järjestelmän perehdytyksen riittävydestä oli 30% täysin eri mieltä ja 20% osittain eri mieltä. Täysin samaa mieltä oli 15% ja osittain samaa mieltä 17% vastaajista. Kyselyyn vastanneista sijaisista 17% oli valinnut väittämän vastaukseksi ”en samaa enkä eri mieltä”. (Kuvio 12.)



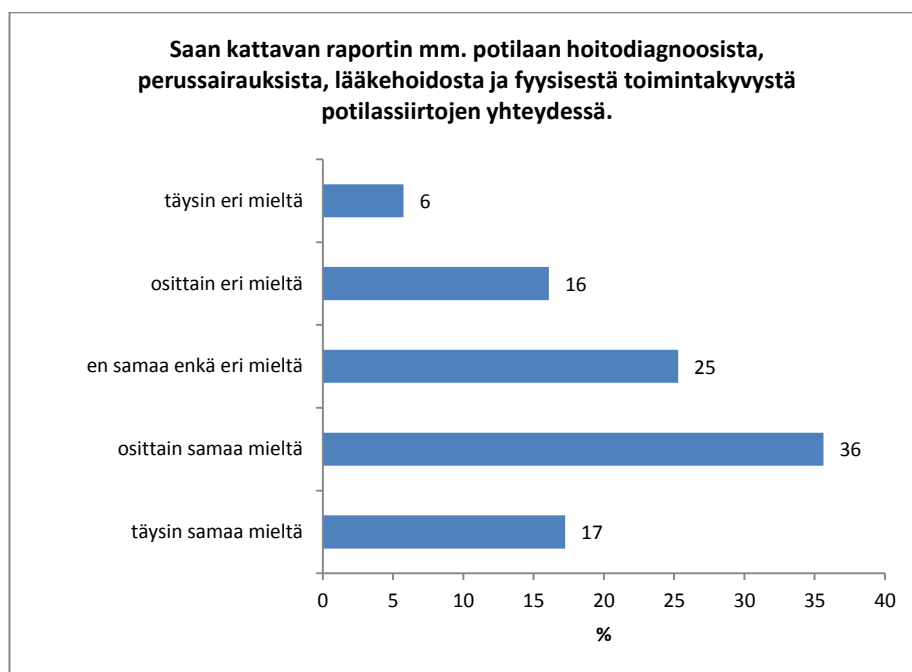
Kuvio 12. Sijaisien käsityksiä HaiPro-järjestelmän perehdytyksen riittäväydestä (n=86).

Täysin samaa mieltä oli 15% ja osittain samaa mieltä 26% vastaajista siitä, että he olivat saaneet riittävästi tietoa haittatapahtuman ilmoittamisesta. Kyselyyn vastanneista sijaisista 18% oli täysin eri mieltä ja 24% osittain eri mieltä asiasta. Vastaajista 16% ei osannut sanoa, onko samaa vai eri mieltä väittämän kanssa. (Kuvio 13.)



Kuvio 13. Sijaisten käsityksiä haittatapahtumien ilmoittamisen perehdytyksestä (n=87).

Tuloksista kävi ilmi, että 17% vastaajista sai potilassiirtojen yhteydessä kattavan raportoinnin potilaan sen hetkisestä tilasta ja 36% oli osittain samaa mieltä asiasta. Vastaajista 6% oli sitä mieltä, ettei raportointi potilassiirtojen yhteydessä ollut riittävää ja 16% oli osittain eri mieltä asiasta. Neljännes vastaajista (25%) ei ollut samaa eikä eri mieltä asiasta. (Kuvio 14.)



Kuvio 14. Sijaisten käsityksiä raportoinnin riittävydestä potilassiirtojen yhteydessä (n=87).

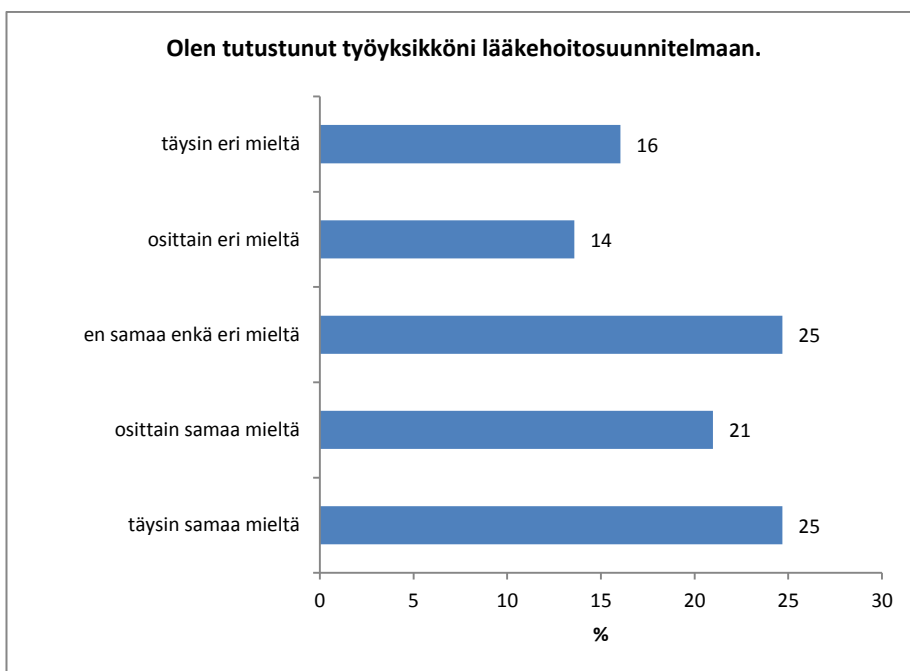
5.2.3 Sijaisten saama perehdytys lääkehoidon osa-alueelta

Vajaa kolmannes vastaajista (30%) piti riittävänä saamaansa perehdytystä lääkehoidon toteuttamisesta ja 37% vastanneista oli osittain samaa mieltä. Seitsemän prosenttia vastaajista oli täysin eri mieltä ja 11% osittain eri meiltä asiasta. Vastanneista sijaisista 15% ei ollut samaa eikä meiltä väittämän kanssa. (Kuvio 15.)



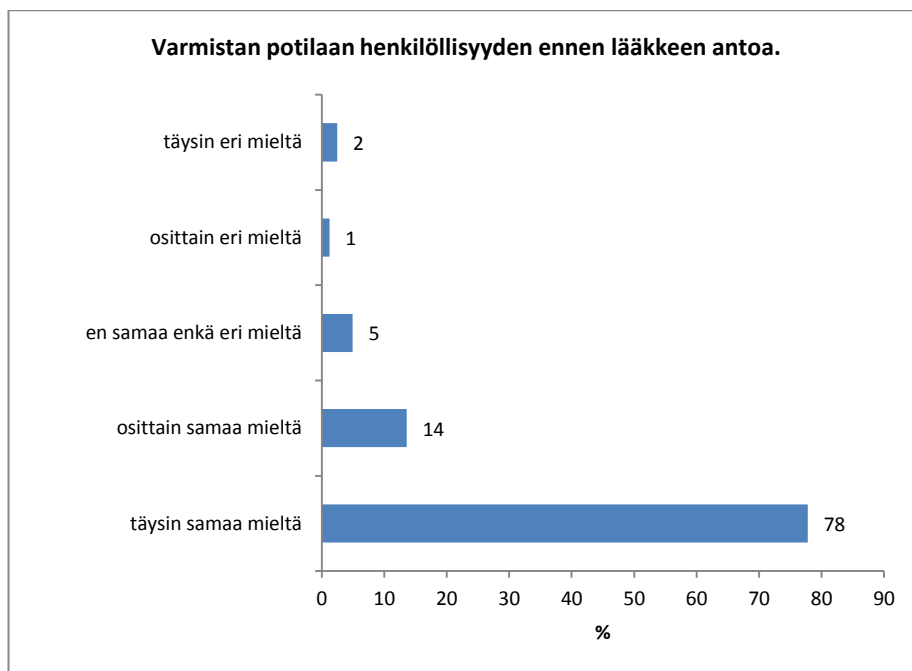
Kuvio 15. Sijaisten käsityksiä riittävästä perehdytyksestä lääkehoidon toteuttamiseen (n=84).

Neljännes (25%) vastaajista oli tutustunut työyksikkönsä lääkehoitosuunnitelmaan ja 21% oli osittain samaa mieltä asiasta. Vastaajista 16% täysin eri meiltä ja 14% osittain eri mieltä. Neljännes (25%) ei ollut samaa eikä eri meiltä. (Kuvio 16.)



Kuvio 16. Sijaisten tutustumien lääkehoitosuunnitelmaan (n=81).

Vastanneista sijaisista 78% oli täysin samaa mieltä ja 14% osittain samaa mieltä siitä, että tarkistaa potilaan henkilöllisyyden ennen lääkkeen antoa. Kaksi prosenttia ei tarkistanut potilaan henkilöllisyyttä ja yksi prosentti oli osittain eri mieltä asiasta. Viisi prosenttia ei ollut samaa eikä eri mieltä asiasta. (Kuvio 17.)

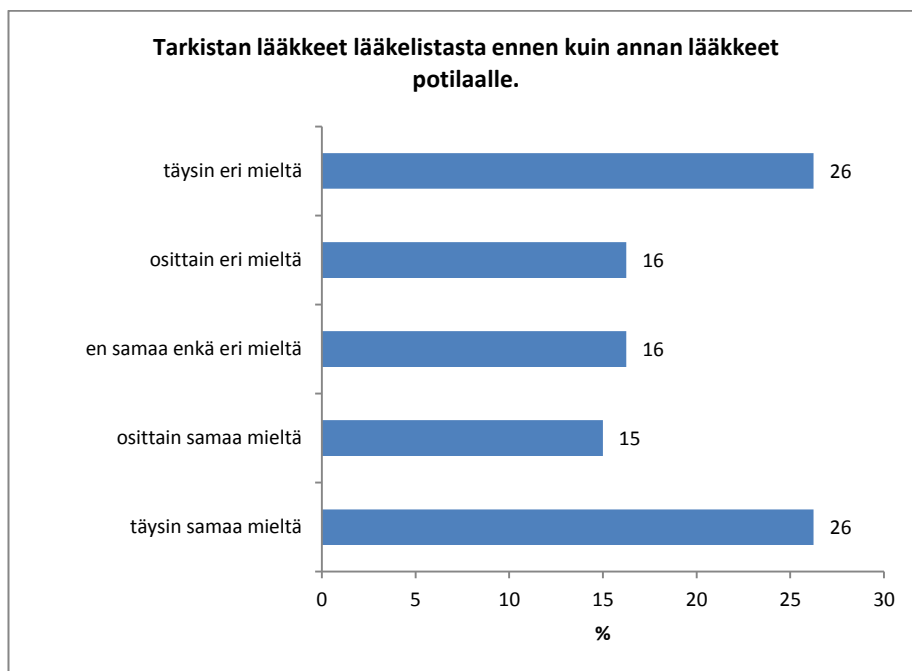


Kuvio 17. Potilaan henkilöllisyyden tarkistaminen ennen lääkkeen antoa sijaisten toimesta (n=81).

Kyselyyn vastanneet sijaiset varmistivat potilaan henkilöllisyyden tarkistamalla tai kysymällä. Henkilöllisyyden tarkistus onnistui potilasrannekkeista, nimellä ja kuvalla varustetusta dosetista, huoneen numerosta ja vuodepaikasta, sängyn päädyissä olevista nimilapuista ja kuvallisesta perehdytyskortista. Henkilöllisyys varmistettiin kysymällä potilaalta itseltään nimeä tai henkilötunnusta. Jos potilas ei ollut kykenevä kommunikoimaan, varmistettiin henkilöllisyys muilta henkilökunnan jäseniltä, potilaan omaisilta tai saattajalta. Osa vastanneista hoitajista kuitenkin kertoi, ettei varmista etukäteen potilaan henkilöllisyyttä. He kertoivat tuntevansa potilaat, sillä vanhusten hoitokodeissa vaihtuvuus oli vähäistä.

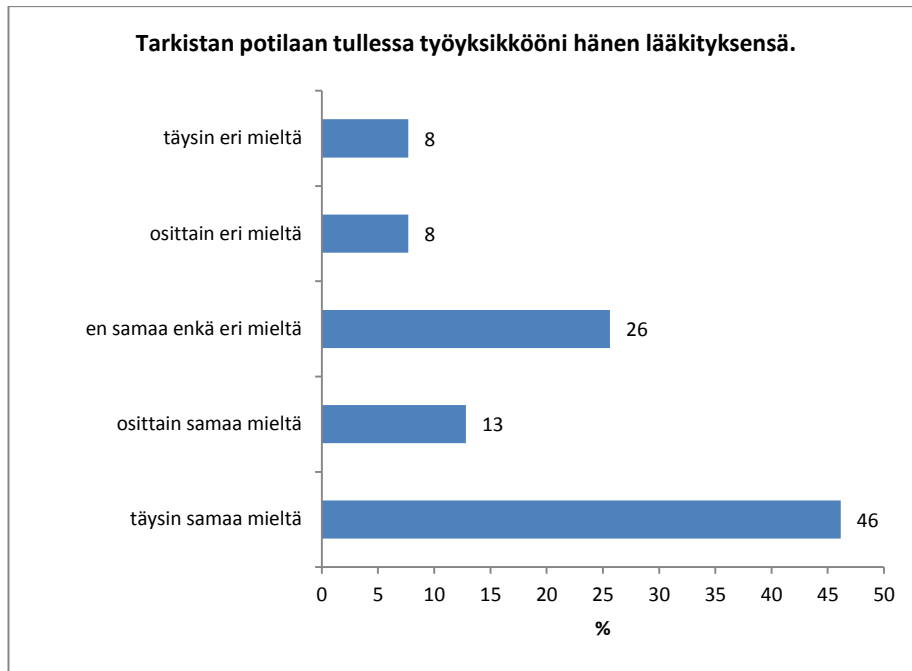
Vastanneista 26% tarkisti lääkkeiden ja lääkelistan yhteneväisyyden vielä ennen lääkkeiden antoa potilaalle, kun taas 26% jätti lääkkeet tarkistamatta. Vastaajista

15% oli osittain samaa mieltä ja 16% osittain eri mieltä asiasta. Ei samaa eikä eri mieltä oli 16% vastaajista. (Kuvio 18.)



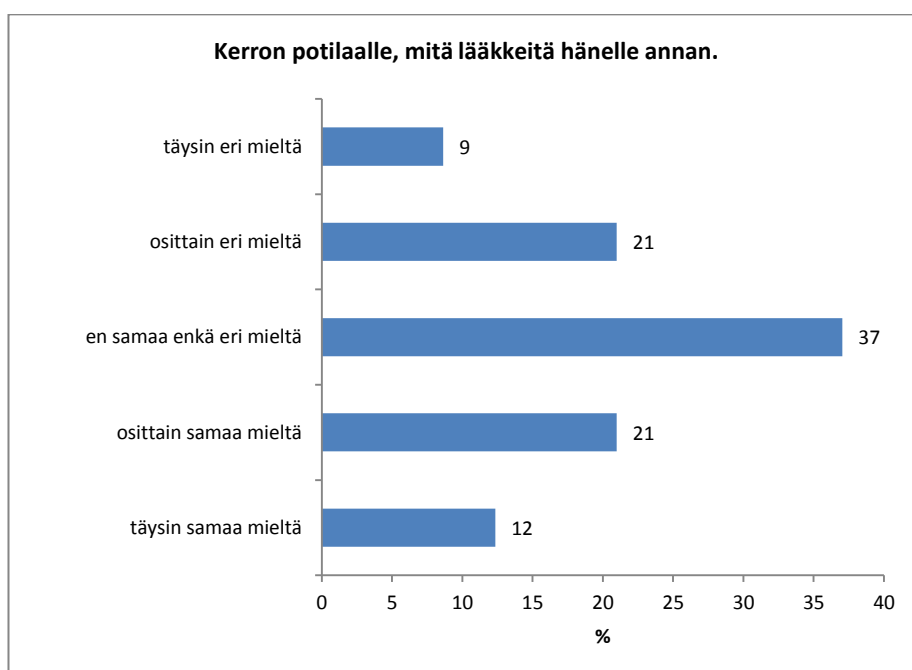
Kuvio 18. Lääkkeiden ja lääkelistan yhteneväisyyden tarkistaminen sijaisten toimesta (n=80).

Uuden potilaan saapuessa työyksikköön 46% vastaajista tarkisti potilaan lääkelistan paikkansa pitävyyden. Osittain samaa mieltä oli 13% vastaajista. Vastaajista kahdeksan prosenttia ei tarkistanut uuden potilaan lääkelistaa. Kahdeksan prosenttia oli osittain eri mieltä asiasta. Vastaajista 26% ei ollut väittämän kanssa samaa eikä eri mieltä. (Kuvio 19.)



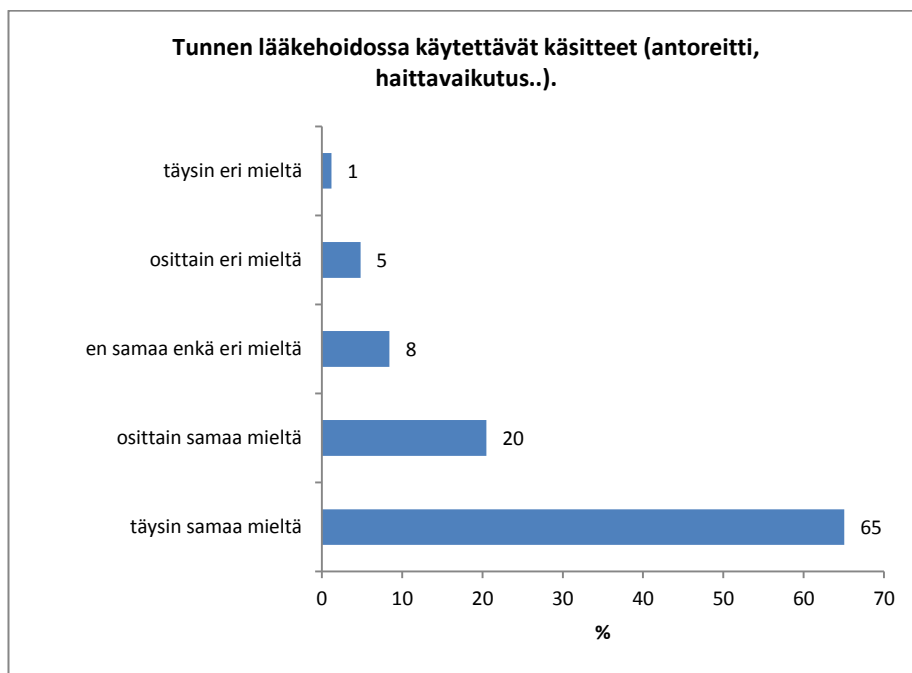
Kuvio 19. Potilaan lääkityksen tarkistaminen potilaan saapessa työyksikköön (n=78).

Vastanneista sijaisista 12% kertoi potilaalle, mitä lääkkeitä antaa hänelle ja 21% oli osittain samaa mieltä. Yhdeksän prosenttia vastaajista ei kertonut lääkkeidenannon yhteydessä potilaalle, mistä lääkkeistä oli kyse. Vastanneista 21% oli osittain eri mieltä siitä, että kertoo potilaalle, mitä lääkkeitä antaa hänelle. Sijaisista 37% vastasi, ettei ole samaa eikä eri mieltä asian kanssa. (Kuvio 20.)



Kuvio 20. Lääkityksen selvittäminen potilaalle lääkkeiden annon yhteydessä (n=81).

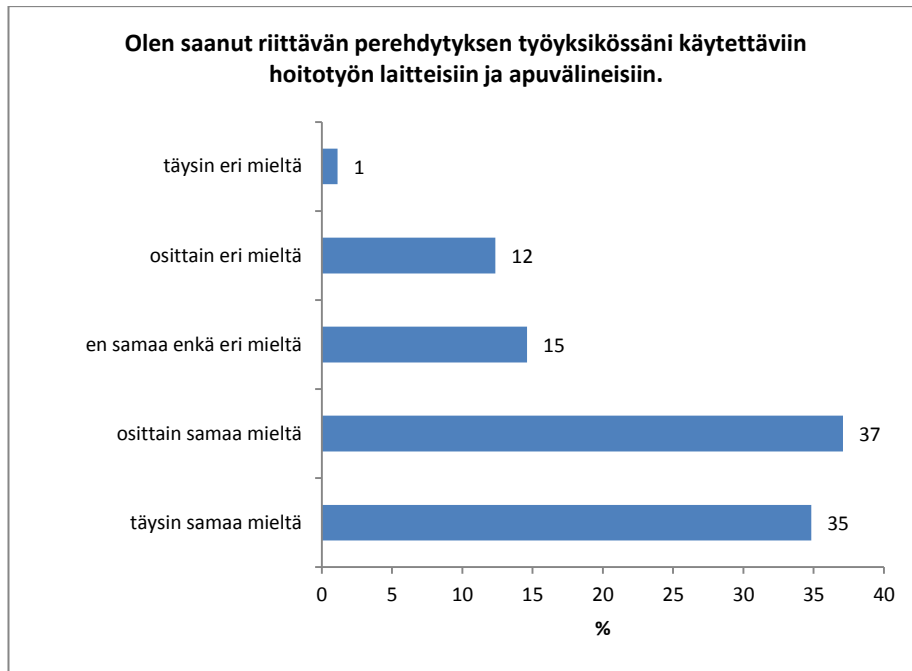
Tuloksista ilmeni, että yli puolet (65%) vastanneista sijaisista tunsivat lääkkehoidossa käytettävät käsitteet. Sijaisista 20% oli osittain samaa mieltä asiasta. Asian kanssa täysin eri mieltä oli yksi prosentti, osittain eri mieltä viisi prosenttia ja ei samaa eikä eri mieltä kahdeksan prosenttia. (Kuvio 21.)



Kuvio 21. Sijaisien käsityksiä lääkkehoidon käsitteiden tuntemisestaan (n=83).

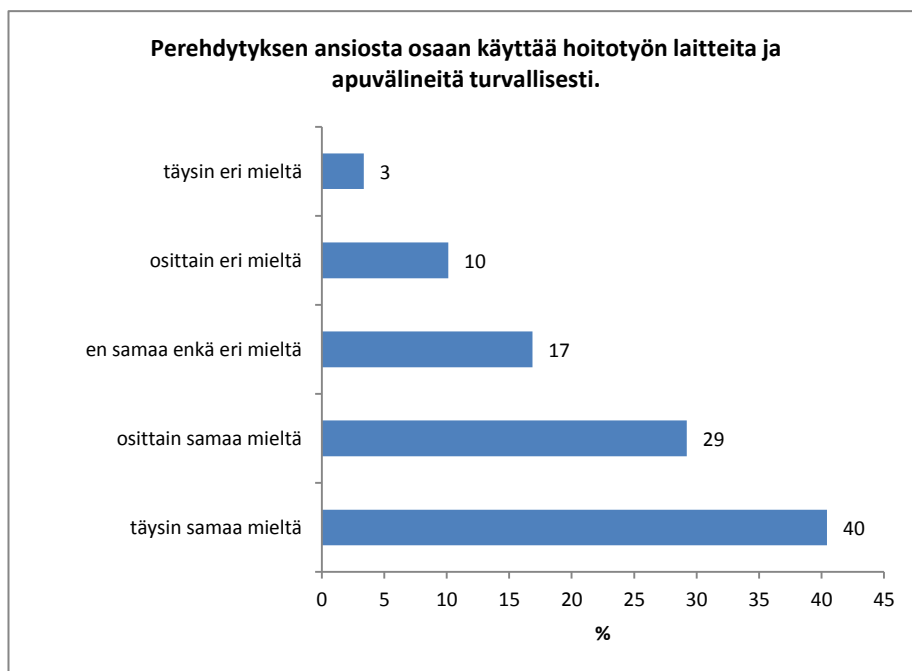
5.2.4 Sijaisien saama perehdytys laiteturvallisuuden osa-alueelta

Vastanneista 35% oli täysin samaa mieltä ja 37% osittain samaa mieltä siitä, että oli saanut riittävän perehdytyksen työyksikössä käytettäviin hoitotyön laitteisiin ja apuvälineisiin. Yksi prosentti oli täysin eri mieltä laitteiden ja apuvälineiden perehdytyksen riittävydestä ja 12% oli osittain eri mieltä asiasta. Ei samaa eikä eri mieltä oli 15% vastaajista. (Kuvio 22.)



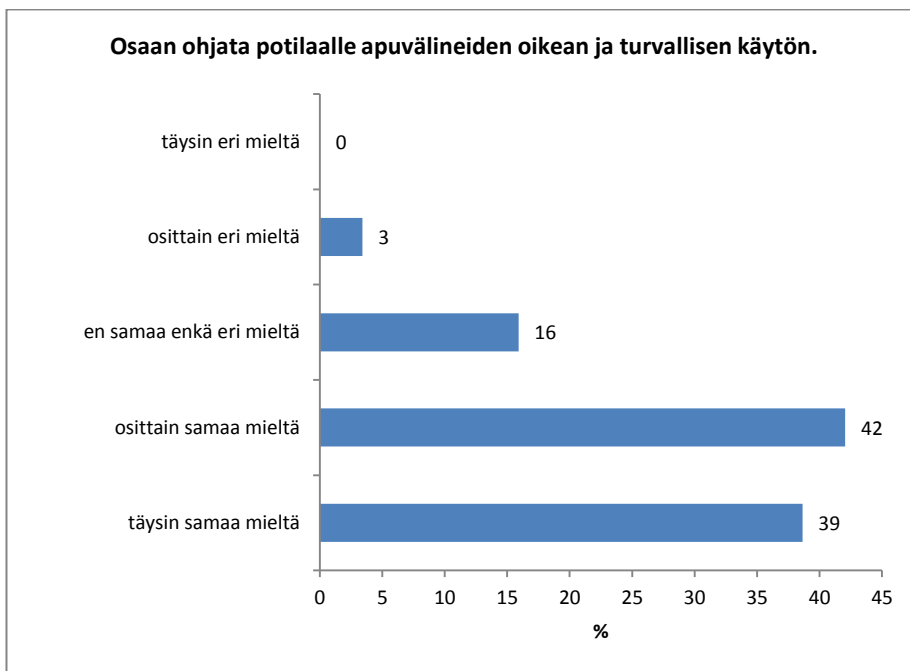
Kuvio 22. Sijaisten käsityksiä laitteiden ja apuvälineiden perehdytyksen riittävydestä (n=89).

Tuloksista ilmeni, että 40% vastanneista sijaisista osasi saamansa perehdytyksen ansiosta käyttää hoitotyön laitteita ja apuvälineitä turvallisesti. Osittain samaa mieltä oli 29% vastaajista. Kolme prosenttia vastanneista oli täysin eri mieltä väittämän kanssa, 10% osittain eri mieltä ja 17% ei ollut samaa eikä eri mieltä. (Kuvio 23.)



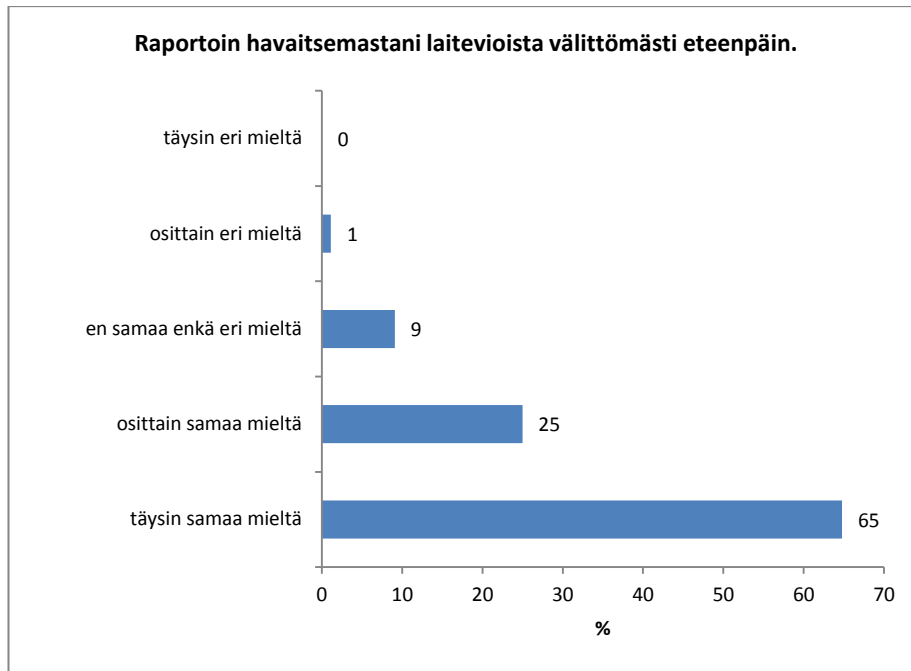
Kuvio 23. Sijaisten käsityksiä apuvälineiden turvallisesta käytöstä (n=89).

Vastaajista 39% ilmoitti osaavansa ohjata potilaalle turvallisen apuvälineiden käytön ja 42% oli osittain samaa mieltä asiasta. Vastaajista 16% ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämästä ja kolme prosenttia oli vastannut olevansa osittain eri mieltä. Kukaan ei ollut valinnut vastausvaihtoehdoksi ”täysin eri meiltä”. (Kuvio 24.)



Kuvio 24. Sijaisten käsityksiä apuvälineiden turvallisen käytön ohjauksesta potilaalle (n=88).

Yli puolet (65%) kertoi raportoivansa havaitsemansa laiteviat välittömästi eteenpäin. Vastaajista neljännes (25%) oli osittain samaa mieltä. Yhdeksän prosenttia vastanneista sijaisista ei ollut väittämästä samaa eikä eri meiltä ja yksi prosentti vastanneista oli osittain eri mieltä. ”Täysin eri mieltä”-vaihtoehtoa ei ollut yksikään vastaaja valinnut. (Kuvio 25.)



Kuvio 25. Sijaisten käsityksiä havaitsemiensa laitevikojen ilmoittamisesta (n=88).

5.3 Porin perusturvakeskuksen sijaisten mielipiteitä perehdytyksen kehittämisestä

Kokonaisvaltaisen perehdytyksen kehittämisideoissa tuli esiin ajan käyttö, työyhteisön osallisuus ja perehdytyksen selkeys. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että kokonaisvaltaista perehdytystä ei ollut tarvetta kehittää, sillä se on tällä hetkellä toimivaa ja tiedon saanniltaan riittävää. (Kuvio 26.)

Noin puolet vastanneista sijaisista kehittäisi kokonaisvaltaista perehdytystä ajankäytön osalta. Sijaiset toivoivat enemmän aikaa käytettäväksi perehdytykseen, sillä nykyinen aika ei riitä sisäistämään kaikkia perehdytykseen kuuluvia asioita. Osa vastanneista toivoi, että perehdytykseen varattaisiin täysin erillinen aikansa. Uudelle sijaiselle toivottiin annettavan mahdollisuus olla ylimääräisenä työyhteisön jäsenenä perehdytyksensä aikana muutaman työvuoron ajan. (Kuvio 26.)

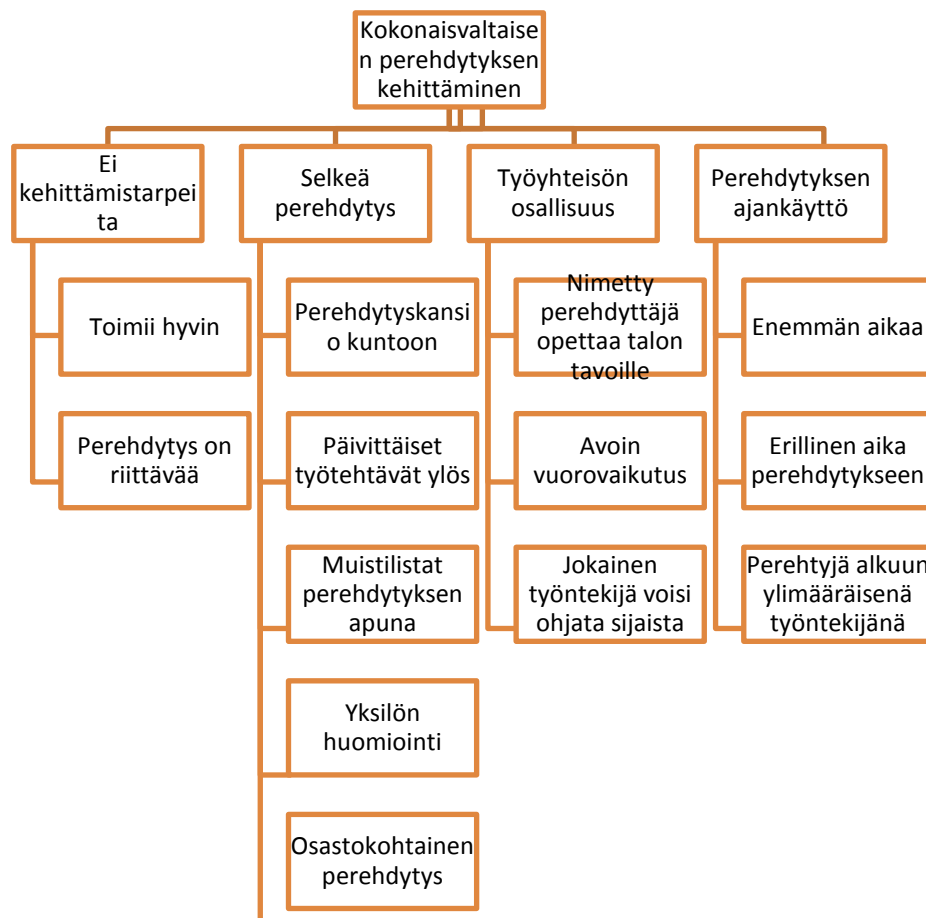
”Tarjoaisin uudelle työntekijälle edes yhden päivän mahdollisuuden olla ylimääräinen työntekijänä.”

Työyhteisön osallisuudessa nousi esiin ehdotus yhdestä nimitetystä ohjaajasta, joka opettaisi sijaisen niin sanotusti ”talon tavoille”. Lisäksi työyhteisön jäsenten kesken

toivottiin avointa ilmapiiriä ja jokaiselle työntekijälle valmiudet ohjata sijaista tarvittaessa. (Kuvio 26.)

Perehdytystä toivottiin selkiinnyttävän siten, että perehdytyskansiot päivitettäisiin ja asetettaisiin esille. Sijaisille toivottiin koottavan muistilista, josta käy ilmi päivittäiset työtehtävät. Perehdytykseen sisältyvät asiat olisi hyvä koota yhteen lomakkeeseen, josta pystyttäisiin seuraamaan, mitä sijaiselle on jo perehdytetty. Huomiota tulisi myös kiinnittää sijaisen aiempaan kokemukseen tai kokemattomuuteen. Muutama vastanneista sijaisista toivoi osastokohtaista perehdytystä. (Kuvio 26.)

”Perehdyttäjällä voisi olla vaikka joku yksikön yhteinen ja yhdessä laadittu lista, josta hän voisi tarkistaa, että kaikki oleelliset asiat on käyty läpi...”



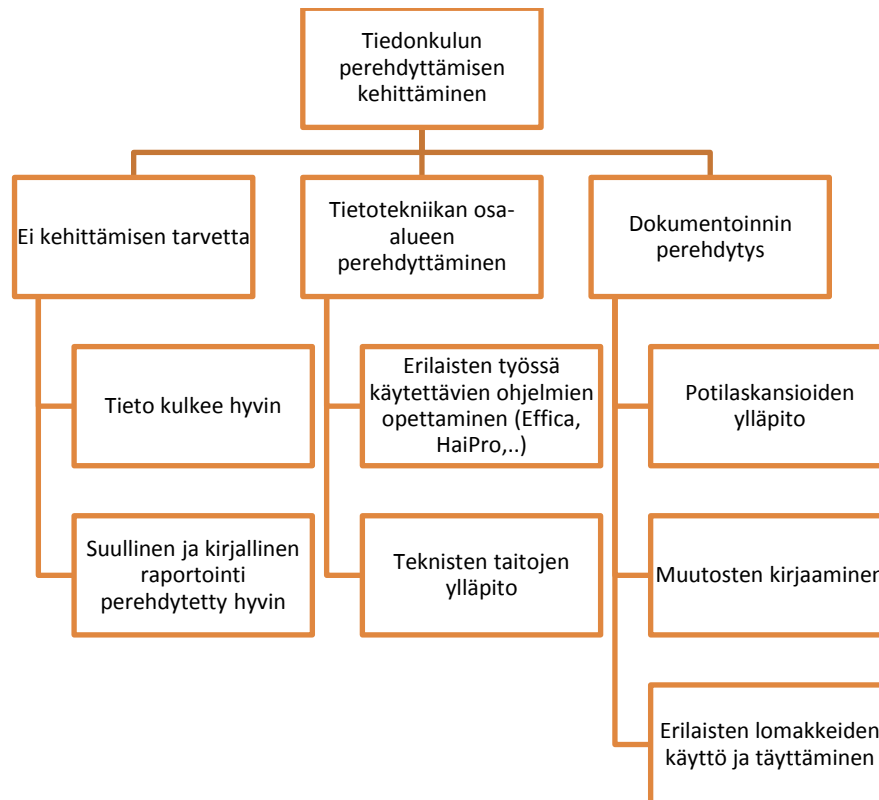
Kuvio 26. Kokonaisvaltaisen perehdytyksen kehittämisideoita.

Tiedonkulun perehdytyksen kehittämistoiveiksi nousi vastauksien perusteella tietotekniikan osa-alueen perehdyttäminen ja dokumentoinnin kehittäminen. Tietotekniikan osa-alueelta toivottiin parempaa perehdytystä erilaisiin työssä käytettäviin ohjelmiin, kuten Efficaan ja HaiProon. Yksi vastaajista kertoi, ettei sijaisena tule toimittua paljoa koneella, joten tietotekniset taidot pääsevät heikkenemään. Dokumentoinnin osalta toivottiin, että potilaskansiot saataisiin pidettyä ajan tasalla. Hoitotyössä tapahtuvat muutokset, esimerkiksi lääkemuutokset, kirjattaisiin potilaspapereihin selkeästi. Erilaisten hoitotyössä käytettävien lomakkeiden käytön ja täyttämisen perehdytystä toivottiin lisättävän. Osa vastanneista sijaisista oli kuitenkin tyytyväinen saamaansa tiedonkulun perehdytykseen. He kertoivat, että suulliseen ja kirjalliseen raportointi oli hyvin perehdytetty ja tieto kulki työyksikön sisällä hyvin. Noin neljännes vastaajista ilmoitti, ettei osaa sanoa kuinka tiedonkulun perehdytystä tulisi kehittää. (Kuvio 27.)

”Sijaisena aika huonosti tulee toimittua tietokoneella, joten ne taidot ovat heikot (HaiPro yms.)...”

Huomattavan suuri osa vastaajista oli antanut tiedonkulun perehdytyksen parantamisen sijaan ehdotuksia tiedonkulun kehittämiseen. He toivoivat saavansa kattavampia raportteja potilaistaan jokaisen vuoron alussa sekä enemmän aikaa käytettäväksi raportointien pitoon. Myös suullista raportointia toivottiin kehitettävän, jotta sijainen saisi kaikki tärkeät tiedot potilaista.

”Pidettäisiin raportteja tai kirjattaisiin potilaspapereihin joka pv edes jotakin.”



Kuvio 27. Tiedonkulun perehdytyksen kehittämideoita.

Noin kolmannes kyselyyn vastanneista sijaisista oli tyytyväisiä saamaansa lääkehoidon turvallisuuden perehdytykseen. He kertoivat perehdytyksen olleen kattavaa ja tukevan koulussa oppimaansa osaamista. Perehdytyksen jälkeen vastuu lääkehoidon turvallisesta toteuttamisesta oli siirtynyt sijaiselle. Erilaisiksi kehittämideoiksi lääkehoidon perehdytykseen ehdotettiin työyksikössä yleisimmin käytettyjen lääkkeiden listausta, lisäkoulutuksia, aseptiikan korostamista, yksilöllistä perehdytystä, osaamisen varmistamista sekä perehdytyksen antamista myös lähi- ja perushoitajille. (Kuvio 28.)

”Mielestäni omalla vastuullani loppu. Osastolla ollut hyvä perehdytys asiassa.”

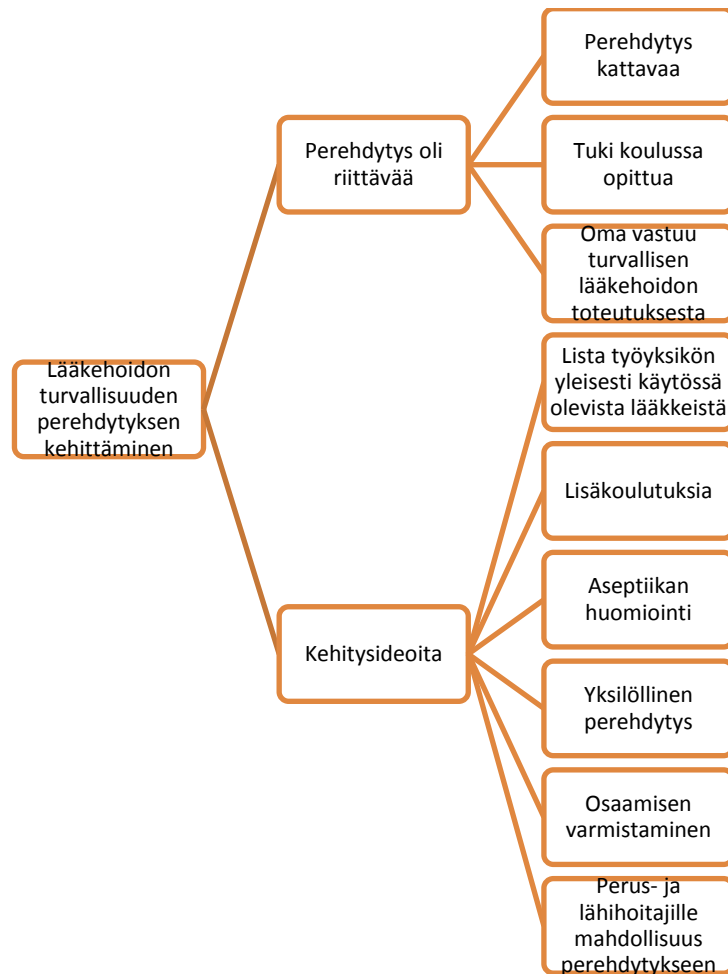
Osastolla yleisesti käytettävistä lääkkeistä toivottiin koottavan lista, johon merkittäisiin muun muassa lääkkeen käyttötarkoitus, antotapa ja vaikutus. Lähi- ja perushoitajille toivottiin annettavan perehdytystä lääkehoitoon liittyvistä asioista ja mahdollisuutta osallistua enemmän lääkehoitoon, vaikka vastuu siitä ensisijaisesti onkin sairaanhoitajalla. Kaksi vastaajaa mainitsi kuitenkin lähi- ja perushoitajien osallistuvan lääkehoitoon antamalla valmiiksi jaettuun lääkkeitä potilaille ja toinen vastaajista li-

säsi, että ”sairastapauksissa lähi- tai perushoitaja tekee sairaanhoitajan työt”. Lääkehoidon perehdytyksessä toivottiin käytävän läpi lääkehoitoon liittyvät asiat uuden työntekijän kanssa ja samalla varmistettaisiin osaaminen. (Kuvio 28.)

”Minun yksikössäni kaikki lääk.hoitoon liittyvä on sh:n tehtäviä. Perushoitajat antavat vain valmiiksi jaetut lääkkeet potilaalle, sairastapauksissa lh/ph tekee sh:n työt ja siihen olisi työpaikkakohtainen lääkekoulutus tarpeen niille joilla sitä ei ole.”

Osa vastaajista oli antanut turvallisen lääkehoidon perehdytyksen parantamisen sijaan ehdotuksia lääkehoidon kehittämiseen. Lääkkeiden jakotilanteeseen toivottiin omaa rauhallista paikkaa ja riittävästi aikaa, sekä jatkuvuutta, jotta taito jakaa lääkkeitä säilyisi. Vastauksissa toivottiin myös jokaiseen työvuoroon vakituista tai pitkäaikaista sijaista vastaamaan lääkehoidosta ja yhden työntekijän jakavan lääkkeet niiden antoaikana. Pari vastaajaa oli myös käsittänyt kysymyksen niin, että kertoi, kuinka on itse kehittänyt omaa perehtymistään lääkehoidon osalta. He kertoivat tustuvansa lääkkeisiin ja niiden käyttötarkoituksiin ja osallistuvansa aktiivisesti lääkehoitoon.

”Oma rauha/tila, jossa jaetaan lääkkeet, riittävästi aikaa.”



Kuvio 28. Lääkehoidon perehdytyksen kehittämisideoita.

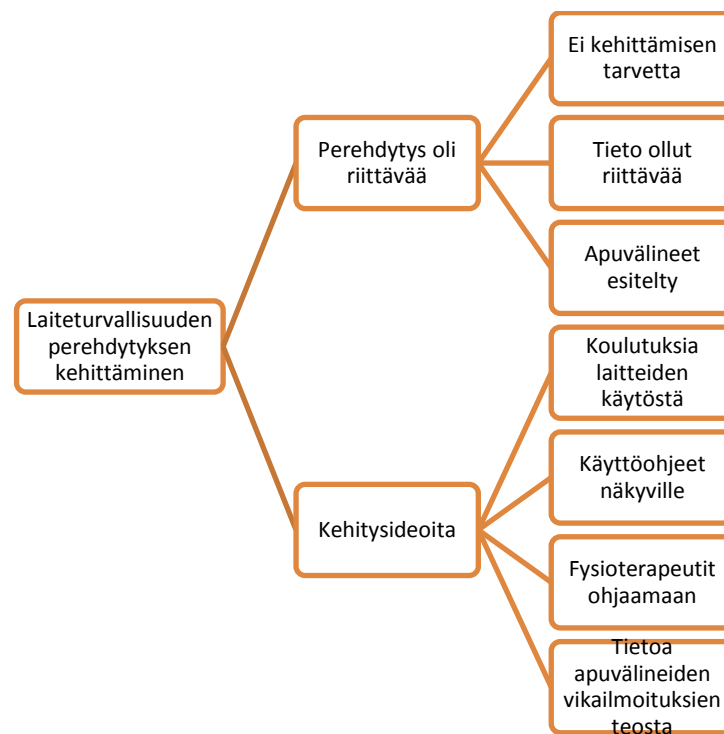
Laiteturvallisuuden perehdytykseen oli noin kolmannes vastaajista tyytyväinen: käytössä olleet apuvälineet ja niiden toiminta oli hyvin esitelty, tietoa oli annettu riittävästi, eikä lisää perehdytystä koettu tarvitsevan. Vastauksista esiin nousi kuitenkin toive koulutuspäivistä ja fysioterapeuttien pitämistä infotilaisuuksista, joissa voisi harjoitella laitteiden oikeaoppista käyttöä. Laitteiden käyttöohjeet toivottiin saatavan näkyvälle paikalle ja koottavan yhteen esimerkiksi perehdytysoppaaksi. Kysymykseen vastanneet sijaiset toivoivat myös annettavan tietoa, minne ilmoitetaan havainnot laitevioista. (Kuvio 29.)

”Fysioterapeutit voisivat pitää esim. apuvälineistä ja niiden käytöstä heti uusille perehdytyksen.”

Osa vastaajista oli antanut laiteturvallisuuden perehdytyksen parantamisen sijaan ehdotuksia laitteiden käyttämiseen yksikössä. Muutama oli antanut vastauksissaan toi-

veita laitteiden käyttämiseen yksikössään. He toivoivat, että erilaisia apuvälineitä käytettäisiin enemmän ja vanhat apuvälineet korvattaisiin uusilla. He kertoivat myös, ettei ilmoitettuja laitevikoja tulla yksikköön korjaamaan. Fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien toivottiin päivittävän laitekäytäntöjä, kun potilaiden toimintakyvyn huomattiin muuttuneen, jotta päästäisiin hyödyntämään hoitotoimenpiteisiin parhaiten sopivia apuvälineitä. Vastauksissa oli kommentoitu myös oman käyttäytymisen vaikutusta laitteiden käytön turvallisuuteen. He kertoivat olevansa vastuullisia hoitotyön laitteiden ja apuvälineiden käyttäjiä ja oppivansa parhaiten työn teon yhteydessä.

”Enemmän toivoisin taloon apuvälineitä...”



Kuvio 29. Käsitekartta, johon koottu laiteturvallisuuden perehdytyksen kehittämisideoita avoimien vastauksien perusteella.

6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

6.1 Tieteellisen tutkimuksen etiikka

Kun tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, voidaan tutkimusta pitää eettisesti hyväksyttynä ja luotettavana, ja sen tuloksia uskottavina. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkimuksessa tulee noudattaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Muiden tutkijoiden tekemää työtä on kunnioitettava ja huomioitava omassa työssään, että heidän julkaisujaan on viitattu asianmukaisesti. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Hyvään tieteelliseen käytäntöön sisältyy, että tutkimukselle on haettu tarvittavat tutkimusluvut. Vastuu tieteellisen käytännön noudattamisesta on ensisijaisesti jokaisella tutkijalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6-7.)

Kaiken tieteellisen toiminnan ytimenä on tutkimuksen eettisyys (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219). Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan, kun kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Tutkimukseen liittyviä eettisiä periaatteita ovat muun muassa toisten tutkimuksen tai omien aiempien tutkimusten plagioinnin välttäminen. Myöskään tutkimustuloksia ei sovi kaunistella, sepitellä tai yleistää ja raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. Myös tutkimuksen puutteet on tuotava julki. (Hirsjärvi, ym. 2009, 25-27.)

Kyselylomakkeen kysymykset pyrittiin muotoilemaan niin, ettei väärinkäsityksiä pääsisi muodostumaan, ja vastausvaihtoehdot valittiin vastaajille helpoiksi ja ymmärrettäviksi. Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista. Taustakysymyksissä ei kysytty tutkimukseen osallistuneen nimeä, sukupuolta tai työyksikköä, jotta vastaajan anonymiteetti säilyisi.

Kyselyn suorittamiseen oli haettu ja saatu Porin perusturvakeskuksen toimintaan liittyvän tutkimuksen tekemiseen tarvittava tutkimuslupa. Opinnäytetyön tekijä vei kyselylomakkeet kirjekuoressa tutkimukseen osallistuneiden työyksiköiden esimiehille, jotka jakoivat opinnäytetyön tekijän ohjeiden mukaan kyselyt kohderyhmille. Kyselyt palautettiin suljetussa kirjekuoressa työyksiköiden esimiehille ja osastohoitajille, joilta opinnäytetyön tekijä haki kuoret henkilökohtaisesti. Tuloksia kootessa opinnäytetyön tekijä numeroi kirjekuoret, jotta epäselvyyksien sattuessa löytyisi helposti oikea kuori. Tietokoneelle kootut tulokset säilytettiin salasanan takana ja avatut kirjekuoret opinnäytetyöntekijän työskentelyhuoneen kaapissa kahdessa erillisessä kannellisessa pahvilaatikossa. Kun opinnäytetyö on hyväksytty, tullaan kyselyn vastaukset tuhoamaan asianmukaisesti.

Opinnäytetyössä käytettäviä kirjallisuus- ja tutkimuslähteitä on huomioitu asianmukaisilla lähdeviittauksilla ja plagiointia on vältetty. Työssä pyrittiin käyttämään mahdollisimman tuoreita tutkimuksia ja kirjallisuustekosia. Vanhin lähde oli 14 vuotta vanha *Hoitotiede-lehti*, jossa oli artikkeli sisällön analyysistä. Vaikka lähde olikin huomattavan vanha eikä yli kymmenen vuotta vanhoja lähteitä suositella opinnäytetyössä käytettävän, päätti opinnäytetyön tekijä ottaa tämän artikkelin lähteeksi, koska koki lähteen yhä paikkaansa pitäväksi ja siinä oli selkeästi selitetty sisällön analyysi.

6.2 Luotettavuuden pohdinta

Kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä. Mittareiden luotettavuutta tutkitaan niiden reliaabeliuksien avulla. Reliaabelius tarkoittaa tutkimuksen tulosten toistettavuutta. Jos kaksi eri tutkijaa päätyy samoihin tuloksiin, voidaan tulokset silloin todeta reliaabeleiksi. Toinen laadun arviointiin liittyvä käsite on validius eli pätevyys. Mittari tai tutkimus on validi, kun se mittaa juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata. (Hirsjärvi, ym. 2009, 231-232.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimuksen totutuksen selostaminen. Luokitteluiden tekeminen on keskeistä laadullisen aineiston analyysissä. Lukijalle on selvittävä, kuinka luokittelu on perusteltu ja millä perusteella tutkija esittää tulkinto-

ja. Tällöin tutkimuksen luotettavuutta voi kohentaa lisäämällä tutkimusselosteeseen esimerkiksi otteita haastatteluista. (Hirsjärvi, ym. 2009, 232-233.)

Tässä opinnäytetyössä ei käytettyä valmista mittaria, vaan opinnäytetyön tekijä rakensi mittarin aiempien tutkimusten ja kirjallisuuskatsauksien perusteella. Opinnäytetyössä käytetty mittari annettiin luettavaksi opinnäytetyön ohjaajalle sekä opinnäytetyön tilaajalle. Mittaria muokattiin hieman yhteistyössä opinnäytetyön ohjaajan ja tilaajan kanssa. Muun muassa väittämien kysymyksien asetteluja selkeytettiin ja vastausvaihtoehtoja pyrittiin muuttamaan vastaajille sopivaan muotoon. Mittari esitettiin ennen virallista tutkimusta neljällä eri henkilöllä, joista yksi oli sairaanhoitaja ja kaksi sairaanhoidon opiskelijoita. Esitestaukseen osallistuneet henkilöt eivät työskennelleet kyselyyn osallistuvissa työyksiköissä. Esitestauksen jälkeen mittariin ei muutoksia enää tehty.

Opinnäytetyön kyselyn vastausprosentti nousi 67,4%:iin, jota voidaan pitää hyvin tyydyttävänä lukuna. Tutkimuksen kohdejoukkona olivat sairaanhoitaja- ja lähihoitajasijaiset. Vastauksia kootessa kävi kuitenkin ilmi, että kyselyyn oli vastannut myös muutama palveluapulainen. Tämä ei kuitenkaan vaikuttanut kyselyn tuloksiin suuresti, joten opinnäytetyön tekijä päätti ottaa näiden palveluapulaisten vastaukset myös huomioon. Ainoastaan lääkehoitoa koskevissa väittämässä vastausmäärä oli selkeästi muita väittämiä pienempi, sillä palveluapulaiset olivat jättäneet näihin vastaamatta ja ilmoittaneet väittämien sivuun olevansa palveluapulainen, jolla ei ole lääkkeiden käsittelyoikeutta. Vastaajien määrät kysymyksittäin vaihteli 78-89 välillä. Tulokset esitettiin opinnäytetyössä sekä sanallisesti että taulukoin. Avoimet kysymykset käsiteltiin sisällönanalyysin avulla. Sisällön analyysia selventämään opinnäytetyön tekijä loi käsitekarttoja.

Kyselyt vietiin kyselyyn osallistuvien työyksiköiden esimiehille, jotka toimittivat kyselyt opinnäytetyön tekijän ohjeiden mukaan kriteerit täyttävälle vastaajille. Luotettavampaa olisi ollut, jos opinnäytetyön tekijä olisi itse henkilökohtaisesti toimittanut kyselyt vastaajille, mutta työyksikön esimiehet olivat suostuvaisia valittuun käytäntöön. Kyselyssä oli mukana saatekirje, jossa oli ilmoitettu kyselyn tarkoitus ja tavoitteet, vastausaika sekä kerrottu osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Saatekirjeessä oli mainittu kyselyn koskevan sijaisia, mutta siinä ei ollut tarkemmin määritelty,

minkä alan sijaisista oli kyse. Koska opinnäytetyön tekijä ei kyselyitä itse vastaajille jakanut, oli työyksikön esimiehien vastuulla jakaa kyselyt oikealle kohderyhmälle.

7 OPINNÄYTETYÖN YHTEENVETO JA POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Porin perusturvakeskuksen sijaisten käsityksiä saamastaan perehdyttämisestä osana potilasturvallisuutta. Tavoitteena oli saada tietoa perehdytyksen laadukkuudesta potilasturvallisuuden osalta ja löytää keinoja parantaa perehdytystä potilasturvallisuuden osa-alueella. Potilasturvallisuuden tutkittaviksi osa-alueiksi oli valittu tiedonkulku, lääkehoito ja laiteturvallisuus.

Tulosten perusteella keskiverto Porin perusturvakeskuksen sijainen oli 29,5-vuotias lähi- tai perushoitaja (43%), joka oli työskennellyt työyksikössään 0 – 3 kuukautta (31%). Vaikka työkokemus työyksikössä oli muutamia kuukausia, oli sijaisella kuitenkin aiempaa kokemusta tämän hetkisestä työyksiköstään (69%). Sijainen ei ollut kuitenkaan osallistunut Porin perusturvakeskuksen järjestämään sijaisten infotilaisuuteen 6.6.2013 (92%), mutta oli silti lukenut työyksikkönsä perehdytysoppaan (74%).

7.1 Perehdytys

Vastaajista liki puolet (48%) oli osittain samaa mieltä ja 28% täysin samaa mieltä siitä, että he olivat saaneet perehdytyksen työtehtäviin liittyvistä asioista, mikä vastaa perusturvakeskuksen potilasturvallisuussuunnitelmaa (Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnitelma 2013, 19). Avointen kysymysten perusteella suullista perehdytystä oli pidetty hyvänä ja heidän saamansa perehdytys oli auttanut työyhteisöön sopeutumiseen ja oma-aloitteisuuteen.

Vastaajista 42% ei ollut perehdytyksensä aikana ylimääräisenä työntekijänä, mutta 32% vastaajista oli ilmoittanut saaneensa olla ylimääräisenä työntekijänä perehdy-

tyksensä aikana. Kysyttäessä mielipidettä perehdytyksen ajankäytön riittävyyteen, oli tulokset jakautunut viiden vaihtoehdon kohdalla melkein tasan. Tyytyväisiä ajankäyttöön oli liki neljännes (23%) vastaajista, kun taas täysin eri mieltä oli 18% vastanneista. Vastaajista 20% ei osannut sanoa mielipidettään perehdytyksessä käytetyn ajan riittävyyteen tai riittämättömyyteen. Sijaiset olivatkin toivoneet, että perehdytystä kehitettäisiin juuri ajankäytön osalta. He toivoivat, että sijainen saisi olla ylimääräisenä työntekijänä muutaman päivän perehdytyksestään ja perehdytyksen kestoa lisittäisiin. Myös Mannilan, Salmisen ja Vuorisen (2012) tutkimuksessa kävi ilmi, että perehdytykseen käytettiin tutkimukseen osallistuneiden hoitajien mukaan liian vähän aikaa. Mannilan, ym. tutkimuksen mukaan uusille hoitajille ei oltu nimetty perehdytyksen antajaa, mutta he saivat olla ylimääräisenä työntekijänä muutamia päiviä.

Hieman alle puolelle vastaajista (49%) ei oltu nimetty perehdytyksen antajaa. Kehittämideoissa kävikin ilmi, että sijaiset toivoivat perehdytyksessä käytettävän nimettyjä mentoreita. Työyhteisöltä toivottiin avointa vuorovaikutusta ja jokaisen työyhteisön jäsenen valmiutta osallistumaan ohjaukseen. Myös Uutisen (2013) tuloksissa kävi ilmi toive, että uudelle työntekijälle nimettäisiin perehdyttäjä, ja mentoria pidettiin tärkeänä. Uutinen on tutkimuksessaan todennut, että uudelle työntekijälle voisi nimetä perehdyttäjän, joka olisi uuden työntekijän tukena koko perehdytysprosessin ajan.

Yli puolet vastanneista sijaisista piti perehdytysoppaan sisältöä riittävänä ja hyvin laadittuna. Myös suurin osa kertoi hyötynensä sen käytöstä muun muassa muistin virkistämisessä ja uudessa työpaikassa alkuun pääsemisessä. Osa vastanneista oli kuitenkin sitä mieltä, että perehdytysopas sisälsi vanhentunutta tietoa ja kopioita sähköpostiviesteistä tai internetistä, mikä antoi oppaasta epäselkeän vaikutelman. Kokonaisvaltaisen perehdytyksen yhtenä kehittämistoiveena mainittiinkin perehdytysoppaiden päivittämistä. Uutinen (2013) on omassa tutkimuksessaan todennut, että työpaikalla olisi suotavaa olla yksi henkilö, joka vastaa perehdytyksestä yleisesti ja hänen vastuullaan olisi myös perehdytysmateriaalien riittävyys ja saatavuus. Sijaiset toivoivat myös listausta päivittäisistä työtehtävistä sekä perehdytyksessä apuna käytettävää muistilistaa, johon voisi merkitä mitkä perehdytykseen kuuluvat osa-alueet on jo käyty läpi sijaisen kanssa. Perusturvakeskuksen potilasturvallisuussuunnitel-

massa mainitaan perusturvalla olevan käytössä perehdytyslomake ja –ohje (Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnitelma 2013, 19). Avoimien vastauksien perusteella tämä lomake ei kuitenkaan ole käytössä jokaisessa työyksikössä. Nämä voisi lisätä perehdytysoppaiden yhteyteen.

7.2 Tiedonkulku

ISBAR-raportointimenetelmä oli suurimmalle osalle vastaajista (90%) tuntematon. ISBAR on Suomen Sairaanhoidajaliiton suomentama ja julkaisema raportointimenetelmä. Kyselyyn vastanneista 14% oli sairaanhoitajia ja 25% sairaanhoitajaopiskelijoita. Yksi syy ISBAR:in tuntemattomuuteen voisikin olla juuri se, että vastaajista peräti 43% oli lähi- tai perushoitajia, 10% lähihoitajaopiskelijoita ja 9% muita kuin edellä mainitut, jotka eivät kuulu Sairaanhoidajaliittoon.

HaiPro-raportointijärjestelmän perehdyttämiseen oli 30% vastanneista tyytymättömiä ja 20% osittain tyytymättömiä. Tiedonkulun perehdytykseen olikin toivottu lisää opetusta erilaisten hoitotyössä käytettävien ohjelmien, kuten HaiPron ja Effican, käyttöön. Tulokset ovat lievästi ristiriidassa Porin perusturvakeskuksen potilasturvallisuussuunnitelman kanssa, jossa kerrotaan, että vaaratapahtumat tulee ilmoittaa HaiPro-järjestelmään (Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnitelma 2013, 14-16). Tämä edellyttäisi tietenkin hyvää perehdytystä.

Lievää ristiriitaa on myös havaittavissa verrattaessa HaiPro-järjestelmän perehdytyksen tuloksia haittatapahtumien ilmoittamisen perehdytyksen tulokseen. Osittain tyytyväistä saamaansa perehdytykseen haittatapahtumien ilmoittamisesta oli 26% vastaajista ja täysin tyytyväisiä 15%. Tyytymättömiä oli 18% ja osittain tyytymättömiä 24%. Tulokset voisivat viitata esimerkiksi siihen, että vastanneet sijaiset tiesivät, missä tilanteissa haittatapahtumat kuuluvat ilmoittaa, mutta eivät osanneet käyttää tarvittavia tietokoneohjelmia. Tietosuojan perehdytykseen oli tyytyväisiä 41% vastaajista ja osittain tyytyväisiä hieman alle kolmannes (30%).

Hoitotyön dokumentoinnin perehdytyksessä toivottiin, että potilaskansioita pidettäisiin ajan tasalla ja lääkemutokset kirjattaisiin selkeästi ylös, jotta jokainen pystyy ne

itse tarkistamaan. Myös erilaisten lomakkeiden käytön ja täyttämisen ohjausta toivottiin lisättävän. Karsikas ja Huhtala (2013) ovat tutkimuksessaan havainneet, että lääkemuutosten kirjaaminen saattaa kiireessä jäädä puutteelliseksi. Potilassiirtojen yhteydessä saatavaan raportointiin oli 17% täysin tyytyväisiä ja 36% osittain tyytyväisiä. Tämä tulos on ristiriitainen Karsikkaan ja Huhtalan (2013) saamiin tuloksiin, jossa potilassiirtojen yhteydessä todettiin tiedonkulun olevan puutteellista.

7.3 Lääkehoito

Turvalliseen lääkehoidon perehdytystä pidettiin hyvänä. Vastanneista sijaisista 30% oli täysin tyytyväisiä ja 37% osittain tyytyväisiä. Lääkehoitosuunnitelmaan oli tutustunut neljäsosa vastaajista (25%) ja osittain tutustunut 21%. Yli puolet (65%) ilmoitti tuntevansa lääkehoidossa käytettävää käsitteistöä.

WHO on listannut yhdeksän potilasturvallisuuden riskiä, joista yhtenä mainitaan potilaan tunnistaminen (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut). Vastanneista 78% varmisti potilaan henkilöllisyyden jokaisen lääkkeiden annon yhteydessä. Ennen lääkkeiden antoa potilaalle 26% tarkisti potilaan lääkelistan ja annettavien lääkkeiden paikkansa pitävyyden, mutta myös 26% ei tarkistanut tätä. Vastanneista sijaisista 37% ei osannut sanoa, kerroko potilaalle, mitä lääkkeitä tälle antaa lääkkeiden annon yhteydessä. Vastaajista 21% kertoi osittain, mitä lääkkeitä on antamassa, kun taas 12% kertoi aina, mitä lääkkeitä potilaalle antaa. Uuden potilaan saapuessa työyksikköön liki puolet (46%) tarkisti potilaan lääkityksen paikkansa pitävyyden. Vastanneista 26% ei kuitenkaan osannut vastata tarkistaako vaiko ei potilaan lääkitystä, kun potilas saapuu osastolle.

Tuloksiin vaikutti suuresti se, että suurin osa vastauksista oli tullut pitkäaikaishoitoa tarjoavista työyksiköistä, joissa potilaiden vaihtuvuus oli pientä. Lääkehoidon osaluokan kyselyissä oli myös muita alempi vastausmäärä, sillä vastaamatta jättäneet olivat ilmoittaneet, etteivät lääkehoitoa toteuta työssään. Dahlin (2013) suorittamassa tutkimuksessa, jossa hän selvitti potilasturvallisuutta ja asiakasturvallisuutta potilaiden näkökulmasta, kävi ilmi, että potilaat luottivat henkilökunnan toimintaan lääke-

hoidon suhteen. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat sitä käsitystä, että sijaiset toimivat vastuullisesti lääkehoidossa.

Vaikka lääkehoidon perehdytystä pidettiin hyvänä, osasivat sijaiset kertoa ideoita, kuinka kehittää perehdytystä. Turvallisen lääkehoidon perehdytystä haluttiin kehittää tekemällä listoja työyksikössä yleisimmin käytössä olevista lääkkeistä. Vaikka lääkehoidon perehdytystä pidettiin yleisesti hyvänä, sijaiset toivoivat saavansa lisäkoulutuksia lääkehoidon suhteen. Sijaiset toivoivat myös, että aseptista lääkkeiden käsittelyä kerrattaisiin perehdytyksen aikana. Lähi- ja perushoitajille toivottiin mahdollisuutta osallistua lääkehoidon perehdytykseen, vaikka heillä ei ole oikeutta toteuttaa lääkehoitoa. Avointen vastausten perusteella kävi kuitenkin ilmi, että kokenut lähihoitaja saattaa kuitenkin joutua jakamaan työyksikössään lääkkeitä, jos sairaanhoitaja ei ole paikalla.

7.4 Laiteturvallisuus

Laiteturvallisuuden perehdytykseen oltiin myös tyytyväisiä. Perehdytystä riittävänä piti 35% vastaajista ja osittain tyytyväisiä oli 37% vastaajista. Perehdytyksen ansios- ta hoitotyössä käytettäviä laitteita ja apuvälineitä osasi käyttää 40% vastaajista. Tuloksista ilmeni, että 39% osasi ohjata potilaille turvallisen apuvälineiden käytön. Tämä tulos tuki Dahlin (2013) tekemän tutkimuksen tulosta, jossa potilaat kertoivat saaneensa riittävän ohjeistuksen apuvälineidensä käytöstä ja kokivat apuvälineiden käytön turvalliseksi. Havaitessaan vikaa hoitotyön laitteissa ja apuvälineissä yli puolet (65%) kertoi ilmoittavansa viasta välittömästi eteenpäin. Avoimista vastauksista kuitenkin kävi ilmi, että laitteiden ja apuvälineiden vioista ilmoitetaan eteenpäin, mutta niiden korjaus kestää aikansa. Ristiriidassa tämän tuloksen kanssa oli avoimissa vastauksissa esiin noussut toive, että perehdytyksessä kerrottaisiin, mihin ilmoitukset kuuluu tehdä.

Vaikka laiteturvallisuuden perehdytys koettiin hyväksi ja hoitotyön laitteita ja apuvälineitä osattiin käyttää turvallisesti, toivottiin perehdytyksen osaksi fysioterapeutin järjestämää infotilaisuutta apuvälineiden käytöstä. Myös käytössä olevien laitteiden ja apuvälineiden käyttöohjeet toivottiin koottavaksi yhdeksi kansiseksi.

7.5 Opinnäytetyön prosessin kuvaus ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön suunnittelu alkoi alkukevästä 2013. Ensimmäinen suunnittelutapaaminen pidettiin 27.3.2013 Porin perusturvakeskuksen yhteyshenkilön kanssa. Opinnäytetyön aiheen suunnittelu ja valinta toteutettiin yhteistyössä opinnäytetyön tekijän, tilaajan ja ohjaajan kanssa. Aihe- ja suunnitteluseminaari pidettiin 28.5.2013. Kyselyt vietiin valittuihin työyksiköihin viikoilla 31 ja 33. Vastausaika kyselyyn oli kaksi viikkoa. Raportointiseminaari pidettiin 7.11.2013. Porin perusturvakeskukselle esiteltiin tutkimuksen tulokset 5.11.2013.

Opinnäytetyön tekeminen on opettanut, kuinka hoitotyön tieteellistä tutkimusta tulee tehdä. Prosessin edetessä on oppinut suunnitelman ja aikataulutuksen tärkeyden. Opinnäytetyö on opettanut mittarin rakentamisen aiempien tutkimusten ja kirjallisuuden mukaan. Aineiston kriittinen lukeminen on kehittynyt ja sisällön analyysin tekeminen opittiin sisäistämään tuloksia analysoidessa.

Potilasturvallisuus on tutkimusaiheena aina ajankohtainen ja mielenkiintoinen. Se on laaja aihealue ja siitä löytyy paljon hyviä tutkimuksia ja kirjallisuutta. Potilasturvallisuutta voi tutkia kokonaisuutena tai valita siitä mieleisensä osa-alueen.

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen pohjalta jatkotutkimusaiheita voisi olla esimerkiksi perehdytysoppaiden laatiminen ja perehdytyksessä käytettävien perehdytyslomakkeiden suunnittelu. Lääkehoidon osa-alueelle jatkotutkimusaihe voisi olla tässä tutkimuksessa toivotun työyksikössä yleisemmin käytössä olevien lääkkeiden listaaaminen. Tässä tutkimuksessa on keskitytty sijaisten kokemuksiin perehdytyksestä, mutta tutkimuksen voisi suorittaa myös vakituiselle henkilökunnalle.

LÄHTEET

- Dahl, J. 2013. Asiakasturvallisuus Sotainvalidien sairaskodilla ja kuntoutuskeskuksessa asiakkaiden kokemana. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013052911622>
- Haapiainen, R. 2013. Kirurgiaan liittyvät riskit. Teoksessa L-M Aaltonen & P. Rosenberg (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Tampere: Tammerprint Oy, 37-47.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus – Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki; Edita Prima Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Horn, S., Liski, M., & Villanen, M. 2007. Hyvä perehdytys-opas. Lahden ammattikorkeakoulu. Viitattu 14.10.2013. <http://www.lpt.fi/lamk/julkaisu/perehdyttamisopas.pdf>
- Huhtala, S. & Karsikas, S. 2013. Potilasturvallisuus ja siihen liittyviä kehittämishaasteita kirurgian vuodeosastolla. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201305036184>
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkinen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Sairaanhoidtajaliitto. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Koivuranta-Vaara, P. 2011. Terveystieteiden laatuopas. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Viitattu 22.4.2013. <http://www.thl.fi/>
- Kuisma, P. 2010. Terveystieteiden laatuopas. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Viitattu 12.6.2013. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu04601.pdf>
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2012. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 2, 138-148.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. Hoitotiede vol. 11, no 1/99, 3-12.
- Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnitelma. 2013. Porin perusturvakeskuksen potilasturvallisuustyöryhmä. PDF-tiedosto.

Mannila, S., Salminen, T. & Vuorinen, N. 2012. Potilasturvallisuus Pöytyän terveyskeskuksen henkilökunnan perehdytyksessä. AMK-opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 3.6.2013. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012120317924>

Mäntynen, J. & Penttinen, A. 2009. Työhön perehdyttäminen ja opastus – ennakkoivaa työsuojelua. Työturvallisuuskeskus TTK:n verkkojulkaisu. Viitattu 22.4.2013. <http://www.ttk.fi/>

Suomen sairaanhoitajaliiton www-sivut. 2013. Viitattu 12.6.2013. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. 2005:32. Helsinki: Yliopistopaino.

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. 2007. Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. Helsinki: Valopaino Oy. Viitattu 14.4.2013. <http://www.rohto.fi/>

Surakka, T. 2009. Hyvä työpaikka hoitoalalla – näin haetaan ja sitoutetaan osajia. Helsinki: Tammi.

Tapper, A-M. 2013. Synnytyksiin liittyvät riskit. Teoksessa L-M Aaltonen & P. Rosenberg (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Tampere: Tammerprint Oy, 48-60.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2013. Viitattu 22.5.2013. <http://www.thl.fi/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas – potilasturvallisuuslainsäädännön ja –strategian toimeenpanon tueksi. Tampere: Juvenes Print.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. uud. p. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

Uutinen, L-M. 2013. Perehdytys työhön – tuotoksena perehdytyskansio. AMK-opinnäytetyö. Arcada. Viitattu 10.11.2013. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/62828/uutinen_lotte-marie.pdf?sequence=1

Valvira, 2012. Lääkehoidon toteuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valviran esitteet 2:2012. Viitattu 22.5.2013. <http://www.valvira.fi/>

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Hei!

Olen sairaanhoitajaopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää sijaisten käsityksiä potilasturvallisuudesta Porin Perusturvakeskuksen perehdyttämisessä. Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa perehdytystä potilasturvallisuuden osa-alueella.

Kyselylomake on laadittu aiempien tutkimusten ja kirjallisuuden perusteella. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, mutta toivoisin mahdollisemman monen tähän vastaavan. Lomakkeeseen vastataan nimettömänä, eikä tuloksista tule selviämään, mistä yksiköstä vastaukset ovat. Kysely on luottamuksellinen ja työn valmistumistutua kyselylomakkeet tuhoetaan asianmukaisesti.

Täytetty kyselylomake palautetaan osaston kansliaan suljetussa kirjekuoressa 22.8.2013 mennessä. Vastausaikaa on kaksi viikkoa.

Kiitos vastauksista jo etukäteen!

Yhteistyöterveisin,

Laura Paski

laura.paski@student.samk.fi

Kyselylomake

I) Taustakysymykset

Ympyröi omaa käsitystäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto tai vastaa.

1) Ikä _____ v.

- 2) Koulutus
- a) sairaanhoitaja/ sairaanhoitaja (AMK)
 - b) lähihoitaja/ perushoitaja
 - c) sairaanhoitajaopiskelija
 - d) lähihoitajaopiskelija
 - e) muu, mikä? _____

3) Onko sinulla aikaisempaa kokemusta tämän hetkisestä työyksiköstä?

1. Kyllä 2. Ei

4) Kauanko olet tähän mennessä työskennellyt tässä työyksikössä? _____

5) Olen osallistunut Porin Perusturvakeskuksen 6.6.2013 järjestämään sijaisten info-tilaisuuteen.

1. Kyllä 2. En

6) Olen tutustunut työyksikköni perehdytysoppaaseen.

1. Kyllä 2. En

II) Perehdytys

7) Oliko perehdytysoppaassa riittävästi tietoa? Puuttuiko jotain? Mitä?

8) Kuvaile, kuinka olet hyötynyt perehdytysoppaasta/perehdytyksestä.

9) Kuvaile, millä keinoin olet itse vaikuttanut omaan perehdytykseesi/ tiedonhakuun.

Vastausvaihtoehdot;

1= täysin eri mieltä, 2= osittain eri mieltä, 3= en samaa enkä eri mieltä, 4= osittain samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä

10) Olen saanut työyksikössäni perehdytyksen työtehtäviini liittyvistä asioista.

1 2 3 4 5

11) Minulle oli nimetty perehdytyksen antaja.

1 2 3 4 5

12) Minut oli laskettu ylimääräiseksi työntekijäksi perehdytyksen ajaksi.

1 2 3 4 5

13) Perehdytykseeni käytettiin riittävästi aikaa.

1 2 3 4 5

14) Miten kehittäisit työyksikkösi kokonaisvaltaista perehdytystä?

III) Tiedonkulku

1= täysin eri mieltä, 2= osittain eri mieltä, 3= en samaa enkä eri mieltä, 4= osittain samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä

15) Työyksikössäni on käytössä

1. Suullinen raportointi
2. Hiljainen raportointi
3. Sekä suullinen että hiljainen raportointi

16) Olen saanut riittävän perehdytyksen tietosuojasta.

1 2 3 4 5

17) Tiedän, mitä tarkoitetaan ISBAR-raportointimenetelmällä.

1. Kyllä
2. En

18) Olen saanut riittävästi tietoa HaiPro-järjestelmästä.

1 2 3 4 5

19) Olen saanut riittävästi tietoa haittatapahtuman ilmoittamisesta.

1 2 3 4 5

20) Saan kattavan raportin mm. potilaan hoitodiagnoosista, perussairauksista, lääkeshoidosta ja fyysisestä toimintakyvystä potilassiirtojen yhteydessä.

1 2 3 4 5

21) Miten kehittäisit saamaasi perehdytystä tiedonkulun alueelta?

IV) Lääkehoito

1= täysin eri mieltä, 2= osittain eri mieltä, 3= en samaa enkä eri mieltä, 4= osittain samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä

22) Olen saanut riittävän perehdytyksen lääkehoidon toteuttamiseen työyksikössä.

1 2 3 4 5

23) Olen tutustunut työyksikköni lääkehoitosuunnitelmaan.

1 2 3 4 5

24) Varmistan potilaan henkilöllisyyden ennen lääkkeen antoa.

1 2 3 4 5

25) Miten varmistat potilaan henkilöllisyyden?

26) Tarkistan lääkkeet lääkelistasta ennen kuin annan lääkkeet potilaalle.

1 2 3 4 5

27) Tarkistan potilaan tullessa työyksikköni hänen lääkityksensä.

1 2 3 4 5

28) Kerron potilaalle, mitä lääkkeitä hänelle annan.

1 2 3 4 5

29) Tunnen lääkehoidossa käytettävät käsitteet (antoreitti, haittavaikutus..).

1 2 3 4 5

30) Miten kehittäisit saamasi perehdytystä lääkehoidon turvallisuuden alueella?

V) Laiteturvallisuus

1= täysin eri mieltä, 2= osittain eri mieltä, 3= en samaa enkä eri mieltä, 4= osittain samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä

31) Olen saanut riittävän perehdytyksen työyksikössäni käytettäviin hoitotyön laitteisiin ja apuvälineisiin.

1 2 3 4 5

32) Perehdytyksen ansiosta osaan käyttää hoitotyön laitteita ja apuvälineitä turvallisesti.

1 2 3 4 5

33) Osaan ohjata potilaalle apuvälineiden oikean ja turvallisen käytön.

1 2 3 4 5

34) Raportoin havaitsemastani laitevioista välittömästi eteenpäin?

1 2 3 4 5

35) Miten kehittäisit saamasi perehdytystä laiteturvallisuuden alueella?

Kiitos vastauksistasi!