



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Potilastunnistamisen auditointi Seinäjoen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla

Latvala, Jari

2015 Leppävaara

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Leppävaara

Potilastunnistamisen auditointi Seinäjoen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla

Latvala Jari  
Turvallisuusala  
Opinnäytetyö  
Joulukuu, 2014

Latvala Jari

### Potilastunnistamisen auditointi Seinäjoen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla

Vuosi 2014 Sivumäärä 82

---

Potilaiden luotettava tunnistaminen on avaintekijä potilaan hoidossa. Luotettavalla tunnistamisella varmistetaan, että hoitotoimenpiteet ja koetulokset tallentuvat oikealle potilaalle ja potilastiedot ovat käytettävissä koko hoitoketjun ajan. Seinäjoen keskussairaalaossa otettiin käyttöön tammikuussa 2014 uusi ohjeistus potilaan tunnistamiseen. Opinnäytetyössä arvioitiin ohjeen käyttöönottoa Seinäjoen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla.

Potilas on aina tunnistettava jokaisen toimenpiteen yhteydessä. Opinnäytetyö suoritettiin havainnoimalla hoitotoimenpiteitä ja niiden sisältämiä tunnistamistapahtumia. Opinnäytetyössä selvitettiin, miten uuden ohjeen mukainen tunnistamistapa on otettu käyttöön. Lisäksi selvitettiin, mitä muita kuin ohjeen mukaisia tunnistamistapoja on käytössä. Työn yhteydessä seurattiin myös kokonaisia hoitopolkuja ja selvitettiin, missä potilaan hoitopolun kohdissa tunnistaminen on ongelmallisinta.

Organisaation ulkopuolinen asiantuntija suoritti tunnistamistapahtumien havainnoinnin kolmannen osapuolen auditointina. Auditointikriteereinä käytettiin Seinäjoen keskussairaalan ohjetta potilaiden tunnistamisesta. Tulokset koostettiin ja analysoitiin teemoittelun ja tyyppitelyn avulla.

Tuloksista käy ilmi, että noin viidennessä kaikista tunnistamistapahtumista potilaat tunnistetaan uuden ohjeen mukaan. Eri henkilöstöryhmät ovat ottaneet uuden ohjeen käyttöön hyvin eri tasoisesti. Pääsääntöisesti lähes kaikki potilaat kuitenkin tunnistetaan. Tulosten perusteella löytyi 20 uuteen ohjeeseen kuulumatonta tunnistamistapaa, jotka pohjautuvat vanhoihin käytänteisiin. Hoitopolkujen analysoinnin perusteella selvisi, että ongelmakohdat tunnistamisessa liittyvät potilaiden siirtoihin. Eniten poikkeamia oli potilaiden siirroissa Seinäjoen terveyskeskuksen osastolta keskussairaalan päivystykseen. Potilaiden sekoittumisen vaara on kuitenkin suuri myös osastojen välillä tapahtuvissa siirroissa.

Tulosten avulla Seinäjoen keskussairaala voi kohdentaa jatkokoulutusta tehokkaammin. Hoitopolkuja koskevat havainnot auttavat myös kehittämään uusia toimintatapoja, joilla potilastietojen sekoittumisen vaaraa voidaan jatkossa pienentää.

Työssä arvioitiin vain ohjeen mukaista tunnistamista puuttumatta itse tunnistamisen menetelmien luotettavuuteen. Tunnistamistapoja ei myöskään vertailtu keskenään. Tulosten perusteella ei voi vetää johtopäätöksiä esimerkiksi siitä, millaisia tahallisten väärinkäytösten mahdollisuuksia nykykäytäntöön sisältyy. Työssä ei arvioitu myöskään tunnistamiskäytäntöjen vaivattomuutta tai soveltuvuutta käytännön työprosessiin. Jälkimmäisen tutkiminen voisi auttaa etenkin tunnistamiskäytäntöjen käyttöönoton tehostamisessa.

Latvala Jari

**Patient Identification Audit at Seinäjoki Central Hospital's Emergency Ward**

Year	2014	Pages	82
------	------	-------	----

---

Reliable patient identification is a key factor in patients' care. Reliable identification ensures that test results are recorded in correct patient's data entries and intended medical treatment is provided to the right patient. The central hospital of Seinäjoki has implemented new instructions concerning patient identification in January 2014. In this thesis, the use of the emergency ward's new instructions were evaluated.

A patient has to be identified before every medical procedure. Evaluation was performed by observing medical procedures and their identification processes. The aim was to learn how the new instructions have been adopted. Another aim was to find out if there are other identification practices that are not included in the instructions. Furthermore, this thesis aims to determine at which point of the treatment process problems occur most frequently.

Observation was conducted as a third party audit by an audit specialist outside the organization. The new instructions concerning patient identification were used as an audit criterion. The results were analyzed using categorizing and thematic analysis.

In conclusion, in one out of five occasions patients were identified according to the new instructions. The adoption of new instructions varies significantly between different staff groups. However, almost all of the patients are identified in some way. A total of 20 different identification practices not included in the instructions were recorded during the audit. Observing the care process of 21 patients in the hospital showed that the accurate identification of patients was most problematic when transferring patients from the health care centre to Seinäjoki central hospital's emergency ward. Risks related to inaccurate identification of patients or their medical information were also increased with every transfer between wards.

The results of this thesis aid the central hospital of Seinäjoki to plan and allocate training aiming to improve patient identification accuracy. Moreover, they will make training staff and adopting new identification practices easier in the future as well as further decreasing the risk of misidentification of patients and their medical information.

Only the use of new identification methods was evaluated in this thesis. The Identification methods were not compared nor was their reliability evaluated. On the basis of the results, conclusions cannot be drawn about the possibility of exploiting identification methods' vulnerabilities for criminal purposes. The convenience or feasibility of the identification methods in the everyday work processes was not studied either. Especially the latter remains a possible subject for further studies, as it could provide useful information on how to adopt new identification methods more effectively.

## Sisällys

1	Tuntematon potilas	7
2	Työn tavoitteet, rajaukset ja keskeiset käsitteet	8
2.1	Työn rajaukset	9
2.2	Työn kannalta keskeiset käsitteet	10
3	Seinäjoen keskussairaalan päivystyspoliklinikka	11
4	Turvallisuus terveydenhuollossa	13
4.1	Turvallisuusjohtaminen ja riskienhallinta	13
4.2	Turvallisuuskulttuuri	15
4.3	Potilasturvallisuus	16
4.4	Potilaan tunnistamisen tärkeys	18
5	Auditointi	19
5.1	Auditointi turvallisuusjohtamisen työvälineenä	24
5.2	Auditoinnin toteutus käytännössä	27
5.3	Haasteita auditoinnin suunnittelulle	29
6	Työssä käytetyt tutkimukselliset menetelmät	30
6.1	Otoksen koon ja aineiston määrän vaikutus tuloksiin	31
6.2	Työn luonne ja tulosten tulkinta	32
7	Auditoinnin toteuttaminen Seinäjoen keskussairaalassa	35
7.1	Auditointitoimintojen valmisteluprosessi	35
7.1.1	Auditoinnin kulku	38
7.1.2	Havaintolomake	41
7.2	Lisätietoja auditoinnin toteuttamisesta	44
7.3	Käytössä olevat resurssit	45
7.4	Yhteistyö henkilöstön kanssa	46
7.5	Havaintolomake	47
8	Tulokset	48
8.1	Ohjeen mukaiset tunnistamistapahtumat	48
8.2	Muut kuin ohjeen mukaiset käytetyt tunnistamistavat	50
8.3	Hoitopolkujen seurannan tulokset	54
8.4	Muut havainnot havaintolomakkeen ulkopuolelta	57
8.4.1	Potilaiden tunnistamiseen liittyvät kertomukset	57
8.4.2	Muut kuin tunnistamisen liittyvät havainnot	59
8.5	Tulosten luotettavuuden arviointi	59
9	Johtopäätökset ja ehdotukset jatkotutkimukselle	62

9.1	Ohjeen mukainen tunnistaminen	62
9.2	Muut tunnistamistavat	63
9.3	Hoitopolkujen seuranta	64
9.4	Havaintolomakkeen ulkopuoliset havainnot ja kertomukset	66
9.5	Jatkotutkimusaiheet	66
10	Oman työn arviointi	67
	Lähteet	70
	Kuvat	73
	Kuviot	74
	Taulukot	75
	Liitteet	76

## 1 Tuntematon potilas

Sairaanhoitaja huikkaa oman työvuoronsa päätteeksi juuri töihin saapuneelle hoitajalle:

”Unohdin viedä veritulpasta toipuvalle Latvalan Jarille verenohennuslääkkeen, voisitko hoitaa sen?” Samaan aikaan toista Jari Latvalaa valmistellaan leikkaukseen. Entä jos veren hyytymistä estävä lääke päätyykin leikkaussaliin menevälle Jarille?

Terveystieteiden tutkimuksessa on ensiarvoisen tärkeää, että määrätyt hoitotoimenpiteet tehdään oikealle henkilölle ja että oikea ihminen saa juuri hänelle tarkoitettua lääkettä. Suomessa tunnetaan tapauksia, joissa väärän lääkityksen vuoksi ihmisiä on jopa kuollut sairaalahoitossa. Osassa näistä tapauksista on ollut kysymys siitä, että hoitaja on antanut oikean lääkkeen, mutta väärälle potilaalle. Samalla osastolla voi olla useita Veikkoja tai Sirkkoja. Jari Latvaloita asuu omalla kotipaikkakunnallani neljä, joista kaksi ovat vielä saman ikäisiä kuin minä. Sairaalahoitossa voi hyvin sattua yllämainitun kaltainen tilanne, jos potilaiden tunnistamiseen liittyvät prosessit eivät ole kunnossa. Tässä työssä keskitytään hoitoketjun osaan, jolla varmistetaan hoitotoimenpiteiden oikea kohde: potilaan tunnistamiseen.

Potilasturvallisuus on ollut muistakin syistä otsikoissa viime aikoina. Terveystieteiden tutkimus alana on tänä päivänä hyvin tietokeskeinen. Kaikki hoitotoimenpiteet ja päätökset nojaavat aina tallennettuun tietoon ja sitä kautta koko hoitoketjun onnistumisesta on kysymys myös tietojen saatavuudesta ja turvallisuudesta. Hoitoketjulla tarkoitetaan potilaan sairauden tai terveydentilan vaatimia käyntejä ja toimenpiteitä terveydenhuollon toimintayksiköissä. Tietokeskeisyyden vuoksi uutisointi terveydenhuollosta on liittynyt paljon tietojärjestelmiin ja tiedon hallintaan. Tietojärjestelmät tai teknologia eivät kuitenkaan kykene korjaamaan kaikkia ongelmia, eikä tietojen turvallisuudesta puhuttaessa pitäisi koskaan keskittyä vain järjestelmiin. Tietojärjestelmien sisältämä tieto on viime kädessä riippuvainen hoitoketjun eri osissa tapahtuneista toimenpiteistä ja ihmisten tekemästä tallentamisesta. Inhimillinen tekijä on tärkeä varmistavista kontroleista ja tiedon hallintatavasta riippumatta. Inhimillisiä virheitä tietojen käsittelyn osalta on sattunut myös terveydenhuollossa. Tietojen turvallisuudessa on huomiotava prosessien lisäksi myös järjestelmiä käyttävät ihmiset. Näin voidaan luottaa siihen, että järjestelmät sisältävät juuri tarvittavan tiedon tarvittavalla hetkellä ja vain niiden käytössä, joille tieto kuuluu. Tietoturvallisuuden hallinnassa on edelleen avainasemassa ihminen. Tietokeskeisyyden lisäksi terveydenhuolto on myös hyvin turvallisuuskeskeinen ala. Potilaan hyvinvointi on kiinni siitä, että oikeat toimenpiteet suoritetaan oikeassa paikassa, oikeaan aikaan ja oikealle henkilölle. Toimintaympäristö terveydenhuollossa ei ole tänä päivänä yksinkertainen. Pitkissä hoitoketjuissa virheiden mahdollisuus kasvaa ja useampi pienikin virhe yhdessä saattaa aiheuttaa todellisia vahinkoja.

Seinäjoen keskussairaalassa on tehty kehitystyötä liittyen potilaiden tunnistamiseen. Vuoden 2014 alussa tuli voimaan uusi ohje potilaiden luotettavasta tunnistamisesta. Ohjeen tavoitteena on varmistaa, ettei hoitoketjussa ole tuntemattomia potilaita. Tätä uutta tapaa on koulutettu ja sitä on jalkautettu käytäntöön koko vuoden ajan. Uuden ohjeen käytöstä ei kuitenkaan ole tehty mitään mittausta, että tiedettäisiin, miten se on organisaatiossa käytössä.

Tässä työssä on selvitetään miten ohje on otettu käyttöön ja miten potilaiden tunnistaminen käytännössä nykyään suoritetaan. Työ tehdään siksi, että tulevaisuudessa emme kaivaisi tuntemattomien potilaiden hautoja.

## 2 Työn tavoitteet, rajaukset ja keskeiset käsitteet

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää potilaiden tunnistamiseen liittyvän uuden ohjeen käyttöönotto Seinäjoen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla. Tutkimuskysymyksiä ovat:

Miten uuden ohjeen mukainen tunnistamistapa on käytössä Seinäjoen keskussairaalan päivystyspotilaiden hoitopolussa?

Mitä muita kuin ohjeen mukaisia tunnistamistapoja on käytössä?

Missä potilaan hoitopolun kohdissa tunnistaminen on ongelmallisinta?

Työ toteutetaan potilaan tunnistamisprosessin auditointina Seinäjoen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla. Työ on osa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin riskienhallintaa ja laadun kehittämistä. Potilaan tunnistaminen hoitoketjussa on tärkeä osa potilasturvallisuutta. Sen lisäksi, että potilasturvallisuutta ohjaa tiukasti lainsäädäntö, ovat vastuullisuus ja potilasturvallisuus myös osa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin arvoja ja strategisia päämääriä sekä toiminnan painopistealueita (Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma 2011).

Työn tuloksia hyödynnetään tunnistamisprosessin kehittämisessä ja henkilöstön jatkokoulutuksessa. Vaikka työ liittyy potilasturvallisuuteen ja potilaiden tietojen turvallisuuteen, ei tässä työssä keskitytä tietojärjestelmiin. Huomion kohteena on inhimillinen prosessi, joka edeltää potilaan tietojen käsittelyä. Inhimilliset virheet ovat useimmiten ongelmien taustalla tietokeskeisissä ympäristöissä, kuten on havaittu esimerkiksi haikkaohjelmahyökkäyksissä (Mustonen 2013). Tietoja käsitellessä on varmistuttava esimerkiksi vastaanottajatiedoista: järjestelmät eivät voi suojata siltä, että työntekijä lähettää potilastietoja väärille vastaanottajille. Näin kävi Keravalla 2012, jossa potilaiden huumekorvaushoitotietoja joutui sivullisille (Kerava vuoti vahingossa potilastietoja 2012). Kliinisessä hoidossa kehittyneistä ja erikoistuneista tietojärjestelmistä huolimatta virheen taustalla on usein ihminen. Vuonna 2000 julkaistussa terveydenhuollon tutkimuksessa todettiin, että inhimillinen virhe on mukana 82 prosentissa anestesiassa tapahtuneissa estettävissä olevista virheistä (Kohn ym. 2000, 64). Potilaan luo-



tettava tunnistaminen on avainasemassa myös läikehoidossa. Suomessa on tapauksia, joissa potilaan kuolema on aiheutunut siitä, että potilas on saanut toiselle kuuluvan lääkkeen (Aaltonen & Rosenberg 2013, 246, 249). Tietoturvallisuus on huomioitava jo ennen tietojärjestelmiä.

Keskussairaalan yhteyshenkilönä opinnäytetyön osalta on laatupäällikkö Maija Ahokoivula ja työn ohjaajana päivystyspoliklinikan osastonhoitaja Sirpa Kurikka.

## 2.1 Työn rajaukset

Työssä ei ole tarkoitus vertailla tunnistamismenetelmiä keskenään. Uusi tunnistamisohje on ollut voimassa Seinäjoen Keskussairaalassa vuoden 2014 alusta ja yhtenäinen tunnistamismenetelmä haluttaisiin käyttöön koko maakuntaan. Mittauksia tai arviointeja tunnistamistapahtumien onnistumisesta ei ole vielä tehty, vaan tähän asti on keskitytty asian kouluttamiseen. Tämä on ensimmäinen projekti, jossa tunnistamistapahtumien onnistumista arvioidaan. Toimeksiantajan mukaan eniten hyötyä auditoinnista saadaan aloittamalla se sellaiselta osastolta, jossa on eniten vaihtelua potilaiden liikkumiseen liittyen. Siksi opinnäytetyössä keskitytään vain päivystyspoliklinikalta hoitopolkunsa aloittaviin potilaisiin. Hoitopolulla tarkoitetaan sitä polkua, jonka potilas kulkee yhden käynnin aikana sairaalan eri osastoilla eri toimenpiteissä. Toimenpiteellä tässä työssä tarkoitetaan mitä tahansa potilaalle tehtävää hoitotoimenpidettä: röntgenkuvausta, verikoetta, lääkkeen antoa tai mitä tahansa muuta tapahtumaa potilaan hoidossa. Keskussairaalan päivystyspoliklinikka on myös paikka, jonne potilaita tulee ja lähtee muista maakunnan hoitolaitoksista.

Tunnistamistapojen luotettavuuden arviointi ei myöskään kuulu tämän työn tavoitteisiin. Ohjeen mukaisten tai muiden esiin tulevien tunnistamistapojen luotettavuuden arviointi edellyttäisi itse työprosessien ja työmenetelmien syvällistä tuntemista. Arvioinnin pitäisi suorittaa terveydenhuollon ammattilainen, joka tuntee työmenetelmien taustat ja käytetyt työkalut paremmin. Tässä työssä arviointia suorittaa vain yksi henkilö, joten esimerkiksi moniammatillisen tiimin kokoaminen tunnistamismenetelmien luotettavuuden arviointia varten ei ole näillä resursseilla mahdollista. Työn näkökulman pitäisi työmenetelmiä arvioitaessa olla henkilöstön seurannassa, kun nyt näkökulma on potilaslähtöinen. Potilaiden hoidon seurannan yhteydessä ei ole mahdollista kattavasti arvioida sitä, miten henkilöstö toimii esimerkiksi silloin, kun potilaiden kanssa ei olla tekemisissä. Tunnistamiseen liittyvien ongelmien ratkaiseminen ei myöskään kuulu tähän työhön. Työn aikana tällaisia asioita voi nousta esiin. Ne kirjataan ylös sellaisenaan ja esitellään tuloksissa.

Työssä ei käsitellä yksittäisiä hoitotilanteita siten, että työntekijät tai potilaat olisivat niistä tunnistettavissa. Työssä ei myöskään arvioida kliinistä hoitotyön menetelmää. Tämän vuoksi

laki lääketieteellisestä tutkimuksesta ei suoraan koske tätä työtä. Työtä varten on silti haettu hallintoylihoitajalta tutkimuslupa 20.8.2014. Jos työssä käytettäisiin vain rekisteritietoja tai tilastotietoa, ei tutkimuslupaa tarvittaisi ollenkaan (Mäkelä ym. 2007, 124). Koska havainnointia tehdään kuitenkin käytännön työssä, on tutkimusluvan hakeminen jo potilaiden tietosuojaan takia perusteltua. Lupa on myönnetty 16.9.2014 ja vahvistettu päivystyskeskuksen toiminta-alueen johtoryhmän kokouksessa 25.9.2014.

Traumapotilaat jätetään myös auditoinnin ulkopuolelle. Yksi syy on se, että esimerkiksi tajuttomien onnettomuuspotilaiden kohdalla tunnistamista ei välttämättä voida tehdä. Vielä lisäksi henkilöllisyyden varmentavien dokumenttien puuttuessa perustetaan näille potilaille tilapäinen henkilötunnus. Traumapotilaiden hoitopolku poikkeaa myös tavallisesta hoidon kiireellisyyden takia. Näitä kiireellisiä tapauksia varten on päivystyksessä oma traumaryhmä, joka hoitaa potilaan hoitopolun alusta loppuun. Siksi tunnistaminen ja sen tapa poikkeaa muista potilaista. Traumapotilaiden seuranta muiden potilaiden kanssa samanaikaisesti ei olisi mahdollista ja se on yksi syy, miksi näitä potilaita ei seurata tässä työssä.

## 2.2 Työn kannalta keskeiset käsitteet

Koska työ käsittelee potilaan tunnistamista, eniten kiinnostaa, kuka on potilas. Toiseksi kiinnostavaa on, mitä tarkoittaa potilaan luotettava tunnistaminen. Jälkimmäinen määrittelee myös kriteerit, joilla voimme määritellä auditoinnin kohteena olevan potilaan luotettavan tunnistamisen tapahtumana tapahtuneen.

**Potilas** voi tarkoittaa arkikielessä yleisesti sairasta tai kuntoutuvaa ihmistä. Tällöin määritelmään vaikuttaa ihmisen terveydentila. Arkikielessä potilas voi olla kotonaan sairastava ihminen, joka ei välttämättä ole käynyt edes lääkärissä toteamassa terveydentilaansa. Tällöin potilaan määritelmänä on yksinomaan henkilön terveydentila. Terveydenhuollossa potilas ei kuitenkaan välttämättä ole sairas - hänhän voi olla vaikkapa työterveyshuollon rutiinitutkimuksissa vain saadakseen vahvistuksen hyvälle terveydentilalleen. Määrittelevä tekijä ei tällöin ole henkilön terveydentilan poikkeama, eli sairaus. Terveydenhuollossa potilas -sana on verrannollinen vaikkapa kaupan alalla sanaan asiakas. Terveydenhuollossa potilaan määritelmänä käytetään yleensä lainsäädännön määritelmää, jossa potilaalla tarkoitetaan ”...terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä;” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992).

**Potilaan luotettava tunnistaminen** on prosessi, jonka tavoitteena on varmistaa, että jokainen potilas tulee tunnistettua riittävän hyvin. Tässä työssä tunnistamisella ei tarkoiteta vain sen asian toteamisesta, onko joku henkilö potilas vai ei. Potilaan tunnistamisella tarkoitetaan potilaan yksilöintiä tiettyyn henkilöön. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä potilaskohtaa-

misissa on käytössä oma ohje, joka on johdettu ISBAR -nimisestä toimintaohjeesta. Se on lyhenne sanoista identification, situation, background, assesment ja recommendation. Sen pohja on Yhdysvaltain merivoimissa kehitetty SBAR-menetelmä, jonka päätavoite oli yhtenäistää tiedonkulkua. Sieltä menetelmä on levinnyt myöhemmin terveydenhuoltoon ja on maailmalla laajasti käytössä. (Potilasturvallisuus, 2013.) Kyseinen ohje opastaa potilaan tunnistamiseen kolmen eri tiedon yhdistelmällä; potilaan nimen, iän ja sosiaaliturvatunnuksen mukaan (ISBAR, 2014). Ohje on luettavissa myös liitteessä 1. Tässä opinnäytetyössä tullaan käyttämään kuitenkin vain Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin omaa ohjetta. Se määrittelee potilaan luotettavaksi tunnistamiseksi tunnistamisen ajokortin, kela-kortin tai muun henkilökortin perusteella tai toissijaisesti potilaalta tai potilaan saattajalta saadun henkilötunnuksen perusteella (Potilaan tunnistaminen Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin toimintayksiköissä 2013).

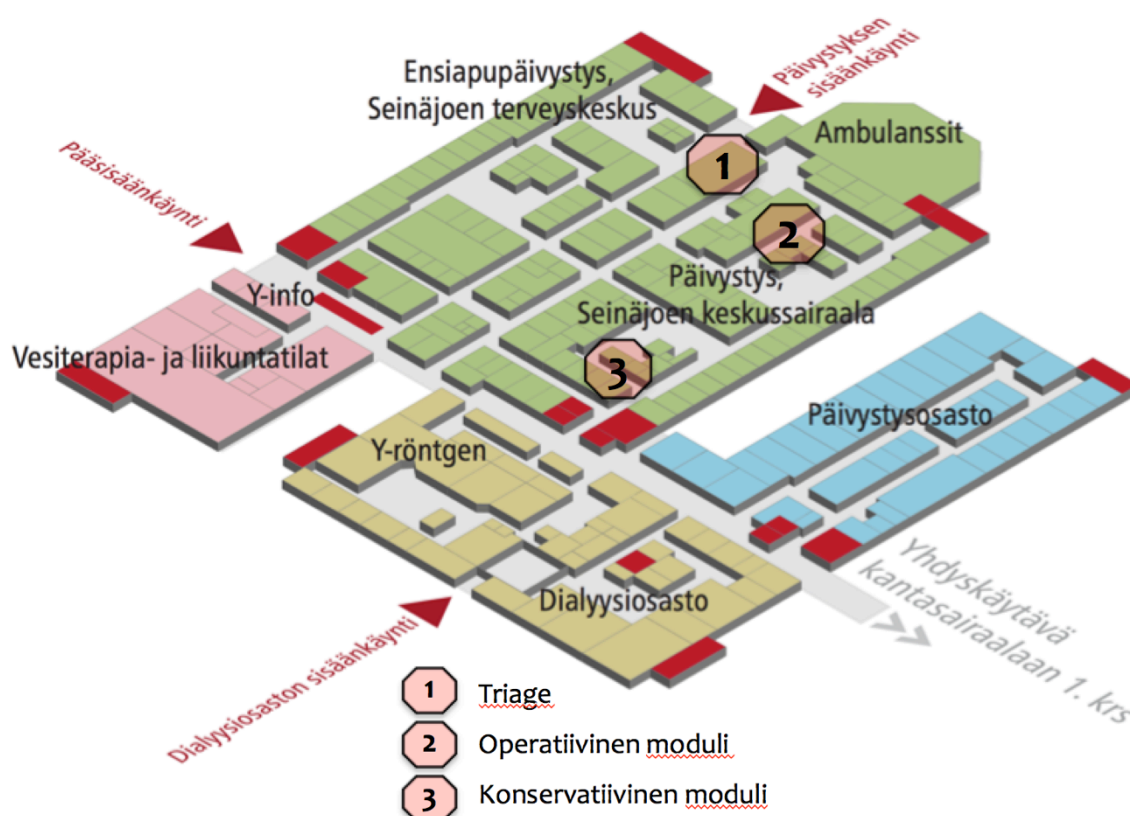
### 3 Seinäjoen keskussairaalan päivystyspoliklinikka

Auditointi tehdään Seinäjoen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla. Seinäjoen keskussairaala kuuluu hallinnollisesti Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiirin tehtävänä on tuottaa erikoissairaanhoidot palvelut ja huolehtia muista sairaanhoitopiirille määritellyistä erityisvelvoitteista. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluu 20 kuntaa ja sillä on vastuullaan noin 200 000 asukasta. Sairaanhoitopiiriin kuuluu kaksi sairaalaa, joista toinen on Ähtärin sairaala. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014.) Seinäjoen keskussairaalan päivystyspoliklinikka kuuluu keskussairaalassa päivystyskeskuksen toiminta-alueeseen. Toiminta-alueita on yhteensä seitsemän ja ne jakautuvat edelleen toiminta- ja vastuuyksiköihin. Päivystyskeskuksen muita toimintayksiköitä ovat ensihoitokeskus ja päivystyspoliklinikka. (Organisaatio ja rakenne 2014.) Henkilöstöä sairaanhoitopiirillä oli keskimäärin 3203 henkilöä vuonna 2013 (Vuosikertomus 2013).

Päivystyspoliklinikka sijaitsee fyysisesti Seinäjoen keskussairaalan yhteydessä Y-talossa Seinäjoella. Y-talo on kesällä 2012 Seinäjoen keskussairaalan viereen valmistunut laajennusosa. Rakennuksessa on kaksi pääasiallista toimijaa: Seinäjoen terveyskeskus ja Seinäjoen keskussairaala. Seinäjoen terveyskeskus on Seinäjoen kaupungin hallinnoima yksikkö, joka tuottaa perusterveydenhuollon palveluita Seinäjoen kaupungin ja Isonkyrön kunnan asukkaille (Hallinto 2014). Terveyskeskus ei kuulu sairaanhoitopiirin organisaatioon, vaikka toimii samoissa tiloissa. Yhteensä sairaanhoitopiirissä kertyi vuonna 2013 82149 käyntiä. Tämä on noin 225 käyntiä päivässä. Päivystyspoliklinikan osuus näistä on 24471. Päivässä se on noin 67 potilasta. (Tilastot ja tieteelliset julkaisut 2013). Edellä olevat luvut kertovat hiukan toimintaympäristön koosta, koska päivystyskäyntien lukumäärä viittaa suoraan potilastunnistustapahtumien lukumäärään. Potilaan tulosta kotiutukseen asti on hänet tunnistettava jokaisen toimenpiteen yhteydessä. Päivystyksessä tunnistamistapahtumaan voi lisäksi liittyä useita eri tekijöitä, esimerkiksi tajuttomat liikenneonnettomuuden uhrin, siirtokuljetukset muista hoitolaitoksista ja

yöajan päivystys, joka poikkeaa toiminnallisesti päiväsaikaan suoritettavasta päivystyksestä. Tunnistamistapahtumien monimuotoisuuden vuoksi juuri päivystyspoliklinikka on hyvä paikka suorittaa auditointi.

Päivystyspoliklinikka koostuu kolmesta eri osasta: triagesta, jossa suoritetaan hoidon kiireellisyden arviointi, operatiivisesta moduulista, jossa hoidetaan operatiivisen alueen päivystysasioita ja konservatiivisesta moduulista, jossa hoidetaan konservatiivisen alueen päivystysasiat. Kuvassa 1 on esitetty päivystystilat, joista auditointi pääsääntöisesti alkaa.



Kuva 1: Päivystyksen pohjapiirros (Y-talo kerroksittain 2014)

Jokainen päivystykseen tuleva aloittaa triagesta. Triage sanana tarkoittaa hoidon kiireellisyysjärjestyksen arviointia (Merriam-Webster 2014). Triagessa työskentelee aina kerrallaan vuorossa kaksi henkilöä; sairaanhoitaja ja osastonsihteri. He ottavat vastaan potilaat ja ohjaavat heidät hoidon tarpeen ja kiireellisuuden mukaan eteenpäin. Operatiiviseen moduliin ohjataan pääsääntöisesti potilaat, joiden hoito saattaa vaatia kirurgisia toimenpiteitä. Konservatiiviseen moduliin ohjataan sisätauti- ja sydänpotilaat, joiden hoito poikkeaa edellisestä ryhmästä. Moduuleista potilaat käyvät lääkärin hoidon suunnitelman mukaan mahdollisesti röntgenkuvissa, ultraäänitutkimuksissa tai muilla osastoilla. Potilaat palaavat aina moduliin, jossa heitä hoidetaan, kunnes heidät joko kotiutetaan tai he päätyvät sairaalan muille osas-

toille. Työ keskittyy pääsääntöisesti näihin kahteen moduuliin, mutta saattaa laajentua potilaan hoitotarpeen mukaan muuallekin sairaalan alueelle.

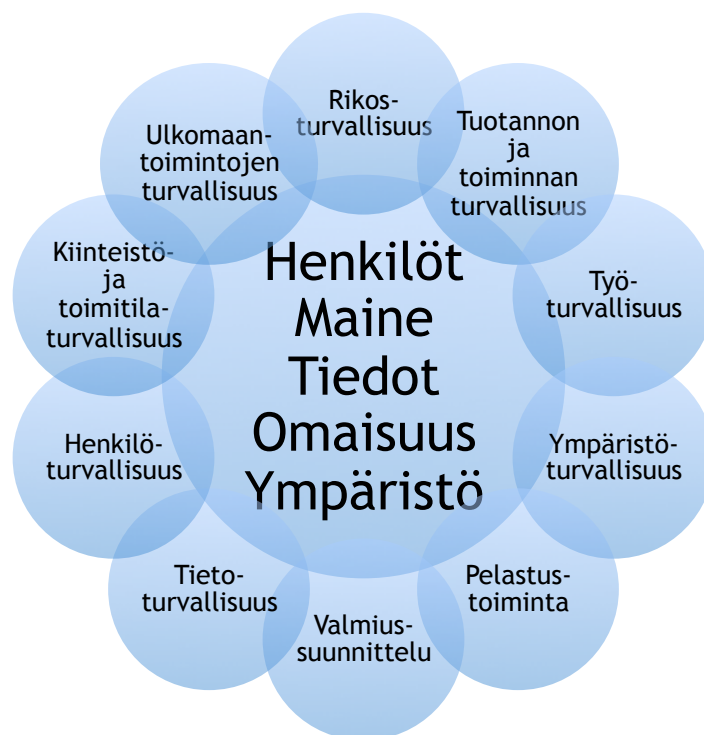
#### 4 Turvallisuus terveydenhuollossa

Terveydenhuollossa korostuu turvallisuus. Potilaat tulevat joko saamaan hoitoa sairauteen tai ohjausta terveytensä edistämiseen. Kaikessa toiminnassa korostuu jo Hippokrateen valasta tuleva periaate olla tekemättä vahinkoa tai aiheuttamatta haittaa kenellekään. Potilaiden hoitoon liittyen tavoitteet, mittaustavat, haitat ja vahingotkin on usein määritelty jo laissa. Toiminta on hyvin säädeltyä. Terveydenhuolto alana on suuri työllistäjä ja organisaatiot ovat joskus todella suuria. Turvallisuusajattelun on läpäistävä koko organisaatio johdosta alkaen, että kaikessa toiminnassa voidaan huomioida turvalliset toimintatavat. Avainasemassa kaikissa organisaatioissa on turvallisuusjohtaminen. Turvallisuusjohtamisella tarkoitetaan suunnitelmallista, tavoitteellista ja jatkuvaa kokonaisvaltaista turvallisuuden hallintaa organisaatioissa. Turvallisuusjohtamisessa yhdistyvät menetelmät, toimintatavat ja ihmisten johtaminen. Menetelmien ja toimintatapojen johtamisessa korostuvat riskien arviointi, mittaaminen ja koulutus. Ihmisten johtamisessa korostuvat osaaminen, osallistuminen ja motivointi. (Turvallisuusjohtaminen 2010)

Sosiaali- ja Terveysministeriö (STM) on määritellyt erityisen selvästi, että johdolla on ensisijaisesti vastuu potilaiden turvallisuudesta, eikä tätä vastuuta voi delegoida. Vastuu turvallisuudesta pitää sisällään osaamisen, riittävien resurssien, riskienhallinnan ja kaikkien muiden turvallisen toiminnan edellytysten varmistamisen. Jopa taloudelliset päätökset on arvioitava aina potilasturvallisuuden näkökulmasta. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009)

##### 4.1 Turvallisuusjohtaminen ja riskienhallinta

Yritysten ja organisaatioiden turvallisuus on laaja käsite ja pitää sisällään kaikki organisaation turvallisuuden johtamiseen ja hallintaan liittyvät asiat (Kerko 2001). Organisaatioiden turvallisuuden hallinta liittyy jotenkin kaikkeen organisaation toimintaan. Suomessa käytetään yleisesti Elinkeinoelämän keskusliiton (EK) tapaa jäsentää yritysturvallisuuteen liittyviä osialueita. Keskeisessä osassa tässä mallissa ovat suojattavina kohteina yrityksen henkilöt, maine, tiedot, omaisuus ja ympäristö. Yritysturvallisuus taas on jaettu erilaisten toimintalueiden mukaan yksittäisiin kokonaisuuksiin, jotka tietenkin myös linkittyvät toisiinsa. (Yritysturvallisuus 2014.) Kokonaisuuden hallintaa helpottaa sen pilkkominen pienempiin osiin. Kuviossa 1 on esitetty Elinkeinoelämän keskusliiton jäsenitys organisaatioiden turvallisuudesta.



Kuvio 1: Organisaatioiden turvallisuuden jäsentäminen (Yritysturvallisuuden osa-alueet 2014)

Kuvion 1 keskellä on esitetty suojattavat kohteet ja ympärillä osa-alueet, joilla kohteita suojataan. Turvallisuuden eri osa-alueiden jäsentäminen on etenkin isoissa organisaatioissa tarpeen. Kuvion 1 mukaiset jäsentelyt eivät aina liity saman ihmisen toimenkuvaan. Esimerkiksi kiinteistöturvallisuudesta vastaavan henkilön erityisosaamiseen ei välttämättä kuulu ulkomaantoimintojen suunnittelu. Yhtymäkohtia tietenkin on: jonkun on hallinnoitava myös ulkomailla sijaitsevia kiinteistöjä. Yritysturvallisuudella viitataan Kuvion 1 eri osa-alueiden kokonaisvaltaiseen hallintaan. Turvallisuusjohtamiseksi kutsutaan sitä, millä nämä osa-alueet liitetään yhteen johdettavaksi kokonaisuudeksi. (Miettinen 2002, 11-12)

Riskienhallinta on ennalta suunniteltua ja koordinoitua toimintaa, jolla organisaatiossa pyritään hallitsemaan riskejä (ISO 31000 2011, 12). Eräs riskienhallinnan työväline on suojaukset (barriärer; skydd; barriers; defences). Niitä ovat toimintaprosessiin tietoisesti ja järjestelmällisesti suunnitellut ja sisällytetyt rakenteet ja menettelyt, joiden tarkoituksena on tunnistaa ja estää poikkeamien johtaminen vaaratapahtumiin. (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuus-sanasto 2006, 6). Kaikenlaiset toimintaohjeet, rakenteet ympäristössä, suojavälineet, ennalta suunnitellut prosessit ja tarkistuslistat ovat juuri niitä välineitä, joilla pyritään ohjaamaan työntekoa ja sulkea pois siihen sisältyviä riskejä. Riskienhallinnan näkökulmasta nämä ovat kontrolloija, joilla pyritään hallitsemaan, eli kontrolloimaan, riskejä. Riskien hallintakeinoihin viitattaessa kontrolli -sanaa (control) käytetään yleisemmin toimialariippumattomasti viittaamaan samaan asiaan kuin suojauksiin terveydenhuollossa (ISO 31000 2011, 20-21). Kontrolli voi samaten olla mitä tahansa ohjeistuksesta ja koulutuksesta aina teknisiin tai fyysisiin estei-

siin. Kontrolleilla ja suojauksilla pyritään joko poistamaan riskit kokonaan tai pienentämään niitä. (ISO 31000 2011)

#### 4.2 Turvallisuuskulttuuri

Turvallisuuskulttuuri terminä on ensimmäisenä otettu käyttöön ydinvoimateollisuudessa IAEA:n (International Atomic Energy Agency) toimesta. Termi esiintyi ensimmäisen kerran International Nuclear Safety Groupin (INSAG) raportissa Tshernobylin ydinvoimaonnettomuuden analyysissä The Chernobyl Accident vuonna 1986. Termin sisältö määriteltiin myöhemmin kattavammin 1991 INSAG:in Safety Series raportissa Safety Culture. Vapaasti käännettynä turvallisuuskulttuurilla tarkoitettiin organisaation ja yksilöiden ominaisuuksia ja asenteita, jotka vaikuttavat siihen, että turvallisuuteen liittyvät tekijät asetetaan etusijalle niiden merkityksen painoarvon mukaan. Myöhemmin turvallisuuskulttuuri-termiä on alettu käyttää muillakin toimialoilla ja termi on nyt laajasti käytössä kaikkialla. Siitä huolimatta turvallisuuskulttuuriin mielletään sisältyvän samoja tekijöitä, kuin vuoden 1991 Safety Culture raportissa. Näitä ovat esimerkiksi: yksilötason tietoisuus turvallisuuden merkityksestä, sitoutuneisuus, motivaatio, valvonta ja vastuullisuus. (Safety Culture 1991)

Turvallisuuskulttuuri-termiä terveydenhuollossa tulkitaan usein seuraavasti:

”Turvallisuuskulttuurilla ymmärretään potilaiden hoitoa edistävää suunnitelmallista ja järjestelmällistä toimintatapaa, sitä tukevaa johtamista sekä arvoja ja asenteita. Toimintatapa sisältää riskienarvioinnin, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuvan kehittämisen. Potilasturvallisuuskulttuuriin kuuluu riskien ja haittatapahtumien ennakointi ja arviointi etukäteen. Erehtymisen mahdollisuus huomioidaan ja vaara- ja haittatapahtumista pyritään jatkuvasti oppimaan.” (Potilasturvallisuusopas 2011, 13).

Lyhyemmin turvallisuuskulttuuri terveydenhuollossa on määritelty *kyvyksi ja tahdoksi* ymmärtää vaaroja ja ehkäistä niitä, sekä *kyvyksi ja tahdoksi* toimia turvallisesti (Pietikäinen & Reiman & Oedewald 2008, 24). Turvallisuuskulttuuriin on kiinnitettävä erityisen paljon huomiota, sillä henkilöstön sitoutuminen ja motivaatio turvallisuuden ylläpitämiseksi on suurimmaksi osaksi kulttuurinen tekijä. Kielloilla, ohjeilla ja säädöksillä ei päästä kovin pitkälle, ellei henkilöstöä onnistuta sitouttamaan tavoitteisiin. Turvallisuuskulttuuriin terveydenhuollossa liittyy vahvasti avoin ja hyväksyvä ilmapiiri. Erehtyminen on inhimillistä, mutta parempaan tulokseen päästään vain oppimalla virheistä, joiden käsittely työyhteisöissä voi välillä olla hankalaakin. Turvallisuuskulttuuriin kasvaminen alkaa jo alan ammattilaisten koulutuksesta. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009,14)

### 4.3 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus (patientsäkerhet; patient safety) on terveydenhuollossa merkittävä turvallisuuden osa-alue. Terveydenhuollon termit johdetaan Suomessakin WHO:n ICPS-luokittelusta (International Classification for Patient Safety), joten ne ovat kansainvälisesti länsimaissa saman sisältöisiä. Potilasturvallisuudella viitataan terveydenhuollon organisaatioiden periaatteisiin ja toimintoihin, joiden tarkoituksena on varmistaa potilaan saaman hoidon turvallisuus ja suojata potilasta hoidon haittavaikutuksilta. Termi kattaa itse hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden ja laiteturvallisuuden. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009). Potilasturvallisuus on tärkeä osa hoitotyön laatua (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 6). Potilasturvallisuus ymmärretään aina ensisijaisesti siten, että sillä suojataan potilaita vahingoilta tai vaaroilta ja sitä tulkitaan potilaan lähtökohdista ja näkökulmasta. Mikä on tietenkin tärkeää, sillä tutkimusten mukaan länsimaissa joka kymmenes potilas kohtaa jossain hoidon vaiheessa jonkinlaisen haitan (Helovuori ym. 2011, 18). Haitta terminä pitää sisällään minkä tahansa potilaalle aiheutuneen tilapäisen tai pysyvän fyysisen, psyykkisen, emotionaalisen, sosiaalisen tai taloudellisen haitan. Haitta voi olla joko potilaan kokemaa tai jonkun ammattihenkilön toteama (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 7). Vaaratapahtuma (patient safety incident) on mikä tahansa tapahtuma, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa potilaalle haittaa (Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety 2009, 15). Usein kuulee puhuttavan myös potilasvahingosta ja sen sisältö on määritelty laissa. Potilasvahinko on potilaalle aiheutunut korvaukseen oikeuttava henkilövahinko (Potilasvahinkolaki 585/1986). Vahinko voi olla mitä tahansa tilapäisestä haitasta aina potilaan kuolemaan asti. Potilasvahinkoja on seitsemän ryhmää: hoitovahinko, infektiovahinko, tapaturmavahinko, laitevahinko, palovahinko, lääkkeen toimittamisvahinko ja kohtuuton vahinko. (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 7)

Potilasturvallisuus on kuitenkin laajempi kuin vain suoraan yksittäisiin hoitomenetelmiin ja potilaisiin liittyvä käsite. Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee potilasturvallisuuden edistämisen osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon riskien- ja laadunhallintaa (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009). Organisaation näkökulmasta potilasturvallisuus näyttäytyy paljon moniulotteisempana kuin vain yksittäisten hoitotoimenpiteiden onnistumisen mittaamisena. Siihen kuuluvat kaikki periaatteet, käytännöt ja prosessit, joilla riskeihin pyritään varautumaan. Potilasturvallisuuden toteuttamiseen ei osallistu vain hoitohenkilökunta, vaan koko henkilökunta. STM velvoittaa, että sairaanhoitopiireillä on potilasturvallisuussuunnitelma vuoteen 2013 mennessä. Potilasturvallisuussuunnitelmassa on oltava määriteltynä selkeät menettelytavat poikkeamien ja vaaratapahtumien raportointiin, seurantaan ja käsittelyyn. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 17) Organisaatioilta edellytetään myös omavalvontasuunnitelmaa, jonka avulla pyritään varmistamaan, että organisaation toiminta on sille asetettujen tavoitteiden mukaista. Omavalvontasuunnitelman on sisällettävä kaikki toiminnat,



joilla pyritään varmistamaan poikkeamien ja virheiden havaitseminen. Laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990) edellyttää tätä myös yksityisiltä terveydenhuollon toimijoilta. Julkisten yksiköiden omavalvontavastuu pohjautuu terveydenhuoltolain pohjalta annettuun laatu- ja potilasturvallisuusasetukseen. (Helovuori ym. 2011, 40-41)

Myös potilas itse osallistuu potilasturvallisuuden kehittämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö edellyttää, että alan organisaatioissa on olemassa ohjeet ja menettelytavat siihen, miten potilaat itse voivat kertoa turvallisuuspuutteista ja saada vastauksia potilasturvallisuuteen liittyviin kysymyksiin. Avointa ja rehellistä ilmapiiriä ja viestintää edellytetään kehitettävän myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaisiin, ei pelkästään alan ammattilaisten tai työyhteisöjen sisällä. Potilaista puhuttaessa tämä laajenee usein myös potilaiden lähipiiriin ja läheisiin ihmisiin, jotka ovat mukana potilaan hoidossa. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009)

Potilasturvallisuus ei kuitenkaan ole mikään erillinen osa turvallisuuden koko kentässä. Potilasturvallisuus kuuluu kokonaisturvallisuuden hallintaan siinä missä mikä tahansa muukin turvallisuuden osa-alue. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kehittämispäällikkö Petri Pommelin esiteli 7.9.2009 Tampereella pidetyssä Haipro raportointiverkoston seminaarissa turvallisuuden koostuvan kuviossa 2 esitetyllä tavalla.



Kuvio 2: Turvallisuuden koostuminen Petri Pommelinin mukailen (Pommelin 2009)

Kuviossa 2 on paljon samoja termejä kuin kuviossa 1, joka oli EK:n näkemys yritysturvallisuuden osa-alueista. Kokonaisturvallisuuden ja turvallisuuden hallinnan rakentuminen vaihtelee toimialasta riippuen. Tämän huomaa esimerkiksi vertailemalla kuvioita 1 ja 2: kuviossa 2 on selkeät terveydenhuollon alan painotukset, kun taas kuvio 1 taas pyrkiikin olemaan yleiskuvauksen yritysturvallisuuden osa-alueista. Terveydenhuollossa potilasturvallisuus on muista toimialoista poikkeava erityinen turvallisuuden osa-alue. Kaikki turvallisuuden osa-alueet on kuitenkin linkitettävä organisaation turvallisuuden johtamiseen yhtenäiseksi kokonaisuudeksi, että niitä voidaan hallita ja johtaa keskitetysti (Miettinen 2002, 14).

#### 4.4 Potilaan tunnistamisen tärkeys

Potilaan tunnistaminen on olennaista terveydenhuollon monimutkaisen toimintaympäristön takia. Yhdellä käynnillä potilaan hoitoon osallistuu useita eri ammattilaisia ja ammattiryhmiä. Potilaan hoitokertomuksen on sisällettävä kaikki olennainen tieto potilaan hoitoon liittyvän päätöksenteon mahdollistamiseksi. Yksittäisen laboratoriokokeen tulos voi olla merkittävä ja siksi on tärkeää, että jokainen tulos löytyy potilaan hoitokertomuksesta. Jokin yksittäinen laboratoriokoe vuosien takaa voi yhtä lailla olla tärkeä osa potilaan hoidon suunnittelua. Lääkäri saattaa tarvita päätöksen tueksi potilaan koko elinkaaren ajalta kertynyttä tietoa potilaan terveydentilan kehittymisestä esimerkiksi pitkäaikaissairauksissa. Jokaista toimenpidettä ja tallennustapahtumaa edeltää potilaan tunnistaminen. Tällä varmistetaan, että tieto päätyy varmasti oikean potilaan potilastietoihin. Hoitotyössä on tietty oma työtapo, jota ohjaavat tarkat kirjaamiskäytännöt. Anna Liisa Sonnisen, Anneli Ension ja Helena Ikosen (2007) mukaan pelkästään potilaisiin liittyvän lainsäädännön mukaan potilaasta on tallennettava taulukossa 1 esitetyt tiedot:

Taulukko 1: Potilaasta tallennettavat tiedot.

Hoidon vaihe	Tallennettavat tiedot
Syy hoitoon tuloon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• akuutti sairastuminen</li> <li>• ohjaus</li> <li>• lähete, tai muu syy</li> </ul>
Annettu hoito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lääkärin ohjeistus</li> <li>• lääkehoito</li> <li>• fysioterapia, tai muu hoito</li> </ul>
Hoidon vaikutukset	<ul style="list-style-type: none"> <li>• potilaan tilan muutokset</li> </ul>
Potilaan vointi hoidon aikana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kuvaus, miten potilas voi hoidon aikana</li> </ul>
Potilaan vointi hoidon päätyttyä	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kuvaus voinnista</li> <li>• muutokset potilaan voinnissa</li> </ul>
Jatkohoito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• jatkotutkimukset</li> <li>• hoitosuunnitelma</li> <li>• muu annettava hoito</li> </ul>
Potilaan selviytyminen kotioloissa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hankaluudet</li> <li>• rajoitteet</li> <li>• muut mahdolliset ongelmat</li> </ul>

Taulukosta 1 voi päätellä, että tallennettavat tiedot hoidosta ja sen vaikutuksista eivät ole yksinomaan terveydenhuollon ammattilaisten tallentamia tietoja. Esimerkiksi potilaan selviytyminen kotioiloissa ei ole välttämättä terveydenhuollon ammattilaisten tiedossa. Hoidon arviot taulukon 1 osiin on kerättävä niin terveydenhuollon ammattilaisilta kuin potilaalta ja potilaan omaisilta. (Sonninen & Ensio & Ikonen 2007, ks. Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2007, 80) Monet meistä käyvät terveydenhuollon piirissä useita kertoja elämänsä aikana ja sanomattakin on selvää, että sähköinen potilaskertomus keski-ikäiseltä ihmiseltä sisältää jo melkoisen määrän tietoa. Elektroninen, rakenteinen potilaskertomus on tuonut mukanaan useita erilaisia tiedon luokitteluun ja systematisointiin liittyviä järjestelmiä. Tietty ammattiryhmä käyttää usein vain muutamaa niistä, mutta jokaisen on tunnettava monia eri tapoja. Tämä korostuu etenkin moniammatillisessa yhteistyössä. Hoitotyössä käytettävän näyttöön perustuvan kirjaamisen kriteereitä ovat muiden muassa pätevyys, luotettavuus ja tarkkuus. (Pekkala 2007, ks. Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2007, 53)

Potilaan luotettava tunnistaminen on tehtävä jokaisessa potilaan hoitopolun vaiheessa. Hoitopoluksi kutsutaan sitä matkaa, jonka potilas kulkee organisaation sisällä käyntinsä yhteydessä sairaalassa (Holmberg-Marttila, Länsipuro & Kuusisto 2014, 3). Esimerkiksi päivystykseen tuleva potilas, joka on kaatunut polkupyörällä ja loukannut polvensa, käy ensin triagehoitajalla. Kun hoitaja on arvioinut hoidon tarpeen ja kiireellisyyden, potilas ohjataan lääkärille. Tämä on toinen vaihe polulla. Kun lääkäri lähettää potilaan röntgeniin mahdollisten vaurioiden toteamiseksi, on hoitopolulla kolmas vaihe menossa. Lääkäri on määrännyt myös kipulääkkeen potilaalle, jonka joku osaston työntekijöistä käy antamassa potilaalle. Tämä on neljäs vaihe hoitopolulla. Tämä toistuu niin kauan, että potilas kotiutetaan. Tunnistaminen on suoritettava jokaisen toimenpiteen yhteydessä. Tunnistamisohje kuvaa tunnistamistavan, jolla potilaan kohtaamisesta on pyritty tekemään helppo ja johdonmukainen prosessi. Kansainvälisesti ohjeistuksia potilaiden tunnistamiseen on maailmalla käytössä useita erilaisia. Etelä-Australiassa käytössä on samankaltainen ohje kuin Suomessa. Se perustuu kolmen eri tiedon yhdistelmälle: potilaskertomuksen numerolle (medical record number, MRN), nimelle (name) ja syntymäajalle (date of birth, DOB) (A standard mnemonic to improve clinical communication 2011). Muunlaisiakin suosituksia on, esimerkiksi Maailman terveysjärjestön (World Health Organization, WHO) suositus perustuu kahden tiedon yhdistelmään (Patient identification 2007).

## 5 Auditointi

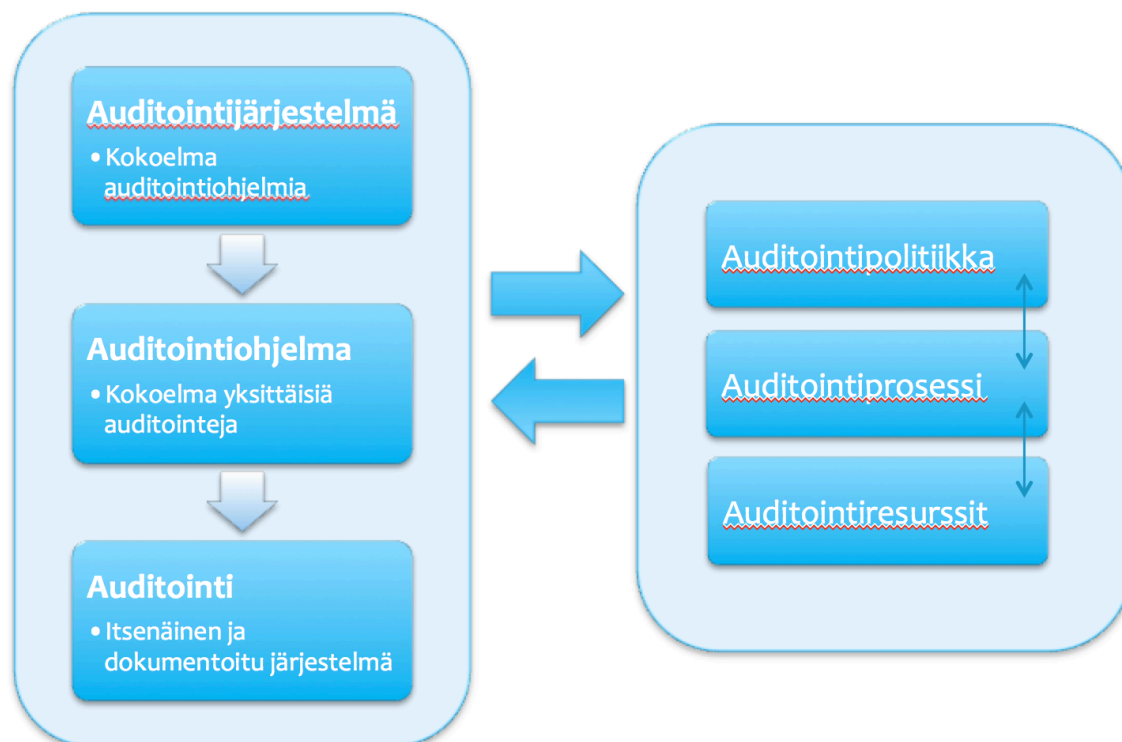
Tässä opinnäytetyössä potilastunnistamista koskeva arviointi tehdään auditointina. Auditoinnilla on siksi oltava asiantuntija siinä, mitä auditointi on ja miten sitä käytetään työkaluna. Auditointi on riippumaton tarkastus, joka voi kohdistua johonkin toimintoon, omaisuuteen, organisaatioon tai rahalliseen laskelmaan (O'Regan 2004, 27). Auditointeja suoritetaan organisaatioiden toiminnan arvioinnissa yleensä kahdesta syystä. Joko halutaan tarkastaa, että täytetään

vaatimustenmukaisen toiminnan tavoitteet, tai että käytössä on oikeat menetit ja ne on otettu tehokkaasti käyttöön (Kuusisto 2000, 5). Auditointia voidaan käyttää toiminnassa yksittäisten kriteerien täyttymisen tarkastamiseen, vaikkapa mittaamaan työturvallisuusohjeiden noudattamista. Toisaalta sitä voidaan käyttää myös organisaation toiminnan tehokkuuden ja työmenetelmien tehokkuuden tarkasteluun, esimerkiksi johtamisjärjestelmän vaikuttavuuden arviointiin tai kyseisen järjestelmän parantamista koskevan tiedon hankintaan (ISO 19011 2011, 12). Auditointia on käytetty menetelmänä hyvin pitkään, merkkejä sellaisesta on jo Rooman valtakunnan ajoilta ja auditointi-termin ajatellaan tulevan latinan kielen verbistä *audire*, kuulla (O'Regan 2004, 27).

Auditoinnit voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoihin auditointeihin. Sisäisissä auditoinneissa arvioija on usein organisaation sisältä ja ulkoisissa auditoinneissa on kyse jonkun osittain tai kokonaan ulkopuolisen tahon tekemästä auditoinnista. Ulkoinen auditointi voi olla vaikkapa päämiehen arvio alihankkijan toimintatavoista. Silloin puhutaan joskus myös toisen osapuolen auditoinnista. Kokonaan ulkoisen, niin sanotun kolmannen osapuolen auditointi, on usein jonkin sertifiointiin tai lainmukaisuutta edellyttävän järjestelmän tarkastus. Näissä on usein määritelty tahot, jotka voivat suorittaa sertifiointiin johtavan auditoinnin. (ISO19011 2011, 8)

Auditointi voidaan nähdä systeeminä, jolloin viitataan joko kokonaiseen auditointiohjelmaan tai organisaation useisiin auditointipolitiikoihin. Yksittäisen auditoinnin kyseessä ollessa puhutaan enemmän työvälisestä. Silloin auditointi on tapahtuma, jossa auditoinnin suorittaja, auditointi, tutustuu ennalta auditoitavan kohteen dokumentaatioon ja vaatimusmäärittelyyn ja laatii auditointisuunnitelman. Tämän jälkeen auditointi vertaa käytännössä havainnoimalla kohteena olevaa prosessia sen dokumentaatioon ja vaatimuksiin. Auditoinnin tulokset raportoidaan joko täytettyinä vaatimuksina tai poikkeamina vaatimuksista (KATAKRI 2011, 4). Poikkeama taas on mikä tahansa toiminnassa esiintyvä tapahtuma, joka poikkeaa prosessille asetetuista vaatimuksista. Auditointi on poikkeamien havainnointia ennalta suunnitellusta ja dokumentoidusta prosessista. Potilasturvallisuudesta puhuttaessa poikkeama voidaan määritellä myös tapahtumaksi, joka johtaa potilasturvallisuuden näkökulmasta vaaratilanteeseen (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006).

Hyvän kuvan auditoinnista konseptina sekä eri käsitteiden suhteista toisiinsa avaavat Karapetrovic ja Willborn artikkelissaan *Generic audit of management systems: fundamentals*. Avaan kuviossa 3 heidän näkemystään auditointiin liittyvistä käsitteistä.

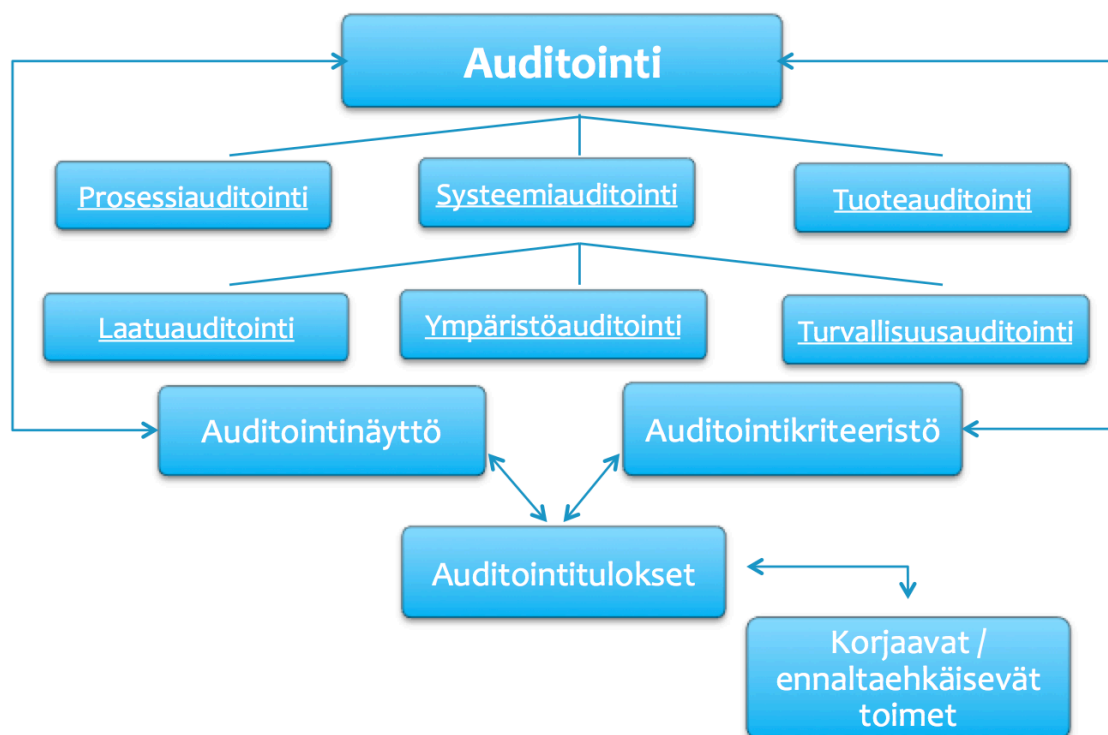


Kuvio 3: Auditointiin liittyvät käsitteet (Karapetrovic & Wilborn 2000 mukaillen)

Kuviossa 3 esitettyjen auditointijärjestelmän, auditointiohjelman ja auditoinnin suhde on hierarkkinen. Ylimpänä on auditointijärjestelmä, joka sisältää kaikki organisaation auditointiohjelmat. Organisaatioissa voi olla käytössä lukuisia erilaisia kohteita, joissa auditointeja suoritetaan. Näitä voivat olla esimerkiksi työturvallisuuden, ympäristönsuojelun tai tietoturvallisuuden auditointiohjelmat. Auditointiohjelmat taas sisältävät yksittäiset ja erilliset auditoinnit, joilla pyritään selvittämään kulloinkin tarkasteltavana olevan kohteen taso. Esimerkiksi työturvallisuuden osalta auditointi on hyvin erilainen riippuen siitä, tarkastetaanko toimistotyöntekijöiden vai tehdashallissa työskentelevien ihmisten työturvallisuusvaatimusten täytymistä. Yksittäinen auditointi on siis yhteen kohteeseen suoritettava itsenäinen ja dokumentoitu tarkastus, jossa saatua auditointinäyttöä käytetään arviointiin siitä, vastaako kohteen taso sille asetettuja vaatimuksia. (Karapetrovic & Wilborn 2000)

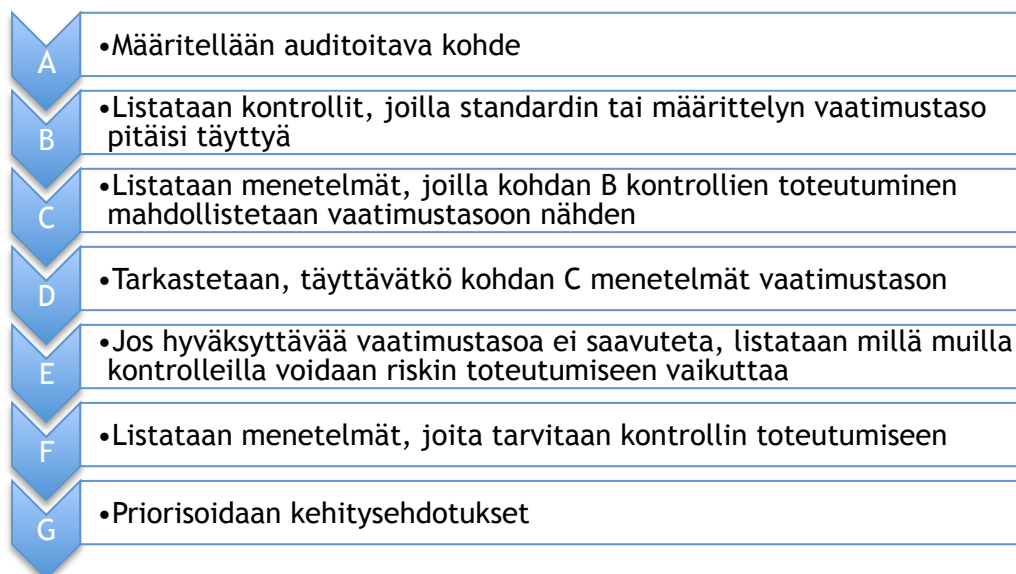
Auditointipolitiikan, auditointiprosessin ja auditointiresurssien suhde edellä mainittuihin kolmeen taas on enemmän assosiatiivinen. Auditointipolitiikka sisältää yleensä ylätasoa määrittelyn ja periaatteet organisaation auditointijärjestelmälle. Se sisältää myös standardit tai muut määrittelyt, joita vasten organisaatiossa auditointeja suoritetaan. Auditointiprosessi määrittelee niitä tapoja ja keinoja, joilla yksittäisiä auditointeja suoritetaan ja määrittelee, miten auditointinäyttö tulkitaan tavoitteita ja auditointikriteerejä vasten ja miten niistä muodostetaan johtopäätöksiä. Auditoinnin resurssit käsittävät kaikki henkilöresurssit, menetelmät, työvälineet ja materiaaliset resurssit, joilla auditointipolitiikan tavoitteisiin ja yksittäisten auditointien tavoitteisiin päästään. (Karapetrovic & Wilborn 2000)

Kuviossa 4 esitetystä yksittäisestä auditoinnista tuloksena on auditointiraportti, jossa esitellään auditointinäyttö ja verrataan sitä auditoinnin kriteeristöön samalla ottaen huomioon tarkastuksen riski ja olennaisuus. Auditoinnin tyypistä riippumatta periaate auditoinnissa on aina sama. Auditointiraporttia laatiessa on hyvä ottaa huomioon myös miten auditoinnin itsensä aiheuttamat poikkeamat, epäjohtonmukaisuudet tai jopa väärät tulokset voidaan ennaltaehkäistä tai ottaa huomioon tulosten dokumentointivaiheessa. (ISO 19011 2011)



Kuvio 4: Yksittäinen auditointi (Karapetrovic & Wilborn 2000 mukailen)

Auditoinnin heikkoutena voi olla se, että havainnoidaan vääriä asioita. Siksi auditointituloksia tulkitessa tulee aina arvioida myös sitä, mitä kontrolleja on käytössä auditointitoiminnan arviointiin ja millaisia menetelmiä toiminnassa käytetään. Auditoinnin tulisi kyetä arvioimaan kriittisesti myös sitä, mitä auditointi todellisuudessa mittaa. Yksinkertaisimmillaan auditoinnin arvioinnissa on kyse kuvion 5 kaltaisesta prosessista. (Young 2010)



Kuvio 5: Auditoinnin arviointi (Young 2010, 117)

Kuviossa 5 esitetty prosessi auttaa auditoinnin arvioinnissa työvälineenä. Siinä tarkastelun kohteena ovat kontrollien lisäksi myös menetelmät, joilla oletetaan päästävän haluttuun tavoitetasoon. Pelkkä kontrollin olemassaolo ei vielä tarkoita sitä, että päästäisiin haluttuun vaatimustasoon. Myös käytännön menetelmä on arvioitava.

Tärkeää on myös itse auditoija. Esimerkiksi Arto Kuusisto totesi väitöstutkimuksessaan (2000) että auditointituloksen luotettavuutta lisää, kun auditoija tuntee auditointimenetelmän, kansallisen lainsäädännön ja kohdeorganisaation yrityskulttuurin (Kuusisto 2000). Auditoijalle ei ole samalla tavoin pätevyysvaatimusta kuin esimerkiksi ammatinharjoittajille, koska kyseessä ei ole ammatti- tai tutkintonimike. Silti auditoijan pätevyys on myös arvioitava. Ensimmäinen mietittävä asia on auditoinnin tyyppi. Esimerkiksi kolmannen osapuolen sertifiointiauditoinnin suorittajalla täytyy olla oikeus myöntää sertifiointeja auditoitavalle kohteelle, kun taas sisäisessä auditoinnissa ei vastaavaa pätevyysvaatimusta tarvita. Toisen osapuolen auditoinneissa taustalla on usein jonkin sopimuslausekkeen täyttymisen tarkastus. Tällöin auditoijan täytyy tuntea sekä sopimuksen vaatimukset, että tavanomaisimmat menetelmät vaatimusten täyttämiseksi. Johtamisjärjestelmän auditointiohjeessa (ISO19011 2011) on lueteltu joitakin yleisiä soveltuvuusvaatimuksia, joita auditoijan on tiedettävä ja tunnettava. Näitä ovat:

1. Auditoinnin periaatteet, menettelyt ja menetelmät
2. Johtamisjärjestelmä ja viiteasiakirjat
3. Organisaation toimintaympäristö
4. Auditoitavaa tahoja koskevien lakien ja sopimusten vaatimukset sekä muut vaatimukset

5. Johtamisjärjestelmän auditoiden osa-aluekohtaiset ja toimialakohtaiset tiedot ja taidot
6. Pääauditoijan yleistiedot ja taidot  
(ISO 19011 2011)

Auditoinnin suorittamisessa on tärkeää myös viestintä. Etenkin henkilöstöä arvioitaessa on pystyttävä viestintä hoitamaan niin, että palaute annetaan oikein, eikä syyllistävää tai virheitä etsivää ilmapiiriä synny. Menestyksekkään auditoinnin suunnittelun ja toteuttamisen vuoksi on organisaation johtamisjärjestelmä ja johtamiskulttuuri tunnettava tarpeeksi hyvin. Tämä korostuu, kun suunnitellaan auditointijärjestelmää tai auditointiohjelmaa. Organisaation toimintaympäristö on tärkeä myös yksittäisten auditoiden näkökulmasta, sillä havainnointi ja tiedonkeruu tapahtuu henkilöstön mukana, usein aidoissa olosuhteissa. Toimialaan liittyvä lainsäädäntö on luonnollisesti erittäin hyvä tuntee. Se asettaa usein minimivaatimukset auditoinnin kohteena oleville menetelmille, mutta voi auttaa myös ymmärtämään syitä, minkä vuoksi organisaatio toimii kuten toimii. Osa-aluekohtaiset tiedot ja taidot painottuvat yksittäisten auditoiden tekijöiden osalta. Esimerkiksi yrityksen varastotiloissa suoritettava turvallisuusauditointi on ihan erilainen kuin sama auditointi vaikkapa asiakaspalvelutiloissa. Eri osa-alueita auditoitaessa on ymmärrettävä, miksi jossain toimitaan tietyllä tavalla. Auditointiin menetelmiin voi liittyä hyvin erilaisia vaatimuksia, vaikka auditointi tapahtuisikin saman organisaation sisällä. Pääauditoijaksi kutsutaan henkilöä, joka johtaa auditoinnin ja hänen vastuullaan on koko ryhmän toiminta ja johtaminen. (ISO 19011 2011)

#### 5.1 Auditointi turvallisuusjohtamisen työvälineenä

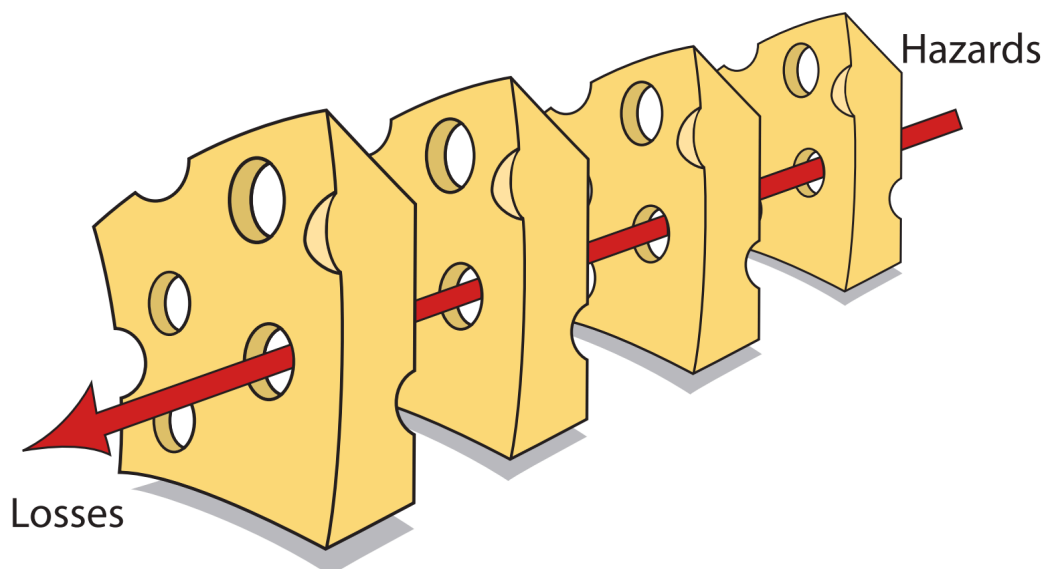
Tässä työssä auditointi viittaa yksittäisen riskikontrollin ja siinä käytetyn menetelmän vaatimustenmukaisuustarkastukseen. Työ liittyy siten organisaation riskien- ja turvallisuudenhallintaan. Siksi seuraavaksi tarkastellaan, mitä tarkoitetaan riskillä ja riskienhallinnalla. Tässä työssä potilaan tunnistaminen on riskikontrolli. Menetelmä on ennalta määritelty prosessi, jonka tehtävänä on eliminoida riskin toteutuminen. Riski voi toteutua, jos potilas tunnistetaan väärin. Riskillä tarkoitetaan yleisesti epävarmuuden vaikutusta tavoitteisiin nähden (SFS-ISO 31000 2011, 12). Riski voi olla positiivinen, kuten esimerkiksi yritystoiminnassa tavoiteltu voitto tai negatiivinen, kuten vaikkapa varotoimista huolimatta tapahtunut työtapaturma. Tai vaikkapa tässä työssä epäluotettavasta potilaan tunnistamisesta aiheutunut lääkityspoikkeama: tunnistamisen epäonnistuessa henkilö voi saada jollekulle toiselle tarkoitettun lääkityksen tai jäädä ilman hänelle kuuluvaa lääkitystä (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 8).

Työssä auditoidaan prosessia, jonka tehtävä on rajoittaa potilasvahinkoja. Tarkastellaan seuraavaksi, miten vahinko syntyy. Vahinkojen syntyyn on useita selitysmalleja. Useimmiten ero-



tetaan kaksi erilaista lähestymisnäkökulmaa siihen, miten virheitä ja vaaratilanteita sattuu. Toinen on ihmislähtöinen näkökulma ja toinen systeemiähtöinen näkökulma. Ihmislähtöisessä näkökulmassa ajatellaan virheiden syntyvän ihmisistä johtuvista syistä. Ihmisten laiminlyöntit tai välinpitämättömyys on tässä mallissa selittävä tekijä sille, miten poikkeamia syntyy. Tämän näkökulman ongelmana on se, että se keskittyy liikaa etsimään syyllisiä tai pelottelemaan ihmisiä. Tämä saa heidät välttämään tai peittelemään virheitä sen sijaan, että keskityttäisiin laajemmin siihen, mitkä tekijät vaikuttavat virheen syntyyn. Systeemiähtöisessä näkökulmassa ajatellaan, että virheitä syntyy joka tapauksessa - myös ihmisistä johtuvista syistä - mutta siinä keskitytään enemmän vaikuttamaan virheitä synnyttäviin olosuhteisiin. Ympäristöön ja olosuhteisiin on helpompi vaikuttaa kuin ihmisten käyttäytymiseen. Olosuhteita muuttamalla pyritään ohjaamaan ihmisten toimintaa siten, että virheitä ei syntyisi. Systeemiähtöinen näkökulma on tänä päivänä hallitseva näkökulma organisaatioissa, jotka pyrkivät korkeaan käytettävyyteen ja toiminnan luotettavuuteen. (Reason, 2000.) Myös terveydenhuollossa Suomessa suositaan systeemiähtöistä lähestymistapaa (Potilasturvallisuusopas 2011, 15).

Tavallinen tapa kuvata systeemiähtöisen näkökulman poikkeamien syntymekanismia on reikajuustomalli. Tässä mallissa poikkeamatilanteiden ehkäisemiseksi rakennetut kontrollit tai suojukset nähdään ikään kuin juustoviipaleina kuvan 2 mukaan. Yksi viipaleista voi olla esimerkiksi tarkistuslista, joka edellyttää ihmistä tekemään tietyt tarkistukset ennen toimintaa. Terveydenhuollossa on myös tyypillistä, että tietyt asiat pitää tehdä tietyssä järjestyksessä virheiden välttämiseksi. Seuraava viipale voi olla vaikkapa tietojärjestelmään ominaisuus, joka huomauttaa käyttäjää poikkeavasta toiminnasta. Kolmas voi olla vaikka ympäristöön rakennettu kulunvalvonta, jolla pyritään varmistamaan, että vain tietyn koulutuksen ja osaamistason saavuttaneet ihmiset voivat työskennellä kyseisessä tilassa. Edellisistä huolimatta ihminen voi jättää tarkistuslistan huomiotta, sulkea järjestelmän antamat varoitukset tai fyysisen kulunvalvonnan pettäessä joutua tilaan, jossa hän ei osaa toimia oikein. Tämän vuoksi kontrolloissa ajatellaan olevan reikiä, kuten juustossa. Menetyksiä tulee silloin, kun vaaran tapahtumavektori läpäisee kaikkien kontrollien ”reiät” (kuva 2). Auditointi on usein käytetty työkalu näiden yksittäisten kontrollien toimivuuden tarkasteluun.



Kuva 2: Miten vaaratilanteista syntyy menetyksiä kontrolleista huolimatta Reasonia mukaillen (2000)

Tapoja vaatimustenmukaisuuden tarkastamiseen on muitakin, esimerkiksi johdon katselmukset, viranomaistarkistukset ja erilaiset seurantajärjestelmät, joiden kirjauksiin tai automaatiikkaan perustuvista poikkeamahälytyksistä voidaan saada myös tarvittavaa tietoa organisaation turvallisuuden tilasta. Tässä keskitytään kuitenkin toimeksiantajan tilauksesta auditointiin. Auditointi on yksittäinen työväline ja se toteutetaan usein vain tietyssä kohteessa tiettyyn aikaan. Toistamisella auditoinneista saadaan luotettavampia. Laajempi auditointiohjelma mahdollistaa yksittäisen auditoinnin tulosten seurannan, kehittämisen ja parantamisen. Esimerkiksi johtamisjärjestelmien auditointiohje määrittelee että itse auditointiohjelmaa on jatkuvasti seurattava ja katselmoitava ja että auditointien ja auditointiohjelman heikkouksia voidaan tunnistaa ja näin itse työvälinettä parantaa (ISO 19011 2011). Riskienhallintaa ja turvallisuuden johtamista ei ole syytä käsitellä tämän enempää, koska tässä työssä keskitytään yksittäisen prosessin auditointiin. Ei esimerkiksi johtamis- tai turvallisuusjärjestelmän auditointiin.

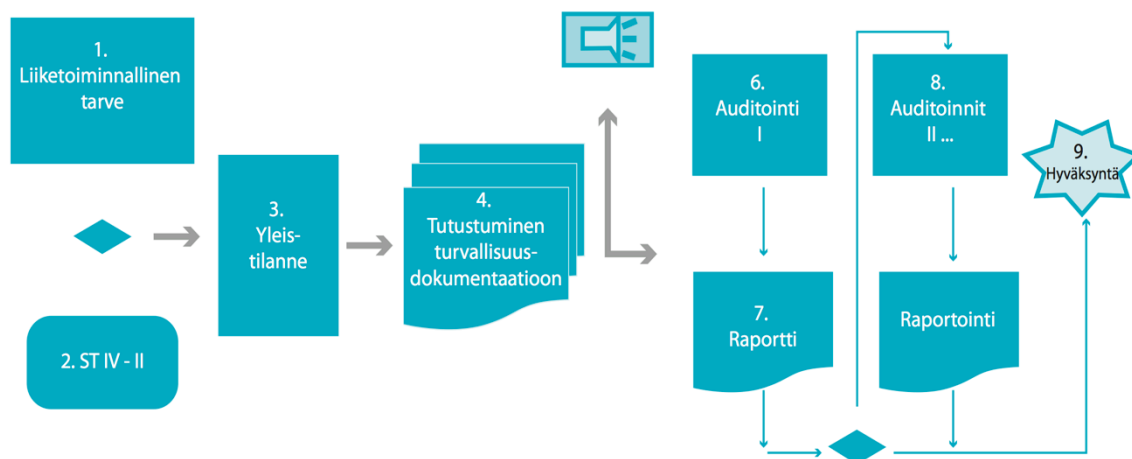
Potilasturvallisuutta ajatellen hoidossa voi aiheutua vahinkoa potilaalle, jos potilasta ei tunnusteta oikein. Virheellisen tunnistamisen seurauksena potilas voi jäädä ilman hoitoa tai hänelle tarkoitettua lääkitystä. Potilas voi saada myös toiselle ihmiselle tarkoitettua hoitoa tai lääkityksen. Koska osa hoitoon hakeutumisen syistä ei välttämättä vaadi hoitoa, lievemmillään potilaalle ei aiheudu mitään haittaa. Kyseessä on silti vaaratapahtumaksi luokiteltava tilanne, koska kontrollin pettämisestä olisi kuitenkin voinut aiheutua vahinkoa. Vakavimmil-

laan riskin toteutumisesta seuraa haitta potilaan terveydelle (”haitta”) tai jopa potilaan kuolema (”potilasvahinko”). Tavoitteena terveydenhuollossa tällaisten riskien osalta on se, että poikkeamia ei ole ollenkaan. Joskus riskien toteutumisen mittaamisessa saattaa olla määriteltynä hyväksyttävä riskitaso. Voitaisiin ajatella, että riski on hyväksyttävä, jos vaikkapa vain kaksi kymmenestä potilaasta saisi väärää hoitoa. Seuraukset hoitovirheissä voivat kuitenkin olla niin vakavia, että hoitoketjussa ei sallita yhtään ainutta epäonnistunutta tunnistamista-apahtumaa. Niinpä tälle kontrollille, potilaan luotettavalle tunnistamiselle, on vaatimuksena se jokaisen tunnistamistapahtuman onnistuminen.

Poikkeaman selvittämiseksi mitattavassa prosessissa, on selvitettävä ensiksi, miten prosessin on määrä toimia. Niinpä tärkeintä ennen auditointia on selvittää, miten prosessi on suunniteltu toimivaksi ja mitä vaatimuksia siihen kohdistuu. Koska prosessi on jo suunniteltu ja koulutettu ja sen toiminnasta on olemassa jo jonkin verran kokemuksia, ei tässä työssä tarvitse lähteä ihan alusta. Tämä on kuitenkin ensimmäinen kerta, kun tunnistamisen toteutumisen tarkastelussa käytetään auditointia. On tärkeä tietää, miten organisaatio on määritellyt prosessin toimivaksi. Se määrittelee myös kriteerit, joita käytetään onnistumisen mittaamiseen. Ennen auditointia on hyvä tutustua myös aikaisempiin kokemuksiin ja tietoon, jotta poikkeamien tunnistaminen helpottuu. Muuta materiaalia voi olla esimerkiksi organisaation yleiset turvallisuuspoikkeamaraportit sekä läheltä piti -tai vaaratilanneraportit. Näiden analysoinnin kautta voi paljastua riskejä, joihin vaikuttaminen voisi olla mahdollista auditoinnin kohteena olevassa prosessissa.

## 5.2 Auditoinnin toteutus käytännössä

Auditoinnin toteutus pääpiirteissään on melko yksinkertainen tapahtuma ja auditoinnit noudattelevat yleensä hyvin samankaltaista kaavaa. Kuviossa 6 esitetään, miten Kansallinen turvallisuusauditointikriteeristö II (2011) kuvaa auditoinnin etenemisen:



Kuvio 6: Turvallisuusauditoinnin tekninen suoritus (KATAKRI 2011, 5)

Kuviossa 6 on esitetty kaaviona auditointi alusta loppuun. Yleisellä tasolla auditoinnille on oltava jonkinlainen tarve, joka määrittelee auditoinnin kohteen ja laajuuden. Auditoinnin tutustuu johdon määrittelemään tavoitteeseen sekä vaatimuksiin. Toimintaympäristöön tutustuminen etenkin ulkoisessa auditoinnissa on hyvin tärkeää. Samoin dokumentaatioon tutustuminen. Dokumentaatioissa jo on yleensä kuvattuna se taso, jolla organisaation pitäisi olla. Jo suunnitteluvaiheessa auditoinnin voi ottaa esiin asioita, jotka ovat puutteellisia tai ristiriitaisia auditoinnin tavoitteisiin nähden. Tämän jälkeen auditointi suoritetaan kohteessa ja raportoidaan ja raportin perusteella kohde voi suorittaa parannukset kohteessa. Tarvittaessa auditointeja ja korjauskierrroksia toistetaan niin usein, että haluttuun tavoitetasoon päästään. (KATAKRI 2011)

Aivan näin yksinkertaista auditointi ei itse suorituksena kuitenkaan ole. Vaikka auditointeihin on olemassa erilaisia valmiita malleja ja työkaluja, myös auditoinnin vaikuttaa auditoinnin tuloksiin. Esimerkiksi auditoinnin kokemus ja osaaminen voivat vaikuttaa olennaisesti auditoinnin tuloksiin, vaikka käytettäisiinkin jotain valmiita työkalua (Kuusisto 2000). Auditointiin sisältyy tutustumista toimintaympäristöön, siellä työskenteleviin ihmisiin ja heidän toimialaansa. Tarvitaan tapaamisia, määrittelykokouksia, dokumentaatioon tutustumista ja mahdollisesti ryhmien kokoamista auditointia varten. Ryhmien jäsenten väliset vastuut, roolit ja tehtäväjako on pystyttävä määrittelemään etukäteen. Auditoinnin kohteena olevaa henkilöstöä on tiedotettava ja auditoinnin aikainen viestintä on myös toimittava koko ajan. Auditointihavaintojen koostaminen raportiksi ja sen viestintä tilaajan ymmärtämässä muodossa on myös tärkeää. Mahdollisesti auditointi itsessään on arvioitava osana laajempaa auditointiohjelmaa auditointien kehittämiseksi. Yksityiskohtaisemman etenemissuunnitelman esittelee johtamisjärjestelmän auditointiohje, ISO 19011 (2011). Se on esitelty taulukossa 2.

Taulukko 2: Auditoinnin eteneminen (ISO 19011 2011, 38)

### 1. Auditoinnin aloittaminen

- Ensimmäinen yhteydenotto auditoitavaan tahoon
- Auditoinnin toteutettavuuden määrittäminen

### 2. Auditointitoimintojen valmistelu

- Asiakirjojen katselmus ja auditointiin valmistautuminen
- Auditointisuunnitelman laatiminen
- Auditointiryhmän tehtävien jako
- Työasiakirjojen laatiminen

### 3. Auditointitoimintojen toteuttaminen

- Aloituskokouksen pitäminen
- Asiakirjojen katselmointi auditoinnin aikana
- Tiedonvälitys auditoinnin aikana
- Oppaiden ja tarkkailijoiden roolit ja vastuut; määrittely
- Tiedonkeruu ja todentaminen
- Auditointihavaintojen muodostaminen
- Johtopäätösten valmistelu
- Lopetuskokous

### 4. Auditointiraportin laatiminen ja jakelu

### 5. Auditoinnin päättäminen

### 6. Auditoinnin seurannan toteuttaminen

- (jos määritelty auditointisuunnitelmassa)

Taulukosta 2 saa jo paljon paremman kuvan siitä, millainen työmäärä yksittäisen auditoinnin taustalla on. Huomioonotettavia seikkoja on monella tasolla paljon ja monet asioista ovat kytköksissä toisiinsa.

#### 5.3 Haasteita auditoinnin suunnittelulle

Ensimmäinen haaste on, miten suorittaa auditointi niin, että se ei tunnu valvonnalta. Leena-Maija Aaltonen ja Per Rosenberg (2013) toteavat terveydenhuoltoa vaivanneen jo kauan hierarkisuuden ja kaikkivoipaisuuden illuusion. Ne luovat ilmapiirin, jossa on raskasta tehdä virheitä. (Aaltonen & Rosenberg 2013.) Niinpä vaaratapahtumien ja läheltä piti -tilanteiden tarkastelu on terveydenhuollossa vielä uutta. Auditointi menetelmänä on valvontaa ja tarkkailua. Haasteena onkin luoda ilmapiiri, jossa tarkkailu ei tunnu syyllisten etsinnältä, vaan pikemminkin yhteiseltä kehitystyöltä. Myös sosiaali- ja terveysministeriö painottaa sitä, että huomio pitää siirtää yksittäisistä työntekijöistä ja virheistä potilaille aiheutuvien haittojen

vähentämiseen ja palvelujärjestelmän kehittämisen (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009).

Auditointia suoritettaessa on mahdollista, että auditoija joutuu vahingossa arkaluonteisiin tilanteisiin potilaiden kanssa. Näitä tilanteita ajatellen on syytä tehdä riittävät vaitiolo- ja salassapitositoumukset sekä tuoda esiin työntekijöille auditointia suoritettaessa, että salassapidosta ja luottamuksellisuudesta koko prosessin osalta on huolehdittu. Tämä toivottavasti lisää myös työntekijöiden luottamusta auditoijaan ja auditointiprosessiin ja helpottaa myös itse työn tekemistä. Tieto siitä, että työntekijöitä yksilöiviä tietoja ei tallenneta auditoinnin kuluessa, auttaa varmasti myös siihen, ettei auditointia nähdä yksittäisten työntekijöiden työn arviointina. Toinen vaara potilastilanteissa on se, että työskennellään sairaalaympäristöstä. Erilaiset infektioriskit, kontaminaation vaara ja tarttuvat sairaudet ovat koko ajan läsnä, eikä niitä voi eristää auditoinnin suorittamisen ulkopuolelle. Tähän varautuminen edellyttää tutustumista yksikön omiin hygienia- ja varosuunnitelmiin auditointitoimintojen valmisteluvaiheessa.

Auditoijan vaikutuksia tuloksiin on myös pyrittävä poistamaan. Tallentamistyön osalta vaikutuksia voi pyrkiä minimoimaan sillä, että auditoinnissa käytetään mahdollisimman paljon ennalta määriteltyjä monivalintavaihtoehtoja. Näin ei ainakaan lauseiden merkitysten tai sisällön tulkinta vaikuta tuloksiin. Jo tieto siitä, että auditoija on organisaatiossa, tulee vaikuttamaan siihen, että työympäristössä varmasti keskitytään tarkemmin työhön ja sen suorittamiseen. Tämä on myös asia, joka on syytä keskustella itse organisaation asiantuntijoiden kanssa auditointitoimintojen valmisteluvaiheessa. He ovat asiantuntijoita kuitenkin omassa ympäristössään ja osaavat arvioida varautumista tähän paremmin.

## 6 Työssä käytetyt tutkimukselliset menetelmät

Työ on toiminnallinen opinnäytetyö ja sen keskeisin tiedonkeruutapa on havainnointi. Tarkoitus ei ole osallistua eikä ohjata millään tavalla potilaan tunnistamiseen liittyvää prosessia, vaan ainoastaan havainnoida ja raportoida ohjeen noudattamista. Havainnoinnista saadaan mahdollisimman paljon irti, kun se suoritetaan ennalta valmisteltuna potilaan tunnistamisprosessin auditointina. Tässä työssä havainnoinnin suorittaja, auditoija, on seuraamassa työmenetelmiä, mutta ei osallistu itse prosessiin millään tavalla. Havainnointi jaetaan usein osallistuvaan ja ulkopuoliseen havainnointiin, ja tässä on kysymys nimenomaan ulkopuolisesta havainnoinnista, jossa auditoija ei osallistu itse tapahtumaan vaan tarkkailee sitä ulkopuolelta (Ronkainen ym. 2011, 115). Työ on projektiluontoinen. Projektissa pääpaino on auditoinnin suorittamisella ja sen tulosten raportoinnilla. Projektiksi sen voi määritellä, koska työ kestää ennalta määritellyn ajan ja tuottaa tietyn tavoitteen mukaisen tuloksen (Vilkkä & Airaksinen 2003, 48).

Luonnollista on ajatella työtä myös tutkimuksellisenä kehittämisenä. Ojasalo, Moilanen ja Ritalahti (2009) erottelevat tutkimuksen ja tutkimuksellisen kehittämistyön juuri toiminnan tavoitteiden kautta. Kun tarkoituksena ei ole tuottaa uutta teoriaa vaan pyrkiä saamaan aikaan parannuksia käytännössä, on kyse tutkimuksellisesta kehittämistyöstä (Ojasalo ym. 2009, 19). Työssä koko kantava ajatus on poikkeamien löytäminen tietyssä prosessissa. Tulosten analyysi, haastattelut, valmistelutyö ja auditointitilanteet työn aikana nostavat todennäköisesti esiin tiettyjä tekijöitä, miksi poikkeamia esiintyy. Joitain ehdotuksia ongelmien ratkaisuksi saattaa myös nousta esiin työn aikana. Ne tullaan tietenkin kirjaamaan ylös myöhempää kehittämistyötä ajatellen havainnoinnin tuloksina.

### 6.1 Otoksen koon ja aineiston määrän vaikutus tuloksiin

Etukäteen pitää miettiä myös sitä, kuinka suuri otos ja kuinka paljon aineistoa tarvitaan, että tulos kertoo jotain tutkittavasta kohteesta. Poikkeuksellisten yksittäisten tilanteiden tai tapahtumien ei saa vaikuttaa liiaksi tuloksiin. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara esittävät kirjassaan *Tutki ja Kirjoita* (2009), että otoksen koko ratkaistaan seuraavan neljän kriteerin valossa:

1. ”Mitkä ovat tutkimuksen tavoitteet?
2. Miten tarkkoja perusjoukkoa vastaavia tunnuslukuja halutaan saada?
3. Miten useita tekijöitä on tarkoitus tarkastella samanaikaisesti?
4. Miten homogeeninen perusjoukko on tutkittavan asian suhteen?”

(Hirsjärvi ym. 2009, 180)

Työn tavoitteen näkökulmasta on mietittävä, mikä on päivystyspoliklinikalla edustava otos tutkittavasta joukosta. Tässä tapauksessa edellisten kriteerien valossa on selvitettävä kuinka monta tunnistamisprosessiin osallistuvaa henkilöä osastoilla työskentelee ja pyrittävä saamaan tuloksia riittävän suurelta joukolta. Itse tutkittava joukko on koulutukseltaan hyvin homogeeninen, mutta koulutuksen lisäksi vaikuttava tekijä voi olla myös työkokemus alalta. Täytyy pitää huolta ainakin siitä, että esimerkiksi yksittäisen ammattihenkilön toimintatapa ei pääse vaikuttamaan tuloksiin. Lisäksi on otettava huomioon kellonaika; eroavatko toimintatavat jotenkin riippuen siitä, tehdäänkö työtä virka-aikana vai aamuyöllä? Ja onko auditointitilanne olosuhteisiin nähden tyypillinen, vai vaikuttaako esimerkiksi ruuhka asioiden sujuvuuteen. Aineiston keruun jälkeen tuloksia voi myös verrata esimerkiksi aikaisempiin raportoituihin poikkeamiin prosessissa ja niiden lukumääriin ja saada sitä kautta kuva aineiston kattavuudesta. Pohdittavaksi tulee myös se, halutaanko työltä pelkästään tilastollista aineistoa siitä, miten prosessi on määritelty toimivaksi. Jos halutaan, on keskityttävä otannan kokoon. Jos prosessista pitää saada esiin enemmän tietoja ja yksittäisen tapahtuman kohdalla tarkkailtavia kohteita on paljon, ollaan nopeasti myös resurssikysymysten äärellä. Ja riittääkö

tulokseksi vain tilastollinen onnistuminen vai ollaanko kiinnostuneita myös muusta informaatiosta, jota tarkkailtavasta kohteesta kerätään.

## 6.2 Työn luonne ja tulosten tulkinta

Yksi hieman idealisoitu erottelu määrällisen ja laadullisen tutkimuksen välillä on se, että laadullisella tutkimuksella on ajateltu tutkittavan ihmistä ja ihmisen toimintaa, kun taas määrällisellä fysikaalista maailmaa ja sen ilmiöitä. Tätä kutsutaan erotteluksi humanistiseen ja positivistiseen paradigmaan (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2011, 79). Määrällisen ja laadullisen tutkimuksen suurimpana erona on pidetty myös sitä, että määrällisessä tutkimuksessa aineiston keruu ja analyysi perustuu ennalta tiedettyyn tietoon (Ronkainen ym. 2011, 85). Määrällisen, kvantitatiivisen tutkimuksen, voi ajatella olevan pelkästään lukumäärien ja tilastojen analyysiä jostain olemassa olevasta ilmiöstä tai asiasta. Laadullisen, kvalitatiivisen tutkimuksen, tavoitteeksi taas on määritelty ilmiön kokonaisvaltaisempi ymmärtäminen, prosessiin osallistuvien osapuolten asenteiden, motivaation ja uskomusten kartoittaminen (Vilkka & Airaksinen 2003, 63).

Auditoinnin tavoite on vaatimuksista poikkeavien tunnistamistapahtumien havaitseminen, kirjaaminen ja raportointi. Työn tulosten analysoinnin voi määritellä määrälliseksi, koska raportointi tällä tasolla on lukumääriin perustuvaa, mitattavaa, tilastollisesti ilmaistavaa tietoa (Vilkka & Airaksinen 2003, 58). Työssä yhtenä tavoitteena on kuitenkin löytää myös sellaisia tunnistamistapoja, jotka eivät ole etukäteen tiedossa. Määrällisessä analyysissä nämä kaikki pitäisi olla etukäteen tiedossa tutkimuksen muuttujina (Alasuutari 2011). Jonkin verran tällaista tietoa voidaan saada myös määrällisen tutkimuksen avulla, jos ennakkoon tiedetään tarpeeksi selvästi mitä mitataan, keneltä ja miksi (Vilkka & Airaksinen 2003, 59). Muut mahdollisesti käytössä olevat tunnistamistavat eivät ole kuitenkaan etukäteen tiedossa. Siksi havaintojen analysointi pelkästään lukumääräisesti ei tuottaisi sitä tietoa, mitä tällä työllä haetaan.

Muita tunnistamistapoja etsittäessä täytyy pyrkiä ymmärtämään, mitä tunnistamistapahtumassa oikeasti tapahtuu vuorovaikutuksessa terveydenhuollon ammattihenkilön ja potilaan välillä. Tunnistamistapahtuma voi olla pelkistettävissä yksinkertaiseen prosessimalliin, mutta sitä se ei ole käytännössä. Tilanteita on erilaisia ja työntekijän tulee joskus hyvinkin nopeasti kyetä kuuntelemaan, valikoimaan, tallentamaan ja soveltamaan tietoa, jolla tehdä käytännön työtä koskevia päätöksiä. Laadullisena tiedonhankinnan menetelmänä voisi olla esimerkiksi haastattelu, jolla pyritään täydentämään ymmärrystä poikkeamien luonteesta ja syistä. Työn laajuuden rajaamiseksi ei kuitenkaan ole mahdollista suorittaa lisäksi esimerkiksi strukturoitua haastattelututkimusta. Havainnointia voidaan kuitenkin laajentaa auditoinnin edetessä



esitettävillä tarkentavilla kysymyksillä havaittuihin poikkeamiin liittyen. Vastaukset näihin kysymyksiin voivat auttaa tulosten analysointivaiheessa tyypittelemään tuloksia.

Tunnistaminen on ihmisen suorittama toimenpide. On epätodennäköistä, että ihmisen käyttäytymisen tulkinnassa voitaisiin käyttää ennalta määriteltyjä muuttujia haluttujen tulosten saamiseksi vain tilastollisesta aineistosta. Etenkään siksi, koska kaikkia muuttujia ei ole etukäteen tiedossa. Työn toteutusvaiheessa on mahdollista, että materiaalia saattaa tulla myös lomakkeen ulkopuolelta ihmisten käyttäytymisen ja tilanteiden tulkinnan kautta. Niinpä kertyvä aineisto voi olla hyvin laaja ja sitä on mahdotonta jäsentää etukäteen täysin. Esimerkiksi Alasuutari (2011) toteaa, että laadullisessa analyysissä on harvoin mahdollista luoda tilastollisesti merkittäviä eroavaisuuksia yksilöiden välille. Tässäkin muuttujia ja huomioon otettavia asioita voi kertyä yhtä paljon kuin itse tunnistamistapahtumia on. Näin ollen materiaalia voi kertyä niin paljon, ettei ole mahdollista saada aikaan käytettävissä olevien resurssien puitteissa tilastollisesti merkittäviä eroja. Alasuutari (2011) esittää laadullisen analyysin koostuvan pääosin kahdesta vaiheesta: havaintojen tekemisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta ja vertaa määrällistä analyysiä laadulliseen seuraavan kaavion mukaan (Alasuutari 2011, 39).

Taulukko 3: Lomaketutkimuksen ja laadullisen tutkimuksen eroavaisuudet (Alasuutari 2011)

	Lomaketutkimus	Laadullinen tutkimus
Arvoituksen ratkaiseminen	kausaalianalyysi, tilastollisten yhteyksien tulkinta. Muuhun tutkimukseen ja hypoteeseihin viittaaminen	”ymmärtävä selittäminen”, muuhun tutkimukseen ja teoreettisiin viitekehyksiin viittaaminen
Havaintojen tekeminen	muuttujien määrittely ja koodaaminen, keskiarvojen ja tilastollisten yhteyksien etsiminen	Havaintojen pelkistäminen: ”olennaiseen” keskittyminen ja raakahavaintojen yhdistäminen

Taulukon 3 perusteella työ sijoittuu laadulliseksi tutkimukseksi. On myös muistettava, että työ ei ole vain jonkin ilmiön tai ongelman tutkimusta. Kyse on pääsääntöisesti organisaatiolle tuotettavasta tiedonkeruusta: mitata ohjeen mukaisen toiminnan toteutumista. Tunnistamistapahtumien onnistumisesta saadaan määrällisen analyysin avulla tietoa, mutta ymmärryksen syventämiseksi tarvitaan esimerkiksi havainnointia ja haastatteluja itse työympäristössä. Joka tapauksessa työssä kerättävien tietomäärien kautta ei kyetä vain määrällisellä analyysillä tuottamaan tietoa kehittämistyön tueksi. Siinä suurinta osaa näyttölee havainnot ja haastat-

telutilanteet. Työ on pääosin laadullinen, mutta sisältää määrällisiä elementtejä. Pitää muistaa, että tässä projektissa on ensisijaisesti kyse organisaation kehittämistyöstä, eikä kysymys tutkimuksellisesta ”puhtaudesta” ole näin kaikkein olennaisin. Myös Vilkka ja Airaksinen toteavat (2003), että toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimuskäytännöt ovat väljempää ja aineiston analyysi ei ole välttämättä yhtä järjestelmällistä ja tarkkaa kuin tutkimuksellisessa opinnäytetyössä (Vilkka & Airaksinen 2003, 57-58).

Käytän tulosten analysoinnissa laadullista analyysiä, tarkemmin teemoittelua ja tyypittelyä. Kummassakin on tavallaan kysymys havaintojen pelkistämisestä. Alasuutarin mukaan (2011) pelkistämisessä voidaan erottaa kaksi vaihetta. Ensinnäkin aineistoa tarkastellaan vain siitä näkökulmasta, mikä tutkimuksessa on olennaista. Toisaalta pelkistämällä pyritään havaintojen yhdistämiseen erilaisten teemojen ja tyyppien alle ja näin havaintomäärää saadaan karistettua yhdistelemällä niitä aineistosta löytyvien yhteisten nimittäjien alle. (Alasuutari 2011.) Vaikka kokemuksen ja ennakkotietämyksen perusteella on olemassa tiettyjä jäsentymisiä ja teemaodotuksia tuloksille, ei nytkään voida vain hallinnollisin tai mielivaltaisain perustein rakentaa ennakkojäsentelyä tiedon keruuvaiheessa. Kohteen toiminta ja maailma eivät välttämättä mahdu näihin jäsentelyihin. (Varto 1992, 24.) Siksi teemoittelu on mahdollista vasta aineiston keruun jälkeen. Tukena tässä käytetään myös kvantitatiivisia tarkasteluja, joita voidaan laadullisessa tutkimuksessa hyvin käyttää (Alasuutari 2011, 53).

Teemoittelussa aineistosta pyritään nostamaan esiin tutkimusongelmaa valaisevia teemoja (Eskola & Suoranta 2005). Tällaisia teemoja tässä työssä voivat olla tunnistajaan liittyvät tekijät, itse tapahtumaan liittyvät tekijät tai vaikkapa yksiköihin liittyvät tekijät. Kun tapahtumia yhdistelee tällaisten teemojen alle, on helpompaa löytää aineistosta itse tutkimusongelmaa valaisevaa tietoa. Toisaalta tyypittelyn kautta aineistoa on mahdollista tulkita samankaltaisten tarinoiden kautta. Tyypittelyssä aineisto ryhmitellään esimerkiksi joukoksi samankaltaisia tarinoita. (Eskola & Suoranta 2005). Tässä tapauksessa potilaiden hoitopoluista saattaa löytyä esimerkiksi samankaltaisia tapahtumaketjuja, joiden avulla on mahdollista muodostaa aineistosta tietynlaisia tyyppisiä tai teemoja liittyen tunnistamisen onnistumiseen tai epäonnistumiseen.

Tulosten tulkinnessa on arvioitava myös tulosten luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan yleensä kahdesta eri näkökulmasta. Tutkimuksen realiaabelius viittaa siihen, että tutkimuksella saadaan luotettavia tuloksia. Tutkimuksen validius (pätevyys), viittaa siihen, että tutkimustulokset kertovat juuri siitä, mitä oli tarkoituskin tutkia. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuudesta kertoo tutkimuksen toistettavuus. Useampien tutkijoiden, erilaisten aineistojen ja useampien menetelmien käyttö tutkimuksessa lisää myös luotettavuutta. Laadullisessa tutkimuksessa esimerkiksi tutkimuksen tarkka kuvaaminen koko tutkimuksen toteut-

tamisen ajalta parantaa sen toistettavuutta ja luotettavuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231-233)

## 7 Auditoinnin toteuttaminen Seinäjoen keskussairaalassa

Ennen auditoinnin tai tietojen hankinnan aloitusta on tutkimuslupahakemukseni käsitelty sairaanhoitopiirin hallintoylihoitajan toimesta. Sain 16.9.2014 vahvistuksen, että auditointi nähdään hyödyllisenä ja lupani oli niiltä osin hyväksytty. Toimeksiantajan näkemyksen mukaan erityisesti päivystyspoliklinikka hyötyisi auditoinnista. Lupahakemukseni piti käsitellä myös päivystyskeskuksen toiminta-alueen kokouksessa, ennen kuin pääsisin aloittamaan tiedon hankintaa. Lupahakemukseni esiteltiin ylihoitaja Päivi Leikkolan toimesta 25.9.2014 päivystyskeskuksen johtoryhmän kokouksessa. Kokouksessa asiaan suhtauduttiin myönteisesti ja sain ohjeet olla yhteydessä päivystyspoliklinikan osastonhoitaja Sirpa Kurikkaan auditointiin liittyvien asioiden valmistelemiseksi. Olen kuvannut prosessin itseni ja oman tekemiseni kautta ja pyrkinyt kuvauksessa tarkkuuteen. Informaatiota on siksi paljon enemmän kuin tämän tutkimuksen osalta on tarve. Auditointia käytetään ensimmäistä kertaa tässä työssä tunnistamistapahtumien arviointiin ja siksi kuvaamisen tarkkuus helpottaa auditoinnin toistettavuutta.

### 7.1 Auditointitoimintojen valmisteluprosessi

Ensimmäisellä tapaamisella kävimme läpi auditoinnin mahdollisia hyötyjä ja käyttökohteita yleisellä tasolla. Taustalla olivat jo puoli vuotta aiemmin käydyt keskustelut auditoinnin kohteesta ja suorittamistavasta. Puoli vuotta vanha suunnitelma oli auditoida vain jonkin tai joidenkin osastojen sisään tulevia potilaita. Työ oli silloin alustavasti suunniteltu toteutettavaksi laboratoriossa ja päivystyspoliklinikalla. Näiden osastojen potilasryhmien välillä on hiukan eroa tunnistamiseen liittyen. Päivystys Seinäjoen keskussairaalassa toimii päiväsaikaan siten, että potilaita tulee vain lähetteellä. Yöaikaan terveyskeskuksen päivystyksen siirtyessä keskussairaalalle tulee potilaita myös ilman lähetettä. Tunnistamista joudutaan tekemään hyvin erilaisissa tilanteissa, joissa jokaisessa on omat haasteensa. Erilaisia tilanteita on esimerkiksi omatoiminen saapuminen, siirtokuljetukset sairaaloiden välillä, ambulanssikuljetukset, saat-tajan kanssa saapuvat potilaat ja niin edelleen. Vaihtelua riittäisi potilastapauksista jo päivystyksessäkin. Keskusteluissa päädyttiin nyt lokakuussa siihen, että vain kahden yksikön vastaanoton työn seuranta ei tarjoaisi minulle kuin pienen yksittäisen palan potilastunnistamisesta koko hoitopolussa. Toimeksiantajallekin se kertoisi lähinnä auditointipäivinä työvuorossa olevien henkilöiden toimintatapoja. Siksi mietimme uudestaan tarkemmin toteutustapaa nyt auditointia aloitettaessa.

Keskusteluissa kävi myös ilmi, että potilaan tunnistamista sisäänottovaiheessa ei pidetty niin ongelmallisena kuin tunnistamista potilaan hoitopolun myöhemmissä osissa, vaikkapa vietäessä potilasta päivystyksestä laboratorioon tai röntgeniin. Tunnistaminen pitää tehdä joka kerta ohjeessa määritellyllä tavalla, mutta siinä saatetaan joskus oikaista. Varsinkin jos potilaalla on saattaja mukanaan. Tällöin saatetaan kysyä tunnistamistiedot vain potilaan saattajalta, vaikka ne pitäisi aina tarkistaa potilaalta itseltään. Joskus on käynyt niinkin, että saattaja on voinut kiireessä ottaa väärän potilaan kansion mukaan lähtiessään viemään potilasta osastolta toiselle. Kun tunnistamisessa vastaanottava osasto luottaa saattajaan, syntyy tilanne, jossa suunniteltu toimenpide voidaan tehdä väärälle potilaalle. Tällaisiin ongelmiin ei päästäisi kiinni siinä auditoitavassa, joka puoli vuotta sitten sovittiin. Haluttuihin tuloksiin pääsemiseksi auditointi pitäisi suorittaa jokaisella osastolla erikseen ja todentaa tunnistaminen muulla tavoin kuin havainnoimalla, esimerkiksi tietojärjestelmistä hoitopolkua seuraamalla. Tähän ei ole kuitenkaan mahdollisuuksia toimiessani osastoilla vain havainnoijana. Se edellyttäisi hoitopolkujen selvittämiseksi potilastietojen yhdistelemistä potilaskertomusten ja potilasrekisterien kautta, mihin minulla ei ole oikeuksia.

Alkuperäistä puolen vuoden takaista suunnitelmaa muokattiin siten, että osaston vastaanoton sijaan liikkuisin potilaan mukana koko hoitoketjun ajan. Samalla näkisin itse hoitoketjua paljon tarkemmin, mikä tuottaisi kokemuksia ja tietoa enemmän kuin yksittäisessä vastaanotossa havaintojen teko. Potilaita tulee päivystykseen päivätasolla noin 70 henkilöä, joten muutama päivän kuluttua pitäisi olla koossa jo riittävä aineisto. Toimeksiantajan mukaan noin 20 kappaletta on hyvä otos etenkin, jos niissä on mukana potilaita, jotka käyvät muillakin osastoilla päivystyspoliklinikan lisäksi. Tällä saadaan mukaan muitakin osastoja kuin alkuperäisen suunnitelman laboratorio ja päivystys. Tämä muutos toi työhön lisää vasta tässä vaiheessa kolmannen tutkimuskysymyksen hoitopolkujen ongelmakohdista. Alkuperäisellä suunnitelmalla hoitopolusta ei olisi saanut näin tarkkaa tietoa.

Puoli vuotta sitten ensimmäisissä keskusteluissa oli tarkoitus analysoida myös aikaisemmat raportoidut potilaan tunnistamiseen liittyvät vaaratilanteet ja poikkeamat sairaanhoitopiirin vaaratilannejärjestelmästä (HaiPro). Näin olisi voitu jo auditoinnin suunnitteluvaiheessa oppia aikaisemmista havainnoista. Näistä tuloksista olisi saatu ennakkotietoa esimerkiksi havaintojen jäsentelyä varten. Lisäksi auditoinnissa olisi voitu keskittyä tarkemmin jo tunnistettuihin ongelmiin ja saada niistä enemmän tietoa esiin. Yhteydenotto päivystyspoliklinikan vaaratilannejärjestelmästä vastaavaan henkilöön tuotti kuitenkin hyvin vähän lisäinformaatiota työn kannalta. Toimintoalueella on kirjattu ainoastaan yksi vaaratilanneilmoitus liittyen potilaan tunnistamiseen. Toimeksiantaja ei pitänyt tätä tapahtumaa merkittävänä oman työni kannalta. Lisäksi siihen liittyy luottamuksellisuusongelma: yhtä tapahtumaa on mahdoton käsitellä mitenkään tilastollisesti muun aineiston osana. Anonymiteetin pitää kuitenkin säilyä myös työntekijöiden osalta työn rajauksen vuoksi, mutta yhden tapahtuman käsittelyn voisi jäljit-

tää yksittäiseen työntekijään tai potilaaseen. Toimeksiantajan mukaan vaaratilanneilmoitusten puuttuminen kertoo siitä, että niitä ei jostain syystä kirjata tai tunnisteta kirjattavaksi. Tällöin kyseinen tapa ei ehkä ole hyvä tiedonhankintakeino tunnistamistapahtumien poikkeamista.

Auditointia ei liitetä mihinkään organisaation ylitason auditointiohjelmaan ja siksi auditointisuunnitelmassa ei huomioida muuta organisaation erityisesti auditointeihin liittyvää ohjeistusta. Auditointi järjestetään itsenäisenä ja toistettavana tapahtumana. Auditointia tiedonkeruumenetelmänä tässä yhteydessä ei ole vielä kokeiltu. Siksi on hyvä dokumentoida myös käytetyt asiakirjat ja lomakkeet niiden jatkokehittämistä varten. Auditointia suorittavaa ryhmää ei ole, vaan suoritan auditoinnin yksin. Sen valmistelussa ovat mukana laatupäällikkö Maija Aho-Koivulan lisäksi päivystyspoliklinikalta asiantuntijaresursseina osastonhoitaja Sirpa Kurikka ja apulaisosastonhoitaja Johanna Vanninen. Heidän kanssaan sovin käytänteistä ja havaintolomakkeen suunnittelusta. Omalla vastuullani on olla asiantuntija auditoinnista menetelmänä ja työvälineenä. Mukana olevat terveydenhuollon asiantuntijat tuovat toimialakohtaisen tietotaidon projektiin. Minun lisäkseni työn suunnitteluun osallistuvat henkilöt ovat kaikki terveydenhuollon ammattilaisia. Kaksi heistä työskentelee päivystyspoliklinikalla. Valmistelevan ryhmän pätevyys on riittävä auditoinnin suunnittelemiseksi ja toteuttamiseksi.

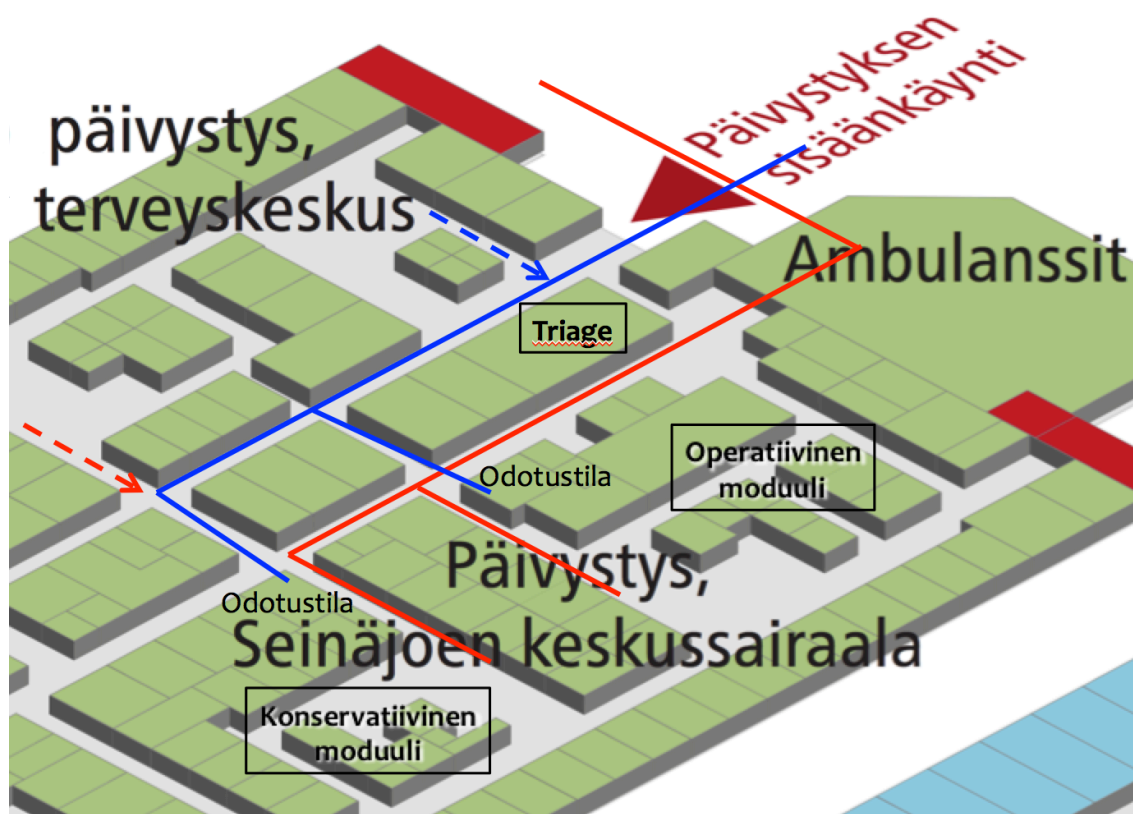
Tiedottamisvastuun auditoinnista päivystyspoliklinikan henkilöstölle hoitaa osastonhoitaja Sirpa Kurikka. Tiedottamisen osalta mietittiin vaihtoehtoja siitä, mitä henkilöstölle kannattaa auditoinnista kertoa ja mitä ei. Jos henkilöstöllä on tiedossa, että tunnistamistapahtumia seurataan, siihen mahdollisesti keskitytään ja auditoinnin mittaustulos näyttää paremmalta mitä se todellisuudessa on. Osastonhoitaja toi kuitenkin esiin, että henkilöstö todennäköisesti huomaa auditoinnin kuluessa itekin, mistä on kyse. Silloin on riskinä se, että viestintä ja todellisuus on ristiriidassa. Tällainen ristiriita voi aiheuttaa sen, että henkilöstö ei luota auditointiaan ja yhteistyö vaikeutuu. Joudun auditoinnin yhteydessä toimimaan yhteistyössä henkilöstön kanssa ja monessa kohtaa olen riippuvainenkin siitä informaatiosta, jota saan esimerkiksi potilaan suunnitellusta hoitopolusta. Niinpä asiasta päätettiin tiedottaa rehellisesti, mutta niin, että emme kertoisi tarkasti itse auditoinnin havaintokohteita tai kriteerejä. Auditoinnista päätettiin kertoa sen liittyvän potilasturvallisuuteen, sisältäen muun muassa potilastunnistamisen. Viestissä kerrottiin myös, että seuraan pääsääntöisesti potilaita ja heidän hoitopolkuja. Näin saatiin fokus potilaaseen, eikä vaikuta siltä, että olen seuraamassa tai arvioimassa pelkästään henkilöstön toimintaa.

Tärkein auditointiin liittyvä asiakirja on henkilöstön työohje Potilaan tunnistaminen Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Tämä opas määrittelee auditointikriteerit. Havaintolomake on myös auditointiin liittyvä asiakirja ja sitä on käsitelty myöhemmin tarkemmin. Auditoinnin suorituksen aikana noudatetaan päivystyspoliklinikan työohjeita esimerkiksi hygieniasta ja

tilojen käytöstä. Koska suoritan auditoinnin yksin, ei auditointia varten tarvitse valmistella erillisiä oppaita esimerkiksi havaintojen keruuseen, havainnoitsijan rooliin tai suoritustapaan. Ne tiedot on kuvattu tässä työssä. Auditoinnin suunnitteluvaiheessa käytiin läpi myös fyysiset tilat ja potilaiden sekä henkilöstön liikkuminen niissä.

### 7.1.1 Auditoinnin kulku

Auditointi aloitetaan aina päivystyspoliklinikalta. Aloituspäikkana on triage tai jompikumpi päivystyspoliklinikan hoitomodulleista, koska tarkoituksena ei ole arvioida muiden organisaatioiden henkilökuntaa. Tiloissa toimii myös Seinäjoen terveystieteiden keskuksen ja esimerkiksi ensihoidon henkilökuntaa. Auditointi alkaa vasta siitä kohtaa, missä potilas asioi ensimmäisen kerran keskussairaalan henkilökunnan kanssa. Potilaan hoitopolun mukaan tunnistamisen auditointia tehdään myös muilla osastoilla. Esimerkiksi silloin, kun hoitava lääkäri haluaa käyttää potilaan röntgenissä ennen jatkotoimenpiteiden suunnittelua, mukaan tulee myös röntgenosaston toiminnan arviointi. Samoin potilasta sijoitettaessa keskussairaalan vuodeosastolle, tulee auditoijan arvioida vuodeosastolla vastaanoton yhteydessä suoritettu tunnistaminen. Kaikki havaitut tunnistamistapahtumat kirjataan. Potilaat saapuvat päivystykseen joko omatoimisesti, ensihoidon tuomana ambulanssilla tai suorana siirtona Seinäjoen Terveystieteiden keskukselta. Kuvassa 3 on esitetty potilaan kulku näissä tapauksissa.



Kuva 3: Potilaiden tulo keskussairaalan päivystykseen (Y-talo kerroksittain 2014)

Omatoimiset ja liikkumaan kykenevät potilaat saapuvat päivystykseen sisäänkäynnin kautta kuvan 3 sinistä reittiä. Ilmoittautuminen on triageessa. Tämä on ensimmäinen kohta, missä potilas tunnustetaan. Ohjeen mukaan hänelle kiinnitetään myös ranneke tässä pisteessä. Sen jälkeen potilas jatkaa henkilökunnan ohjeistuksen mukaan joko konservatiivisen tai operatiivisen moduulin odotustilaan. Tästä potilas noudetaan moduuliin hoidon kiireellisyyden arviointiin perustuvassa järjestyksessä. Ensihoidon tuomat potilaat saapuvat kuvan 3 punaista linjaa pitkin. Ambulanssivastausta potilaat tuodaan ensihoidon saattamana triageen, jossa potilas tunnustetaan ja hänelle kiinnitetään ranneke. Tästä eteenpäin ensihoito saattaa potilaan henkilökunnan ohjeistuksen mukaan suoraan joko konservatiiviseen tai operatiiviseen moduuliin. Siellä potilaalle osoitetaan vuodepaikka ja hän jää sinne jatkohoitoa varten. Ambulanssilla tuleva potilas tulee joko suoraan hälytyskeskukseen tulleen ilmoituksen perusteella tai siirtokuljetuksena jostain toisesta hoitoyksiköstä tai palveluasumispaikasta. Seinäjoen asukkaat tulevat aina päiväsaikaan terveyskeskuksen ensiapuun. Jos potilas tarvitsee terveyskeskuksen arvion mukaan erikoissairaanhoidon, heidät ohjataan keskussairaalan päivystykseen. Näistä potilaista omatoimiset saapuvat triageen lähetteen kanssa, josta heidän matka jatkuu sinistä linjaa kuten muillakin vastaavilla potilailla. Vuodepotilaat tai terveyskeskuksen vuodeosaston potilaat saapuvat suoraan sängyllä kuljetettuna konservatiiviseen tai operatiiviseen moduuliin. Näistä potilaista lähtee ilmoitus triageen, josta paperit tulevat moduuliin putkipostilla potilaan jälkeen. Terveyskeskuksen osastolle otetuilla potilailla pitäisi olla ranneke keskussairaalan päivystyspoliklinikalle tullessa.

Auditointikriteerit tulevat suoraan ohjeesta Potilaan tunnistaminen Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin toimintayksiköissä (2013). Yleisohjeessa todetaan, että potilaan tunnistaminen on aina jokaisen työntekijän vastuulla. Tunnistaminen on tehtävä jokaisen hoitotoimenpiteen yhteydessä ja erityistä huomiota tulee kiinnittää potilaiden siirtotilanteisiin ja lääkehoitoa toteutettaessa (Potilaan tunnistaminen E-PSHP:n toimintayksiköissä 2013). Potilastunnistaminen tapahtuu henkilötunnuksen (”hetu”) varmistamisen kautta. Se tulee erottaa syntymäajasta. Syntymäajalla viitataan vain henkilötunnuksen alkuosaan. Varmistaminen tehdään seuraavassa järjestyksessä:

1. Potilaan ranneke
2. Kela-kortti tai muu henkilökortti
3. Kysymällä henkilötunnus potilaalta
4. Kysymällä henkilötunnus saattajalta

(Potilaan tunnistaminen E-PSHP:n toimintayksiköissä 2013)

Ranneke pitäisi olla sairaalassa sisällä olevilla ja toimenpiteisiin tulevilla potilailla, koska ohjeen mukaan se kiinnitetään triageessa. Jokaisella toimintayksiköllä tulee olla toimintatavojen varmistamiseksi, että kaikilla on tunnisteranneke. Ainoastaan lyhyitä käyntejä varten ran-

neketta ei laiteta, mutta esimerkiksi aina silloin kun tiedetään potilaan jatkavan toimenpiteisiin, ranneke tulee laittaa. (Potilaan tunnistaminen E-PSHP:n toimintayksiköissä 2013.) Ranneke on ohjeen mukaan luotettavin tapa todeta henkilöllisyys - etenkin jos potilas on heikommassa kunnossa ja puhuminen tai ajattelu voi olla vaikeaa. Triageen tulevilla ei ranneketta pitäisi olla, ellei kyse ole siirtokuljetuksesta jostain toisesta toimintayksiköstä. Ranneketta ei tosin ole aina silloinkaan. Voi myös olla, että ranneke ei ole yhteensopiva keskussairaalan tietojärjestelmän kanssa. Näissä tapauksissa triageessa ranneke tulisi korvata tai lisätä potilaalle keskussairaalan oma ranneke.

Seuraavaksi luotettavin tapa on henkilökortin tai kela-kortin käyttäminen tunnistuksessa. Kortille ei ole määritelty sen tarkempia kriteereitä, kuin että siinä on henkilötunnus ja se täsmää potilaan ilmoittamaan nimeen tai henkilötunnukseen silloin, kun potilas pystyy sen itse ilmoittamaan. Jos mitään tunnistamiseen kelpaavaa korttia ei ole mukana, on luotettava potilaan itse ilmoittamaan henkilötunnukseen. Auditoinnin näkökulmasta on huomioitava, että on eri asia kysyä potilaalta ”Mikä on henkilötunnuksesi?” vai kysyä häneltä ”Onko henkilötunnuksesi 010101-1111?”. Jälkimmäinen ei ole ohjeen mukaan oikea tapa ja on siksi poikkeama. Jos potilas ei esimerkiksi tajunna tasosta johtuvista syistä voi ilmoittaa henkilöllisyyttään, eikä mukana ole esimerkiksi taskussa henkilökorttia, potilaalle perustetaan tilapäinen henkilötunnus, jonka perusteella hänet tunnistetaan käyntinsä ajan eri yksiköissä. (Potilaan tunnistaminen E-PSHP:n toimintayksiköissä 2013).

Kun potilas tulee toimenpiteitä tai tutkimuksia suorittavaan yksikköön (röntgen, laboratorio, jne.), varmistetaan potilaalta edellisten lisäksi vielä tehtävä toimenpide ja sen kohde tai puoli (Potilaan tunnistaminen E-PSHP:n toimintayksiköissä 2013). Sama tunnistamisohje on käytössä koko keskussairaalassa, joten erilaisia näytteenottomenetelmiä tai kriteerejä ei tarvita eri osastoilla. Työskentelykielenä on potilaan kieli, pääsääntöisesti suomen kieli. On kuitenkin mahdollista, että päivystykseen saapuu myös muuta kieltä äidinkielenään puhuva potilas. Tällöin käytetään tarvittaessa apuna tulkkaukspalveluita.

Auditoija ei itse puutu mitenkään tunnistamistapahtumiin, vaan seuraa vierestä, miten tunnistaminen tehdään. Sanallisessa kommunikaatiossa auditoijan on helppo kuulemansa perusteella tulkita tapahtuma. Rannekkeesta tarkistettaessa auditoijan on oltava niin lähellä, että näkee työntekijän tarkastamassa ranneketta. Mikäli ei voida varmistua siitä, onko tunnistamista tapahtunut, on se kirjattava havaintolomakkeelle eri tavalla kuin varmistettu tunnistaminen. Auditoijalle ei riitä se, että jälkeenpäin kysytään potilaalta tai työntekijältä, miten tunnistit potilaan. Toimenpiteet voivat olla pitkiä, eivätkä osapuolet ehkä muista mitä alussa keskusteltiin. Näin ollen vain auditoijan oma havainto voi tuottaa tunnistamistapahtuman arvioinnin.



Ongelmista auditoinnin aikana auditoija on yhteydessä osastonhoitajaan, joka antaa tarvittaessa lisäohjeistusta auditoinnin jatkamisessa. Auditoinnin aloitusta ennen osastonhoitaja tiedottaa henkilöstölle kirjallisesti auditoijasta organisaatiossa. Samassa kirjeessä henkilöstö ohjeistetaan siitä, että auditoijan tekemä työ on luottamuksellista ja hänet tulee päästää mukaan kaikkiin potilastilanteisiin. Auditoijan työvaatetuksena on sairaalan oma vaatetus. Vaikka auditoija ei saa osallistua itse hoitotoimenpiteiden suorittamiseen, niin näin pienennetään infektio- ja kontaminaatoriskiä. Vaatetukseen liitetään auditoijan nimikyltti ja merkin-tä, jolla auditoijan voi erottaa terveydenhuollon henkilökunnasta. Tässä auditoinnissa käytetään lisäksi ”opiskelija” -nimekettä. Kaikki auditoinnin yhteydessä hankittu tai käyttöön saatu tieto, myös varsinaisen havainnoinnin kohteen ulkopuolinen tieto, on luottamuksellista. Työn tulosten ja raportin lukee ensin toimeksiantajan edustaja, joka päättää tulosten julkisuudesta ja julkisuuden laajuudesta. Ennen auditointia tehdään salassapitositoumukset toimeksiantajan kanssa.

Aineisto kerätään ennakoon suunnitellulla ja jäsenneyllä lomakkeella. Havainnot kirjattaessa on mahdollista, että aineistoon tulee ennalta rakennetun jäsentelyn ulkopuolelta myös muuta. Koska tunnistamisohje on otettu käyttöön vasta hiljattain, on vanhoja ohjeita ja käytäntöjä vielä toiminnassa mukana. Kulttuurin muuttuminen uuden ohjeen mukaiseksi ei ole kovin nopeaa. Tähän on varauduttava auditoinnissa riittävin muistiinpanovälinein, joita ovat sähköinen ennalta havaintojen keruuseen suunniteltu lomake ja paperinen näköislomake. Lisäksi esiin tulevien kertomusten ja havaintojen varalta on oltava riittävästi paperia ja kyniä havaintojen tallentamiseksi heti niiden tultua esiin. Auditoinnin aikana ei käytetä nauhoitusta, koska sen käyttö normaalin työn yhteydessä voi olla epämukavaa potilaista ja työntekijöistä.

Auditointi aloitetaan 30.10 torstaina, josta sitä jatketaan noin 10 tunnin vuoroissa keskittyen iltavuoroihin. Tätä tehdään niin pitkään, että koossa on noin 10-20 potilaan hoitopolut. Työ keskittyy ilta-aikaan siksi, että pääosa potilaista saapuu iltapäivän aikana. Auditointia tehdään myös yhden yövuoron ajan. Tämä yövuoro on viikonlopun aikana, koska lauantai ja sunnuntai öiden potilaat työntekijöiden mukaan poikkeavat jonkin verran normaalista potilasmassasta. Yhden potilaan käynti kestää henkilökunnan arvion mukaan noin 4-7 tuntia, joten pääosa havainnoitavista potilaista valikoidaan työvuoron alussa sen varmistamiseksi, että auditoija ehtii seuraamaan hoitopolut loppuun asti.

### 7.1.2 Havaintolomake

Tulokset kerätään tallentamisen nopeuttamiseksi tablettitietokoneella. Tämä nopeuttaa kirjaamista, sillä osastot, nimekkeet ja tunnistamistyytit voidaan tehdä valmiiksi monivalintakysymyksinä. Lisäksi päivämäärä- ja kellonaikaleimat tallentuvat automaattisesti, joten niitä ei tarvitse kirjoittaa joka kerta erikseen. Aineisto kerätään Google Formsilla, joten tulokset ovat valmiina CSV -tiedostona niiden analysoinnin helpottamiseksi ja raportoinnin nopeuttamiseksi.

Google Forms -palvelun avulla on myös mahdollista toteuttaa kerätyn aineiston suojaus. Tiedot tallentuvat automaattisesti Google Drivelle, jossa yksityisyysasetuksin materiaali ja itse havaintolomake on rajattu vain auditoijan henkilökohtaisiin tunnuksiin. Lisäksi tiliasetuksissa käytetään kaksitasoista autentikointia. Google Drive -palveluun tallennetuista dokumenteista tallentuu jälki myös niiden avaamisesta ja katselusta. Näin voidaan jälkepäin todentaa kuka ja milloin dokumentteja on käsitellyt. Teknisten ongelmien varalle lomakkeesta on olemassa myös paperinen versio. Lomakkeen täyttäminen edellyttää henkilökohtaista, henkilöön liitetävää käyttäjätunnusta. Lomakkeelle ei kerätä mitään potilaita tai henkilökuntaa yksilöiviä tietoja, mutta auditointitilanteista tallentuu auditoinnin kuluessa laajasti tietoa. Etukäteen ei ole helppoa arvioida, onko kerätty tieto yhdessä jonkin toisen tiedon kanssa ongelmallinen. Siksi lomake eivätkä sen tulokset ole julkisia.

Tunnistamistapahtumat liitetään hoitopoluiksi tulosten analysointivaiheessa yhteen potilasnumerolla, joka on auditoijan havainnointivaiheessa antama järjestysnumero potilaalle. Auditointiryhmän tehdessä auditointia on jokaisella auditoijalla hyvä olla jokin auditoijakohtainen lisä käyttämässään tunnistenumerossa. Näin välttytään siltä, ettei kaksi auditoijaa käytä samaa tunnistetta. Tunnistenumeron ja automaattisten aikaleimojen avulla mahdollistuu se, että potilaan hoitopolku voidaan kuvata ja tunnistaa, missä kohtaa mahdollisia tunnistamiseen liittyviä poikkeamia herkimmin sattuu. Samassa yhteydessä kerätään myös muita tunnistamistapahtumia. Siksi ei voida luottaa siihen, että saman potilaan merkinnät olisivat peräkkäiset. Tunnistenumerotietoa täydentää se, että lomakkeella on pakollisena kenttänä ”vastaanottava osasto”. Tähän kenttään kirjataan osasto, jolla tunnistaminen tapahtuu. Vapaaehtoisena kenttänä on sen sijaan ”lähettävä osasto”. Kenttä on vapaaehtoinen, koska kyseessä voi olla potilaan ensimmäinen tunnistamispaikka. Periaatteessa pelkkä ”vastaanottava osasto” riittäisi, koska tunnistamistapahtumien ketjussa edellinen havaintopaikka on seuraavan havaintopaikan lähettävä osasto. Potilas voi kuitenkin tulla suoraan jostain keskussairaalan toisesta yksiköstä, jolloin päivystykseen saapuminen onkin itse asiassa jo toinen osasto. On myös mahdollista, että auditoijalta jää väliin jokin tapahtuma hoitopolusta. Lähettävän osaston merkinnällä voidaan täydentää myöhemmin hoitopolkua ja päätellä siinä olleita tapahtumia. Tunnistamistapahtuman suorittavan henkilön tehtävänimeke tallentuu myös lomakkeelle. Näin pystytään jälkikäteen arvioimaan onko tunnistamistapahtuma ollut sellaisen henkilön suorittama, joka yleensäkin osastolla tunnistamisen suorittaa.

Lomakkeelle tulee lisäksi vaihtoehtoina itse tunnistamistapa. Tunnistamistavan arviointiin on ohjetta noudatellen kuusi eri vaihtoehtoa. Nämä ovat havaintolomakkeella seuraavasti:

1. Rannekkeesta
2. Kela-kortti / muu henkilökortti
3. Kysymällä henkilötunnus potilaalta

4. Kysymällä henkilötunnus saattajalta
5. Muu tapa, mikä \_\_\_\_\_ (esim. tilapäinen henkilötunnus)
6. Ei voi arvioida

Auditointikriteerit täyttäviä ohjeen mukaisia potilaan tunnistamistapoja on neljä. Kohta viisi ”Muu tapa, mikä” on lomakkeella muiden kuin ohjeen mukaisten tunnistamistapojen tallentamiseksi. Kohta kuusi ”Ei voi arvioida” on sellaista tilannetta varten, jolloin tunnistamistapahtumaa ei syystä tai toisesta pystytä arvioimaan. Näin voi käydä tilanteesta, ympäristöstä tai auditiojasta johtuvista syistä. Tätä käytetään vain niissä tilanteissa, kun auditioija ei voinut varmistua tunnistamisen tavasta. Se ei välttämättä tarkoita sitä, ettei tunnistamista olisi tapahtunut, mutta esimerkiksi kiireellisessä hoitotoimenpiteessä voi olla vaikeaa olla niin lähellä, että on mahdollista todentaa tunnistamisen tapahtuneen. Todentaminen pitää perustua siihen, että auditioija näkee tunnistamistapahtuman.

Tunnistustilanteisiin vaikuttaneiden tekijöiden luokittelu on lomakkeella toiseksi viimeisenä kohtana. Luokittelu on auditoinnin valmisteluryhmän arvio, millaiset tilanteet tunnistamisessa yleensä aiheuttavat ongelmia ja missä kohtaa niitä tulee. Etukäteen on mahdoton arvioida, onko luettelo tekijöistä mitenkään kattava. Aikaisempaa dokumentoitua näyttöä tunnistamistapahtumista ei ole. Auditoinnin aikana esiin voi tulla kokonaan uudenlaisia tekijöitä, joita ei aiemmin ole edes tunnistettu. Tunnistamiseen liittyvät tilannetekijät on myös kirjattava havaintolomakkeelle, koska niiden avulla on mahdollista tehdä johtopäätöksiä tunnistamisen onnistumisesta tai epäonnistumisesta. Viimeisenä kohtana havaintolomakkeella on avoimena tekstikenttänä ”Muut havainnot”. Tähän kenttään on tarkoitus kuvata esimerkiksi mahdollisesti tilanteen onnistumiseen vaikuttaneita tekijöitä. Esimerkiksi kiire, palohälytys tai jokin onnettomuus osastolla voisivat olla sellaisia, joista on hyvä tietää, kun jälkikäteen arvioidaan vaikkapa tunnistamistapahtumassa olleita epäselvyyksiä. Voi olla, että havainnoinnin aikana auditioijan tarvitsee esittää vaikkapa lisäkysymyksiä havaintojen kirjaamiseksi. Myös tällaisesta tilanteesta on hyvä olla kirjaus havaintolomakkeella. Näin voidaan laajemmin ymmärtää mahdollisesti tunnistamisessa esiintyviä poikkeamia.

Jos auditointia on suorittamassa useampi henkilö, on lomakkeen mukaan hyvä liittää myös ohje sen täyttämiseen. Ohje pitäisi olla lyhyt ja ytimekäs, että sen käyttö auditoinnin aikana olisi nopeaa ja helppoa. Huomiota tule kiinnittää etenkin lomakkeella käytettävään terminologiaan. Joku voi ymmärtää vaikkapa kohdassa Lähettävä osasto olevan TK-päivystys - vaihtoehdon tarkoittavan minkä tahansa terveyskeskuksen päivystystä. Tässä tapauksessa sillä tarkoitetaan nimenomaan Seinäjoen terveyskeskuksen päivystystä. Auditointiryhmää käytettäessä lomakkeella olisi hyvä olla myös tallentajaan liittyviä taustamuuttujatietoja. Näin aineiston analysointivaiheessa voitaisiin vertailla myös havainnoijien vaikutusta vastaustuloksiin.

Työn aikana ei tehdä haastatteluja. On mahdollista, että aiemmasta suunnitelmasta poikkeavien käytäntöjen selvittämiseksi tai toimintatapojen ymmärtämiseksi on henkilöstölle esitettävä kysymyksiä auditoinnin ulkopuolelta. Auditoidijan työskennellessä pitkiä työvuoroja voi esiintyä jotain sellaista tietoa, joka olennaisesti liittyy tunnistamistapahtumaan. Siksi havaintolomakkeen lisäksi auditoidijalla on oltava mukanaan muistiinpanovälineet tällaisten asioiden talteen ottamiseksi. Näiden osalta on pyrittävä tekemään muistiinpanot niin pian kuin mahdollista. Jos käytettäisiin apuna esimerkiksi nauhoitteita, ei auditoidijan oma muisti vääristäisi ajan kuluessa henkilöstön kertomia asioita. Koska nauhoitteita ei auditointisuunnitelmasa todetusta syystä käytetä, on muistiinpanot tehtävä mahdollisimman nopeasti.

## 7.2 Lisätietoja auditoinnin toteuttamisesta

Auditointi alkoi 30.10.2014 salassapitositoumusten tekemisellä ja kulunvalvontaoikeuksien saamisella henkilöstön rekrytointiosastolta. Samassa yhteydessä koulutettiin suojavaatteiden käyttö ja käytiin toistamiseen läpi tilat, joissa auditointia suoritetaan. Ennen aloitusta testattiin myös kulunvalvontaan liittyvien sähköisten tunnisteiden toimivuus. Kulunvalvonnan osalta minulla oli pääsy kaikkialle ja henkilöstölle edellisenä päivänä lähteneellä tiedotteella kaikille oli myös kerrottu siitä, että auditoidija voi tulla mihin tahansa tilaan ja mihin tahansa hoitotilanteeseen mukaan. Auditointisuunnitelma käytiin läpi, mutta muutoksia siihen ei enää tehty. Tiettyjä asioita tarkennettiin tavoitteiden osalta. Esimerkiksi hoitopolkujen suhteen sovittiin, että niitä ei ole välttämättä tarkoituksenmukaista valita täysin umpimähkään. Seurannassa voi pyrkiä siihen, että otoksiin tulee erilaisia hoitopolkuja. Jos esimerkiksi triagea käytettäisiin aina aloituspaikkana, jäisivät terveyskeskuksen vuodeosastolta tulevat potilaat kokonaan pois. Toimeksiantaja suositteli valikoivuutta mahdollisimman laajan kirjon saamiseksi hoitopoluista.

Auditointia suoritettaessa oli melko mahdotonta ennustaa työvuorojen pituutta. Kahvi- tai ruokataukoja ei voinut suunnitella ennalta. Joskus saattoi mennä kaksi tuntia odotellessa potilaan siirtoa vuodeosastolle ja jossain toisessa kohtaa kaikille kolmelle seurannassa olevalle potilaalle tehtiin toimenpiteitä yhtä aikaa. Nopeat välipalat, kuten myslipatukat ja jugurtit osoittautuivat paremmaksi vaihtoehdoksi kuin yksi isompi ateria, joka piti auditoidijan pois päivystyspoliklinikalta pidempään. Lisäksi vaatetuksen osalta kannatti suosia mahdollisimman kevyttä ja mukavaa, mutta pitää lähellä ylimääräistä takkia tai paitaa. Päivystyspoliklinikalta ei ollut mahdollisuutta poistua noin vain. Auditoinnin edetessä potilaiden toimenpiteiden ennustaminen alkoi käydä helpommaksi, kun oppi poliklinikan työrutiineja paremmin. Etenkin alkuvaiheessa piti kuitenkin olla koko ajan valmiina. Uteliaisuus osoittautui myös hyväksi ominaisuudeksi. Koska minulla ei ollut kokemusta osaston menettelytavoista ja rutiineista, jouduin alussa kyselemään todella paljon: mitä potilaiden kanssa tapahtuu, miksi ja millä aika-

taululla? Mitä enemmän kyseli, sen helpompi oli pysyä askeleen edellä potilaiden hoitopolussa ja varautua tulevaan.

Auditoinnin jälkeen aloitin aineiston käsittelyn koostamalla lisätietotallennukset niihin kuuluviin tunnistamistapahtumiin. Vastaukset tallentuivat CSV -tiedostoon. Jos halusin lisätä auditoinnin aikana jonkin potilaan alle lisätietoja lomakkeen tallentamisen jälkeen, tuli siitä oma rivinsä vastaustiedostoon. Ne tallennettiin kuitenkin potilaalle kuuluvalla tunnisteella, joten tunnisteiden ja aikaleiman avulla pystyin liittämään ne oikeaan tapahtumaan. Näin lopputuloksena oli tiedosto, jossa oli yhtä monta riviä kuin suoritettuja tunnistamistapahtumia.

### 7.3 Käytössä olevat resurssit

Jo auditoinnin alkuvaiheessa haasteeksi muodostui se, että tein auditointia yksin. Aikaisessa vaiheessa selvisi, että kulkemalla vain yhden potilaan mukana kerrallaan, venyisi aikataulu paljon. Tavoitteeksi asetettujen hoitopolkujen määrän kirjaaminen veisi yhtä potilasta kerrallaan seuratessa noin 10-20 työpäivää. Osa päivystyspoliklinikan tehokkuudesta perustuu monien eri tahojen yhtäaikaiseen toimintaan yhden potilaan kohdalla. Siksi potilaan jättäminen yksin jonkin toisen potilaan päällekkäistä seurantaa varten johtaisi ainakin toisen potilaan kohdalla vaillinaiseen hoitopolkuun tuloksissa. Jos lääkäri tekee potilaan hoitoon liittyen pyynnön virtsanäytteestä, verikokeista ja sydänfilmistä, voivat nuo kaikki toimenpiteet tulla tehdyksi täysin samaan aikaan. Muun muassa virtsanäytteet, vaatteiden vaihdot ja sydänfilmit tehtiin moduuleissa ja joskus kävi niin, että hoitajat sopivat pareittain näiden tekemisestä yhtä aikaa. Laboratorioon lähtenyt pyyntö verikokeista toi paikalle laboratorionhoitajan, joka saattoi osua ottamaan verikokeita potilaan vuodepaikalle samaan aikaan, kun edelliset toimenpiteet olivat käynnissä. Päällekkäisyydet lisääntyvät, mitä enemmän potilaita on seurannassa yhtä aikaa.

Triage sijaitsi fyysisesti eri paikassa. Uusia sisään tulevia potilaita ei siksi voinut ottaa seurantaan samaan aikaan, kun joku potilas oli jo moduulissa seurannassa. Ratkaisuna tähän ongelmaan oli valikoida potilaita seurantaa varten. Yhden vuoron aikana oli mahdollista ottaa yksi triagesta aloittava potilas, edetä moduuliin hänen kanssaan ja ottaa seurantaan saapumisjärjestyksessä sellaisia potilaita, joiden hoidon aloituspisteenä oli suoraan konservatiivinen tai operatiivinen moduuli. Saman vuoron aikana ei ollut mahdollista seurata eri moduuliin sijoituvia potilaita, koska kummankin moduulin vuodepaikat sijaitsivat fyysisesti eri paikoissa. Myös moduulin sisällä joutui usein valikoimaan vierekkäisille vuodepaikoille tulevia potilaita valvonnan ja seurannan helpottamiseksi. Niinpä seurasin pääsääntöisesti potilaita moduuleittain työvuoro kerrallaan.

#### 7.4 Yhteistyö henkilöstön kanssa

Henkilöstön kanssa yhteistyö oli avainasemassa mahdollisimman täydellisten hoitopolkujen tuloksiin saamiseksi. Henkilöstön suhteutuminen minuun oli pääsääntöisesti hyvin positiivista. Heidän kanssaan oli mahdollista sopia etukäteen potilaiden toimenpiteiden ajoittamisesta niin, että sain mahdollisimman monta toimenpidettä seurannassani olleilta potilailta. Oli hyvä joka työvuoron vaihtumisen yhteydessä kertoa vuoroon tuleville työntekijöille, mitä olen tekemässä. Henkilöstöä palasi myös lomilta töihin, eivätkä kaikki olleet lukeneet etukäteen lähetettyä tiedotetta. Auditoinnin edetessä aloin kertoa avoimemmin moduulin työntekijöille myös keiden hoitopolut minulla on seurannassa. Näin he pystyivät ilmoittamaan minulle, kun jonkun potilaan kohdalla oli toimenpiteitä odotettavissa. Tiedottamisessa auttoi vuoronvaihdon yhteydessä oleva raportointikäytäntö. Työvuororaportin yhteydessä edellisen vuoron työntekijät perehdyttivät vuoroon tulevat käymällä läpi vuodepaikkataululta sisällä olevat potilaat ja tärkeimmät asiat heidän hoidostaan.

Hyvin alussa oli opittava tulkitsemaan myös tietojärjestelmien tuottamaa tilannekuvaa potilaiden hoidon tilanteesta. Tässä jouduin turvautumaan henkilöstöön kahdestakin syystä. Ensinnäkin tarvitsin perehdytyksen siihen, miten järjestelmiä tulkitaan ja toiseksi minulla ei ollut tunnuksia mihinkään järjestelmiin. Potilailla on hoitojärjestyksessä neljä erilaista tilaa. ”Ilmoitettu” tarkoittaa potilasta, joka on ilmoitettu tai ilmoittautunut hoitoon, mutta jonka hoitoa ei ole aloitettu. ”Aloitettu” on tila, jossa lääkäri on ottanut potilaan käsittelyyn. Tämän jälkeen oli yleensä melko nopeasti odotettavissa erilaisia toimenpiteitä kuten verikokeita, röntgeneitä ja päivystyspoliklinikalla tehtäviä hoitotoimenpiteitä. Potilaan tulostyystä riippuen sairaanhoitajat saattoivat kuitenkin aloittaa tiettyjä asioita ja ”ilmoitettu” -tilassa olevien potilaiden kanssa. ”Valmis” tarkoitti potilasta, jonka hoidosta oli päätökset tehty, mutta joka odotti lääkärin sanelun tekstejä. Tässä kohtaa yleensä alkoi valmistelu kotiutusta tai siirtoa varten keskussairaalan vuodeosastolle. Viimeinen tila on ”lähetetty”, joka tarkoittaa sitä, että potilas on kotiutettu tai siirretty toiselle osastolle, mahdollisesti kokonaan toiseen hoitolaitokseen.

Tietojärjestelmien lisäksi käytössä oli myös vuodepaikkataulu, jolle lääkäri saattoi käydä merkitsemässä tulevia toimenpiteitä. Toimenpiteen perään vedettiin viiva, kun sitä pyydettiin. Kun joku suoritti toimenpiteen, viivan päälle vedettiin pystyviiva valmistumisen merkiksi. Tieto tästä ja lisäksi keskustelu henkilöstön kanssa auttoivat paljon ennakoimaan auditoinnin myöhempiä päiviä tulevia toimenpiteitä ja hoitopoluista tuli auditoinnin edetessä koko ajan täydellisempiä. Varsinaisia haastatteluja en pitänyt auditoinnin aikana, koska en halunnut korostaa liikaa olemistani tai rooliani osastoilla. Monelle tuntui riittävän olemassaoloni syyksi tieto potilasturvallisuuteen liittyvästä potilaiden hoitopolkujen seurantatutkimuksesta. Silloin

tällöin henkilöstön kanssa keskustellessa tuli kuitenkin esiin asioita, jotka liittyivät myös potilastunnistamiseen. Ne kirjasin heti ylös sellaisenaan.

## 7.5 Havaintolomake

Sähköisessä havaintolomakkeessa ensimmäinen havaitsemani häiriötekijä oli automaattinen ja ennustava tekstinsyöttö. Tabletilta piti kytkeä pois käytöstä tällaiset ominaisuudet jo alussa. Kirjoitusvirheet eivät sinällään muuta auditoinnin tulosta, mutta jos tekstinsyöttövaiheessa tabletti korjaa jonkin sanan kokonaan toiseksi, voi se vaikuttaa tuloksiin. Kiiretilanteissa auditoija ei välttämättä huomaa tällaista. Tämä oli ongelma etenkin lomakkeen vapaakenttiä täytettäessä. Ennustava tekstinsyöttö yrittää tarjota samaan lomakekohtaan aiemmin käytettyjä termejä uudestaan, jos kenttään kirjoittaa samankaltaista tai samalla tavalla alkavaa sanaa.

Auditoinnin aikana minulle selvisi myös, että lomakkeella oleva tehtävänimike ei ole sellaisenaan tulkittuna pätevä tulosten analysoinnissa. Henkilöstöstä monet eivät käyttäneet nimi-laattoja tai tunnisteita joiden avulla olisin voinut varmistua henkilön oikeasta nimekkeestä. Bioanalytiikko-opiskelijoita saattoi olla ottamassa verikokeita tai sairaanhoitajissa saattoi olla työharjoitteluaan tekeviä opiskelijoita tai tuuraajia muilta osastoilta. Niinpä tehtävänimike kertoo enemmän siitä, missä roolissa henkilö sairaalassa työskenteli. Lomakkeella oleva merkintä ”laboratorionhoitaja” kertoo, että verikokeita ottava henkilö oli lähetetty laboratorios-ta ja sairaanhoitaja kertoo, että henkilö työskentelee sairaanhoitajan roolissa vastaanottaval-la osastolla. Mutta varmaksi en voi sanoa, onko kyseessä esimerkiksi sairaanhoitaja, lähihoitaja tai lääkintävahtimestari. Lääkärien osalta nimeke suurimmaksi osaksi pitää paikkansa. Työ-tehtävien erilaisuuden vuoksi esimerkiksi lääketieteen kandidaatit oli helppoa erottaa lääkä-reistä ja muista osaston työntekijöistä. Kandidaatit työskentelivätkin usein vain lääkärin pari-na tai tehden erikseen lääkärin määräämiä yksittäisiä toimenpiteitä. Lääkärienkin kohdalla tuloksiin on kuitenkin suhtauduttava siten, että kyseessä on lääkärin tehtävää osastolla hoita-vasta henkilöstä.

Lähettyvää osastoa ei ole, jos potilas on ensimmäisessä toimenpiteessään saapuessaan kes-kussairaalaan. On lisäksi toinenkin tilanne, jossa lähettyvää osastoa ei ole: tilanne, jossa on kyse toimenpiteestä osastolla. Osastolla tehtävissä toimenpiteissä tunnistaminen oli aina hiu-kan erilaista, joten tieto oli hyvä saada ylös. Ratkaisin asian niin, että aloin aika aikaisessa vaiheessa merkitsemään ”Lähettyvä osasto” -kenttään lomakkeelle kohdan ”Muu” ja kirjoitin tekstikenttään ”tp os” (toimenpide osastolla). Useampaa tunnistamistapaa käytettäessä pääl-lekkäin valittiin ohjeen perusteella ensisijainen tai suositellumpi vaihtoehto. Täydentävä tapa tallennettiin vapaakenttään.

## 8 Tulokset

Auditoinnin tulokset esitellään tässä siten, että ensiksi esitellään määrällisten tekijöiden valossa koko aineisto. Ensimmäisessä kohdassa on esitelty ohjeen mukaiset tunnistamistapahtumat auditointikriteeristöä vasten. Toisessa kohdassa esittelen auditoinnin aikana esiin tulleet muut kuin ohjeen mukaiset tunnistamistavat. Kolmannessa on esitelty hoitopolkujen analysoinnista saadut tulokset. Neljäntenä esittelen havaintolomakkeen ulkopuolelta tulevia havaintoja. Viimeisenä on arvioitu tulosten luotettavuutta.

### 8.1 Ohjeen mukaiset tunnistamistapahtumat

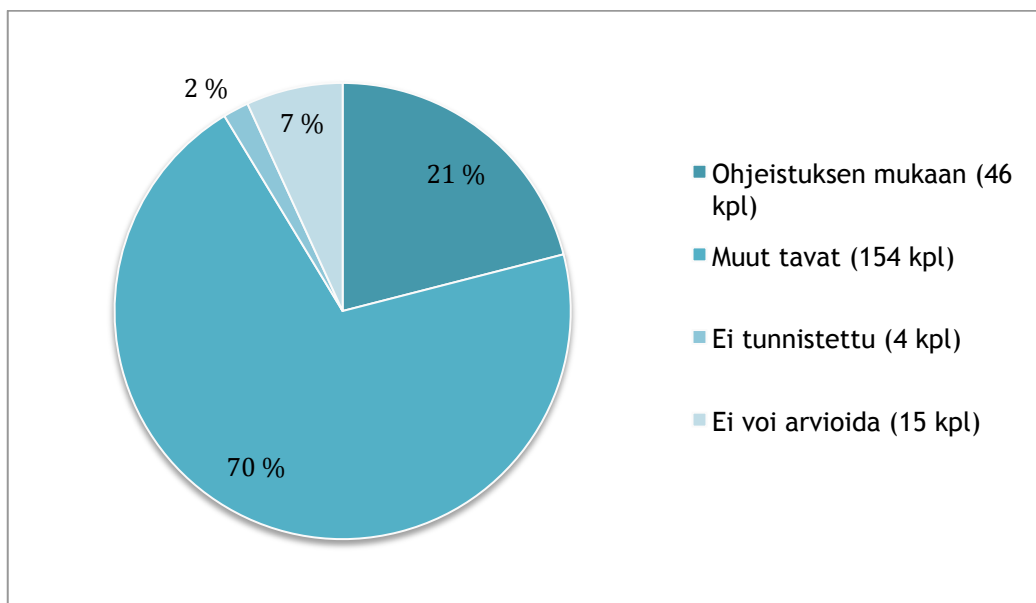
Potilastunnistamisen tapahtumia kirjattiin seitsemällä eri osastolla päivystyspoliklinikan lisäksi. Auditoinnin kohteena oli noin kolmekymmentä hoitajaa ja noin kymmenen lääkäriä. Auditoinnissa kerättiin 24 potilaan hoitopolut tunnistamistapahtumineen. Hoitopolkujen seurannasta kertyi 164 tunnistamistapahtumaa. Lisäksi kerättiin 55 yksittäistä tunnistamistapahtumaa päivystyksen molemmista moduuleista ja triagesta. Aineistoon nämä tallennettiin yhdellä potilastunnistamerkinnällä, eikä niiden osalta voi tehdä päätelmiä hoitopolusta. Tunnistamistapahtumia yhteensä kertyi 219. Taulukossa 4 on yhteenveto ennakkoon vakioitujen auditointikriteerien näkökulmasta koko aineiston osalta.

Taulukko 4: Tunnistustapahtumien jakautuminen havainnointipaikan mukaan.

Havainnointipaikka	Tunnistamistapahtumien kappalemäärä	Osuus kaikista tapahtumista
- Triage	12	5 %
- Operatiivinen moduuli	102	47 %
- Konservatiivinen moduuli	73	33 %
Päivystys yhteensä	187	85 %
Muu	32	15 %
Yht	219	100 %

Taulukon 4 ”Muu” havainnointipaikka koostuu seitsemästä osastosta, jotka ovat keskussairaalan vuodeosastoja tai tarkkailuosastoja. Siinä on mukana myös röntgenosasto, jossa potilaat kävivät päivystyksen moduuleista kuvattavana. Laboratoriossa potilaita ei moduuleista käytetty, vaan laboratorionhoitajat kävivät moduuleissa ottamassa verikokeet. Laboratorionhoitajat ovat mukana moduuleissa tapahtuneissa tunnistamistapahtumissa. Suurin osa tunnistamistapahtumien arvioinnista on tapahtunut alkuperäisen tavoitteen mukaan päivystyspoliklinikalla. Kuviossa 7 on esitetty ohjeen mukaan tapahtuneiden tunnistamistapahtumien osuus koko aineistossa:





Kuvio 7: Tunnistamistapojen jakauma kaikista potilaiden tunnistamistapahtumista. Tunnistamistapahtumien kokonaismäärä 219 kappaletta.

Kuviosta 7 selviää, että ohjeen mukaisia tunnistamistapahtumia koko aineistossa on vain 21 % kaikista tunnistamistapahtumista. Tunnistamatta jääneitä potilaita ei kuitenkaan ole loput neljä viidesosaa, vaan auditoinnin aikana selvisi, että henkilöstö käyttää hyvin monenlaisia tapoja tunnistamiseen. Tunnistamatta jäi ainoastaan neljä potilasta kaikista 219 tunnistamistapahtumasta. Näistä tunnistamatta jääneistä potilaista kaikki olivat sellaisia, joissa potilas oli kutsuttu päivystyksen hoitomodulista ennalta röntgeniin tai tietokonekuvaan ja potilasta tiedettiin odottaa. Kuitenkin varmistus siitä, että juuri oikea potilas on paikalla, jäi tekemättä.

Taulukossa 5 on vielä tarkemmin eritelty, mitä tunnistamistapoja käytettiin eniten ohjeen mukaisista tavoista.

Taulukko 5: Ohjeen mukaiset potilaiden tunnistamistavat koko aineistosta

Potilaan tunnistamistapa	Tunnistamistapahtumien määrä	Tunnistamistapahtuman osuus koko aineistosta
Ranneke	12	6 %
Kela-kortti / muu henkilö-kortti	0	0 %
Kysymällä HETU potilaalta	31	14 %
Kysymällä HETU saattajalta	3	1 %
Ei voi arvioida	15	7 %
Auditointikriteerit täyttäviä tapahtumia	46	21 %
Muu tai ei tunnistusta	173	79 %

Taulukossa 5 on tärkeää kiinnittää huomiota auditointikriteerit täyttäviin tapahtumiin. Ohjeen mukaiset tunnistamistapahtumat ovat siis niitä tapahtumia, jotka on suoritettu siten kuin työohje Potilaan tunnistaminen E-PSHP:n toimintayksiköissä (2013) määrittelee tunnistamisen tapahtuvaksi. Hajatapahtumien osalta tilastot ovat hiukan erilaiset. Niistä 93% on päivystyspoliklinikalta, mutta ohjeen mukaisia tunnistamistapahtumia on 35% kaikista tunnistamistapahtumista, joista 31% on tehty kysymällä potilaalta henkilötunnus. Henkilöstöryhmien perusteella erotellut ohjeen mukaiset tunnistamistapahtumat on esitelty taulukossa 6.

Taulukko 6: Tunnistamistapahtumien onnistuminen eri henkilöstöryhmien välillä

Henkilöstöryhmä	Tunnistamistapahtumien kappalemäärä	Onnistuneiden tunnistamistapahtumien osuus kaikista tapahtumista
Laboratorionhoitajat	38	95 %
Lääkärit	35	0 %
Röntgenhoitajat	15	6 %
Sairaanhoitajat	114	4 %
Triage	12	33 %

Taulukossa 6 triage on erotettu omaksi henkilöstöryhmäksi. Vaikka triagessa työskentelee myös sairaanhoitajia, niin työtapa ja olosuhteet poikkeavat päivystyspoliklinikan moduuleissa ja vuodeosastoilla työskentelevistä sairaanhoitajista. Triagen havainnoista ei voinut aina sanoa varmaksi joka tilanteessa, oliko tunnistamista suorittamassa sairaanhoitaja vai osastonsihteeri, joten kaikki tapahtumat on tallennettu sairaanhoitajien alle. Triagen havainnot eivät kuitenkaan ole mukana sairaanhoitajien havainnoissa, vaikka tunnistamista olisi suorittanut triagessa sairaanhoitaja. Havainnot pystyi erottelemaan aineistossa lomakkeella olleen havaintopaikan mukaan. Röntgenhoitajat työskentelevät yhtä poikkeusta lukuun ottamatta röntgenosastolla. Laboratorionhoitajat työskentelevät pääsääntöisesti tilattuina päivystyspoliklinikalla. Sairaanhoitajissa on mukana sekä päivystyspoliklinikan sairaanhoitajat, että vuodeosastojen sairaanhoitajat. Vuodeosastoja, joille potilaita sijoitettiin oli kokonaismäärässä vain 16 kappaletta ja niistä kahdessa tehtiin ohjeen mukainen tunnistaminen. Laboratorionhoitajat eroavat muista ryhmistä siten, että kukaan heistä ei tässä otannassa hoitanut potilaita omalla osastollaan. He siirtyivät tilauksen jälkeen päivystyksen moduuleihin suorittamaan tilatut toimenpiteet. Röntgenhoitajilla onnistuneita tunnistamistapahtumia oli vain yksi kappale. Se on tilanne, jossa röntgenhoitaja tilattiin konservatiiviseen moduuliin ottamaan röntgenkuva siirrettävällä laitteistolla.

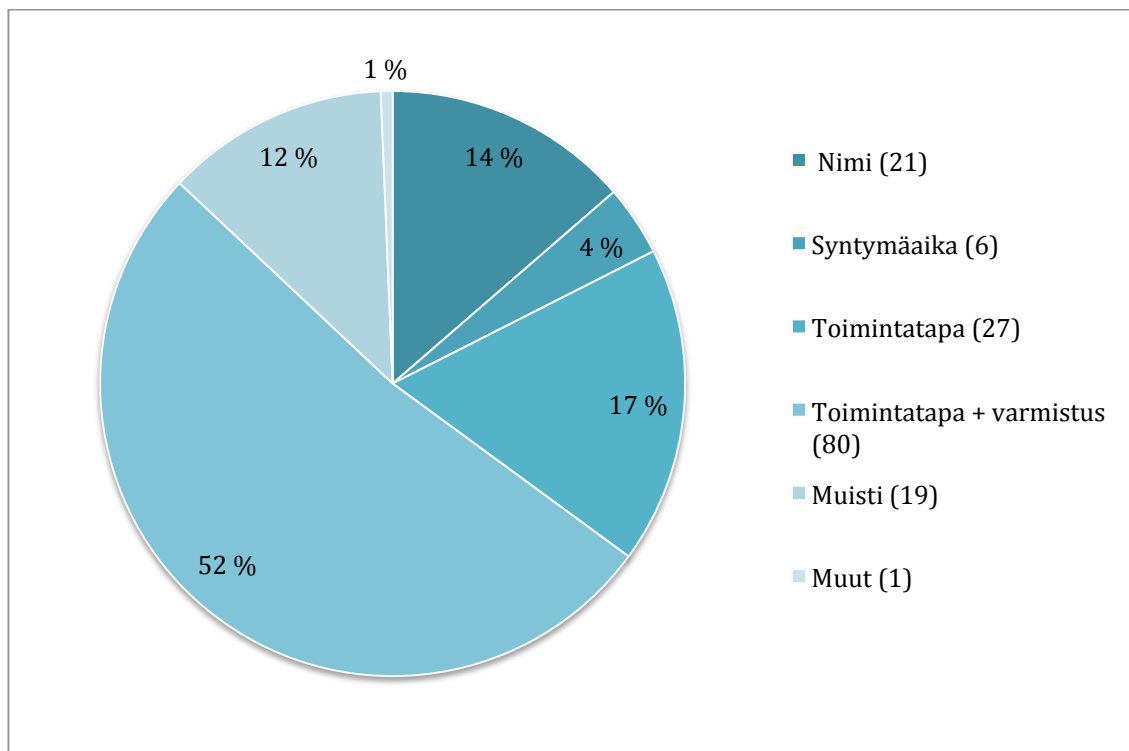
## 8.2 Muut kuin ohjeen mukaiset käytetyt tunnistamistavat

Lähestulkoon kaikki potilaat tunnistettiin jollain tavalla ennen toimenpiteitä tai siirtoja. Suuri osa potilaista kuitenkin jollain muulla tavalla kuin ohjeen mukaisesti. Muita kuin ohjeen mukaisia tunnistamistapoja aineistosta löytyi 20 kappaletta. Vuodepaikkataulu näytteli suurinta

roolia toiminnassa moduuleissa. Potilaan tullessa moduuliin vuodepaikkataululle merkittiin magneetilla potilaan vuodepaikka ja hänen papereistaan laitettiin taululle nimen ja henkilötunnuksen sisältävä tarra. Näin kaikki moduulin työntekijät ja siellä käyvät työntekijät tiesivät, mistä potilaat löytyvät. Päivystyspoliklinikalla tehtyjen toimenpiteiden yhteydessä potilas tarkistettiin usein vain vuodepaikkataululta ja sen jälkeen mentiin suoraan taululla olevalle vuodepaikalle siinä olleen henkilötunnustarran perusteella. Usein näin tekivät hoitajat, jotka olivat jo aiemmin hoitaneet potilasta ja tukena tunnistamisessa oli myös muisti. Potilas ei kuitenkaan aina saapunut paperien kanssa ja joskus saattoi kestää jonkin aikaa, että vuodepaikan kohdalle tuli potilaan nimi. Monesti potilaat saattoivat olla taululla vaan oireiden tai tulosyyn perusteella. Esimerkiksi eräs potilas oli pitkään taululla vain nimellä ”Okluusio?” koska hänellä epäiltiin suolitukosta. Taulun ajantasaisuutta pidettiin yllä vähän työkuormasta riippuen ja miten nopeasti osastonsihteerit saivat potilaille triagesta paperit. Jos potilaan lähete oli saapunut sairaalaan ennen potilasta, hänelle oli usein paperit ja rannekkeet odottamassa triageissa valmiina. Muutoin potilas saapui moduuliin hoidettavaksi ensin ja papereita toimiteltiin putkipostilla jälkeinpäin.

Kaikkien kahdenkymmenen tavan käsittely ei ole kovin informatiivisia, joten pyrin löytämään aineistosta niille sopivia yhteisiä nimittäjiä. Tuloksista löytyi kuusi erilaista pääasiallista tunnistamiseen liittyvää nimittäjää. Teemoittelin sen jälkeen tunnistamistavat näiden kuuden tekijän alle. Teemoittelu on esitetty liitteessä 4. Ensimmäinen kuudesta oli potilaan nimeen (”nimi”) liittyvät tavat riippumatta siitä, oliko potilaan nimi saatu potilaalta itseltään kysymällä tai potilaan saattajalta. Toinen oma kategoriansa oli syntymäaika (”syntymäaika”), johon liittyi usein myös nimen varmistaminen. Syntymäaika on kuitenkin jo paljon yksilöivämpi, sillä nimi-teeman alla on myös ne, joissa potilas on tunnistettu pelkästään esimerkiksi etu- tai sukunimellä. Tunnistamistapoja, jotka liittyivät johonkin toimintatapaan tai prosessiin tai niiden tuottamaan varmenteeseen, oli aineistossa kaikkein eniten: yhteensä melkein 70 prosenttia. Jaottelin ne kuitenkin vielä kahteen teemaan, joista ensimmäinen oli vain toimintatapaan (”toimintatapa”) tai sen tuottamaan varmenteeseen liittyvä tunnistamistapa ja niihin, joissa edellisen lisäksi käytettiin jotain muuta tunnistamistapaa lisäksi (”toimintatapa + varmistus”). Ensimmäisiä oli käytännössä lähetteen kanssa saapuvat potilaat tai potilaat, joilla oli jo paikka määriteltynä vuodepaikkataululla. Tunnistamistapahtumia, joissa käytettiin kahta tunnistamistapaa päällekkäin oli yli puolet. Niissä toinen varmistava tekijä saattoi olla esimerkiksi nimi, muut henkilötiedot, saattajan ilmoitus tai vain muistinvaraisuus. Viimeisestä esimerkkinä ovat tilanteet, joissa hoitaja varmisti vaikkapa potilaan paikan vuodepaikkataululta, mutta lisäksi kyseinen hoitaja oli hoitanut potilasta jo aiemminkin. Viides teema oli pelkästään muistinvaraisuuteen liittyvä tunnistaminen (”muisti”). Niissä hoitaja itse oli hoitanut aiemmin potilasta ja tunsu potilaan entuudestaan siksi. Toinen tyyppi oli se, että hoitaja kysyi joltakulta muulta päivystyspoliklinikalla työskentelevältä potilaan paikan ja hänelle vastattiin pelkästään muistinvaraisesti tarkistamatta asiaa mistään. Viimeinen, kuudes teema, on jotkin

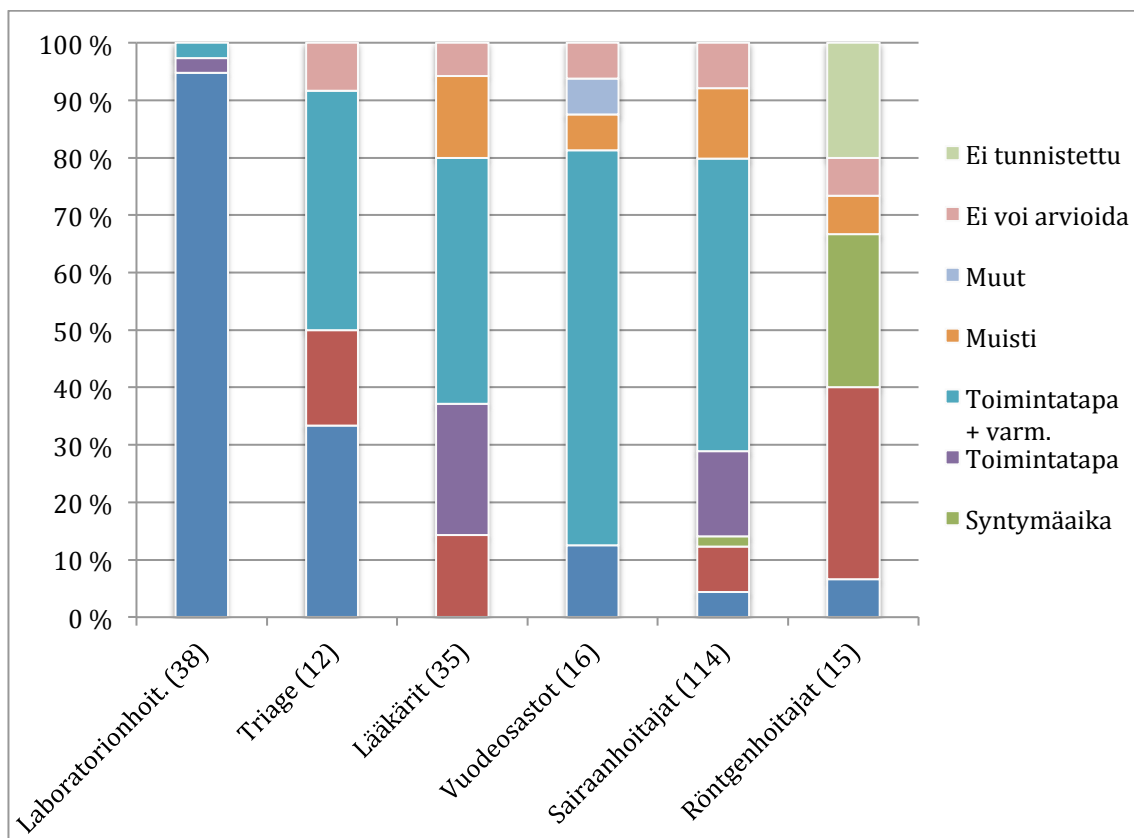
muut tavat ("muut"), jotka eivät auditoinnin yhteydessä selvinneet. Näitä oli vain yksi tapahtuma. Kuviossa 8 on kuvattu teemojen jakautuminen vielä prosentteina kaikista tunnistamistavoista, joita ohjeessa ei ollut.



Kuvio 8: Potilastunnistamistapahtumien jakauma muista kuin ohjeen mukaisista tunnistamistapahtumista. Yhteensä 154 kappaletta.

Kun kuvion 8 tunnistamistavat lisää auditoinnin varsinaisena kohteena oleviin ohjeen mukaisiin tunnistamistapoihin, nousee edes jollain tavalla tunnistettujen potilaiden määrä kahteen sataan, joka on jo yli 90% kaikista tunnistamistapahtumista. Lopuistakin viisitoista on sellaisia, joita ei ole voitu arvioida.

Ohjeen mukaiset tunnistamistavat eivät erottele henkilöstöryhmiä muiden kuin laboratorionhoitajien osalta. Seuraavaksi kiinnostaa tietenkin, miten muut käyttivät muita kuin ohjeen mukaisia tunnistamistapoja auditoinnin aikana. Havaintopaikkojen mukaan ryhmittelyn olen tehnyt triagen osalta samoin kuten kohdassa 8.1 (triage omana henkilöstöryhmänä). Myös vuodeosastojen sairaanhoitajat on eritelty tässä omaksi ryhmäkseen päivystysten hoitajista mahdollisten osastokohtaisten erojen löytämiseksi. Kuviossa 9 on esitelty miten eri ryhmät tunnistamistapoja käyttivät. Mukana ovat myös ohjeen mukaiset tunnistamistavat.



Kuvio 9: Kaikkien potilastunnistamistapojen käyttö kappalemäärinä henkilöstöryhmittäin koko aineistosta (219 kpl)

Laboratorionhoitajilla on vain kaksi tunnistamistapahtumaa, joissa tunnistaminen tehtiin muuten kuin ohjeen mukaan. Yhteensä tunnistamistapahtumia oli 38. Ohjeen mukaan tunnistamatta jääneissä tapahtumissa kyseessä oli saman henkilön suorittama toinen, mutta ei perättäinen, toimenpide samalle potilaalle. Triagessa seitsemän kahdestatoista tunnistamistapahtumasta perustui siihen, että potilaista oli jo ennakkotieto olemassa ja heitä osattiin odottaa saapuvaksi. Näissä tapauksissa tunnistamistapana käytettiin joko ensihoidolta tai potilaalta saatua lähetettä. Useissa tapauksissa potilaan läheteet ja rannekkeet olivat valmiiksi tulostettuna pöydällä ja potilaan saapuessa etsittiin joidenkin tietojen perusteella vain näistä oikeaa. Kahden potilaan osalta päivitettiin heiltä kysellen vielä osoite-, puhelinnumero- ja lähiomaistietoja potilastietoihin. Lääkärit taas luottivat noin puolessa tapauksista päivystyspoliklinikalla olevaan vuodepaikkatauluun. Kymmenessä tapauksessa lääkäri kuitenkin varmisti potilaalta vielä lisäksi nimen. Nimen tarkistus tapahtui kaikissa tapauksissa niin, että lääkäri esitti potilaalle esimerkiksi kysymyksen ”Onko täällä Meikäläinen Matti?”, saapuessaan vuodepaikalle. Lääkärit hoitivat yleensä yhtä potilasta kerrallaan.

Vuodeosastoilla sairaanhoitajat luottivat pääsääntöisesti saattajaan ja saattajan mukana tuleviin papereihin. Potilaan paperit siirtyivät vuodeosastoille myös sähköisenä ja potilaiden siirto sovittiin usein puhelimitse ennalta, joten potilaita tiedettiin odottaa vuodeosastoilla. Tämä

poikkesi päivystyspoliklinikalla työskentelevistä sairaanhoitajista siinä, että päivystyspoliklinikalla luotettiin pääsääntöisesti vuodepaikkatauluun. Varmistus päivystyksessä suoritettiin yleensä muistinvaraisesti; sama hoitaja oli hoitanut potilasta jo aiemminkin. Kuitenkin päivystyspoliklinikalle tulevien potilaiden kohdalla ensimmäisellä tunnistuskerralla (24 kpl) luotettiin vuodeosastoilla työskentelevien hoitajien tapaan saattajaan ja hänen tuomiin papereihin. Röntgenhoitajien kohdalla yleisempää oli kysyä joko potilaalta nimi ja syntymäaika tai nimi saattajalta. Röntgenhoitajat poikkeavat muista siten, että heillä on suhteessa eniten (3 kpl) tapahtumia, joissa potilasta ei tunnistettu lainkaan. Näissä tapauksissa oli kuitenkin niin, että potilaalle oli tilattu kuvaus ja röntgenosastolta soitettiin potilas paikalle, kun kuvausvuoro vapautui. Potilaan tiedot olivat jo valmiina näytöllä, mutta näissä tapauksissa saattajalta tai potilaalta ei varmistettu itseltään, pitävätkö näytöllä olevat tiedot paikkansa.

### 8.3 Hoitopolkujen seurannan tulokset

Analysoitavia hoitopolkuja aineistoon kertyi 24 kappaletta. Auditointisuunnitelman mukaan hoitopolku alkaa joko triagesta tai kummasta tahansa päivystyspoliklinikan moduuleista. Jokainen polku loppuu joko kotiutukseen tai vuodeosastolle siirtoon. Ennen hoitopolkujen analysointia karsin niistä pois kolme, joita en saanut loppuun asti. Analysoitavia jäi näin ollen 21. Jälkeenpäin havaitut tunnistamistapahtumat on kirjattu hoitopolkuihin, mutta tunnistamisen osalta siihen on kirjattu ”ei voi arvioida”, mikäli en ollut paikalla. Tunnistamistapahtumien määrä hoitopoluissa oli keskiarvoisesti 7,4. Pisimmässä hoitopolussa oli 14 tapahtumaa ja lyhimmässä 4. Tapahtumien määrään ei vaikuttanut vain auditoijan läsnäolo, vaan eniten siihen vaikutti potilaan tulosyy. Joillekin jouduttiin tekemään enemmän tutkimuksia, kun taas joidenkin jatkohoito selvisi nopeammin. Tunnistaminen pitäisi aina tehdä jokaisen toimenpiteen yhteydessä ja tunnistamistapahtumien määrä liittyy siten potilaalle tehtyjen toimenpiteiden määrään.

Kiinnostavinta on tietenkin ensimmäinen tunnistamistapahtuma potilaan hoitopolun ensimmäisessä kohdassa ja miten se on suoritettu. Toiseksi kiinnostaa se, että kun ohjeen mukaan potilaalle pitäisi aina sisään tullessa kiinnittää ranneke, niin missä kohtaa se todellisuudessa kiinnitetään ja kuka sen on kiinnittänyt. Ja tietenkin mikä oli tunnistamistapa ranneketta kiinnitettäessä. Ranneke luo pohjan ohjeen mukaiselle toiminnalle jatkossa. Aiemmissa tuloksissa saattajilla on ollut aika suuri merkitys potilaan henkilöllisyydestä varmistuttaessa. Kiinnostavaa on siksi myös se, onko potilailla sama saattaja päivystyksen moduuleihin palatessa kuin sieltä poistuttaessa, vai voiko saattaja vaihtua kesken potilaiden käyntien muilla osastoilla.

Tuloksissa ei näy oikeastaan mitään poikkeavaa aikaisempiin tuloksiin verrattuna. Hoitopoluissa ohjeen mukaisen tunnistamisen suorittajina olivat lähes aina laboratoriotyöntekijät. Useis-

sa tapauksissa (12 kpl) laboratorionhoitaja oli myös ainut, joka oli tehnyt ainoat ohjeen mukaiset tunnistamiset koko hoitopolussa. Hoitotoimenpiteiden määrä hoitopolussa oli keskimääräisesti 7,4, mutta ohjeen mukaisten tunnistamistapahtumien määrä hoitopoluissa oli kuitenkin vain 1,1. Kuudessa hoitopolussa ei tehty laboratorionhoitajan toimesta potilaille toimenpiteitä ollenkaan. Näissä hoitopoluissa potilasta ei tunnistettu ohjeen mukaan kertaakaan hoitopolkunsaa aikana. Puolella näistä potilaista oli kuitenkin ranneke päivystyksen moduuleihin tullessaan, joten tunnistamisen olisi voinut suorittaa kaikilla ohjeen määrittelemillä tavoilla. Seitsemässä hoitopolussa potilasta ei tunnistettu ohjeen mukaan kertaakaan ennen rannekkeen kiinnittämistä. Yhtä lukuun ottamatta kaikille triagen kautta tulleille (15kpl) asetettiin ranneke joko triagen henkilöstön tai ensihoidon toimesta riippuen siitä, tuotiin potilas ambulanssilla vai oliko hän omatoiminen. Ambulanssilla tulleiden potilaiden kohdalla ensihoidon teki varsinaisen kiinnittämisen, mutta potilasta ei enää tunnistettu erikseen siinä kohtaa. Yhden poikkeaman kohdalla ranneke asetettiin vasta yhdennentoista toimenpiteen yhteydessä.

Taulukossa 7 on esitetty yhteenveto hoitopolkujen auditoinnissa syntyneistä keskeisistä havainnoista. Viivalla on merkitty ne kohdat, joita ei ole voitu auditoida. Tässä tapauksessa kaikissa sellaisissa kohdissa on kyse siitä, että potilaan tulopaikka on ollut triage, mutta hoitopolun auditointi on alkanut vasta moduulista. Auditointia ei siis ole ollut paikalla arvioimassa tunnistamistapahtumaa. Saattajan vaihtumisesta koskevassa sarakkeessa se tarkoittaa, että potilas ei poistunut päivystyksen moduuleista hoitopolun aikana.

Taulukko 7: Yhteenveto hoitopolkujen analysoinnista

#	tulopaikka	ensimmäisen tunnistamisen tapa	rannekkeen kiinnityksen hoitotoimenpiteen järjestysnumero hoitopolussa	tunnistamista pa ranneketta kiinnitettäessä	saattaja vaihtui osastolta poistuttaessa	montako luotettavaa tunnistusta hoitopolussa
1	operatiivinen moduuli	paperit saattajalta	10	muistinvaraisesti	ei	1
2	konservatiivinen moduuli	nimi saattajalta	2	kysymällä potilaalta nimi	ei	0
3	operatiivinen moduuli	paperit saattajalta	6	toimintatapa ja varmistus	ei	1
4	operatiivinen moduuli	paperit saattajalta	3	muistinvaraisesti	ei	0
5	konservatiivinen moduuli	paperit saattajalta	3	kysymällä syntymäaika	-	0
6	konservatiivinen moduuli	paperit saattajalta	1	paperit saattajalta	ei	3
7	triage	nimi saattajalta	1	nimi saattajalta	ei	2
8	operatiivinen moduuli	paperit saattajalta	1	paperit saattajalta	ei	2
9	konservatiivinen moduuli	-	1	-	ei	2
10	konservatiivinen moduuli	-	1	-	-	1
11	konservatiivinen moduuli	-	1	-	-	1
12	konservatiivinen moduuli	-	1	-	-	1
13	triage	kysytty hetu	1	kysytty hetu	-	2
14	triage	paperit saattajalta	1	paperit saattajalta	-	1
15	triage	paperit potilaalta	1	paperit potilaalta	kyllä	1
16	triage	kysytty hetu	11	kysytty hetu saattajalta	ei	3
17	konservatiivinen moduuli	-	1	-	kyllä	0
18	operatiivinen moduuli	-	1	-	ei	0
19	operatiivinen moduuli	-	1	-	ei	0
20	operatiivinen moduuli	-	1	-	ei	2
21	konservatiivinen moduuli	-	1	-	-	1

Taulukon 7 otsikoissa ”tulopaikka” on kohta, mistä auditointi on alkanut. ”Ensimmäinen tunnistamisen tapa” on se, miten potilas on tunnistettu ensimmäistä kertaa hoitopolkunsa alussa. ”Rannekkeen kiinnityksen hoitotoimenpiteen järjestysnumero hoitopolussa” kertoo monenko hoitotoimenpiteen yhteydessä ranneke on kiinnitetty. Esimerkiksi numeron ollessa kol-



me, tarkoittaa se, että potilaalle on tehty jo kaksi toimenpidettä ennen rannekkeen kiinnitystä. ”Tunnistamistapa ranneketta kiinnitettäessä” on tapa, jolla potilas tunnistettiin ranneketta kiinnitettäessä. ”Saattaja vaihtui osastolta poistuttaessa” kertoo siitä, onko potilaan saattaja vaihtunut päivystyspoliklinikalta poistuttaessa. Jos vastaus on ”ei”, niin potilas on lähtenyt saman saattajan kanssa, jonka kanssa myös palasi päivystyksen moduuliin. ”Kyllä”-vastaus tarkoittaa, että potilaan vei toimenpiteeseen eri henkilö kuin joka haki hänet takaisin. Viimeinen sarake kertoo, miten monta kertaa hoitopolussa on tehty potilaalle luotettava tunnistus (”montako luotettavaa tunnistusta hoitopolussa”).

#### 8.4 Muut havainnot havaintolomakkeen ulkopuolelta

Auditoinnin yhteydessä ei haastateltu henkilöstöä, mutta tallensin ylös potilastunnistamiseen liittyviä huomioita niiden tullessa esiin. Havaintolomakkeen ulkopuolelta tallentui henkilöstön kertomuksia ja toimintamalleja tunnistamiseen liittyen. Kaikki kertomukset eivät ole tapahtumia tältä vuodelta, vaan osa on parinkin vuoden takaa. Silloin uusi tunnistamisohje ei ollut vielä käytössä. Kaikki tapaukset eivät liity tämän työn tutkimuskysymyksiin, mutta olen raportoinut ne jatkotutkimusaiheiden näkökulmasta.

##### 8.4.1 Potilaiden tunnistamiseen liittyvät kertomukset

Hoitohenkilöstön omat kommentit kertovat siitä, että ohjeen mukainen tunnistaminen on hoitohenkilöstölle itselleenkin toimintaan varmuutta luova tekijä. Eräs sairaanhoitaja kertoi tapauksesta, jossa omaiset olivat etsineet tietyllä nimellä potilasta. Hän löysi potilaan, jota luuli etsityksi ja kysyi häneltä ”Oletteko Matti Meikäläinen?”. Potilas vastasi myöntävästi, mutta omaisten tullessa paikalle selvisi, että potilas oli väärä. Vastaus oli tullut väärin joko huonokuuloisuuden tai sekavuuden vuoksi. Yksi sairaanhoitaja muisti myös tapauksen, jossa hoitoon tullut oli säännönmukaisesti valehdellut jostain syystä henkilötunnuksensa. Henkilötunnuksen oikea omistaja oli saman niminen kuin hoitoon tullut henkilö, mutta vasta myöhemmin osastonsihteerin vertaillessa potilaiden papereita asia selvisi. Työrytmi päivystyksessä on saattaa olla välillä nopeatempoista ja tunnistamistilanteet saattavat tulla nopeasti. Silloin tarvitaan hyviä käytäntöjä, joiden perusteella voi olla varma ratkaisuista. Tästä kertoo yhden hoitajan kommentti: ”Vuodeosastoilla on selvät ja hyvät kaavat, täällä (päivystyksessä) mennään välillä enemmän kaaoksella.” Henkilötunnuksen jatkuvaa kyselyä potilaalta piti yksi hoitajista epämiellyttävänä.

Henkilöstön kesken tiedonkulun ja käytäntöjen tärkeyttä kuvaa erään sairaanhoitajan kommentti: ”Joskus on todella vaikeaa, kun perii jonkun toisen potilaan, eikä tiedä mitä on tehty. Ettei tuu kahteen kertaan.” Perimisellä hän tarkoitti potilaan siirtymistä edellisen työvuoron hoitajalta seuraavaan työvuoroon tulevalle hoitajalle. Tiedonkulkuun ja tunnistamiseen liitty

myös tapahtuma, jossa laboratorionhoitaja joutui etsimään potilasta pitkään, koska hänen vuodepaikkansa oli vaihdettu kesken hoidon. Kaikki moduulissa työskentelevät eivät tiedeneet tästä vielä. Samoin yksi potilas oli hyvin pitkän aikaa käytävällä sängyssään, vaikka häntä käivattiin välillä toimenpiteisiin. Koska vuodepaikka oli tyhjä, ajateltiin hänen olevan muualla toimenpiteissä. Myöhemmin yksi hoitajista sattumalta löysi potilaan käytävältä ja vei hänet vuodepaikalleen.

Vuodepaikkataulu oli hyvin tärkeässä roolissa potilaiden tunnistamisessa ja seurannassa. Silti se ei ollut aina ihan ajantasainen. Sen täyttö oli usein kiinni vain ihmisten muistinvaraisesta toiminnasta. Tavallista oli esimerkiksi se, että potilaan tullessa vastaanottava hoitaja käveli taululle ja merkitsi vuodepaikan varatuksi heti. Eräessä tapauksessa yksi hoitajista ilmoitti vuodepaikan ensihoidolle, joka vei potilaan paikalleen. Samaan aikaan hoitaja keskusteli toisen hoitajan kanssa toisesta potilaasta ja vei vuodepaikkamerkinnän vasta keskustelun jälkeen paikalle, jonka oli sanonut ensihoidolle. Yhdessä tapauksessa potilaan henkilötunnustarra tuli vasta myöhemmin päivystyksen moduuliin putkipostilla. Hoitaja kysyi avattuaan paperit muilta, mihin sen niminen potilas oli viety. Toinen hoitajista vastasi koneelta katsetta nostamatta välittömästi että ”kasiin”. Hoitaja kiinnitti tarran vain tämän muistinvaraisen toteamuksen perusteella taululle. Potilaan tulosta oli jo pitkä aika ja sen jälkeisistä toimenpiteistä osa perustui nimenomaan vuodepaikkatauluun. Toimenpiteetkään eivät ilmaantuneet taululle ihan heti. Kerran lääkärin laitettua merkinnän potilaalle annettavasta kipulääkityksestä, hoitaja kuittasi lääkkeen annetuksi taululle vasta 28 minuuttia lääkkeen antamisen jälkeen.

Potilaista ja potilaiden toimenpiteistä keskusteltiin usein yleisesti potilaita kuvailemalla. Tallensin erään keskustelun, joka käytiin huoneestaan tulevan lääkärin ja hoitajien pöydän äärellä istuvien hoitajien välillä.

Lääkäri: Oliko siitä 12v tytöstä vielä otettu toimenpide x ?

Joku hoitajista vastaa tauon jälkeen: Ei.

Lääkäri: Pitäisi kyllä tarkistaa

Hoitaja: No minä tilaan (ja tekee siltä istumalta koneella tilauksen).

Potilaiden asioita hoidettaessa muuten kuin potilaiden kanssa, oli muistilla ja järjestelmällisillä työtavoilla suuri merkitys. Yhden potilaan virtsanäytteet olivat pitkään pöydällä ilman tarroja. Potilaan yksilöivät tarrat olivat kuitenkin valmiiksi tulostettuna. Hoitaja keskusteli välillä lääkärin kanssa ja teki muita toimenpiteitä ennen kuin liimasi tarrat putkiin ja lähetti ne laboratorioon. Sillä hetkellä pöydän äärellä ei ollut ruuhkaa, mutta sama hoitaja hukkasi vain vähän aiemmin potilaalle tulostamiaan muita dokumentteja samalla tavalla unohtamalla ne pöydälle. Tämä tapahtui 04:11 yöllä, jolloin muuten oli rauhallista.

#### 8.4.2 Muut kuin tunnistamisen liittyvät havainnot

Tässä esitellyt havainnot eivät liity työn tutkimuskysymyksiin, mutta voivat olla tärkeitä toimeksiantajalle hoitotyön laatua kehitettäessä. Tiedonkulku henkilöstön ja potilaidenkin välillä on tärkeässä roolissa. Eräs potilas oli hämmentynyt ja kertoi minulle, että oman kuntansa terveyskeskuksesta lähtiessä hänelle tilattiin ambulanssi sydänvaivojen vuoksi. Hän ei saanut edes kävellä itse, mutta päivystyksen moduulista hoitaja kääntäytyi kävellä itse röntgenosastolle. Itse tiesin, että hänestä oli otettu jo sydänfilmi ennen sitä, eikä siinä näkynyt mitään hälyttävää. Kukaan ei vaan muistanut kertoa sitä potilaalle.

Tässä työssä keskityttiin vain potilaan tunnistamiseen oikeaksi potilaaksi. Potilas on myös tärkeä tunnistaa ylipäätään potilaaksi. Tämä ei ole suuri ongelma, jos potilaan matka jatkuu esimerkiksi vuodeosastolle, koska he saavat sairaalavaatetuksen. Yksi hoitajista kertoi tapauksesta, joka oli sattunut eräällä osastolla jonkin aikaa sitten. Tässä tapauksessa henkilö oli kävellyt sisään tiloihin ja luontevasti esittäytymällä päässyt hakemaan huumausaineiksi luokiteltuja lääkkeitä osastolta. Sairaalan tiettyihin tiloihin pääsee sisään kuka vaan ja esimerkiksi omaisia ei tunnisteta mitenkään. Ei myöskään omaisten kysellessä puhelimitse tai paikan päällä potilaiden tietoja. Heiltä kysytään esimerkiksi, että oletteko läheisiä? Mutta jos kyselijä vastaa myöntävästi, niin potilaiden terveydentilaan liittyvät tiedot luovutetaan myös puhelimitse. Tällaisen tapahtuman havaitsin kolme kertaa auditoinnin aikana. Moduulit olivat lukollisten ovien takana, mutta sisään pääsi esimerkiksi kertomalla, että kaveri tuotiin juuri hoidettavaksi.

Myös suojavälineiden käytön kanssa havaitsin joitain epäloogisuuksia hoidettaessa potilaita, joilla oli jokin herkästi tarttuva sairaus. Auditoinnin aikana oli kolme sellaista tapausta, joista varoitettiin myös minua. Pääsääntöisesti henkilöstö käytti esimerkiksi suojakäsineitä jatkuvasti, mutta lyhyissä ja nopeissa toimenpiteissä ne saattoivat unohtua. Seuraavalla käynnillä vuodepaikalla suojakäsineet taas muistettiin. Joissain tapauksissa suojavälineitä käytettiin toimenpiteen ajan, mutta noudettaessa esimerkiksi potilaan tutkimuksiin käytettyä laitteistoa, suojakäsineet saattoivat unohtua.

#### 8.5 Tulosten luotettavuuden arviointi

Tutkimuksen luotettavuuden ja toistettavuuden varmistamiseksi olen pyrkinyt työn toteutuksen kuvauksessa tarkkuuteen. Informaatiota on siksi paljon enemmän kuin tätä työtä varten olisi tarvinnut. Auditointia käytetään ensimmäistä kertaa Seinäjoen keskussairaalassa tunnistamistapahtumien arviointiin, vaikka auditointeja on muuten organisaatiossa käytetty. Mikäli auditoinnin suorittaa ensi kerralla toinen auditoija, on hänellä tämän työn kuvausten kautta käytettävissään aineistoa aina valmisteluista toteutukseen asti. Päättyessään mahdollisesti

erilaiseen tulokseen, voidaan silloin tarkastella myös menetelmien eroavaisuuksia ja niiden vaikutuksia auditointituloksiin. Auditointia tässä työssä oli vain yksi, joten luotettavuuden arvioinnissa ei päästä vertaamaan millaisia tuloksia toinen auditori olisi mahdollisesti saanut. Yhden auditorin tulkintaan voivat vaikuttaa hänen omat ennako-oletukset ja odotukset auditoinnille. Samalla vain yhden auditorin käyttö on myös vahvuus. Useampi auditori voi ymmärtää eri tavoin vaikkapa tutkimuksessa käytettyjä termejä tai kriteerejä ja tämä voi myös vaikuttaa tuloksiin.

Otanta tässä työssä ei ole niin kattava, että tulosten pohjalta voi vetää varmoja tilastollisia johtopäätöksiä. Toimintaympäristön kuvauksessa mainittiin, että potilaita menee läpi päivystyksestä noin 75 kappaletta ja vaikka työ on toteutettu kuuden kymmenen tunnin työpäivän jaksona, on tallennettuja hoitopolkuja silti vain kolmannes yhden päivän aikana päivystyspoliklinikalla vastaanotettavista potilaista. Koko aineistosta tehtyjen tulkintojen osalta tulokset antavat jonkinlaista tilastollistakin suuntaa. Osassa tuloksia otannat ovat kuitenkin hyvin pieniä. Esimerkiksi havaintopaikkojen mukaan luokitelluissa tuloksissa tunnistamistapahtumien kappalemäärä oli vain joitakin kymmeniä. Tämän auditoinnin tuloksista ei voi tehdä myöskään yleistyksiä kansalliseen tasoon keskussairaalojen toiminnassa. Tuloksia ei voida pitää yleistettävänä edes Seinäjoen keskussairaalan toiminnan osalta, sillä auditointi keskittyi vain yhdelle osastolle. Tulokset kertovat pelkästään päivystyspoliklinikan toiminnasta auditoinnin 6 päivän ajanjaksolla. Tunnistamisohjeistuksessa on myös erilaisia vaatimuksia keskussairaalan yksiköiden välillä.

Auditoinnin aikana kirjauksen tunnistamistavasta tuotti vain auditorin oma havainto. Sillä varauduttiin auditoinnin haasteissa mainittuun auditorin vaikutukseen työn ohjaamisessa. Jos auditori kyselee henkilökunnalta usein, miten potilas on tunnistettu, se ohjaa henkilökunnan käyttäytymistä todennäköisesti siten, että tunnistamistapahtumaan aletaan kiinnittämään enemmän huomiota. Vaikka kerroin potilastunnistamisen liittyvän työhöni hoitopolkujen seurannassa, en usko sen vaikuttaneen paljon työtappoihin. Vasta viimeisinä päivinä minun kanssa useimmin työskennelleet hoitajat tiesivät, mikä minua eniten kiinnosti. Esimerkiksi viimeisenä päivänä eräs hoitaja kysyi minulta ensihoidon tuoman potilaan vastaanoton jälkeen moduulissa, että ”Huomasithan, että kysyin henkilötunnuksen?” Henkilötunnusta ei oltu kysytty vastaavassa tilanteessa vielä kertaakaan siihen asti. Auditoinnin vielä jatkuessa olisi henkilökunnan tietoisuus auditorin tavoitteista voinut vaikuttaa enemmän tuloksiin. Havaintolomakkeen ulkopuolelta tulleita kertomuksia arvioitaessa on huomioitava, että ne eivät ole yleistettäviä tai koko toimintaa kuvaavia. Näitä havaintoja ei säännönmukaisesti kerätty. Kertomukset voivat perustua myös jonkun toisen kuin minulle asian kertoneen henkilön tarinaan. Silloin on mahdollisuus, että ne ovat muuttuneet tai värittyneet useamman kertojan ketjussa.

On myös mahdollista, että mukana on muita tunnistamistapoja tai potilaita yksilöiviä tietoja, joita en osannut poimia, koska en ole terveydenhuollon ammattilainen. Siksi kannattaa pitää mielessä mahdollisuus, etten ole auditoijana kaikkia tapoja tunnistanut. Koko aineistossa oli vain neljä tapahtumaa, joista olen kirjannut ”Ei tunnistamista”. Niidenkin osalta on voinut käydä niin, että taustalla on jokin tapa, jota en ole vain huomannut. Esimerkiksi yksi ainoa Muut -teeman alle menevä tapahtuma on sellainen, jossa olen kirjoittanut havaintolomakkeeseen, että jokin tapa hoitajalla on ollut tunnistaa potilas. Havaitsin sen, koska hoitaja tiesi kertoa potilaasta samat jatkotutkimussuunnitelmat, jotka itse kuulin päivystyksessä. Pystyin kuitenkin todentamaan, että esimerkiksi saattava hoitaja ei niitä kertonut. Päivystyksestä potilaan tuonut saattaja poistui vuodeosastolta jo ennen kuin potilasta tultiin vastaanottamaan.

Hoitopolkujen seurannan tulosten käsittelyvaiheessa huomasin, että oli hyvä ajatus tallentaa potilaista muutakin tietoa kuin pelkkä tunnistamistapahtuma. Tämä ei olisi ollut tarpeen, jos olisi auditoitu vain yksittäisiä tunnistamistapahtumia, mutta hoitopolkujen jäljittämiseksi aineistosta siitä oli hyötyä. Tällaisia lisätietoja olivat esimerkiksi vuodepaikka, sukupuoli, ikä, toimintakyky vapaamuotoisena kuvauksena, siirtotapa, potilaan oireet tai sairaus ja potilaan saattajan kuvaus. Tällaista tietoa ei ollut tarkoitus kerätä, enkä sitä tulosten käsittelyssä sellaisenaan tarvinnut. Se auttoi kuitenkin myöhemmin varmistumaan siitä, että kerätyt hoitopolut olivat todella samasta potilaasta. Jos potilaalla oli esimerkiksi loogisesti koko hoitopolun ajan äiti saattajana, voi olla melko varma siitä, että en ole sekoittanut potilasta johonkin toiseen. Sekaantumisen riskiä pystyi pienentämään myös sillä, että ei ottanut samanaikaisesti seurattavaksi saman tyyppisiä potilaita.

Hoitopolkuja koostaessa siirsin potilastunnisteilla kaikki 24 hoitopolkua jokaisen omaan taulukkoonsa aikajärjestyksessä ja kävin läpi polut yksi kerrallaan. Tämän tein sen vuoksi, että epäloogisuudet hoitopolussa paljastivat mahdollisen tallennusvirheen, jossa eri potilaan tapahtumat olisivat menneet saman potilastunnisteen alle. Tällaisia virheitä löytyi yksi kappale ja se paljastui sillä, että saman potilastunnisteen alla oli kaksi vastaanottotapahtumaa. Näin ei tietenkään voinut olla. Samalla päivällä eräältä toiselta potilaalta taas puuttui vastaanottotapahtuma kokonaan, kun kaikissa muissa saman päivän tapahtumissa vastaanottotapahtuma oli. Tunnisteilla oli vain yhden merkin ero ja kummankin vastaanoton olisi pitänyt tapahtua saman tunnin sisällä. Näiden tietojen ja hoitopolun kuvauksen avulla pystyin liittämään virhemerkinnän oikeaan potilaaseen. Merkintä oli sunnuntai-illalta, jolloin minulla oli vielä automaattinen lomakkeen tekstinsyöttö käytössä ja tapahtumat olivat peräkkäisiä. Päätelen ongelman syntyneen tästä. Muita epäloogisuuksia hoitopoluista ei löytynyt.

Yhtään tunnistamistapahtumaa aineistosta ei tarvinnut poistaa siksi, että sen tulkinta ei olisi ollut mahdollista kriteeristöä vasten. Tästä voisi päätellä, että auditointi on hyvä tapa kerätä

tämän kaltaista tietoa toiminnasta. Aineisto on sellaisenaan kuin sen auditoinnin aikana tallensin ja vastaa näkemääni täysin. Sähköistä havaintolomaketta käytettäessä kellonaika- ja päivämäärämerkinnät ovat tapahtumahetkeltä, eikä esimerkiksi jälkikäteiskirjaaminen ole muuttanut niitä. Se antaa toimeksiantajalle mahdollisuuden tarkistaa, että tuloksiin kirjattuja toimenpiteitä on todella tehty kyseisenä aikana osastoilla. Seurannasta olleista hoitopoluista poistin tuloksista kolme. Kaksi näistä oli sellaisia, jotka otin auditoinnin ensi päivinä ja potilas oli eri moduulissa kuin muut potilaat. Ennen kuin potilas oli ehtinyt kotiutua päivystyksestä, minulta oli jäänyt toiselta jo vatsan tietokonekuvaus ja lääkärikäyntikin arvioimatta. Näiden osalta tehdyt havainnot jätin kuitenkin muuhun aineistoon yksittäisiksi tapahtumiksi. Keräsin auditoinnin aikana myös yksittäisiä tunnistamistapahtumia. Nämä olivat sellaisia, joihin jouduin vahingossa tai joita keräsin sillä aikaa kun seurannassa oleville potilaille ei tehty toimenpiteitä.

## 9 Johtopäätökset ja ehdotukset jatkotutkimukselle

Seuraavassa käyn läpi kaikkien kolmen tutkimuskysymyksen osalta johtopäätökset tuloksista. Viimeisenä kohtana on pohdintaa siitä, mikä jäi auditoinnissa huomiotta ja missä olisi tulevaisuudessa mahdolliset jatkotutkimusaiheet

### 9.1 Ohjeen mukainen tunnistaminen

Opinnäytetyön pääkysymys oli selvittää, miten uuden ohjeen mukainen tunnistamistapa on käytössä Seinäjoen keskussairaalan päivystyspotilaiden hoitopolussa. Tulosten perusteella uutta tunnistamistapaa käytetään noin viidenneksessä tunnistamistapahtumista. Suuressa osassa oikeanlaisista tunnistamisista tekijänä oli laboratorionhoitajilla. Tästä voisi päätellä, että eri osastoilla on ollut ehkä erilainen koulutus uuteen tunnistamistapaan liittyen, koska henkilöstöryhmä muodostaa selvästi tyypillisen joukon. Loppupalaverissa selvisi vielä, että laboratorionhoitajilla painotetaan eniten sitä, että tulokset on tallennettava nimenomaan oikealle potilaalle. Esimerkiksi epäluotettavasti tehty veriryhmän selvitys ennen leikkausta voi aiheuttaa potilaalle myöhemmin hengenvaaran. Aineistosta voisi päätellä myös, että uuteen tunnistamistapaan turvaudutaan myös silloin, kun hoitaja ei työskentele omalla osastollaan. Tätä voi tukea triagen osalta korkeampi tulos uuden ohjeen mukaisessa tunnistamisessa. Triagessa kolmannes potilaista tunnistettiin uuden ohjeen mukaan. Triage ei ole samalla tavalla osasto kuin muut osastot. Siellä työskentelevillä ei ole niin paljon työprosessien mukana tuomia tunnistamista helpottavia prosesseja tai muiden työntekijöiden tuomaa tukea potilaiden yksilöintiin. Röntgenhoitajilla on myös yksi tapaus, jossa hoitaja kävi päivystyksen konservatiivisessa moduulissa siirtolaitteiston kanssa ja silloin tunnistaminen tehtiin ohjeen mukaan.

Ohjeen mukainen tunnistaminen ei vaikuttanut työprosessia seuratessa mitenkään kuormittavalta, eikä se aiheuttanut missään kohtaan lisätöitä. Osastoilla työskennellessä saman potilaan kanssa useita kertoja peräkkäin on toki ymmärrettävää, että on helpompaa luottaa muistiinsa. Hyväkuntoisilla potilailla henkilötunnuksen sanominen ei ollut missään kohtaa ongelma ja huonokuntoisilla rannekkeen tarkistus oli helppoa ja sujuvaa silloin, kun näitä tapoja näin käytettävän. Laboratorionhoitajien työskentelyä seuratessa toimenpiteen alussa meni muutamia sekunteja aikaa henkilötunnuksen tarkistamiseen ja sen vertaamiseen tarroihin, jotka oli tulostettu potilasta varten.

## 9.2 Muut tunnistamistavat

Toisena kysymyksenä oli selvittää, mitä muita tunnistamistapoja on käytössä. Nämä tunnistamistavat on esitelty tarkemmin liitteessä 4, joten en kertaakaan niitä enää tässä. On kuitenkin todennäköistä, että tunnistamistapoja on käytössä muitakin. Selvisi myös, että tunnistaminen perustuu usein kahden eri tavan yhdistelmään. Työntekijät luottivat päivystyspoliklinikan toimintatapoihin ja prosesseihin ja moni tunnistamistapahtuma perustuukin jollekin tällaiselle toimintatavalle. Potilaiden siirroissa suosituinta oli luottaa saattajaan, joka oli joko omaa henkilökuntaa, terveyskeskuksen hoitaja tai ensihoidossa työskentelevä. Päivystyspoliklinikalla tehtävissä toimenpiteissä potilaiden vuodepaikkataulu oli sekä hoitajien, että lääkärin suosituin tapa löytää oikea potilas. Lisänä käytettiin usein potilaan nimen varmentamista vuodepaikalle siirtymisen jälkeen. Noin puolessa tunnistamistapahtumista oli taustalla jonkinlainen työmenetelmä tai toimintatapa, minkä perusteella tunnistaminen tehtiin. Näitä oli 107 tapausta 219:sta. Kaikista tapauksista vähän yli kolmanneksessa (80 kpl) taustalla oli vähintään kahden eri tavan yhdistelmä. Mutta yhdessäkään näistä toinen tapa ei ollut uuden ohjeen mukainen. Laboratorionhoitajien tulosten perusteella voisi tulkita, että työskennellessään muualla kuin omalla osastolla, on ehkä helpompaa luottaa tunnistamisohjeeseen ja myös käyttää sitä. Tietenkin tulokset voivat olla erilaiset myös siksi, että henkilöstöryhmän koulutus poikkeaa muista. Osan muista kuin ohjeen mukaisista tunnistamistavoista selittää se, että ne ovat vanhoja tunnistamistapaohjeita. Esimerkiksi syntymäajan kysyminen on ollut aikaisemmin tunnistamiskäytänteenä.

Huomionarvoista on kuitenkin se, että muut kuin ohjeen mukaiset tunnistamistavat saattoivat olla pohjana potilaan myöhemmälle tunnistamiselle. Esimerkiksi vain potilaalta tai saattajalta saatujen paperien perusteella potilaalle saatettiin kiinnittää ranneke. Myös vuodepaikan perusteella kiinnitettiin päivystyksessä yksi ranneke. Saattajalta saaduista papereista saatettiin myös laittaa henkilötunnustarra suoraan potilaan vuodepaikan kohdalle tarkistamatta, että paperit olivat juuri sen potilaan, joka moduuliin tuotiin. Monissa näissä tapauksissa potilaalla olisi ollut ranneke tai hänen kuntonsa olisi mahdollistanut henkilöllisyyden varmistamisen. Näitä tapauksia, joissa jokin muu kuin ohjeen mukainen tunnistamistapa oli pohjana myö-

hemmälle tunnistamiselle, oli aineistossa 17 kappaletta. Toisin sanoen joka kymmenennen potilaan tunnistaminen perustuu hoitopolussa myöhemmin muulle kuin ohjeen mukaiselle tunnistukselle.

Aineiston tulosten perusteella tuloksista nousee tunnistamistapojen käytössä merkittävimiksi kolme eri tekijää. Silloin kun on kyse siirtotapahtumasta, jossa potilasta siirretty osastolta toiselle on suosituin tunnistamistapa potilaan saattajaan luottaminen. Saattajan ilmoittamaan nimeen tai papereihin luotettiin melkein puolessa tapauksista, 34 tapauksessa 75:stä. Kun taas oli kysymys toimenpiteestä päivystyspoliklinikalla, oli käytetyin tunnistamistapa vuodepaikkaan perustuva tunnistaminen. Näitä oli yli puolet aineistossa, 61 tapausta 103:sta. Kolmantena olivat sellaiset tapaukset, joissa hoitaja tuli eri osastolta suorittamaan jotain toimenpidettä muulle kuin omalle osastolleen. Näissä kaikissa tapauksissa käytettiin aina ohjeen mukaista tunnistamista ja niitä oli yhteensä 40 kappaletta.

### 9.3 Hoitopolkujen seuranta

Kolmantena haettiin vastauksia siihen, mitkä ovat potilaan hoitopolussa kohdat, joissa tunnistaminen on ongelmallisinta. Tällaista yhtä kohtaa hoitopoluista ei löytynyt. Sen sijaan tulosten perusteella näyttää siltä, että suurimmassa osassa hoitopolkua ei synny loogista ja luotettavaa tunnistamisketjua ollenkaan. Aineiston perusteella ei voi sanoa, että esimerkiksi siirrettäessä potilasta tunnistaminen olisi itsessään ongelmallisempaa kuin vaikkapa osastolla tehtävässä toimenpiteessä. Kaikille seurannassa olleille potilaille kiinnitettiin ranneke jossain vaiheessa hoitopolkua. Viidentoista potilaan kohdalla 21:stä se tehtiin ensimmäisen toimenpiteen yhteydessä, mutta silti ranneketta ei kuitenkaan välttämättä käytetty myöhemmin tunnistamiseen. Kahdessa hoitopolussa potilaan saattaja vaihtui potilaan käydessä toimenpiteissä muulla osastolla ja yhdessä tapauksessa saattaja ei nähnyt vastaanottavaa henkilökuntaa osastolla ennen poistumistaan. Saattajiin luottaminen oli siirroissa kuitenkin hyvin tavallista. Röntgenosastolla oli käytössä tapa, jossa potilaalle varattiin kuvaus aika osastolta ja kun röntgenissä oli tilaa, potilas kutsuttiin kuvauksiin. Näissä tapauksissa juuri tiettyä potilasta tiedettiin odottaa. Se selittää ehkä, miksi röntgenosastolla oli kolme koko aineiston neljästä tapauksesta, joissa potilasta ei tunnistettu ollenkaan. Tämä on selvästi haavoittuva kohta luotettavaa tunnistamisketjua ajatellen, koska saattaja ei aina nähnyt vastaanottajaa tai saattaja vaihtui kesken käynnin muualla. Vaikka potilas onkin tilattuna paikalla, voi joltain toiselta osastolta tulla joku odottamaan ennen omaa vuoroaan kuvausta ja potilaat voidaan näin sekoittaa keskenään. Röntgenosastolla kirjatuissa kolmessa tapauksessa saattaja tai potilas ei varmistanut potilastietoja kuvaushuoneen seinällä olevalta näytöltä. Hoitopolkuanalyysi paljasti lisäksi, että rannekkeen kiinnitys potilaiden siirroissa Seinäjoen terveyskeskuksen vuodeosastolta Y-talosta, tapahtuu vasta useiden toimenpiteiden jälkeen. Se vaikuttaisi olevan ohjeen mukaisessa tunnistamisessa heikoin lenkki.



Seurannassa olleissa hoitopoluissa oli kaikkiaan 24 ohjeen mukaista tunnistamistapahtumaa ja kahdeksassatoista suorittajana oli päivystyksen moduuleissa käyvä laboratorionhoitaja. Laboratorionhoitajan näytteenotto voi olla työn tulosten mukaan missä tahansa kohdassa potilaan hoitopolkua. Ranneketta asetettaessa on tunnistaminen voitu tehdä myös jollain muulla kuin ohjeen mukaisella tavalla. Aineistossa oli 12 tapahtumaa, joissa ranneketta kiinnitettäessä tunnistaminen tapahtui jotenkin muuten kuin ohjeen mukaan. Myös vuodepaikkatarrojen kiinnitys vuodepaikkatauluille saatettiin tehdä jonkin muun kuin ohjeen mukaisen tunnistamisen jälkeen. Tämän seurannan perusteella näyttää siltä, että ohjeen mukaista loogista tunnistamisketjua ei synny. Tunnistamiseen ei voi täysin luottaa silloinkaan, kun se tehdään ohjeen mukaan. Rannekkeen kiinnityksen yhteydessä tunnistamistapa on voinut olla ohjeen vastainen. Rannekkeiden poistamista potilaan kotiutuksen tai muuhun hoitolaitokseen siirron yhteydessä ei tehty kertaakaan, vaan kaikissa havaituissa tapauksissa ranneke jäi potilaalle.

Seinäjoen terveyskeskuksen Y-talon osastolta tulevat potilaat erottuivat selvästi muiden potilaiden hoitopoluista tunnistamiseen liittyen. Kokeilin tyypitellä potilaat hoitopolkujen mukaan. Jaoin hoitopolut neljään eri tyyppiin. Kotiutettuja oli 4 kappaletta. Nämä olivat sellaisia, jotka tulivat hoitoon kotoaan joko suoraan ensihoidon tuomina tai lähetteellä oman kuntansa terveyskeskuksesta ja jotka kotiutettiin omaan kotiinsa päivystyksestä. Yhteinen nimittäjä heillä oli myös omatoimisuus koko asioinnin ajan. Muut hoitolaitokset -tyyppi sisälsi neljä kappaletta tapahtumia. Nämä olivat sellaisia, jotka tulivat jostain muusta hoitolaitoksesta ja jotka siirrettiin myös jatkohoitoa varten niihin. Osasto -tyypissä oli eniten hoitopolkua, kahdeksan kappaletta. Nämä olivat sellaisia, jotka siirtyivät jollekin keskussairaalan vuodeosastolle, vaikka tulo saattoi olla jostain muusta hoitolaitoksesta tai omatoimisesti. Heidät analysoin omanaan, koska heidän kohdalla tunnistaminen vaikuttaa jatkossa keskussairaalan muiden osastojen tunnistamiseen. Viimeisenä tyyppinä on Seinäjoen terveyskeskuksen osastolta tulevat potilaat, jotka siirtyivät keskussairaalan päivystyksen moduuleihin. Näitä oli viisi kappaletta ja otin heidät omaksi ryhmäksi. Hallinnollisesti Seinäjoen terveyskeskus on eri organisaatiota, mutta henkilöstö työskentelee samassa rakennuksessa Y-talossa.

Valitsemani tyypittelyt hoitopoluista eivät olleet mitenkään erottelevia tai kuvaavia tulosten valossa. Edelleen ainoastaan terveyskeskuksesta saapuvien potilaiden kohdalla oli selvä ero muihin siinä monenmenko toimenpiteen yhteydessä ranneke asetettiin. Heillä ranneke asetettiin keskiarvoisesti vasta neljäntenä tai viidentenä toimenpiteenä tai sellaisen yhteydessä. Nopeimmassa tapauksessa ranneke laitettiin jo toisen toimenpiteen yhteydessä, kun pisimpään kestäneessä tapauksessa potilas sai rannekkeen vasta kymmenennen toimenpiteen yhteydessä. Myöhäiseen rannekkeen kiinnitysajankohtaan kuitenkin löytyi hoitopoluista tekijä, joka saattaa selittää asian. Terveyskeskuspotilaiden kohdalla potilaat saatettiin suoraan terveyskeskuksen tiloista päivystyksen jompaankumpaan moduuliin ja triageen meni vain tieto

potilaan siirtymisestä. Sen jälkeen triage teki potilaalle paperit ja rannekkeen ja ne lähetettiin putkipostilla suoraan moduuliin vasta paperien valmistuttua. Näistä viidestä kaksi oli tunnistettu ohjeen mukaan ainakin kerran ennen rannekkeen kiinnittämistä. Yhdessä tapauksessa ranneke teki pitkään matkaa potilaalle. Sen saavuttua päivystyksen moduuliin se oli kauan papereissa. Sitten yksi hoitajista vei sen jo potilaan vuodepaikalle. Siellä se oli pöydällä parinkin toimenpiteen ajan. Vasta paljon myöhemmin, kun potilasta alettiin valmistella leikkausta varten yksi hoitajista huomasi sen pöydällä ja kiinnitti potilaalle.

#### 9.4 Havaintolomakkeen ulkopuoliset havainnot ja kertomukset

Havaintolomakkeen ulkopuolelta tulleista havainnoista keskeisin on inhimillisen virheen mahdollisuus. Etenkin yöaikaan vireystilan laskiessa tällä voi olla vaikutusta toimintaan. Vuodepaikkojen merkintään liittyen ja potilaiden sijaintiin liittyen monet asiat tehtiin muistinvaraisesti. Samoin laboratorioon tuloksia lähetettäessä ketju ei ollut aina yhtäjaksoinen, vaan välillä saatettiin käydä muita keskusteluja tai tehdä jotain muuta. Sellaisissa tapauksissa on mahdollista, että potilaiden laboratoriokokeet tai vuodepaikat sekoittuvat muistissa ja joku toinen voi tehdä näiden perusteella toimenpiteitä. Tuloksissa esitellyn 12-vuotiaan tytön ollessa päivystyksessä, siellä ei ollut muita saman ikäisiä. Sinne olisi kuitenkin voinut saapua toinen saman ikäinen, josta kaikki hoitajat eivät olisi olleet heti tietoisia. Tieto ei kulkenut uusista potilaista mitenkään systemaattisesti päivystyksen moduulin läpi. Tiedonkulku oli usein kiinni hoitajien ja lääkäreiden omasta aktiivisuudesta seurata vuodepaikkataulua. Potilasta keskusteltaessa oireiden perusteella sekoittumisen vaara on myös suuri. Päivystyksessä oli kuitenkin usein potilaita samoilla oireilla.

Rannekkeen tehtävä on tällä hetkellä vain yksilöidä potilas. Potilailla ei ole mitään muuta tunnistetta, jolla heidät tunnistaa potilaiksi tai potilaan omaisiksi. Vuodeosastolle siirrettävät saavat tietenkin sairaalavaatetuksen. Ranneke kertoo myös siitä, että henkilö on hoidettavana sairaalassa ja siksi oleskelee tiloissa. Ranneke ei ole kuitenkaan kovin näkyvä tekijä ja auditointia tehdessä jouduin joskus seuraamaan potilasta pitkäänkin, ennen kuin huomasin hian tai peiton alta rannekkeen olemassaolon. Itse kiinnitin huomiota siihen, että potilaiden omia tai muita sivullisia ei järjestelmällisesti tunnistettu, eikä heiltä kyselty henkilötietoja. Jos selitys oli uskottava, päästettiin sisään, vaikka moduuleissa muuten ovet olivat lukossa.

#### 9.5 Jatkotutkimusaiheet

Muutamassa kohdassa näin henkilötunnuksen kyselyä käytettävän hiukan robottimaisesti. Henkilötunnus vain kysyttiin, mutta itse jäin pohtimaan sitä, että muistiko kysyjä oikeasti mitään vastausta hän odottaa. Triagessa, laboratorionhoitajilla, röntgenissä ja potilaiden siirroissa on sekä potilas, että potilasta varten olemassa paperit tai lähete, joita vertaamalla pääsisi

melko suureen varmuuteen potilaan henkilöllisyydestä. Vertailua ei tosin tehdä. Päivystyspoliklinikalla tehtävissä toimenpiteissä ei aina ole tällaista varmistavaa tekijää mukana, koska potilaan paperit ovat hoitajien pöydän ääressä. Silloin on ehkä helpompaa luottaa johonkin muuhun tapaan. Henkilötunnuksen varmistaminen pitäisi nykyisillä toimintatavoilla perustua kuitenkin ensin tarkistettuun ja siten muistinvaraiseen vertailukohtaan. En osaa sanoa, miten sujuvaa työ olisi jos joka toimenpiteessä potilaan paperit kulkisivat hoitajan mukana. Eräs jatkotutkimuksen aihe voisi olla, miten luoda toimintatapa ja käytäntö, jolla saavutetaan tunnistamisohjeen vaatima luotettavuus, mutta pidetään työ sujuvana osastolla tehtävissä toimenpiteissä. Se ei olisi kuitenkaan välttämättä tarpeellista nykykäytännöillä. Ratkaisu olisi jo se, että ranneke kiinnitetään aina ensimmäisen toimenpiteen yhteydessä ja tunnistaminen tehdään siinä yhteydessä luotettavasti. Sen jälkeen kaikki voisivat käyttää pelkkää ranneketta tunnistamiseen ja luottaa siihen, että se on asianmukaisesti kiinnitetty.

Toinen jatkotutkimusaihe liittyy itse tunnistamiseen. Tunnistamisohje lähtee siitä oletuksesta, että potilas on rehellinen. Pelkkä henkilötunnuksen ilmoittaminen tai Kela-kortti ilman kuvaa eivät yleisesti täytä nyky-yhteiskunnassa henkilöllisyyden varmentamiseen riittävää vakuutta. Tietenkin voi kysyä, miksi potilas valehtelisi. Voisiko joku hyötyä jollekin toiselle potilaalle suunnitellusta hoidosta? Havaintolomakkeen ulkopuolelta tulleissa palautteissa oli kuitenkin selvästi tapaus, jossa henkilö oli tarkoituksellisesti ja johdonmukaisesti valehdellut henkilötunnuksensa, joka lisäksi kuului saman nimiselle henkilölle. Turvallisuusalan ammattilaisena herää heti kysymys, miksi. Mitä hän ei halunnut omaan potilaskertomukseensa tai halusiko hän ehkä hyötyä jotain toisen henkilön potilaskertomuksesta? Myös eräältä osastolta varastetut huumausaineiksi luokitellut lääkkeet kertovat siitä, että sairaalan tilat ja materiaali kiinnostavat muitakin. Voisi olla hyödyllistä tutkia, mahdollistaako nykyinen järjestelmä jotenkin toimintatapojen väärinkäytön ja miten tärkeää on tunnistaa potilas ylipäätään potilaaksi ja erottaa hänet vaikkapa vierailijasta.

Suojavaatetuksen käyttöön liittyvät havainnot eivät liity tähän työhön. Keskussairaalassa onkin jo tapana auditoida suojavaatetuksen käyttöä väliajoin. Tämän työn lisäarvo tuohon käytäntöön on ehkä se, että auditointi soveltuu käytettäväksi tiedonhankintamenetelmäksi siihen, koska havaintoja oli helppo tehdä myös tästä aiheesta.

## 10 Oman työn arviointi

Terveystieteiden tutkimusympäristönä ei ole minulle aiemmin tuttu. En ole koskaan työskennellyt sairaalaympäristössä, enkä missään muussakaan vastaavassa terveydenhuollon toimintayksikössä. Auditoinnin valmisteluvaiheessa eniten perehtymistä vaati juuri terveydenhuollon toimintakulttuuriin tutustuminen. Auditoinnin aikana se oli hankaloittava tekijä siinä mielessä, että ensimmäisinä päivinä jouduin käyttämään paljon aikaa siihen, että ymmärtäisin, mik-

si joitain asioita tehdään tietyllä tavalla ja tietyssä järjestyksessä. Huomasin monesti esimerkiksi minulle uusien tunnistamistapojen löytymisen yhteydessä miettiväni niiden luotettavuutta tai oikeellisuutta, vaikka se ei työhöni kuulunutkaan. Oli myös hyvä, että minulla ei ollut mitään asenteita tai mielipiteitä päivystyspoliklinikan työtavoista, koska se auttoi pysymään objektiivisena. Oli helppoa kerrata vain mielessään ohje ja tarkastella tapahtumia sen näkökulmasta sen sijaan, että olisin pohtinut jokaisen tunnistamistapahtuman laatua tai henkilöstön motiiveja erikseen. Henkilöstölle saattoi olla helpompaa, ettei auditointia suorittanut terveydenhuollon ammattilainen. Oletan, että juuri sen takia sain heiltä paljon apua ja neuvoja, eikä työni ei ehkä tuntunut niin paljon heidän työnsä arvioinnilta.

Jos valmistelisin työtä nyt, varaisin siihen enemmän resursseja. Toinen auditointi lisäisi sujuvuutta paljon ja mahdollistaisi useamman tapahtuman keräämisen lyhyemmässä ajassa. Myös hoitopolkujen tulosten luotettavuus kasvaisi, kun voisi olla varmempi potilaille tehdyistä toimenpiteistä päivystyspoliklinikalta poistumisen aikana. Ajan lisääminen yhdellä auditointijalla ei johtaisi samaan luotettavuuden lisääntymiseen. Kun osastolta joutuu poistumaan, oli syy siten ruokatunti tai vessassa käynti, ei voi sanoa mitään varmaa sillä aikaa potilaille tehdyistä toimenpiteistä. Jos auditointia olisi ollut käytössä vaikkapa kaksi, olisi suurin osa näistä ongelmista ratkaistu. Toinen olisi voinut seurata triagen työskentelyä ja ilmoittaa saapuvista toiselle auditointijalle moduuliin. Toisen auditointijan saadessa ilmoituksen, olisi hän päässyt potilaan hoitopolkuun heti kiinni. Myöhemmin toinen olisi voinut hoitaa esimerkiksi muualla tutkimuksissa kävijöiden kanssa seurannan toisen ollessa moduulissa valvomassa muita. Yksittäisten tunnistamistapahtumien keruu onnistuisi varmaan yhdelläkin.

Havaintolomakkeen kehittäminen vastausten monipuolisuutta lisäämällä nopeuttaisi työtä myös. Muutamien taustamuuttujatietojen mukaan ottaminen lisäisi hoitopolkuanalyysin luotettavuutta, mutta säästäisi manuaaliseen kirjaamiseen kuluvan ajan auditointia tehdessä. Tällaisia voisivat olla potilaan ikä, tuntomerkit ja tilaan liittyvät asiat, joihin jouduin välillä turvautumaan hoitopolkuja yhteen liittäessä. Muistisaira potilaat olivat myös haaste tunnistamiseen liittyen. He saattoivat olla erittäinkin hyväkuntoisia, mutta ongelma oli se, että he eivät vain muistaneet henkilötunnustaan tai muita tietoja itsestään. Potilaan tilaa kuvaavia muuttujia olisi voinut olla enemmän. Tunnistustapa olisi voinut olla lomakkeella myös monivaihtoehtoisena. Nyt lomakkeelta pystyi poimimaan yhden tunnistamisvaihtoehdon, mutta joissain tilanteissa jotkut hoitajat käyttivät jopa kahta tunnistustapaa. He saattoivat kysyä henkilötunnuksen ja lisäksi tarkistaa rannekkeen.

Auditointikriteerien näkökulmasta vain viisitoista 219 tapahtumasta oli sellaisia, joita ei voitu arvioida. Usein siitä syystä, että en ollut paikalla. Jokaisesta kirjauksesta pystyi myös liittämään sen tunnistamistapahtumaan, tekijään ja paikkaan. Usein jopa päättämään olosuhteita, joissa tunnistaminen on tapahtunut. Myös toimeksiantaja oli tuloksiin tyytyväinen ja hei-

dän lausuntonsa mukaan tulokset auttavat viemään potilastunnistamiseen liittyvää kehitystyötä organisaatiossa eteenpäin. Päätellen auditoinnin olevan hyvä tapa kerätä tällaista tietoa toiminnasta sen kehittämiseksi ja projektia onnistuneena. Myös toimeksiantaja ilmaisi tyytyväisyytensä työn tuloksiin. Potilastunnistamiseen liittyvän kehitystyön eteenpäin vieminen on helpompaa nyt, kun tunnistamistavoista on olemassa objektiivinen raportti.

## Lähteet

A standard mnemonic to improve clinical communication. 2011. ISBAR - A standard mnemonic to improve clinical communication. Safety and Quality Unit. Department of Health. Adelaide. Australia. Viitattu 25.11.2014

<http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/8a8b26804896068a9cb8fc7675638bd8/clinicalhandoverISBARfactsheet-PHCC-SQ-20110804.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=8a8b26804896068a9cb8fc7675638bd8>

Aaltonen L-M. & Rosenberg P. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim.

Alasuutari P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. painos. Riika: InPrint.

Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. 2009. World Health Organization (WHO). Version 1.1. Final technical report. WHO.

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Helsinki: Yliopistopaino.

Eskola J. & Suoranta J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä: Vastapaino.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2014. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin yleisesittely. Viitattu 25.11.2014 <http://www.epshp.fi/1/yleisesittely>

Hallinto. 2014. Seinäjoen kaupunki. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Viitattu 25.11.2014 <http://www.seinajoki.fi/sosiaali-jaterveyspalvelut/terveyspalvelut/hallinto.html>

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

Holmberg-Marttila, D. & Länsipuro, L. & Kuusisto, L. 2014. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjuopas. Viitattu 25.11.2014 <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=837&GUID=%7B36E07036-208E-48B2-BCCE-3FD3D720353A%7D>

Sonninen, A.L. & Ensio, A & Ikonen, H. 2007. Kirjatun tiedon sisällön systematisointi. Teoksessa Saranto K. & Ensio A. & Tanttu K. & Sonninen A.L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY. s80-94

ISBAR. Sairaanhoitajaliitto. Tulostettu 25.11.2014. [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/@Bin/87626701/SHL\\_ISBAR-kortti\\_74x105](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/@Bin/87626701/SHL_ISBAR-kortti_74x105)

ISO 19011. 2011. Johtamisjärjestelmän auditointiohjeet. Guidelines for auditing management systems. Helsinki: Suomen Standardoimisliitto.

ISO 31000. 2011. Riskienhallinta. Periaatteet ja ohjeet. Helsinki: Suomen Standardoimisliitto.

Karapetrovic S. & Willborn W. 2000. Generic audit of management systems: fundamentals, article in Managerial Auditing Journal 15/2006. MCB University Press. Noudettu 27.1.2014 <http://www.emeraldinsight.com/toc/maj/15/6>

KATAKRI. 2011. Kansallinen turvallisuusauditointikriteeristö. Versio II. Helsinki: Puolustusministeriö.

Kerava vuoti vahingossa potilastietoja. 2012. Helsingin Sanomat. Kotimaa. 8.11.2012. Viitattu 25.11.2014 <http://www.hs.fi/kotimaa/a1305613665573>

- Kerko, P. 2001. Turvallisuusjohtaminen. PS-kustannus. Aavaranta -sarja no. 49. Porvoo: WS-Bookwell.
- Kohn, L. T. & Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. 2000. To err is human, building a safer health system. Institute of Medicine. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Kuusisto A. 2000. Safety management systems - Audit tools and reliability of auditing. [Väitöskirja]. VTT publications 428. Valtion teknillinen tutkimuskeskus. Espoo: Otamedia Oy.
- Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma. 2013. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 25.11.2014 [http://www.epshp.fi/files/1093/Laatu-\\_ja\\_potilasturvallisuussuunnitelma.pdf](http://www.epshp.fi/files/1093/Laatu-_ja_potilasturvallisuussuunnitelma.pdf)
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. (785) 1992. Finlex. Viitattu 25.11.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki yksityisestä terveydenhuollosta. (152) 1990. Finlex. Viitattu 25.11.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19900152>
- Merriam-Webster. 2014. Triage. Viitattu 25.11.2014 <http://www.merriam-webster.com/dictionary/triage>
- Miettinen, J.E. 2002. Yritysturvallisuuden käsikirja. Talentum Media Oy. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Mustonen, E. 2013. Kuinka tietoturvan heikot lenkit korjataan, F-Secure 17.9.2013. Viitattu 25.11.2014, [http://wms.magneetto.com/fsecure/2013\\_0917\\_info/view](http://wms.magneetto.com/fsecure/2013_0917_info/view)
- Mäkelä, M. & Kaila, M. & Lampe, K. & Teikari, M. 2007. Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Hämeenlinna: Duodecim.
- O'Regan D. 2004. Auditor's Dictionary - Terms, Concepts, Processes, and Regulations. USA: John Wiley & Sons.
- Ojasalo K. & Moilanen T. & Ritalahti J. 2009. Kehittämistyön menetelmät - uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Organisaatio ja rakenne. 2014. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 25.11.2014 [http://www.epshp.fi/1/yleisesittely/organisaatio\\_ja\\_rakenne](http://www.epshp.fi/1/yleisesittely/organisaatio_ja_rakenne)
- Patient identification. 2007. World Health Organization. Viitattu 25.11.2014 <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>
- Pekkala E. 2007. 3.3 Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto K. & Ensio., A. Tantt, K. & Sonninen, A-L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY. s48-55.
- Pietikäinen, E. & Reiman, T. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Pommel, P. 2009. Kohti turvallista hoitoa prosessien riskien hallinnalla [esitelmä]. Haiopro raportointiverkoston 2. tapaaminen 7.9.2009. Tampere.
- Potilaan tunnistaminen Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin toimintayksiköissä. 2013. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Tulostettu 25.11.2015.
- Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. 2006. Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Roh-to. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Viitattu 25.11.2014 <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>

Potilasturvallisuus. 2014. Sairaanhoidajaliitto 28.10.2014. Viitattu 25.11.2014  
[http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyön/hoitotyön\\_kehittaminen/potilasturvallisuus/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo_ja_hoitotyön/hoitotyön_kehittaminen/potilasturvallisuus/)  
Potilasturvallisuusopas. 2011. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print.

Potilasvahinkolaki. (585) 1986. Finlex. Viitattu 25.11.2014  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>

Reason J. 2000. Human error: models and management. BMJ. Viitattu 25.11.2014  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>

Ronkainen S. & Pehkonen L. & Lindblom-Ylänne S. & Paavilainen E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOYpro.

Safety Culture. 1991. Safety Series No. 75-INSAG-4. Vienna: International Atomic Energy Agency.

Tilastot ja tieteelliset julkaisut. 2013. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Tietopankki. Viitattu 25.1.2014 [http://www.epshp.fi/1/tietopankki/tilastot\\_ja\\_raportit/raportit](http://www.epshp.fi/1/tietopankki/tilastot_ja_raportit/raportit)  
Turvallisuusjohtaminen. 2010. Työsuojeluoppaita ja -ohjeita 35. Työsuojeluhallinto. Tampere: Multiprint Oy.

Varto J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tampere: Tammer-Paino.

Vilka H. & Airaksinen T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuosikertomus. 2013. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Tietopankki. Viitattu 25.1.2014  
<http://www.epshp.fi/files/6811/Vuosikertomus2013f.pdf>

Y-talo kerroksittain. 2014. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Yleisesittely. Y-talo. Viitattu 25.11.2014 [http://www.epshp.fi/files/4872/Y-talo\\_kerroksittain.pdf](http://www.epshp.fi/files/4872/Y-talo_kerroksittain.pdf)

Young C. S. 2010. Metrics and Methods for security risk management. Syngress. E-kirja. Sony Reader Store.

Yritysturvallisuus. 2014. Elinkeinoelämän keskusliitto. Viitattu 25.11.2014 <http://ek.fi/mita-teenme/tyoelama/yritysturvallisuus/>

#### Tekijänoikeudet

Kuva sivulla 41. Hiottu Oy. Miten vaaratilanteista syntyy menetyksiä kontrolleista huolimatta Reasonia mukaillen. Käyttölupa 30.10.2014, Veli-Matti Keskinen



## Kuvat

Kuva 1: Päivystyksen pohjapiirros (Y-talo kerroksittain 2014) .....	12
Kuva 2: Miten vaaratilanteista syntyy menetyksiä kontrolleista huolimatta Reasonia mukailleen (2000) .....	26
Kuva 3: Potilaiden tulo keskussairaalan päivystykseen (Y-talo kerroksittain 2014).....	38

## Kuviot

Kuvio 1: Organisaatioiden turvallisuuden jäsentäminen .....	14
Kuvio 2: Turvallisuuden koostuminen Petri Pommelinia mukaillen .....	17
Kuvio 3: Auditointiin liittyvät käsitteet .....	21
Kuvio 4: Yksittäinen auditointi .....	22
Kuvio 5: Auditoinnin arviointi .....	23
Kuvio 6: Turvallisuusauditoinnin tekninen suoritus .....	27
Kuvio 7: Tunnistamistapojen jakauma kaikista potilaiden tunnistamistapahtumista .....	49
Kuvio 8: Potilastunnistamistapahtumien jakauma muista kuin ohjeen mukaisista tunnistamistapahtumista .....	52
Kuvio 9: Kaikkien potilastunnistamistapojen käyttö kappalemäärinä henkilöstöryhmittäin koko aineistosta .....	53

## Taulukot

Taulukko 1: Potilaasta tallennettavat tiedot. ....	18
Taulukko 2: Auditoinnin eteneminen (ISO 19011 2011, 38).....	29
Taulukko 3: Lomaketutkimuksen ja laadullisen tutkimuksen eroavaisuudet (Alasuutari 2011) 33	
Taulukko 4: Tunnistustapahtumien jakautuminen havainnointipaikan mukaan. ....	48
Taulukko 5: Ohjeen mukaiset potilaiden tunnistamistavat koko aineistosta .....	49
Taulukko 6: Tunnistamistapahtumien onnistuminen eri henkilöstöryhmien välillä .....	50
Taulukko 7: Yhteenveto hoitopolkujen analysoinnista .....	56

## Liitteet

Liite 1 ISBAR tunnistusohjeistus.....	77
Liite 2 Sähköinen havaintolomake .....	78
Liite 3 Paperiversio havaintolomakkeesta.....	80
Liite 4 Muut kuin ohjeen mukaiset tunnistamistavat .....	81

## Liite 1 ISBAR tunnistusohjeistus

# ISBAR – kiireetön tilanne

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

Liite 2 Sähköinen havaintolomake

**Havaintolomake**

\*Pakollinen

**Potilaan numero \***

Auditoijan oma tunnistenumero, jolla tapahtumat liitetään samaan potilaaseen

**Lisätietotallennus**

Merkitään, jos on tarve täyttää lisätietoja jonkin potilaan hoitopolkuun ja kyseessä ei ole varsinainen tunnistamistapahtuma

- Vain lisätietoja

**Vastaanottava osasto**

Osasto, jossa potilaan saapuessa tunnistaminen tehdään

- Päivystys triage  
 PPKL Operatiivinen moduli  
 PPKL Konservatiivinen moduli  
 Röntgen  
 Laboratorio  
 Ensihoito  
 Leikkaussali  
 Muu:

**Lähtävä osasto**

Osasto, josta potilas tulossa

- Päivystys  
 Röntgen  
 Laboratorio  
 Ensihoito  
 TK-päivystys  
 Leikkaussali  
 KSS vuodeosasto  
 Muut hoitolaitokset  
 Muu:

**Tehtävänimike**

Tunnistamisen suorittavan henkilön nimeke

- Sairaanhoitaja  
 Lähihoitaja  
 Lääkintävahtimestari  
 Osastonsihteeri  
 Lääkäri

- Laboratorionhoitaja
- Röntgenhoitaja
- Muu:

**Tunnistamistapahtuma**

Millä tavalla potilas on tunnistettu?

- Rannekkeesta
- Kela-kortti / muu henkilökortti
- Kysymällä HETU potilaalta
- Kysymällä HETU saattajalta
- Ei voi arvioida
- Muu:

**Tunnistamiseen vaikuttavat asiat**

Miksi tunnistusta ei tapahtunut tai mitkä tekijät vaikuttivat tilanteeseen

- Huonokuntoinen hätäpotilas
- Tuonti suoraan moduliin esim. muulta osastolta
- Ulkomaalainen (poikkeava sotu)
- Lähetä väärällä sotulla
- Väärä ranneke
- Potilaalla saattaja henkilökunnasta
- Potilaalla saattaja (muu kuin henkilökunta)
- Muu:

**Muut havainnot**

Muut potilaan tunnistamiseen mahdollisesti vaikuttaneet tekijät

Lähetä

## Liite 3 Paperiversio havaintolomakkeesta

Potilaan numero \_\_\_\_\_ Päivämäärä \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 2014 Kellonaika \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Vastaanottava osasto:  PPKL triage  Röntgen  Laboratorio  Ensihoito  PPKL oper  
 PPKL kons  Leikkaussali  Muu \_\_\_\_\_

Tehtävänimike  Sairaanhoidtaja  Lähihoitaja  Lääkäri  
 Lääkintävahtimestari  Osastonsihteerii  Röntgenhoitaja  
 Laboratorionhoitaja  Muu: \_\_\_\_\_

Lähtävä osasto:  Päivystys  Röntgen  Laboratorio  Ensihoito  
 KSS vuodeosasto  Muut hoitolaitokset  
 TK-päiv.  Leikkaussali  Muu \_\_\_\_\_

Tunnistaminen:  Rannekkeesta  
 Kela-kortti / muu henkilökortti  
 Kysymällä henkilötunnus potilaalta  
 Kysymällä henkilötunnus saattajalta  
 Muu tapa, mikä \_\_\_\_\_  
 Ei voi arvioida

Tunnistamiseen vaik. tekijät  Lähetä väärällä sotulla  Väärä ranneke  
 Huonokuntoinen hätäpotilas  
 Tuonti suoraan moduliin  Saattaja henkilökunnasta  
 Ulkomaalainen (poikkeava sotu)  Saattaja (muu kuin henkilöstö)  
 Muu \_\_\_\_\_

Muut havainnot: \_\_\_\_\_



## Liite 4 Muut kuin ohjeen mukaiset tunnistamistavat

Tunnistamistapa	Kpl	Prosenttia	Tarkka tapa	Kpl
Nimeen perustuvat	21	13,64%	nimi saattajalta	9
			kysymällä nimi	7
			kyllä/ei varmistus sanottuun nimeen	5
Syntymäaika	6	3,90%	kysymällä syntymäaika ja nimi	6
Toimintatapaan liittyvät	27	17,53%	vuodepaikka	21
			paperit potilaalta	6
Toimintatapa yhdessä jonkin varmistavan tavan kanssa	80	51,95%	paperit / muu lähete saattajalta	26
			tarkistamalla vp ja kysymällä nimi	1
			tarkistamalla vp ja K/E varmistus sanottuun nimeen	10
			kysymällä syntymäaika ja vertaamalla sitä papereihin	1
			nimi saattajalta ja vain nimen varmistus rannekkeesta	1
			nimi ja paperit saattajalta	6
			vuodepaikka ja hoitanut aiemmin	32
			lähete ja muita henkilötietoja	2
			pyydetty tarkistamaan rannekkeesta, onko tiedot oikein	1
Muistinvaraisesti	19	12,34%	muistinvaraisesti	10
			muistinvaraisesti, hoitanut aiemmin	7
			jonkun muun muistiin luottaen	1
			omaa ja jonkun toisen muistiin luottaen	1
Muut	1	0,65%	muu tapa, joka ei selvinnyt tilanteessa	1

## Selitteet:

VP tai vp = vuodepaikka

K / E varmistus = Vahvistuksen pyytäminen potilaalta muodossa, jossa on mahdollista vasta vain kyllä tai ei