



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Anu Maria Kallio

HENGITYSHALVAUSSTATUKSEN
OMAAVAN HENKILÖN KOTONA
ASUMISEN TURVALLISUUS

Ylempi AMK-tutkinto

Sosiaali- ja terveysala

2011

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Anu Kallio
Opinnäytetyön nimi	Hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuus
Vuosi	2011
Kieli	suomi
Sivumäärä	50 + 3 liitettä
Ohjaaja	Ulla Isosaari

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hengityshalvausstatuksen omaavien henkilöiden ja heidän hoitajiensa näkemyksiä hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuudesta potilasturvallisuuden lähtökohdista katsottuna. Tutkimuksen tavoitteena oli löytää ratkaisuja statuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuuden edistämiseksi.

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen menetelmä ja tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkein hengityshalvausstatuksen omaavilta henkilöiltä (n=4) ja heidän hoitajiltaan (n=17). Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuus koostuu luottamuksesta statuksen omaavan henkilön ja hoitajan välillä, hoitajan ammattitaidosta, toimivasta ympäristöstä ja apuvälineistä sekä sujuvasta kommunikoinnista ja tiedonkulusta. Kotona asumista pidetään kiirettömämpänä ja yksilöllisempänä sekä infektioiden kannalta parempana vaihtoehtona kuin laitoshoidoa. Vaaratilanteita kotioloissa aiheuttavat tai saattavat aiheuttaa statuksen omaavan henkilön nostot ja siirtymiset, laitteiden käyttöön tai toimintaan liittyvät seikat ja hoitajan väsymys tai ammattitaidottomuus. Kotona asumisen turvallisuuden edistämiseksi ehdotetaan hoitajien ammattitaidon tukemista, koulutuksen ja perehdytyksen lisäämistä, toimintaohjeiden laatimista, yhteistyön kehittämistä eri tahojen kanssa sekä laitteiden ja apuvälineiden huomioimista.

Asiasanat potilasturvallisuus, hengityshalvausstatuksen omaava henkilö, kotona asumisen turvallisuus

ABSTRACT

Author	Anu Kallio
Title	Safety in the Home Care of a Home Mechanical Ventilation User
Year	2011
Language	Finnish
Pages	50 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Ulla Isosaari

The purpose of this master's thesis was to find out what kind of opinions persons treated by home mechanical ventilation and their nurses have of the safety in the home care. The aim is to find ways to improve the safety of home care.

The research method is qualitative. The material was collected with questionnaires and the target group included the nurses (n=17) and persons treated by HMV (n=4). The material was analyzed with content analyses.

HMV user safety at home consists of the confidence between HMV user and the nurse, the nurse's professional skills, a functional environment and devices and fluent communication and the flow of information. Living at home is less pressing and busy and more individual when compared to hospital care. There are also less infections at home than in hospitals.

Patient safety incidents at home are caused or may be caused when the HMV user is being lifted or moved from one place to another. Using devices or the malfunctioning of the devices, the nurse being tired or the lack of professional skills can also cause patient safety incidents.

In order to promote the safety of the HMV user there is a need to improve the nurse's skills in treating a such person, to have common operating instructions, to develop the cooperation with different partners and to have proper devices and equipment.

Keywords	Patient safety, home mechanical ventilation user, safety of living at home
----------	---

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ.....	2
ABSTRACT	3
SISÄLLYSLUETTELO.....	4
1 JOHDANTO	6
2 POTILASTURVALLISUUS	8
2.1 Mitä potilasturvallisuus on?	8
2.2 Lääkehoidon turvallisuus	11
2.3 Laiteturvallisuus	13
2.4 Hoitamisen turvallisuus	14
3 HENGITYSHALVAUS.....	15
3.1 Hengityshalvausmääritelmä	15
3.2 Mistä hengityshalvaus johtuu?	17
3.3 Hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen järjestäminen.....	18
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	22
5 TUTKIMUKSEN MENETELMÄ JA AINEISTO.....	23
5.1 Tutkimusmenetelmä	23
5.2 Aineiston analyysi	25
6 TULOKSET	27
6.1 Hoitajien käsityksiä hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuudesta	27
6.2 Hengityshalvausstatuksen omaavien henkilöiden käsityksiä kotona asumisen turvallisuudesta	33
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	35
7.1 Johtopäätökset	35
7.2 Pohdinta	38
7.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	40
7.4 Kehittämisehdotuksia hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuuden edistämiseen	43
LÄHTEET	46

LIITE 1 Kyselylomake hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön hoitajille

LIITE 2 Kyselylomake hengityshalvausstatuksen omaaville henkilöille

LIITE 3 Esimerkki aineistonanalyysistä

1 JOHDANTO

Tämän tutkimuksen aiheena on hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuus. Turvallisuutta tutkitaan potilasturvallisuuden kannalta, joten tässä tutkimuksessa ei oteta kantaa kotona työskentelevän henkilökunnan turvallisuusasioihin. Potilasturvallisuuden lähtökohta on otettu tutkimukseen mukaan siksi, että hengityshalvausstatuksen omaava henkilö on lain mukaan aina laitoshoitopotilas, vaikka palvelut järjestetäänkin usein kotiin (A912/1992). Potilasturvallisuus on yksi sekä suomalaisen että kansainvälisen terveydenhuollon pääpainopisteistä tällä hetkellä (mm. STM 2009:3). Tutkimus on tärkeä myös sen vuoksi, että hengityshalvaukseen liittyviä tutkimuksia on tehty varsin vähän eikä kotona asumisen turvallisuutta hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kannalta ei ole tutkittu lainkaan.

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut vuonna 2006 työryhmän selvittämään hengityshalvausstatuksen omaavien henkilöiden asemaa, lainsäädäntöä ja hoitoon liittyviä suosituksia. Työryhmä on ehdottanut muun muassa että hengityshalvauskäsitteestä luovutaan ja lakia muutetaan enemmän vammaispalvelulain kaltaiseksi. (STM 2006, 38–42.) Tämä tulevaisuuden näkymä saattaa aiheuttaa melkoisen muutoksen statuksen omaavien elämässä ja palveluiden järjestämisessä, joten turvallisuusasioiden määrittäminen ja kehittäminen jo nyt on tarpeen.

Tässä tutkimuksessa käytetään termiä hengityshalvausstatuksen omaava henkilö tai statuksen omaava henkilö hengityshalvauspotilas -sanana sijaan Tuomen (2009) mukaisesti. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (jatkossa EPSHP) hengityshalvausyksikössä on syntynyt tietoinen päätös potilas -sanana käytön vähentämisestä hengityshalvausstatuksen omaavien henkilöiden kohdalla, koska kyse on heidän koko elämästään, eikä tietystä hoitajaksosta sairaalassa. Samasta syystä tutkimuksessa puhutaan myös mieluummin statuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuudesta kuin kotihoidon turvallisuudesta.

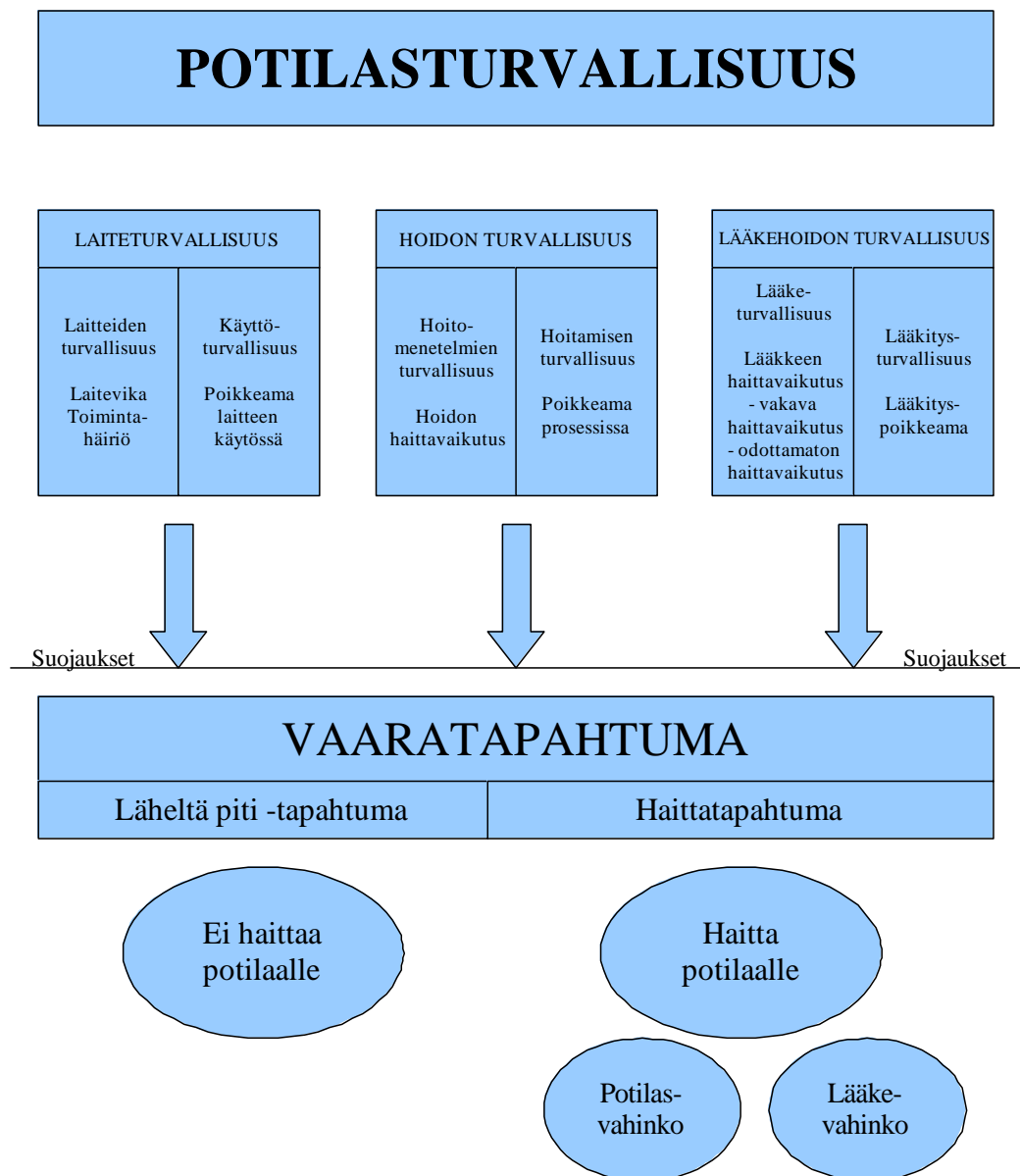
Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuudesta, potilasturvallisuuden lähtökohdista katsottuna. Tutkimuksesta saatava tieto auttaa löytämään ratkaisuja hengityshal-

vausstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuuden kehittämiseksi. Tutkimuksen tiedonantajina toimivat sekä hengityshalvausstatuksen omaavat henkilöt (n=4) että heidän hoitajansa (n=17). Tutkimus on laadultaan kvalitatiivinen ja tutkimusaineisto on kerätty kyselylomakkeilla. Aineisto on analysoitu sisällönanalyysillä.

2 POTILASTURVALLISUUS

2.1 Mitä potilasturvallisuus on?

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanastossa potilasturvallisuus-sanan kerrotaan tarkoittavan niitä terveydenhuolto-organisaation periaatteita ja toimintoja, joilla turvataan potilaan saaman hoidon turvallisuus sekä suojataan potilasta vahingoittumiselta. Potilasturvallisuuden osa-alueiksi katsotaan kuuluviksi lääkehoidon turvallisuus, laiteturvallisuus sekä hoidon turvallisuus (Kuvio 1). (Stakes 2006, 6.)



Kuvio 1. Potilasturvallisuus (mukailten Stakes 2006)

Potilasturvallisuus mielletään osaksi hoidon laatua ja se on nostettu keskeiseksi asiaksi terveydenhuollossa. Turvallinen hoito toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan ja siinä hyödynnetään parhaalla mahdollisella tavalla niitä resursseja, jotka ovat käytettävissä. Turvallisen hoidon perusedellytyksiin kuuluvat laadukas perushoito ja potilasohjaus. Hoitotyön johdon tulee sisällyttää potilasturvallisuus osaksi laadun- ja riskienhallintaa ja olla vastuussa organisaationsa potilasturvallisuudesta. (STM 2009:3, 11; STM 2009:18, 45–46.)

Potilasturvallisuuteen kuuluu myös poikkeamien hallinta ja niistä johtuvien haittojen ehkäisy. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto määrittelee poikkeaman olevan terveydenhuollon tuotteisiin, toimintatapoihin, -järjestelmiin ja -ympäristöön liittyvä sovitusta tai suunnitellusta poikkeava tapahtuma, joka voi aiheuttaa vaaratapahtuman. Vaaratapahtuma on potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, joka voi aiheuttaa tai aiheuttaa haittaa potilaalle. Haittatapahtuma taas on tapahtuma, joka aiheuttaa haittaa potilaalle. (STM 2009:3, 11; Stakes 2006, 6–7.)

Potilasturvallisuus on nostettu tärkeäksi kehittämisen kohteeksi terveydenhuollossa. Se on ajankohtainen aihe meillä ja maailmalla, ja siitä tehtävät tutkimukset, tilastot ja ohjelmat ovat lisääntyneet viime aikoina. Kansainvälisissä tutkimuksissa todetaan, että jopa kymmenen prosenttia terveydenhuollon asiakkaista kokee hoidon aikana jonkin haittatapahtuman. (Doupi 2009, 7.) Maailman terveysjärjestön WHO:n (2007) tutkimuksen mukaan terveydenhuollon haitta- tai vaaratapahtumista Euroopan alueella noin 73% tapahtuu sairaaloissa. Knuutila, Ruuhilehto ja Wallenius (2007) toteavat, että potilasturvallisuuden vaarantumiseen myötävaikuttavat eniten kommunikointi ja tiedonkulku. Lääkityspoikkeamat muodostavat suurimman vaaratapahtumien ryhmän ja laitteisiin sekä tarvikkeisiin liittyvät vaaratapahtumat toiseksi suurimman ryhmän. Tärkeiksi potilasturvallisuustyön alueiksi katsotaan kuuluvan myös hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy sekä potilaiden kaatumisten ja putoamisten ehkäisy (STM 2009:18, 45).

Useista tutkimuksista käy ilmi, että potilasturvallisuutta tulee terveydenhuollossa parantaa. Näin ovat todenneet muun muassa Doupi (2009), Kinnunen ja Peltomaa (2009) ja Taatila (2010), jotka painottavat potilasturvallisuuden vaaratapahtumien

raportoinnin sekä tiedon merkitystä potilasturvallisuuden kehittämisessä. Palautejärjestelmien kehittäminen käyttäjäystävällisemmiksi kuuluu potilasturvallisuuden edistämisen lähtökohtiin. STM:n toimintaohjelma Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön asettaa potilasturvallisuuden edistämisen tavoitteiksi menettelyiden luomisen poikkeamien ja vaaratapahtumien raportointiin, seurantaan ja analysointiin sekä haittatapahtumien jälkihoitoon. Toimintaa tulisi voida korjata seurantatietojen pohjalta ja yksiköissä olla selkeät ohjeet miten toimitaan haittatapahtuman sattuessa. (STM 2009:18, 46–47.)

STM on laatinut potilasturvallisuusstrategian vuosiksi 2009–2013, jossa on asetettu viisi tavoitetta potilasturvallisuuden parantamiseksi. Näitä tavoitteita ovat potilaan mukaan ottaminen potilasturvallisuuden edistämiseen, potilasturvallisuuden hallinta ennakoivasti ja oppimalla, vaaratapahtumien raportointi ja niistä oppiminen, potilasturvallisuuden edistäminen suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin sekä potilasturvallisuuden huomioiminen terveydenhuoltoalan tutkimuksessa ja opetuksessa. (STM 2009:3, 9–12.)

Toukokuussa 2011 astui voimaan uusi terveydenhuoltolaki, jossa säädetään potilasturvallisuudesta. Laissa sanotaan että terveydenhuollon toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin toimintakäytäntöihin ja sen on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuollon toimintayksiköiden tulee myös laatia suunnitelma laadunhallinnasta sekä potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. (Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi 2010.)

Potilasturvallisuussuunnitelman laatiminen organisaatioissa on johdon vastuulla. Potilasturvallisuussuunnitelma katsotaan kuuluvaksi osaksi organisaation laadun- ja riskienhallintaa, ja siitä tulee käydä ilmi organisaation tavoite potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa tulee huomioida voimassa oleva lainsäädäntö, STM:n potilasturvallisuusstrategian tavoitteet ja kehittämisen kohteet sekä Euroopan unionin komission antamat suositukset potilasturvallisuudesta. (STM 2009:3, 17; THL 2011.)

EU:n komissio on antanut vuonna 2009 suositukset, joita jäsenvaltioiden tulisi potilasturvallisuusasioissa noudattaa. Suosituksissa jäsenvaltioiden toivotaan tu-

kevan kansallisten potilasturvallisuuteen liittyvien toimintatapojen ja ohjelmien käyttöönottamista, antavan kansalaisilleen tietoa ja mahdollisuuden osallistua potilasturvallisuuden kehittämiseen ja tukevan haittatapahtumien ilmoitusjärjestelmien kehittämistä. Lisäksi komissio suosittelee että terveydenhuollon työntekijöiden potilasturvallisuuskoulutusta vahvistetaan. Jäsenvaltioiden tulisi myös mitata ja luokitella potilasturvallisuutta sekä jakaa tietoa, kokemuksia ja parhaita käytäntöjä yhteisön tasolla yhteistyössä keskenään ja komission kanssa sekä myös kansainvälisesti. Yhtenä suosituksena on myös potilasturvallisuustutkimuksen tukeminen ja kehittäminen. Lisäsuosituksena ovat hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemistä ja valvontaa koskevat asiat. (EU 2009/C 151/01.)

WHO (2009) on julkistanut potilasturvallisuuden tutkimuksen ja kehittämisen ensisijaiset kohteet. Kehittyneiden maiden, joihin Suomi kuuluu, ensisijaisiksi tutkimuksen ja kehittämisen kohteiksi on valittu tiedonkulun ja yhteistyön kehittäminen, organisaatioihin liittyvien piilevien syiden etsiminen potilasturvallisuuden vaarantumisessa, heikkotasaisen potilasturvallisuuden ja syyllistämiseen johtavan ilmapiirin ja turvallisuusmittareiden kehittäminen parempaan suuntaan, lääkahoitoon liittyvien poikkeamien ja vaaratapahtumien tutkimus sekä huonosaisten ja vanhusten hoito ja hoiva.

Vuoden 2009 Hoitotyön vuosikirja käsittelee kokonaisuudessaan potilasturvallisuutta. Kirjan aihealueina ovat muun muassa potilasturvallisuuden lähtökohdat, vaaratapahtumien raportointi sekä potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohdat. (Kinnunen & Peltomaa 2009.)

2.2 Lääkehoidon turvallisuus

Lääkehoito toteutetaan lääkehoidon koulutuksen saaneiden terveydenhuollon ammattilaisten toimesta ja vastuulla. Jokaisen lääkehoitoa toteuttavan tulee olla vastuussa toiminnastaan. Toteutetaanpa lääkehoitoa missä tahansa, luetaan se terveyden- ja sairaanhoidon toiminnaksi. (STM 2005, 3, 36.)

Lääkehoidon turvallisuus jaetaan kahteen eri osaan, lääketurvallisuuteen ja lääketurvallisuuteen. Lääketurvallisuus kattaa lääkkeen farmakologisten ominai-

suuksien ja haittavaikutusten tuntemisen, valmistuksen laadukkuuden sekä lääkkeestä annetun informaation. Lääkkeen turvallisuutta arvioidaan myyntilupamennettelyn avulla, ja arviointi jatkuu myös myyntiluvan antamisen jälkeen. (Stakes 2006, 7.)

Lääkitysturvallisuus tarkoittaa lääkkeiden käyttöön liittyvää turvallisuutta. Toisinsanoen se tarkoittaa terveydenhuollon organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joilla varmistetaan lääkehoidon turvallisuus ja suojataan potilasta vahingoittumiselta. Lääkitysturvallisuuteen kuuluvat toimenpiteet lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemiseksi ja korjaamiseksi. (Stakes 2006, 8.)

Lääkehoitoon liittyvät vahingot ovat suurimpia haittatapahtumien sekä potilasvahinkojen aiheuttajista. Lääkehoitoon liittyvien haittatapahtumien syynä saattaa usein olla organisaatiosta johtuvat syyt, ei niinkään yksittäisten työntekijöiden huolimattomuus tai ammattitaidottomuus. Sairaalahoidosta puhuttaessa, mitä enemmän potilaalla on lääkkeitä, sitä suurempi todennäköisyys hänelle lääkehoidosta aiheutuva haittatapahtuma on. Haittatapahtumat ovat myös yleisiä kotiutus-tilanteissa. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 77–81.)

Lääkehoidon yhteyttä potilasturvallisuuteen ovat tutkineet ainakin Virnes (2010), Peltomaa, Riihimäki ja Salminen (2010) ja Koljonen, Määttä ja Timonen (2010). Virneksen (2010) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan päiväkirurgisen hoitotyön potilasturvallisuutta edistää turvallinen lääkehoito. Sairaalan ulkopuoliseen ensihoitoon liittyvään potilasturvallisuuteen kuuluu olennaisena osana lääkehoidon turvallisuus (Peltomaa ym. 2010). Koljonen ym. (2010) ovat tutkineet Haipro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmää käyttävien organisaatioiden potilasturvallisuutta edistäviä toimenpiteitä, joista lääkehoidon turvallisuuden katsottiin kuuluvan yhdeksi edistäväksi seikaksi.

STM on julkaissut vuonna 2005 Turvallinen lääkehoito -oppaan tarkoituksenaan yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteita, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvää vastuunjakoa ja määrittää vähimmäisvaatimukset lääkehoitoa toteuttavissa organisaatioissa sekä julkisella että yksityisellä terveyden- ja sosiaalihuollon sektorilla. Opas neuvoo organisaatioita tekemään lääkehoitosuunnitel-

man, johon lääkehoidon toteuttaminen ja vastuukysymykset pohjautuvat. (STM 2005, 3.)

2.3 Laiteturvallisuus

Laiteturvallisuudella tarkoitetaan sekä laitteiden turvallisuutta että niiden käyttöturvallisuutta. Laitteiden turvallisuuden voivat vaarantaa joko niiden toimintahäiriöt tai laiteviat. Laitteen käyttöturvallisuuden vaarantaa jokin poikkeama laitteen käytössä. (Stakes 2006, 5.)

Lääkintälaitteiden käyttö lisääntyy sekä laitoksissa että kotihoidossakin. Laitteiden tulee olla turvallisia sekä potilaalle että niitä käyttävälle ammattiryhmälle. Lääkintälaitteen käyttö ei saisi aiheuttaa seuraavia ongelmatilanteita: aikaa käytetään liikaa laitteen parissa, jolloin potilaan hoito ja muut toiminnot jäävät vähemmälle huomiolle, laitetta käytetään väärin, joka aiheuttaa haittaa potilaalle, laitteen käyttäjä tulee epävarmaksi, mikä vähentää hoidon varmuutta tai laitteen käyttäjä ei osaa hyödyntää laitteen kaikkia etuja, jolloin hoito ei ole potilaan parhaaksi. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 92–93.)

Lääkintälaitteiden tulee toimia moitteettomasti ja niitä käyttävällä henkilökunnalla tulee olla laitteiden käyttöön kattava ja ajantasainen koulutus. Sekä laitteiden toimimattomuus että käyttäjästä aiheutuvat ongelmat saattavat aiheuttaa potilaalle vaaratilanteita. Laitteiden potilasturvallisuutta voidaan edistää muun muassa käyttäjien osallistumisella laitteiden hankintaprosessiin, laitteiden käytössä ilmenevien ongelmien kirjaamisella ja eteenpäin tiedottamisella sekä laitteiden käytön jatkuvalla harjoittelemisella ja kouluttautumisella. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 93–94.)

Laiteturvallisuutta koskemaan on säädetty laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista. Laki ylläpitää ja edistää laitteiden ja tarvikkeiden turvallisuutta sekä niiden käytön turvallisuutta. (L24.6.2010/629.)

Laiteturvallisuuden on todettu heikentävän potilasturvallisuutta ainakin sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa (Peltomaa ym. 2010) ja intraoperatiivisen anestesiahoitotyön (Peltomaa 2008) sekä perioperatiivisen hoitotyön (Kiviluoma 2010)

näkökulmasta katsottuna saatiin selville, että potilasturvallisuutta vaarantaviksi tekijöiksi koettiin laitteet ja niihin liittyvät viat.

2.4 Hoitamisen turvallisuus

Hoitamisen turvallisuudella tarkoitetaan sekä hoitomenetelmien turvallisuutta että hoitamisen turvallisuutta. Mikäli hoitomenetelmien turvallisuus vaarantuu, puhutaan hoidon häiritsevästä vaikutuksesta. Hoitoprosessin turvallisuuden voi vaarantaa poikkeama suunnitellusta hoitoprosessista, esimerkiksi poikkeama sovitusta hoitotavasta. (Stakes 2006, 5.)

Terveystieteiden ammattilaisten perusperiaatteisiin kuuluu potilasturvallisuuden edistäminen. Jokaisen hoitotyön ammattilaisen tulee arvioida ja kehittää omaa osaamistaan sekä soveltaa tutkimustietoon ja kokemukseen perustuvia yhtenäisiä käytäntöjä. Potilaan tulee saada tarvitsemansa tieto, tuki ja ohjaus sekä ennen kaikkea vaikuttavaa ja turvallista hoitoa. (STM 2009:18, 42–46.)

Hoitamisen turvallisuuteen kuuluu, että hoitotyötä toteutetaan hyvän hoidon laatuvaatimusten mukaisesti. Toimintaedellytysten hyvän ja turvallisen hoidon toteuttamiseen tulee olla varmistettuja. Hoitotyössä käytetään potilasturvallisuuden edistämisen työkaluja ja henkilökunta on hyvin perehdytetty erilaisiin potilasturvallisuuden menettelytapoihin. Potilasturvallisuus tulee muistaa osana opiskelijaohjausta ja henkilöstön koulutusta. (STM 2009:18, 46–47.)

3 HENGITYSHALVAUS

3.1 Hengityshalvausmääritelmä

Käsite hengityshalvaus on käytössä vain Suomessa. Hengityshalvauksen määritelmä on tulkinnanvarainen, ja meillä on kansainvälisesti ainutlaatuinen hengityshalvauspotilaita koskeva lainsäädäntö, joka pohjautuu 1950-luvun polioepidemiaan. Nykyisin poliopotilaiden lisäksi hengityshalvauspotilaiksi määritellään myös useita muita potilasryhmiä, jotka saavat pitkäaikaista hengityslaitehoitoa. (STM 2006, 16; Laasonen, Hietaharju, Jussila, Kontiala, Tulppo & Ylä-Mononen 2002, 8–12.)

Suomen lain mukaan hengityshalvauspotilaaksi katsotaan sellainen henkilö, joka

”tarvitsee hengityshalvauksen johdosta pitkäaikaista hoitoa hengityshalvauslaitteessa tai lyhytaikaisempaakin hoitoa hengityshalvauslaitteessa edellyttävä hengityshalvaus, milloin se on aiheutunut poliosta tai sellaisesta muusta tartuntataudista, jonka sosiaali- ja terveysministeriö katsoo polioon verrattavaksi.” (A912/1992.)

Hengityshalvausmääritelmä on tulkinnanvarainen, koska sekä potilasryhmät että tapa antaa hengityslaitehoitoa ovat muuttuneet. Lähes joka sairaanhoitopiiri määrittelee hengityshalvauksen kriteerit omalla tavallaan. (Laasonen ym. 2002, 14; STM 2006, 16–17). EPSHP:n ventilaatiohoitotyöryhmä on tehnyt oman määrittelynsä hengityshalvauspotilaasta vuonna 2007:

”Hengityshalvauspotilaaksi katsotaan sellainen potilas, jolla on neurologisesta sairaudesta johtuva ventilaatiotyyppinen hengitysvajaus, jonka syynä ovat hengityslihasten toimintahäiriö tai hengityskeskusten säätelyhäiriö ja hengityslaitehoidon tarve on yli puolet vuorokaudesta.” (Seinäjoen keskussairaala 2007.)

Tällä hetkellä hengityshalvauspotilaan määritelmä ja heitä koskeva hoito perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin (L734/1992), jos-

sa hengityshalvauspotilaan hoito ja ylläpito sekä hoitoon liittyvät kuljetukset tode-
taan maksuttomiksi. Lain nojalla annetussa asetuksessa (A912/1992) määritellään
lisäksi, että hengityshalvauspotilaan hoito tulee järjestää joko sairaalassa tai sai-
raalan kirjoista poistamatta kotihoiossa.

Alun perin hengityshalvauspotilas-käsitteellä on tarkoitettu henkeä uhkaavaa vai-
keaa hengitysvajasta, jonka hoitoon tarvitaan pitkäaikaista tai pysyvää hengitys-
laittehoitoa. Polioepidemia vakiinnutti käsitteen Suomessa ensisijaisesti hallinnol-
liseen käyttöön. (STM 2006, 11.)

STM on tehnyt selvityksen erityisen kalliista ja vaativista hoidoista, joihin myös
hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön hoito kuuluu. Statuksen omaavien
henkilöiden, joita vuonna 2004 oli 135 henkilöä, hoidosta johtuva kuntalaskutus
oli 27 miljoonaa euroa. Hengityshalvauspotilaan hoidon kustannukset vuositasona
olivat keskimäärin 200 000 euroa, kalleimmillaan kustannukset saattoivat nousta
lähes 400 000 euroon vuodessa. (Snellman & Pekurinen 2005, 24–25.)

Hengityshalvausstatuksen omaavien henkilöiden hoidosta on tehty selvitys, jossa
käsitellään palvelujärjestelmän ja lakien muuttamista. STM:n asettama työryhmä
ehdottaa selvityksessä muun muassa hengityshalvauskäsitteestä luopumista hal-
linnollisena terminä sekä nykyisten säännösten kumoamista asiakasmaksulaista ja
-asetuksesta. Hengityshalvausstatuksen omaavien henkilöiden palvelut tulisi jär-
jestää muihin lakeihin tehtävien muutosten kautta samankaltaisesti kuin vaikea-
vammaistenkin palvelut. Työryhmä toteaa, että erityisosaamista statuksen omaa-
vien henkilöiden palveluiden järjestämisessä tarvitaan. Yliopistosairaaloiden vas-
tuulle tulisi laatia valtakunnalliset hoito- ja laatusuositukset. Statuksen omaavien
kotona asuminen tulisi turvata aina kun se on mahdollista. (STM 2006.)

Hengityshalvaukseen liittyviä tutkimuksia on tehty varsin vähän. Hengityshal-
vausstatuksen omaavan henkilön hoitoa on tutkittu itsemääräämisoikeuden ja ar-
voilla johtamisen näkökulmasta (Tuomi 2009). Tutkimuksen tiedonantajina toi-
mivat statuksen omaavat henkilöt, heidän hoitajansa sekä lääkärit, jotka toimivat
statuksen omaavien hoidossa mukana. Tutkimuksessa kävi ilmi, että hengityshal-
vausstatuksen omaavan henkilön itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Työtä oh-

jaaviksi arvoiksi määriteltiin kaikkien tiedonantajaryhmien mainitsemat rehellisyys, luottamus ja itsemäärääminen. Kahdenlaista näkemystä on sen sijaan siitä, koetaanko statuksen omaavien kanssa toimiminen hoitamiseksi vai avustamiseksi.

Mera Luft - Ilmaa elääksemme -projekti toteutettiin vuosina 2000–2006, ja sen päätarkoituksena oli luoda Suomeen yksi hengitystukihoidon osaamiskeskus. Projektin kautta tehtiin muun muassa Hengityslaitetilat ry:n jäsenkysely, jolla selvitettiin jäsenien elämäntilanteita ja -tapoja. Projektin aikana tehtiin myös hengityshalvausstatuksen omaavien henkilöiden hoitorinkien perehdytysohjelma. Projektin aikana luotiin sekä kansalliset että pohjoismaiset yhteistyöverkostot kotiventilaatiohoidon ammattilaisten kesken. Yliopistosairaaloiden VENHO- eli ventilaatiohoitotyöryhmät löysivät oman muotonsa projektin kautta. (Pirttimaa, Rytökoski & Kolismaa 2006.)

3.2 Mistä hengityshalvaus johtuu?

Hengityshalvaus ei ole erillinen sairaus, vaan se saattaa aiheutua useista eri sairauksista. Hengityshalvaus voi tavallisimmin johtua esimerkiksi pitkäaikaisesta tai pysyvästä vauriosta hengityskeskukseen, hengitykseen osallistuvien hermojen, hengityslihasten tai rintakehän toiminnassa, neuromuskulaarisista sairauksista, kuten ALS, lihasdystrofiat tai pallealihaksen toimintahäiriöt, rintakehän liikkuvuutta rajoittavista sairauksista tai selkäydinvaurioista. Lapsilla hengityshalvausta aiheuttavat yleensä rakenteelliset poikkeavuudet, aivorungon vauriot, erilaiset oireyhtymät tai lihassairaudet. Hengityshalvaus tarkoittaa tilannetta, jossa hengitys on pysyvästi, kokonaan tai lähes kokonaan hengityslaittehoidon varassa. (STM 2006, 13–17; Vuori & Ylitalo-Liukkonen 2009, 10–11.)

Hengityshalvauspotilaspäätöksen tekee yleensä potilasta hoitavan klinikan ylilääkäri, ja useissa sairaaloissa toimii myös niin sanottu VENHO- eli ventilaatiohoitotyöryhmä. Suomessa oli vuonna 2006 noin 140 hengityshalvauspotilasta. (Herrala 2008.)

Vuori ja Ylitalo-Liukkonen (2009) ovat tutkineet kroonisen hengitysvajepotilaan hoitoprosessia, jonka tuloksena on tehty hoitoprosessin kuvaus Varsinais-Suomen

sairaanhoidopiiriin. Laasonen ym. (2002) ovat julkaisseet samantyyppisen mutta suppeamman hengityshalvauspotilaan hoitoprosessin kuvauksen Pirkanmaan sairaanhoidopiiriin.

3.3 Hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen järjestäminen

Kotihoito on sosiaali- ja terveysalan palvelukokonaisuus, jolla tuetaan vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden selviytymistä kotona. Kotihoidon tavoitteena on mahdollistaa ihmisen hyvä ja turvallinen elämä omassa kodissa. (Ikonen & Julkunen 2007, 14–16.) Koti merkitsee ihmiselle paljon. Kotona asuminen lisää vapauden tunnetta sekä ihmisen hyvinvointia. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 17.)

Hoitotyötä toteutetaan kotona niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairanhoidossakin. Työympäristönä koti on vaativa, koska toisen kotona toimitaan kodissa asuvan ehdoilla. Työntekijän terveys ja turvallisuus on kuitenkin myös huomioitava. Työntekijöiden olosuhteet kotona tehtävissä töissä eroavat paljon laitoksessa tehtäviin töihin. Kotona tehtävässä työssä työntekijä on useimmiten yksin, ja hänen pitää kyetä nopeisiin päätöksiin tilanteen sitä vaatiessa. (Hägg ym. 2007, 16–17.)

Ihmisillä, joilla puuttuu oma hengitystoiminta, kotona annettava hengityslaitehoito on elämää yllä pitävää. Etenevässä ventilaatiovajaussessa hoito on elektiivisesti eli suunnitelmallisesti aloitettu. Hengityslaitehoidon tarkoituksena on parantaa keuhkotuuletusta ja ehkäistä tai vähentää ventilaatiovajausta ja sen seurauksia. Kotona asuminen lisää statuksen omaavan henkilön itsenäisyyttä ja sosiaalista aktiivisuutta. (Laasonen ym. 2002, 45.)

Hengityshalvausstatuksen omaavalle henkilölle pyritään mahdollistamaan asuminen kotona, vaikka henkilöä ei poisteta sairaalan kirjoilta. Näin ollen hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön hoito on aina laitoshoidoa, joka vaikuttaa monella tavalla erilaisiin etuuksiin, kuten sosiaaliturvaan. (Laasonen ym. 2002, 13.) Hengityslaitepotilaat ry:n vuonna 2005 tekemässä kyselyssä selvitettiin, että 83%

hengityslaittepotilaista asui omassa kodissaan ja vuonna 2006 tehdyn sairaanhoito-piirikartoituksen mukaan hengityshalvausstatuksen omaavista henkilöistä 69% asui kotona (Pirttimaa ym. 2006; Herrala 2006).

Erikoissairaanhoidossa hoidosta vastuullinen erikoisala riippuu statuksen omaavan henkilön perussairaudesta. Päätöksen kotona asumisesta tekee lääkäri kuultuaan ensin statuksen omaavaa henkilöä. Ennen päätöksen tekoa on selvitettävä kotona asumisen edellytykset, muun muassa mikä on statuksen omaavan oma toive, henkilön perussairauden ja hengityshalvauksen on oltava riittävän stabiileja, kotilojen sopivia, hoitoringin on oltava järjestettävissä ja mahdollisen perheen on hyväksyttävä ulkopuoliset hoitajat. (STM 2006, 19.)

Hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön hoitoon liittyvät kuljetukset ja lääkkeet ovat statuksen omaavalle ilmaisia ja sairaala maksaa kotihoidossa olevalle henkilölle ylläpidosta. Ylläpitokorvaukseen kuuluvat ruokailu, vuodevaatteet, siivous, lämmitys, valaistus ja hoidossa tarvittavan sähkön kustannukset. Ylläpitokorvauksen suuruutta ei ole määritelty, mutta yleensä se on vuodeosastohoidon hoitopäivämaksua vastaava summa. (STM 2006, 25.) EPSHP:n maksama ylläpitokorvaus vuonna 2011 on noin 30 euroa vuorokaudessa (Tuomi 2011).

Hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona elämistä varten perustetaan hoitorinki, johon kuuluu yleensä 4-5 terveydenhuollon ammattilaista. Hoitorinki hoitaa ja avustaa statuksen omaavaa ympärivuorokautisesti, ja sen tehtävänä ovat statuksen omaavan sairauksien edellyttämät hoitotoimenpiteet. Hoitorinkiä kutsutaan myös nimillä hoitorenas tai hoitotiimi. (STM 2006, 14, 19–20.)

Hoitoringeissä työskentelee yleensä perus- tai lähihoitajia. Hoitoon voi osallistua perehdytyksen saaneita omaisia ja henkilökohtaisia avustajia. Hoitajien valinnan yhteydessä tulisi hoitajaehdokkaille antaa riittävästi tietoa työn luonteesta, jolloin vältettäisiin osa kotihoidon ongelmista, joiksi on mainittu muun muassa työn yksinäisyys ja henkinen raskaus. (Laasonen ym. 2002, 17, 27, 38.) Uutta hoitorinkiä perustettaessa työhön perehdyttämisvastuu on hoitavalla sairaalalla. Uuden työntekijän tullessa toimivaan hoitorinkiin, perehdyttämisvastuu painottuu kyseisen hoitoringin työntekijöille. (Pirttimaa ym. 2006, 25–26.)

Hoitoa varten tulisi laatia erillinen kotihoitosuunnitelma. Erilaiset tukipalvelut kotiin järjestetään pääosin erikoissairaanhoidon kautta. Hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön hoidon ja palveluiden järjestämisen tavoitteena on henkilön mahdollisimman normaali elämä. (STM 2006, 19–20.)

Kotona tehtävän työn etiikkaan kuuluvat asiakkaan kodin ja yksityisyyden kunnioittaminen, mahdollisten läheisten huomioiminen, vaitiolovelvollisuuden merkityksen ymmärtäminen sekä työtovereiden arvostaminen. Työntekijän tulee osata edistää asiakkaan toimintakykyä ja terveyttä. Kotihoidossa vaaditaan yhä useammin erityisosaamista jonkin tietyn asiakasryhmän vuoksi. Kliinisten taitojen soveltaminen kotiympäristöön vaatii työntekijältä luovuutta ja päätöksentekotaitoja. Yhteistyötaidot ovat myös hyvin tärkeitä, työtä tehdään usein moniammatillisessa tiimissä. Kotihoidossa työntekijällä on hyvä olla avoin mieli ja ennakkoluuloton asenne. (Hägg ym. 2007, 22–23.)

Koti työympäristönä kuuluu ihmisen yksityisyyden alueeseen, mutta työ jota hoitoringin työntekijä tekee, on julkista palvelua. Statuksen omaavilla on oikeus päättää erilaisista asioista kotonaan, kuten kalustuksesta, työvälineistä, vaatetuksesta ja tavastaan elää. Työntekijän tulee suhtautua näihin asioihin kunnioittavasti. Statuksen omaavan ja työntekijän väliset suhteet ovat kotihoidossa merkittävä osa työn sisältöä. Kotona tehtävään työhön kuuluu myös ergonomisia, hygieenisiä ja turvallisuuteen liittyviä kysymyksiä. Statuksen omaavalla henkilöllä, hänen mahdollisella perheellään ja työntekijällä on vastuu siitä, miten kotona pärjätään. (Lappalainen & Turpeinen 1998, 19–22.)

Kotihoidossa tehtävä työ on vaativaa ja erityislaatuista, toteavat muun muassa Mustalahti (2008), Perälä, Grönroos ja Sarvi (2006), Nylund (2006), Haapakorpi ja Haapola (2008) ja Tuomi (2009) tutkimuksissaan. Työn vaativuuteen vaikuttavat suhteet asiakkaaseen ja omaisiin, työn yksinäisyys ja tiedonkulun haastavuus. Kotihoidon asiakkaiden itsemääräämisoikeuden toteutuminen on hyvin tilannesidonnaista sekä työntekijästä riippuvaa (Eloranta 2009, Anttila 2010).

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on vuonna 2002 suositellut, että hoitoringin työntekijöillä statuksen omaavan henkilön kotihoidossa on oltava mahdollisuus jatko-

koulutukseen ja työnohjaukseen sekä työnkiertoon. Hoitoringin työntekijöiden hyvällä perehdytyksellä, koulutuksella ja tuella voidaan välttää kotona toteutettavassa hoidossa ilmeneviä ongelmia. Erikoissairaanhoidossa tulisi olla nimetyt vastuuhenkilöt varahenkilöineen, jotka hoitavat sekä hengityshalvausstatuksen omaavien henkilöiden että heidän hoitorinkiensä työntekijöiden asioita. (Laasonen ym. 2002, 38.)

Nylund (2006) on tutkinut hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön hoitoringin työntekijöiden työolosuhteita ja hoitorinkien johtajuutta. Tutkimuksessa todetaan, että työ hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön hoitoringissä koetaan itsenäiseksi ja raskaaksi. Hoitorinkien johtamisessa etenkin informaationkulku koetaan ongelmallisena.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin hengityshalvausyksikössä toteutettiin 2005–2006 työhyvinvoinnin kehittämishanke, jonka tuloksina yksikköön luotiin työntekijöiden perehdytysohjelma ja kehityspäiväkäytäntö sekä esimiesten vastualueita selkiytettiin. Hankkeen tulokset ilmenivät myös yhteisöllisyyden, työn vetovoiman ja henkilöstön saatavuuden lisääntymisellä sekä sairauspoissaolojen vähentymisellä. Työhyvinvoinnin yhteistyömallin osa-alueiksi valikoituivat työntekijän työ ja elämä, potilaan ja omaisen elämä, kollegan työ ja elämä, ammatillisuus sekä johtajuuden filosofia. (Tykes 2006, 2-3.)

Useiden tutkimusten mukaan kotihoidon henkilöstön tiedoista, taidoista ja valmiuksista vahvuuksina todetaan olevan hyvät vuorovaikutustaidot sekä ammattitaito. Informaationkulku sekä kirjaaminen koetaan ongelmallisena kotihoidossa. (Grönroos & Perälä 2006, Kuusivaara 2006, Vaarama, Luoma, Hertto, Mukkinen, Muurinen & Manninen 2006, Haapakorpi & Haapola 2008, Eloranta 2009.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen aiheena on hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuus potilasturvallisuuden lähtökohdista katsottuna. Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuudesta. Tutkimuksesta saatava tieto auttaa löytämään ratkaisuja ja hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuuden kehittämiseksi.

Tällä tutkimuksella etsitään vastauksia siihen, millaisena hengityshalvausstatuksen omaavien henkilöiden hoitajat ja statuksen omaavat henkilöt kokevat hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön potilasturvallisuuden kotona ja mitä asioita potilasturvallisuuteen liitetään sekä mitä asioita pidetään potilasturvallisuutta heikentävinä. Lisäksi tutkimuksessa kysytään hoitajien ja statuksen omaavien mieltä siitä, miten potilasturvallisuutta kotona voitaisiin parantaa. Tutkimusongelmia ovat:

1. Mistä asioista hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuus koostuu potilasturvallisuuden lähtökohdista katsottuna?
2. Mitkä asiat vaikuttavat heikentävästi hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuuteen hoitajan ja statuksen omaavan henkilön näkökulmasta?
3. Mitkä asiat parantavat hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuutta?
4. Miten hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuutta voidaan kehittää hoitajan ja statuksen omaavan henkilön näkökulmasta?

5 TUTKIMUKSEN MENETELMÄ JA AINEISTO

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tämän tutkimuksen tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen menetelmä, koska tutkimuksessa haluttiin selvittää millaisia käsityksiä ja kokemuksia hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuudesta löytyy. Tutkimuksen lopputuloksena syntyi kuvaus statuksen omaavan henkilön kotihoidon potilasturvallisuudesta sekä kehittämisehdotuksia aiheeseen liittyen. Laadullisella tutkimusmenetelmällä ei etsitä totuutta, vaan tehdään tulkintoja tutkittavasta ilmiöstä (Vilkkä 2005, 97–98). Laadullisen tutkimuksen tyypillisiksi piirteiksi mainitaan lisäksi aineistolähtöisen analyysitavan suosiminen, tiedonantajien joukon pienuus sekä se, että tutkimuksen tulokset koskevat vain kyseessä olevaa aineistoa (Tuomi 2007, 97).

Laadullisen tutkimusmenetelmän tavoitteena on saada selville ihmisten kuvauksia todellisuudesta. Tutkimuksen tekijän on heti aluksi syytä tietää, haluaako hän tutkia ihmisten kokemuksia vai käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. On eri asia, vastaaako ihminen tutkimuskysymyksiin kokemuksensa vai käsityksensä perusteella. Kokemus on aina omakohtainen ja käsitys taas yleensä yhteisön tyypillinen tapa ajatella. Laadullisessa tutkimuksessa on syytä valita tiedonantajat tarkoituksenmukaisesti, eli mikäli halutaan saada tietää ihmisten kokemuksia jostain ilmiöstä, tulee heillä myös olla kokemuksia kyseessä olevasta asiasta. (Vilkkä 2005, 97–98; Tuomi 2007, 97.) Tämän tutkimuksen tiedonantajina toimivat hengityshalvausstatuksen omaavat henkilöt sekä heidän hoitajansa, joiden käsityksiä statuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuusasioista tutkitaan.

Tämän tutkimuksen tutkimuslupa on myönnetty lokakuussa 2010. Tutkimuslupa koski sekä hoitajiin että hengityshalvausstatuksen omaaviin henkilöihin kohdistuvaa tutkimusta. Lisäksi statuksen omaavilta henkilöiltä pyydettiin jokaiselta kirjallinen suostumus siihen, että heille saa lähettää tutkimuslomakkeen. Luvan myönnettyään heillä oli oikeus kieltäytyä vastaamasta tutkimukseen.

Tutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin temaattisena kyselynä EPSHP:n hengityshalvausyksikön hoitajille ja hengityshalvausstatuksen omaaville henkilöille, jotka asuvat kotona. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluu 20 kuntaa, joissa on noin 200 000 asukasta. Sairaanhoitopiirillä on kaksi sairaalaa, Seinäjoen keskussairaala ja Ähtärin sairaala. (EPSHP 2011.) EPSHP:n hengityshalvausyksikkö on toiminut nyky muodossaan vuodesta 2007, jolloin yksikölle nimettiin oma osastonhoitaja. Aiemmin hengityshalvausstatuksen omaavien hoidon ja palveluiden järjestäminen oli useamman henkilön hoidettavana sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon puolella. Hengityshalvausyksikkö kuuluu neurologian toimintayksikköön, ja yksikön vastuulääkärinä toimii neurologi. Vuonna 2011 yksikön vakituisten työntekijöiden määrä on 18 ja hoitorinkejä on kolme. Yksikkö järjestää viiden hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön palvelut, joista kaksi henkilöä ei tarvitse tällä hetkellä hoitorinkiä. Yksikössä on myös lukuisia sijaisia, työntekijämäärän noustessa noin 25:n. Yksikössä työskentelee osastonhoitaja, sairaanhoitaja, perushoitaja sekä hoitoapulaisia. (Tuomi 2011.)

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta, jossa oli kuusi avointa kysymystä. Avomilla kysymyksillä pyritään saamaan vastaajilta omin sanoin kerrottuja mielipiteitä, rajaamatta vastaamista liiaksi (Vilka 2005, 89). Vastaajien taustatietoja ei kyselylomakkeessa kysytty lainkaan, koska ne eivät tutkijan mielestä vaikuta tutkimuksen tuloksiin ratkaisevasti. Kysymykset olivat samoja sekä hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön hoitajille että statuksen omaaville henkilöille, joskin hieman eri tavalla aseteltuina. Kyselylomake valittiin siksi, että aineistoa haluttiin kerätä laajasti mahdollisimman monelta hoitajalta, jolloin ajankäytön vuoksi toinen mahdollinen aineistonkeruun tapa, haastattelu, ei soveltunut käytettäväksi. Tutkimuksen suunnittelun alkuvaiheessa oli myös selvää, että hoitajien kyselyt voidaan toteuttaa kaikille yhteisenä työaikana, jolloin varmasti lähes kaikilta saadaan vastaukset. Hoitajille osoitettu kyselylomake on nähtävissä liitteessä 1.

Statuksen omaavien henkilöiden kohdalla haastattelu olisi myös ollut toinen vaihtoehto aineistonkeruulle. Kyselylomakkeeseen päädyttiin kuitenkin sen vuoksi, että haluttiin käyttää samoja kysymyksiä kuin hoitajien kyselyissä vastausten ver-

tailun helpottamiseksi. Mahdolliset kommunikaatiovaikeudet tutkijan ja tiedonantajien välillä ohjasivat myös itse täytettävän kyselylomakkeen suuntaan. Statuksen omaaville henkilöille osoitettu kyselylomake on nähtävissä liitteessä 2.

Aineistonkeruumenetelmänä kyselylomakkeen käyttö tarkoittaa sitä, että tutkija ei voi käydä vuoropuhelua, esimerkiksi tehdä tarkentavia kysymyksiä, kyselylomakkeen täyttäjän kanssa. Kyselylomaketta käytettäessä ongelmaksi saattaa muodostua myös vastaamattomuus tai vastausten niukkasuus. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75–76.) Kyselylomakkeen käytön hyvänä puolena pidetään sitä, että tutkija ei voi vaikuttaa vastauksiin kuten esimerkiksi haastattelussa voi käydä. Hyviä ominaisuuksia ovat lisäksi vähäiset aineistonkeruun kustannukset ja ajankäyttö sekä tutkijan että vastaajan näkökulmasta katsottuna. (Valli 2001, 101.)

Aineistonkeruu hoitajia koskien toteutettiin EPSHP:n hengityshalvausyksikön työntekijöiden yhteistapaamisessa marraskuussa 2010. Kyselylomake jaettiin kaikille tapaamisessa mukana olleille hoitajille, ja lomake täytettiin heti paikan päällä. Aikaa lomakkeen täyttämiseen oli varattu 20 minuuttia. Kaikki mukana olleet 17 hoitajaa palauttivat lomakkeen.

Aineistonkeruu hengityshalvausstatuksen omaavia henkilöitä koskien toteutettiin joko sähköpostin välityksellä tai lähettämällä kyselylomake postitse marraskuussa 2010. Lomakkeita lähetettiin viidelle statuksen omaavalle henkilölle, ja niitä palautui neljä kappaletta. Aikaa lomakkeen täyttämiseen ja palauttamiseen annettiin kaksi viikkoa.

5.2 Aineiston analyysi

Tämän tutkimuksen analyysitavaksi valittiin aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Laadullisella sisällönanalyysillä pyritään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä sanallisesti, tiivistetyssä muodossa. Sisällönanalyysillä etsitään kyselyistä saatavien vastausten merkityksiä ja luodaan niistä johtopäätöksiä tutkimusongelmia koskien. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103–106.)

Aineiston analyysi alkaa aineistossa olevien alkuperäisilmaisujen pelkistämällä yksittäisiksi ilmaisuiksi. Pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään samankaltaisten ilmai-

sujen ryhmiksi, joita voidaan kutsua myös kategorioiksi tai luokiksi. Kullekin kategorialle annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. Analyysi jatkuu samankaltaisten kategorioiden yhdistämisellä niin sanotuiksi yläkategorioiksi, jotka myös tulee nimetä. Yläkategoriat yhdistetään yhdeksi kategoriaksi. Ala-, ylä- ja yhdistävä kategoria vastaavat tutkimuksessa esitettyihin tutkimusongelmiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 95–103; Vilka 2005, 140.)

Tutkimusaineisto kirjoitettiin tietokoneelle vastauksittain hoitajien ja statuksen omaavien vastaukset erikseen. Vastauksittain kirjoitetusta aineistoista poimittiin pelkistetyt ilmaukset, jotka ryhmiteltiin samankaltaisiksi kategorioiksi ja nimettiin. Nämä kategoriat toimivat vastauksina tutkimusongelmiin. Vastauksista tehtiin lopuksi johtopäätökset, joista on nähtävissä tutkimuksen tulokset. Tulokset esitetään eriteltyinä hoitajien ja statuksen omaavien henkilöiden käsityksiksi hengityshalvauksstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuudesta. Tuloksissa käytetään esimerkkeinä suoria lainauksia tiedonantajien vastauksista sisennettynä ja sitaateissa.

6 TULOKSET

6.1 Hoitajien käsityksiä hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuudesta

Hoitajia pyydettiin kertomaan, mitä potilasturvallisuus heidän käsityksensä mukaan hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona asuessa tarkoittaa ja mistä asioista potilasturvallisuus koostuu. Vastauksissa näihin kysymyksiin korostuivat luottamus, ammattitaito, tiedonkulku ja kommunikointi sekä ympäristö.

Hoitajan ja statuksen omaavan henkilön välinen luottamus nousee keskeiseksi seikaksi turvallisuudesta puhuttaessa. Statuksen omaavan henkilön tulee voida luottaa häntä hoitavaan henkilöön. Luottamuksen kerrotaan liittyvän nimenomaan siihen, että hoitaja on luotettava ja pystyy luomaan statuksen omaavalle turvallisuuden tunteen.

"Rento meininki potilas-hoitaja suhteessa"

"Luottamus hoitajaan, potilas luottaa siihen että hoitaja osaa asiansa"

"Potilasturvallisuuden luominen niin henkisellä kuin fyysisellä osa-alueella"

"Ympäri vuorokautinen hoitaja"

Toinen usein mainittu asia oli hoitajan ammattitaito. Hoitajien tulee omata riittävät tiedot ja taidot toimiakseen yksin vaativassa työssä. Ammattitaitoon liitettiin muun muassa koulutus, huolellisuus, turvalliset potilasnostot ja -siirtymiset, hoidon ja hoitamisen turvallisuus sekä laitteiden käytön osaaminen.

"Hoitajat ovat ammattitaitoisia ja hyvin perehdytettyjä"

"Huolellisuus töitä tehdessä"

"Potilasturvallisuutta on myös esim. olla erityisen huolellinen potilaan nostotilanteissa nostolaitteilla"

"Oikeasta hoidosta ja lääkehoidosta"

Tiedonkulku ja kommunikointi nousivat turvallisuuden kannalta tärkeiksi tekijöiksi. Kommunikoinnin onnistuminen hoitajan ja statuksen omaavan kesken sekä tiedonkulun sujuminen työntekijöiden välillä lisäävät turvallisuutta.

"Asiakkaan mielipide etusijalla, olla selvillä mitkä asiat hänelle tärkeitä arjessa"

"Kommunikointi onnistuu"

"Riittävä kirjaaminen tieto kulkee, kun pitkiltä vapailta tullaan"

Kotona asumisen turvallisuuteen liitettiin vahvasti ympäristön ja apuvälineiden turvallisuus. Ympäristön toivottiin olevan tarkoituksenmukainen ja toimiva, joskaan hoitajat eivät sen tarkemmin selittäneet mitä he näillä asioilla tarkoittavat. Sähkö- ja paloturvallisuus huomioitiin vastauksissa.

"Turvallinen toimiva hoitoympäristö"

"Laitteiden vuosihuolto pidettävä ajantasalla"

"Hätäpoistumisreitti selvillä"

Hoitajat katsovat hengityshalvauksstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuuden koostuvan hoitajan luotettavuudesta ja ammattitaidosta, turvallises- ta hoidosta, ympäristöstä ja apuvälineistä sekä hyvästä kommunikoinnista ja tie- donkulusta.

Tutkimuksessa selvitettiin myös, mitkä asiat ovat aiheuttaneet vaaratilanteita sta- tuksen omaavan henkilön asuessa kotona. Hoitajien mukaan koneet ja laitteet ai- heuttavat useimmiten kotona vaaratilanteita. Laitteet ovat rikkoutuneet kokonaan tai eivät ole toimineet toivotulla tavalla. Sähkökatkot aiheuttavat vaaratilanteita laitteista riippuvaisille henkilöille.

"Hengityskone on takunnut, tai jopa rikkoutunut, yleensä vielä yö- vuorossa"

"Pyörätuolin hajoaminen"

"Sähkökatkot, pitää varmistaa että varakoneet yms. ovat myös käyt- tövalmiudessa"

Toinen vaaratilanteita aiheuttava tekijä on statuksen omaavan henkilön nostot tai siirtymiset.

"Nostoissa tapahtuu horjahduksia tms."

"Nostot sänkyyn, pyörätuoliin, suihkujakkaralle"

"Siirtyminen sähköillä invataxiin"

Hoitajaan tai henkilöstöhallintoon liittyvät asiat ovat myös aiheuttaneet vaaratilanteita.

"Tietämättömyys jonkin asian suhteen"

"Huonosti suunnitellut hoitotoimenpiteet"

"Ammattitaidottomuus"

"Ylipitkät työvuorot huolimattomuus lisääntyä, hoitajien riittävä palautuminen työstä eli vapaata"

"Sijaisten puute"

Hoitamiseen liittyvistä asioista vaaratilanteita ovat aiheuttaneet limasta aiheutuvat hengitysteiden tukokset ja lääkehoitoon liittyvät asiat.

"Tukokset hengitysteissä, trakeakanyylissä"

"Lääkkeiden väärin jakaminen ja antaminen"

Hoitajia pyydettiin miettimään myös mahdollisia vaaratilanteiden aiheuttajia. Hoitajien mielestä vaaratilanteita saattavat aiheuttaa eniten he itse väsymyksen, yksintyöskentelyn, ammattitaidottomuuden tai epävarmuuden vuoksi.

"Tehdään liian pitkää vuoroa väsyneenä ei löydy sijaisia"

"Hoitaja ei vireimmillään hokaamaan ja kun ei ole muita jotka saataisivat hokata pientä asiaa, jolla kuitenkin suuri merkitys"

"Hoitajien pätevyys vaihtelevaa"

Toiseksi mahdolliseksi vaaratilanteiden aiheuttajaksi mainittiin laitteiden käyttöön ja toimintaan liittyvät seikat.

"Hengityskone tai imu ei toimi"

"Apuvälineiden rikkoutuminen voi aiheuttaa vaaratilanteita"

"Laitteiden huolto / korjaus jätetty hoitamatta"

Kolmanneksi hoitajia huolestuttivat statuksen omaavan henkilön nostot ja siirtymiset sekä liukkaus sekä sisätiloissa että ulkona vaaratilanteiden aiheuttajana.

"Paikasta toiseen siirtymisessä saattaa tulla vaaratilanteita"

"Kaikki nostotilanteet"

"Liukas lattia"

"Liukkaus ulkona liikkuminen"

Hoitoon ja hoitamiseen liittyvistä asioista hoitajien mielestä vaaratilanteita voivat mahdollisesti aiheuttaa väärin toteutettu lääkehoito ja statuksen omaavan henkilön limaisuus.

"Virheet lääkkeidenjaossa"

"Hengitystie-esteet"

"Potilaan äkillinen vakava sairastuminen"

Muutama hoitaja vastasi kommunikoinnin epäonnistumisen saattavan aiheuttaa vaaratilanteita kotona.

"Hoitajan ja potilaan välinen kontakti, esim. luottamus puolin ja toisin"

"Epäonnistunut kommunikointi"

Yksittäisiä vastauksia oli myös tulipalon tai sähkökatkon mahdollisuuksista aiheuttaa vaaratilanteita statuksen omaavan henkilön asuessa kotona.

Kotona asumista verrattuna laitoksessa tapahtuvaan hoitoon pidettiin kiireettömämpänä, yksilöllisempänä, turvallisempänä infektioiden osalta sekä parempana materiaalistien resurssien kannalta. Hoidon yksilöllisyys nousi tärkeimmäksi turvallisuutta edistäväksi tekijäksi kotona asumista laitoshoidon verrattaessa.

"Kotioloihin saa enemmän joustavuutta"

"Aikaa enemmän hoitamiseen ja muuhun työhön"

"Kotona ihminen tuntee olevansa turvassa"

"Hoitaja tietää potilaan erilaiset haasteet ja kommervenkit"

Toiseksi asiaksi hoitajat nostivat bakteerien vähäisyyden ja erilaisuuden laitoshoitoon verrattuna.

"Koti on myös yleisten infektioiden kannalta parempi paikka varsinkin pandemioiden aikana"

"Kotona bakteereita normaalisti, sairaalassa / laitoksessa infektiovaara suuri"

Paremmat ja yksilöllisemmät resurssit saivat muutaman vastauksen turvallisuutta laitoshoitoon verrattaessa.

"Suuremmat tilat"

"Samoja välineitä käytetään vain yhdelle (säädot yms. samat) ja käyttäjiäkin on vähemmän. Puututaan ja nähdään heti, jos joku ei pelitä tai on huono"

Hoitajat nostivat turvallisuuden kehittämisen ydinalueiksi yhtenäisten toimintaohjeiden laatimisen, yhteistyön kehittämisen, koulutuksen ja perehdytyksen, ympäristön ja apuvälineiden huomioimisen ja henkilökuntaan liittyvät seikat. Suuri osa vastaajista kaipasi selkeitä toimintaohjeita ja sääntöjä epätavallisiin tilanteisiin.

"Yksikössä tehty kartoitus mahdollisista vaaratilanteista - tehdää yhdessä suunnitelma vaaratilanteiden varalle, kirjataan ja kaikilla tiedossa"

"Pitäisi olla selkeät rajat miten toimitaan kussakin tilanteessa"

"Selkeät toimintaohjeet erilaisten hätätilanteiden varalle"

Monet hoitajista olivat myös sitä mieltä, että yhteistyön kehityksellä vaikutetaan myös turvallisuusasioihin.

"Yhteispalaverit / keskustelut potilaan ja hänen omaisiensa kanssa"

"Yhteistyö kavereiden kanssa ok, eli hyvät vuorovaikutustaidot"

"Potilas voi kertoa, mitkä nostotavat ym. sopivat hänelle"

Koulutusta toivottiin selkeästi lisää, mutta harva vastaajista kertoi tarkemmin mistä aiheesta koulutusta tarvittaisiin.

"Koulutusta hoitajille"

"Lisäkoulutusta esim. paloturvallisuus"

"Uuden koneen käyttöön koulutus"

"Ensiavun perusteet"

Ympäristön ja apuvälineiden turvallisuuteen huomiota kiinnittämällä uskotaan olevan vaikutusta statuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuuden kehittämiseen.

"Lattiamateriaalit: ei liukkaita"

"Varakoneet ovat valmiina aina"

"Huolletaan koneita / laitteita ja tehdään tarvittavat puhdistukset"

Osa vastaajista uskoi henkilökuntaan liittyvien seikkojen parantavan turvallisuutta kotona.

"Hyvinvoivalla henkilökunnalla"

"Potilasturvallisuuteen vaikuttaisi todella paljon kun työntekijöillä olisi kuntoutusta tai fysikaalinen edes joskus"

"Samat hoitajat, tuttuus ja varmuus, että he osaavat asiansa"

6.2 Hengityshalvausstatuksen omaavien henkilöiden käsityksiä kotona asumisen turvallisuudesta

Hengityshalvausstatuksen omaavat henkilöt mieltävät kotona asumisen turvallisuuden kahden asian kautta, henkilöiden sekä ympäristön. Henkilöistä potilasturvallisuuteen vaikuttavat eniten statuksen omaavan henkilön hoitajat. Hoitajan ja statuksen omaavan henkilön välinen luottamus nousee myös statuksen omaavien henkilöiden vastauksissa esille samoin kuin hoitajienkin vastauksissa.

”Hoitajan osaaminen ja perehdytys”

”Pystyy luottamaan joka tilanteessa hoitajaansa”

Turvallisuuden tunteen statuksen omaavalle henkilölle luovat myös muut elämään liittyvät henkilöt, kuten ystävät tai omaiset sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen.

Ympäristön ja apuvälineiden turvallisuus on toinen vastauksista mainittavasti esiin noussut seikka potilasturvallisuuteen liittyen.

”Tuttu ja turvallinen ympäristö”

”Että potilaalla on tarvittavat välineet ylläpitääkseen turvallista kotihoitoa”

”Mahdolliset turvallisuusriskit on otettu ennaltaehkäisevästi huomioon”

Hengityshalvausstatuksen omaavia henkilöitä pyydettiin kuvailemaan, millaiset asiat ovat aiheuttaneet heille vaaratilanteita kotona. Vaaratilanteiden aiheuttajiksi paljastuivat hoitajat tai koneisiin ja laitteisiin liittyvät asiat. Hengitysteiden tukautuminen on myös aiheuttanut vaaratilanteita.

”Kokemattomat hoitajat”

”Ihan tällainen perusjuttu kuin sähkökatko”

”Hengityskoneen putken irtoaminen”

Mahdollisista vaaratilanteiden aiheuttajista kysyttäessä vastauksiksi saatiin hyvin samoja asioita kuin hoitajiltakin. Hengityshalvausstatuksen omaavien henkilöiden

mielestä vaaratilanteita kotona asuessa saattavat aiheuttaa hoitaja, siirtymiset tai koneisiin ja laitteisiin liittyvät asiat. Myös tulipalon mahdollisuus huomioitiin vastauksissa.

”Jos hoitaja ei tule paikalle sovittuna päivänä”

”Nosturilla nostaminen sängystä pois ja takaisin”

”Jos laitteet ei toimi (sähkökatko)”

Statuksen omaavat henkilöt mieltävät kotona asumisen turvallisuuden paremmaksi kuin laitoshoidon turvallisuuden oman hoitajan ja itsemääräämisoikeuden kautta.

”Kotona on avustaja aina saatavilla 24/7”

”Saa päättää omista asioista”

Kotona asumisen turvallisuuden kehittämiskeinoiksi statuksen omaavien henkilöiden vastauksista nousi esille hoitajiin liittyvät asiat sekä vaaratilanteiden ennaltaehkäiseminen.

”Perehdytys oltava useammin kuin 1 tai 2 kertaa”

”Potilaan toiveita kuuntelemalla”

”Mahdolliset vaaratekijät huomioonottamalla”

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

7.1 Johtopäätökset

Sekä hengityshalvausstatuksen omaavien henkilöiden että heidän hoitajiensa vastauksissa nousee vahvasti esille hoitajan rooli statuksen omaavan henkilön elämässä. Luottamus ihmisiin, jotka viettävät statuksen omaavan henkilön kanssa heidän lähes jokaisen hetkensä, täytyy olla suuri. Kirjaimellisesti voi sanoa, että statuksen omaavan ihmisen henki on usein hoitajan käsissä. Hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön täytyy jakaa niin ilonsa kuin surunsa aina väistämättä myös vieraan ihmisen eli hoitajan kanssa. Kotihoidossa asiakkaiden ja työntekijöiden väliset suhteet onkin koettu merkittäväksi osaksi toimivaa kokonaisuutta Lappalaisen & Turpeisen (1998) mukaan.

Tärkeintä heti hoitajan aloitettua työnsä, olisi luottamuksen rakentaminen statuksen omaavan henkilön kanssa. Luottamus ansaitaan huolellisella perehtymisellä työhön ja henkilökemioiden kohtaamisella. Luottamus nousi tärkeäksi arvoksi myös Tuomen (2009) tutkimuksessa, jossa tutkittiin EPSHP:n hengityshalvausyksikköä arvoilla johtamisen näkökulmasta. Luottamuksen arvoksi nostivat kaikki kolme tutkimuksen tiedonantajaryhmää. Hoitajien luottamuksellisuuden on todettu näkyvän hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön hoitotyössä Backholmin ja Mäntylän (2004) tutkimuksessa hengityshalvauspotilaan kotihoidosta.

Tässä tutkimuksessa hoitajan ammattitaidon todetaan liittyvän turvallisuuteen ja hoitajat itse kokevat, että yksi heidän työtehtävistään on turvallisuuden tunteen luominen statuksen omaaville henkilöille. Hoitajien vastauksista ilmenee, että he itse saattavat aiheuttaa statuksen omaaville henkilöille vaaratilanteita esimerkiksi väsymyksen vuoksi. Samoin statuksen omaavat henkilöt kokevat, että vaaratilanteita saattaa aiheuttaa hoitajan ammattitaidottomuus.

Kotona asumisen turvallisuutta kerrotaan edistävän etenkin sen, että statuksen omaava saa yksilöllistä hoitoa, hoitajien ollessa tuttuja ja koko ajan paikalla. Henkilökunnan hyvinvoinnilla parannetaan kotona asumisen turvallisuutta, koska vaaratilanteiden mahdollisuus pienenee mikäli työntekijät voivat ja jaksavat hyvin.

Hoitajien koulutuksen ja kattavan perehdytyksen todetaan edistävän turvallisuutta. Hoitajien perehdytyksestä huolehtivat yleensä toiset hoitajat tai statuksen omaava henkilö itse. Perehdytykseen on syytä kiinnittää huomiota, laatimalla esimerkiksi jokaiseen hoitorinkiin oma perehdytysohjelma tai -kansio.

Hoitajan tulee osata toimia tilanteessa kuin tilanteessa, eikä hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön hoitajille asiasta tee yhtään helpompaa se, että työvuoroissa ollaan lähes aina yksin. Ammattitaitoinen hoitaja työskentelee aina turvallisuusasiat huomioon ottaen. STM:n toimintaohjelmassa Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön (2009) mainitaan, että jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen peruseriaatteisiin kuuluu potilasturvallisuuden ylläpitäminen. Hägg ym. (2007) ovat todenneet, että kotihoidossa terveydenhuollon ammattilaisten tulee osata soveltaa kliinisiä taitojaan luovasti kotiympäristöön. Tämä vaatii päätöksentekotaitoja ja hyvää ammattitaitoa. Kotihoidon henkilöstöllä on todettu olevan hyvä ammattitaito muun muassa Grönroosin ja Perälän (2006), Kuusivaa-
ran (2006) ja Haapakorpi ja Haapolan (2008) mukaan.

Tiedonkulun ja kommunikoinnin todetaan liittyvän vahvasti potilasturvallisuuteen. Sujuvan kommunikoinnin hoitajan ja statuksen omaavan henkilön välillä ja tiedonkulun eri yhteistyötahojen kanssa lisää kotona asumisen turvallisuutta. Nylundin (2006) tutkimuksessa hengityshalvausstatuksen omaavien henkilöiden hoitoringeistä ja niiden johtamisesta tiedonkulku on koettu ongelmallisena seikkana etenkin hoitorinkien johtamisessa. Kotihoidon työn vaativuuteen tiedonkulun on todettu vaikuttavan haasteellisella tavalla ainakin Mustalahden (2008) ja Haapakorpi ja Haapolan (2008) mukaan. Knuutilan ym. (2007) mukaan potilasturvallisuuden vaarantumiseen vaikuttavat eniten kommunikointi ja tiedonkulku, joten tärkeästä asiasta on todellakin kyse.

Tiedonkulun ja kommunikoinnin parantaminen voidaan ottaa yhdeksi selkeäksi tavoitteeksi kotona asumisen turvallisuuden edistämiseksi. Kommunikointi statuksen omaavan henkilön ja hoitajan välillä saattaa olla hankalaa statuksen omaavan henkilön sairaudesta riippuen. Tärkeää olisi kehittää toimivat ja yhtenäiset kommunikointikeinot. Tiedonkulku työntekijöiden välillä voi rajoittua esimerkiksi pelkäksi kirjalliseksi raportiksi työvuorojen vaihtuessa lennossa, joten myös tällä

saralla riittää pohdittavaa toimivien keinojen löytämiseksi. Kotona olevat työyksiköt saattavat välillä unohtua tai yksiköt saattavat itsekin unohtaa itsensä kuuluvan osaksi laajempaa kokonaisuutta, jolloin tiedonkulussa saattaa ilmetä ongelmia.

Tutkimuksen tuloksissa korostui statuksen omaavan henkilön ympäristön ja apuvälineiden turvallisuus. Hengityshalvausstatuksen omaavat henkilöt ovat väistämättäkin riippuvaisia erilaisista laitteista, kuten hengityskoneesta, imulaitteesta tai nostoapuvälineistä. Laitteiden ja apuvälineiden tulee toimia moitteettomasti ja olla käyttäjälle turvallisia. Hoitajien tulee saada kunnan koulutus ja perehdytys laitteiden käyttöön ennen kuin niitä aletaan käyttää yksin. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 92–94.) Knuutilan ym. (2007) mukaan laitteisiin ja tarvikkeisiin liittyvät vaaratapahtumat ovat yksi suurimmista potilasturvallisuuden vaarantajista. Peltomaa (2008), Peltomaa (2010) ja Kiviluoma (2010) ovat todenneet laiteturvallisuuden vaarantavan potilasturvallisuutta.

Hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön nostojen ja siirtymisten sujuvuus turvallisesti nousee yhdeksi tämän tutkimuksen keskeiseksi asiaksi. Sekä hoitajat että statuksen omaavat henkilöt kokevat, että nostoihin tai siirtymisiin on liittynyt vaaratilanteita tai ne voivat mahdollisesti aiheuttaa vaaratilanteita. Sstatuksen omaavat henkilöt ovat usein liikuntakyvyttömiä tai heillä on rajoittunut kyky liikkua itse. Hoitajat huolehtivat nostoista ja siirtymisistä apuvälineiden avulla, useimmiten yksin. Hoitajan huolellisuus, apuvälineiden hyvä kunto ja toimenpiteiden tarkka suunnittelu lisäävät nostojen ja siirtymisten turvallisuutta statuksen omaavalle henkilölle.

Tutkimuksen tuloksena voidaan sanoa, että hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuuteen vaikuttavat vahvasti ammattitaitoinen ja hyvinvoiva hoitohenkilökunta sekä statuksen omaavan asuinympäristö apuvälineineen. Sstatuksen omaavan henkilön tulee luottaa hoitajiinsa voidakseen tuntee asuvansa turvallisesti kotona.

7.2 Pohdinta

Tutkimuksen tulokset ja niistä tehtävät johtopäätökset olivat osaksi ennalta arvatavissa, osaksi ei. Tutkijan yllätti hoitajan ja hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön välisen luottamuksen nouseminen yhdeksi tärkeimmäksi asiaksi potilasturvallisuuden näkökulmasta katsottuna. Jokaisen statuksen omaavan henkilön hoitajan lieneekin hyvä miettiä, miten luottamus rakentuu parhaalla mahdollisella tavalla omassa työssä. Henkilöstöhallinnon kannalta haasteellinen seikka on miettiä toimintatavat niihin tilanteisiin, kun statuksen omaavan henkilön ja hoitajan välinen luottamus ei rakennu, sortuu tai henkilökemiat eivät yksinkertaisesti kohtaa. Yksilöllistä ja kiireetöntä elämää ja omahoitajan paikalla olemista arvostettiin sekä hoitajien että statuksen omaavien henkilöiden näkökulmasta katsottuna. Hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön hoitorinkeihin ajautunee sellaisia työntekijöitä, joille tämän tyyppinen toisen kotona tehtävä työ soveltuu parhaiten.

Tutkijan alkuperäisenä oletuksena oli, että esimerkiksi paloturvallisuus nousee yhdeksi tärkeäksi aiheeksi tutkimuksessa, mutta tulokset osoittivatkin toista. Paloturvallisuus oli kyllä mainittuna muutamalla vastaajalla aineistossa, mutta se ei noussut päällimmäisten asioiden joukkoon tuloksia tarkasteltaessa. Samoin lääkeshoidon turvallisuus oli pienessä roolissa tämän tutkimuksen tuloksissa. Syynä tähän saattaa olla se, että statuksen omaavien henkilöiden lääkitys pysyy samana pitkiä aikoja, ja hoitajat huolehtivat vain yhden ihmisen lääkehoidosta.

Verrattaessa tuloksia yleisiin potilasturvallisuuden määritelmiin, huomataan miten monisyisempiä vastauksia tässä tutkimuksessa saatiin. Potilasturvallisuuden osa-alueet, laiteturvallisuus, lääkeshoidon turvallisuus ja hoitamisen turvallisuus, ovat kaikki edustettuina tämän tutkimuksen tuloksissa. Lisäksi tuloksiksi saatiin näihin osa-alueisiin varsinaisesti kuulumattomia seikkoja, kuten hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön itsemääräämisoikeuden liittyminen kotona asumisen turvallisuuteen.

Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua. Pohdinnan alle jääkin, miten hoidon laatu määritellään ja arvioidaan ja potilasturvallisuus mielletään tässä tilanteessa, kun varsinaisesti hoidosta tai potilaista ei edes haluta puhua hengityshalvausstatuksen

omaavien henkilöiden kotona asumisesta puhuttaessa. Statuksen omaavien kotona asumisen mahdollistavat osaltaan hoitajat, jotka EPSHP:n alueella työskentelevät työsuhteessa sairaanhoitopiiriin, ollen näin osana terveydenhuolto-organisaatiota. Jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen periaatteisiin kuuluu potilasturvallisuuden ylläpitäminen ja edistäminen, joten vaikka työ toteutetaankin toisen ihmisen kotona, potilasturvallisuusasiat tulee huomioida. Turvallisuuden tasoa kotona toteutettavassa hoitotyössä lienee vaikea määritellä. Jokainen statuksen omaava henkilö on ottanut tietoisesti riskin päättäessään asua kotioloissa, joita ei voi saada täysin turvallisiksi. Hoitajien tekemän työn laadun arvioinnille ei liene yksiselitteistä mittaristoa, työn laadukkuus riippuneen jopa statuksen omaavan ja hoitajan välisistä henkilökemioista. Laadukkuuden arvioinnin alarajaksi on sanattomalla sopimuksella asetettu se, että hoitaja osaa tehdä välttämättömimmät hoitotoimenpiteet, joiden avulla statuksen omaava henkilö pärjää kotioloissa.

Erikoiseksi tämän asetelman tekee esimerkiksi se, että hoitajat työskentelevät statuksen omaavan kotona, mutta heille se on samalla myös työpaikka. Kotioliin tehdään yhtä lailla työpaikkakäyntejä tai vaikkapa riskien arviointeja kuin laitoksien työpisteisiin. Statuksen omaavalla on itsemääräämisoikeus koskien kotiaan ja toimenpiteitä siellä, mutta mihin saakka itsemääräämisoikeus ulottuu turvallisuusasioista puhuttaessa? Terveydenhuollon ammattilainen on vastuussa työstään, mutta samalla ikään kuin puun ja kuoren välissä yrittäessään toteuttaa myös statuksen omaavan henkilön itsemääräämisoikeuden toteutumista. Tästä esimerkkinä voidaan käyttää vaikkapa läikehoitoa. Ihmisillä on yleensä valta päättää itse, käyttääkö lääkärin määräämää lääkettä vai ei. Statuksen omaavalla henkilölläkin periaatteessa sama valta on, mutta hoitajalla taas ammatin periaatteisiin kuuluu läikehoidon toteuttaminen. Kumpi päättää eli kummalla on suurempi valta statuksen omaavan ollessa lain mukaan laitoshoitopotilas mutta silti itsemääräämisoikeutettu kotonaan ja hoitajan ollessa terveydenhuollon ammattilainen sijoitettuna tekemään työtään toisen ihmisen kotona.

Toinen pohdittava asia on uuden terveydenhuoltolain edellyttämä potilasturvallisuussuunnitelma. Miten potilasturvallisuussuunnitelma laaditaan hengityshalvauksyksikköön, joka on erikoissairaanhoidon yksikkö mutta kuitenkin niin kovin

erityislaatuinen verrattuna esimerkiksi vuodeosastoihin. Voidaanko potilasturvallisuussuunnitelmaan määritellä alue, jonka sisällä suunnitelma toteutuu? Hoitajan tulee huolehtia statuksen omaavan henkilön turvallisuudesta myös kotiseinien ulkopuolella, statuksen omaavien henkilöiden viettäessä samanlaista elämää kuin muidenkin ihmisten. Sitäkin voidaan miettiä, mihin saakka hoitajan vastuu turvallisuudesta ulottuu.

Hengityshalvaulainsäädännön mahdollinen muuttuminen saattaa vaikuttaa turvallisuusasioihin. Mikäli työntekijöiden hallinnointi siirtyy statuksen omaavalle itselleen, mietittäväksi jää pystytäänkö hoitajien ammattitaito takaamaan. Tulevaisuuden, ja jo tämänkin päivän henkilökuntapula saattaa johtaa siihen, että kaikki hoitajat eivät ole terveydenhuollon ammattilaisia. Työn laatu voi kärsiä, ja statuksen omaavien kotona asumisen turvallisuus vaarantua.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tämä tutkimus on menetelmältään kvalitatiivinen, koska tutkimuksella halutaan saada tietoa hengityshalvauksstatuksen omaavien henkilöiden ja heidän hoitajiensa näkemyksistä statuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuudesta. Laadullista tutkimusmenetelmää käytetään silloin, kun tavoitteena on saada selville ihmisten kuvauksia jostain ilmiöstä. Laadullisella tutkimusmenetelmällä tutkitaan myös asioiden merkityksiä. (Vilka 2005, 97–98.)

Tuomi (2007) ohjeistaa valitsemaan laadullisella tutkimusmenetelmällä tehtävään tutkimukseen tiedonantajat tarkasti, koska kokemuksia tutkittaessa tiedonantajilla täytyy olla omakohtaista kokemusta tutkittavasta asiasta. Tämän tutkimuksen tiedonantajat on valittu niin, että tutkija tiesi heillä olevan kokemuksia hengityshalvauksstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuudesta. Tiedonantajina toimivat sekä statuksen omaavat itse että heidän hoitajansa. Tiedonantajanjoukkona hoitajat olivat riittävän suuri joukko (n=17) mutta statuksen omaavia henkilöitä (n=4) olisi voinut olla suurempi määrä. Nyt statuksen omaavien henkilöiden vastaukset tutkimusongelmiin jäivät hieman vajanaiseksi. Useamman vastaajan vastatessa kysymyksiin olisi vastauksista löydetty enemmän merkityksiä ja yhtäläisyyksiä ja tutkimuksen tulos olisi luotettavampi.

Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeilla, jotka olivat samansisältöisiä molemmalle tiedonantajaryhmälle (LIITE 1 ja 2). Kyselylomaketta voidaan käyttää myös laadullisella tutkimusmenetelmällä tehtävään tutkimukseen, vaikka se yleensä mielletäänkin määrällisen menetelmän aineistonkeruutavaksi (Tuomi & Sarajärvi 2002, 73; Vilkka 2005, 100–101). Kyselylomakkeen käyttöä tässä tutkimuksessa perustellaan sillä, että aineistoa haluttiin kerätä mahdollisimman monelta hoitajalta, jolloin tutkijan ajankäytön vuoksi haastattelut olivat poissuljettu vaihtoehto. Hoitajien kyselylomakkeiden täytölle osoitettiin ajankohta kaikille yhteisenä työaikana. Hengityshalvauksstatuksen omaavien henkilöiden haastattelut olisi ollut ajallisesti mahdollista tehdä, mutta haastatteluja olisi saattanut vaikeuttaa kommunikaatio-ongelmat tutkijan ja haastateltavan välillä sekä haastateltavien jaksaminen perehtyä pitkään haastatteluun. Statuksen omaaville annettiin mahdollisuus vastata kyselylomakkeeseen täysin itsenäisesti, ilman hoitajan tai jonkun muun henkilön avustusta ja mahdollista johdattelua, lähettämällä suurimmalle osalle vastaajista kyselylomake sähköpostin liitetiedostona.

Kyselylomakkeet koostuivat kuudesta avoimesta kysymyksestä. Avoimilla kysymyksillä pyritään saamaan vastaajilta omin sanoin kerrottuja mielipiteitä rajamatta vastaamista liiaksi (Vilkka 2005, 81–89). Kysymystenasettelu ei onnistunut täydellisesti, sillä etenkin hoitajien vastauksissa ilmeni että kysymykset 1 ja 2 olivat sekoittuneet keskenään. Tutkimuksen tulosten kannalta kysymykset 1 ja 2 olisi voinut yhdistää yhdeksi kysymykseksi. Jotkut vastaajat käsittivät osassa kysymyksistä väärin, ja vastasivat kysymyksiin hoitajan työturvallisuuden kannalta. Tutkija oli suullisesti ohjeistanut ennen kyselylomakkeen täyttöä että kyseessä on tutkimus potilasturvallisuuden näkökulmasta, joten kyseessä lienee huolimattomuusvirheet tai ajatuskatkot. Kyselylomakkeen käyttö aiheutti myös sen, että osa vastauksista oli hyvin pelkistettyjä, yhden sanan vastauksia. Tutkija ohjeisti suullisesti tiedonantajia vastaamaan kokonaisilla lauseilla, mutta osassa kyselylomakkeita vastaukset annettiin ranskalaisilla viivoilla eriteltyinä. Tuomi ja Sarajärvi (2002) ovatkin todenneet, että kyselylomakkeen käytön yhtenä huonona puolena on vastausten niukkasanaisuus. Haastatteleamalla tiedonantajia tutkija olisi saanut vastauksia monipuolisemmin ja voinut käydä vuoropuhelua tiedonantajien kanssa esittämällä tarkentavia kysymyksiä.

Laadullisen tutkimustavan yhtenä piirteenä on aineistolähtöisen analyysitavan suosiminen (Tuomi 2007, 97). Tämän tutkimuksen analyysitavaksi valittiin aineistolähtöinen sisällönanalyysi koska tutkittavasta asiasta haluttiin tehdä johtopäätöksiä tiedonantajien vastausten perusteella ja kuvata tutkimuksen tulokset sanallisessa muodossa. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä analysoidut asiat valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimusongelmien mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2002, 95). Tässä tutkimuksessa etsittiin asioita, jotka vaikuttavat hengityshalvauksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuuteen. Vastauksista etsittiin pelkistetyt ilmaukset, jotka yhdisteltiin samankaltaisuuksien perusteella kategorioiksi ja nimettiin. Osa näistä kategorioista yhdistettiin vielä yhteen ja nimettiin. Kategoriat toimivat tutkimustuloksina, joista tehtiin johtopäätöksiä. Esimerkki tämän tutkimuksen sisällönanalyysistä on liitteessä 3.

Laadullista tutkimusta arvioidaan tutkimustulosten tulkinnan yleistämisen kannalta. Tutkimuksen tulosten tulee nousta tematisoidusta kokonaisuudesta, eli tutkimustulosten tulee vastata tutkimukselle asetettuihin tavoitteisiin. Yleistettävyyden kannalta tutkimustulokset tulee voida myös siirtää siihen kokonaisuuteen, josta tutkimuksessa on lähdetty liikkeelle. Tämä vaatii tutkimuksessa vertailua ja kannanottamista esimerkiksi aiemmin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin. (Vilka 2005, 157–158.) Tämän tutkimuksen tulokset vastaavat tutkimukselle asetettuihin tavoitteisiin ja tutkimusongelmiin. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys on muodostettu perustuen potilasturvallisuudesta ja hengityshalvauksesta aiemmin tehtyihin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen. Tutkimuksen tuloksia on vertailtu aiemmin tehtyihin tutkimuksiin.

Tutkimuksen toteuttaminen ja tutkimuksen luotettavuus linkittyvät yhteen kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käytettäessä. Tutkijan rehellisyys on tärkein luotettavuuden kriteeri, koska tutkija tekee tutkimuksen aikana omat valintansa ja ratkaisunsa. Tutkijan tulee arvioida tutkimuksen luotettavuutta jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla, joten luotettavuuden arviointia tapahtuu koko tutkimuksen ajan. Tutkijan on pystyttävä osoittamaan, miten tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset ovat syntyneet. Laadullista tutkimusta ei koskaan pysty toistamaan sellaisenaan, koska laadullinen tutkimus on aina kokonaisuutena ainutkertainen. Laadullinen

tutkimus tulee olla teoreettisesti toistettava, eli lukijan tulee päätyä samoihin johtopäätöksiin kuin tutkijan. Tutkijan tulee tutkimuksessaan kuvata tarkasti tutkimuksen kulku ja tuloksissa tulkintaa tulee havainnollistaa aineistokatkelmilla. (Vilkkä 2005, 159.) Tässä tutkimuksessa on pyritty kuvaamaan tutkimuksen tekoa mahdollisimman kattavasti. Tutkimustuloksia tarkasteltaessa on havainnollistamisen apuna käytetty suoria lainauksia aineistosta.

Tutkijalla tulee olla hallussaan tutkimuksen teon eettiset periaatteet, joita ovat muun muassa rehellisyys, huolellisuus, avoimuus, muiden tutkijoiden tulosten kunnioittaminen ja että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti (Suomen Akatemia 2011). Janhonen ja Nikkonen (2001) lisäävät vielä, että tutkimuksen tekemisestä ei saa aiheutua siihen osallistuville haittaa. Tämän tutkimuksen teossa on pyritty avoimuuteen tekemällä tutkimuksen teon vaiheet läpinäkyviksi. Tutkija kunnioittaa toisten tutkijoiden tutkimuksien tuloksia työssään huolellisuudella lähdemerkintöjen suhteen. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, ja hengityshalvausstatuksen omaavilta henkilöiltä kysyttiin kirjallinen suostumus osallistumisesta. Tutkimuksen raportissa käytetyt suorat lainaukset aineistosta on valittu niin, että kenenkään vastaajan henkilöllisyys ei paljastu. Tutkija on hävittänyt alkuperäiset kyselylomakkeet asianmukaisella tavalla.

7.4 Kehittämisehdotuksia hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotona asumisen turvallisuuden edistämiseen

Kehittämisehdotuksina tutkimusten johtopäätösten valossa voidaan mainita statuksen omaavien henkilöiden ja hoitajien välisen luottamuksen tukeminen ja ylläpitäminen. Hoitajien työsuhteissa tulee pyrkiä pitkäaikaisiin työsuhteisiin. Statuksen omaavilla henkilöillä tulee olla mahdollisuus vaikuttaa hoitajien valitsemiseen. Käytännössä tämä voidaan toteuttaa siten, että hoitajaehdokkaat käyvät tustumassa statuksen omaavan henkilöön ennen työsopimuksen allekirjoittamista. Uusien hoitajien suhteen on syytä noudattaa koeaikaa ja ennen kaikkea perehdytysajan on oltava riittävä jotta sekä hoitaja että statuksen omaava henkilö luottavat siihen että hoitaja pärjää työssään yksin.

Hoitajien ammattitaidon ylläpitäminen ja vahvistaminen lähtee siitä, että kaikki hoitajat ovat terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Riittävä ja hyvin suunniteltu perehdytys takaavat hyvän ammattitaidon hengityshalvauksstatuksen omaavan henkilön hoitamiseen ja avustamiseen. Jokaiselle hoitoringille tulisi laatia perehdytysohjelma, jonka mukaan uudet hoitajat saatetaan työhön. Perehdytysohjelmassa ainakin tärkeimmät asiat tulee olla jonkun nimetyn henkilön vastuulla. Esimiehen tulee olla vastuussa siitä, että perehdytykseen paneudutaan kunnolla ja uusi työntekijä on perehdytysajan jälkeen valmis työskentelemään yksin.

Tiedonkulun parantamiseksi luodaan toimivat viestintäkanavat. Hoitoringin sisällä tiedottaminen tehdään suullisesti tai kirjallisesti esimerkiksi viestivihon, kalenterin tai päiväkirjan välityksellä. Hoitorinki voi käyttää sisäiseen viestintäänsä tietokonetta, viestittämällä sähköpostin tai työkansion välityksellä. Tämä edellyttää sitä, että hoitoringeille hankitaan tietokoneet ja kaikki työntekijät käyttävät konetta. Hoitoringeillä on hyvä olla myös puhelin tiedonkulkua varten. Kaikki tärkeimmät asiat tiedotetaan statuksen omaavalle henkilölle, mahdollisesti hänen läheisilleen, hoitajille ja asiasta riippuen myös esimiehelle ja lääkärille. Työntekijät sitoutuvat toimivan viestinnän edistäjiksi. Yhteistyön saumattomuutta statuksen omaavan henkilön, mahdollisten läheisten, lääkärin, hoitajien esimiehen, muiden palveluiden järjestämiseen liittyvän organisaation jäsenten ja muiden eri tahojen kesken vahvistetaan luomalla avoin ja selkeä toimintakulttuuri.

Henkilöstöhallinnon kautta luodaan mahdollisuudet toimiville hoitoringeille antamalla riittävästi aikaa uusien työntekijöiden perehdytykseen ja luomalla kattava sijaisjärjestelmä. Työhyvinvoinnista ja -motivaatiosta pidetään huolta, toisin sanoen työntekijästä huolehditaan.

Laitteiden ja apuvälineiden käyttö edellyttää perehtyneisyyttä niiden toimintaan, huoltoon ja mahdollisiin toimintahäiriöihin. Hoitoringeille tulee järjestää koulutusta laitteiden valmistajan, maahantuojan tai myyjän toimesta. Etenkin hengityskoneen kohdalla voisi ajatella, että maahantuojan järjestämä koulutus uusittaisiin esimerkiksi kahden vuoden välein, ja siihen osallistuisivat ainakin kaikki uudet työntekijät. Laitteiden ohjekirjat tulee olla saatavilla, ja niistä voi koostaa helpommin luettavan pikaohjeen, josta tärkeimmät tiedot löytyvät. Laitteiden akku-

jen, johtojen ja muiden lisäosien sekä varalaitteiden tulee olla käyttökunnossa ja ladattuina. Laitteiden ja varalaitteiden toimintakunto tarkistetaan säännöllisesti. Laitteiden tarvittavista huolloista tulee olla selkeät ohjeet, ja huoltoväli merkittynä kirjallisesti ylös.

Statuksen omaavan henkilön siirroissa ja nostoissa huomioidaan hoitajan ergonomia, apuvälineiden ja ympäristön toimivuus ja tarkoituksenmukaisuus ja toimenpiteiden huolellinen suunnittelu. Nostoja ja siirtoja tulee harjoitella tarpeeksi ennen niiden yksin tekemistä. Usein toistuvat toimenpiteet suunnitellaan niin, miten ne jouhevimminkin, hygieenisimminkin ja turvallisimminkin sujuvat. Hoitoringeissä voidaan tehdä omat ohjeet ja suositukset toimenpiteiden kulusta. Hoitotoimenpiteiden tulee perustua näyttöön, organisaation ohjeisiin tai Käypä Hoito -suosituksiin.

Statuksen omaavan henkilön elinympäristö pidetään siistinä. Siivouspäivistä ja -tavoista on hyvä sopia statuksen omaavan kanssa ja kirjata sovitut asiat ylös. Hoitajia ohjeistetaan käyttämään työkenkiä varsinkin liukkaissa tiloissa. Sähkö- ja paloturvallisuus huomioidaan, palovaroittimet ovat toimintakykyisiä, jauhesammutin ja sammutuspeite niille varatuilla paikoilla. Jauhesammutin huolletaan säännöllisesti. Työntekijät osallistuvat paloturvallisuuskoulutuksiin organisaation määräämin väliajoin. Statuksen omaavan henkilön sängyssä tulee olla pelastuslanka ja hoitajien harjoitella sen käyttöä. Hätäpoistumisreitit tulee olla mietittyinä ja reittien aina avoimina kulkea. Sähkökatkojen varalle on laadittu toimintaohjeet. Rikkinäisiä sähkölaitteita ei saa käyttää, vastuu on vian huomaajalla. Erilaisten hätätilanteiden varalle laaditaan toimintaohjeet.

Lääkehoidon turvallisuutta voidaan edistää huolellisuudella. Lääkitys tulee tarkistaa säännöllisin väliajoin hoitavan lääkärin kanssa, ja mahdolliset muutokset kirjattava kaikkien tietoon. Lääkehoitosuunnitelmat laaditaan ja niitä noudatetaan sekä tarkistetaan tasaisin väliajoin. Hoitoringeissä lääkkeenjaossa käytetään kaksoistarkistusta, eli jakaja jakaa lääkkeet ja lääkkeen antaja tarkistaa joka kerta lääkettä antaessaan, että kyseessä on oikea lääke. Harvemmin annettavista lääkkeistä, ja muistakin lääkehoitoon liittyvistä asioista on syytä pitää muistilistaa unohdusten välttämiseksi. Jokainen työntekijä osallistuu lääkehoitokoulutuksiin organisaation määräämällä tavalla.

LÄHTEET

A912/1992. Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. 9.10.1992.

Anttila, Tiina 2010. Kotihoidon asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen, sitä edistävät ja estävät tekijät hoitajien kuvaamana. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Backholm, Tea & Mäntylä, Jaana 2004. Hengityshalvauspotilaan kotihoito. Vaasan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Doupi, Persephone 2009. National Reporting Systems for Patient Safety Incidents. A Review of the Situation in Europe. Jyväskylä. Gummerus Printing.

Eloranta, Sini 2009. Supporting Older People's Independent Living at Home Through Social and Health Care Collaboration. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turun yliopiston julkaisuja.

EPSHP 2011. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin www-sivut [online]. [viitattu 7.5.2011]. Saatavana www-muodossa <URL <http://www.epshp.fi/yleisesittely/index.asp>>

EU 2009. Euroopan unionin virallinen lehti C 151/1 [online]. [viitattu 23.3.2011]. Saatavana www-muodossa <URL http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm>

Grönroos, Eija & Perälä, Marja-Leena 2006. Kotihoidon henkilöstön kompetenssin kokemuksta selittävät tekijät. Yhteiskuntapolitiikka. Vol 71, nro 5, 484-495.

Haapakorpi, Arja & Haapola Ilkka 2008. Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – esimerkkinä vanhusten kotihoito. Helsinki. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 35/2008.

Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi 2010 [online]. [viitattu 9.12.2010]. Saatavana www-muodossa <URL <http://217.71.145.20/TRIPviewer/show.asp?tunniste=HE+90/2010&base=erhe&pavelin=www.eduskunta.fi&f=WORD>>

Herrala, Jaakko 2006. Muuttuuko hengityshalvauspotilaan kotihoito? Luento 10.10.2006. Hämeenlinna.

Herrala, Lauri 2008. Yleisimmät hengitystukihoitoa aiheuttavat sairaudet aikuisilla. Luento 24.1.2008. Seinäjoen keskussairaala.

Hägg, Tina, Rantio, Merja, Suikki, Päivi, Vuori, Anne & Ivanoff-Lahtela Päivi 2007. Hoitotyö kotona. 1 p. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Ikonen, Eija-Riitta & Julkunen, Seija 2007. Kehittyvä kotihoito. 1 p. Helsinki. Edita Prima.

Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.

Kinnunen, Marina & Peltomaa, Karolina (toim.) 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki. Suomen Sairaanhoidtajaliitto.

Kiviluoma, Anne 2010. Leikkaussairaanhoitajien käsityksiä turvallisuuskulttuurista perioperatiivisessa hoitotyössä. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Knuuttila, Jari, Ruuhilehto, Kaarin & Wallenius, Jarkko 2007. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen vaaratapahtumien raportointi. Helsinki. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007.

Koljonen, Hanna-Leena, Määttä, Tiina & Timonen, Taija 2010. Potilasturvallisuutta edistävät toimenpiteet. Kysely Haipro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmää käyttäville erikoissairaanhoidon organisaatioille. Lahden ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Kuusivaara, Ritva 2006. Kotihoitohenkilöstön osaamisen kehittäminen ja hyvinvointiteknologia. Hämeen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

L734/1992. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. 3.8.1992.

L24.6.2010/629. Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista. 24.6.2010.

Laasonen, Kirsi, Hietaharju, Ari, Jussila, Tapio, Kontiala, Hannu, Tulppo, Jaana & Ylä-Mononen, Satu 2002. Hengityshalvauspotilaan hoitoprosessi Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Tampere. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 9/2002.

Lappalainen, Tarja & Turpeinen, Aune (toim.) 1998. Auttamistyö kotona. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

Mustalahti, Johanna 2008. Aluevastaavien ja hoitotyönvastaavien näkemyksiä Seinäjoen kotihoidon yhdistymisestä. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Nylund, Agneta 2005. Att vårda en person med andningsförlamning. Svenska yrkeshögskolan. Opinnäytetyö.

Peltomaa, Karolina 2008. Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Peltomaa, Tero, Riihimäki, Lauri & Salminen, Petri 2010. Potilasturvallisuus sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa - sairaankuljettajien näkemyksiä. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Perälä, Marja-Leena, Grönroos, Eija & Sarvi, Anu 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Helsinki. Stakesin raportteja 8/2006.

Pirttimaa, Ritva, Rytökoski, Ulla & Kolismaa, Jaana (toim.) 2006. Mera luft – Ilmaa Elääksemme 2000-2006. Loppuraportti. Raha-automaattiyhdistys ry.

Seinäjoen keskussairaala 2007. Ventilaatiohoitotyöryhmän kokousmuistio 25.10.2007.

Snellman, Erna & Pekurinen, Markku 2005. Erityisen kalliit ja vaativat hoidot. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:18.

Stakes 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Helsinki. Stakesin työpapereita 28/2006.

STM 2005. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32 [online]. [viitattu 22.3.2011]. Saatavana www-muodossa <URL http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf>

STM 2006. Hengityshalvauspotilaiden hoito. Valtakunnallisen asiantuntijatyöryhmän raportti. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:61.

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

STM 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18.

Suomen Akatemia 2011. Hyvä tieteellinen käytäntö. [online]. [viitattu 9.5.2011]. Saatavana www-muodossa <URL <http://www.aka.fi/fi/A/Tutkijalle/Rahoituksen-kaytto/Eettiset-ohjeet/1-Hyva-tieteellinen-kaytanta/>>

Taatila, Niina 2010. Potilasturvallisuuteen liittyvien vaaratapahtumien raportoinnin kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Tampereen teknillinen yliopisto. Diplomityö.

THL 2011. Potilasturvallisuussuunnitelma [online]. [viitattu 23.3.2011]. Saatavana
www-muodossa <URL http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/potilasturvallisuus/potilasturvallisuussuunnitelma>

Tuomi, Jouni 2007. Tutki ja lue. Helsinki. Tammi.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5 p. Helsinki. Tammi.

Tuomi, Virpi 2009. Arvoilla johtaminen ja itsemäärääminen arvona. Monitahoarviointi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hengityshalvausyksikössä. Vaasan Yliopisto. Hallintotieteiden tiedekunta. Pro gradu –tutkielma.

Tuomi, Virpi 2011. Haastattelu 9.5.2011.

Tykes 2006. Työhyvinvointimalli hoitotyöhön. Esimerkki kunta-alalta [online]. [viitattu 25.3.2011]. Saatavana www-muodossa <URL http://www.mol.fi/mol/fi/03_tutkimus_ja_kehittaminen/02_tykes/05_ajankohtaista/01_arkisto2009/index.jsp>

Vaarama, Marja, Luoma, Minna-Liisa, Hertto, Petteri, Mukkila, Susanna, Muurinen, Seija & Manninen, Otso 2006. Helsingin kotihoidon laatu ja kohdennustehokkuus sekä asiakkaiden elämänlaatu. Care Keys -projektin tutkimuksia. Helsinki. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston tutkimuksia.

Valli, Raine 2001. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä. PS-kustannus.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki. Tammi.

Virnes, Annukka 2010. Potilasturvallisuus päiväkirurgisessa hoitotyössä. Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Vuori, Arno & Ylitalo-Liukkonen, Kristiina 2009. Vaikean neuromuskulaarisen hengitysvajepotilaan hoitoprosessi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Toimintaohje. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

WHO 2007. Patient Safety in Europe: Baseline Regional survey 2004-2005 Data [online]. [viitattu 25.3.2011]. Saatavana www-muodossa <URL <http://dosei.who.int/uhtbin/cgiisirsi/diHaMdXwdV/241970010/9>>

WHO 2009. Global Priorities for Patient Safety Research. Better Knowledge for Safer Care [online]. [viitattu 25.3.2011]. Saatavana www-muodossa <URL <http://dosei.who.int/uhtbin/cgiisirsi/CddNHCjUMS/241970010/5/0>>

LIITE 1

Kyselylomake kotihoidon potilasturvallisuudesta hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön hoitajille 1.11.2010

1. Kuvaile, mitä potilasturvallisuus tarkoittaa hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotioidossa?
2. Mistä asioista potilasturvallisuus mielestäsi koostuu?
3. Millaiset asiat ovat aiheuttaneet vaaratilanteita hengityshalvausstatuksen omaavan henkilön kotioidossa?

4. Millaiset asiat saattavat aiheuttaa vaaratilanteita?

5. Mitkä asiat tekevät statuksen omaavan henkilön kotihoodosta turvallisempaa kuin laitoshoidosta?

6. Millaisilla keinoilla potilasturvallisuutta voidaan mielestäsi kehittää?

LIITE 2

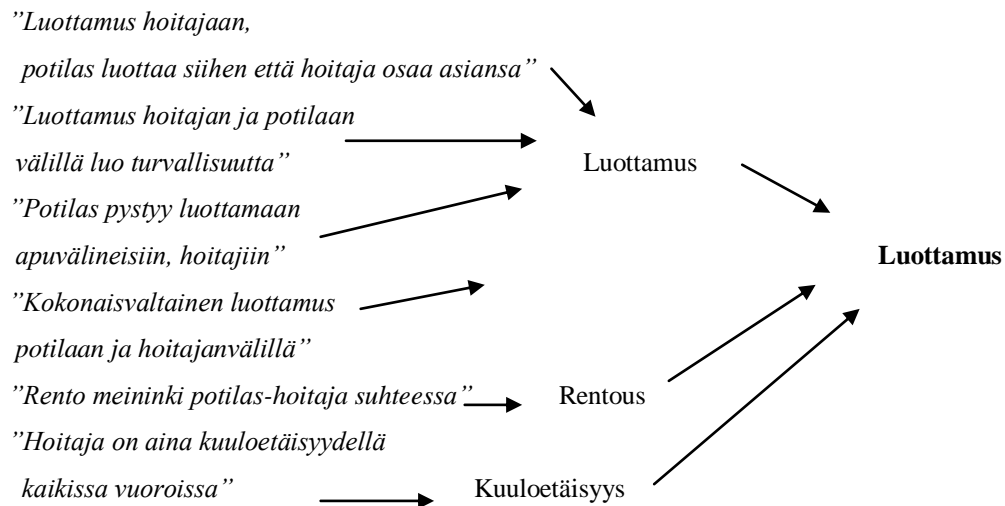
Kyselylomake hengityshalvausstatuksen omaaville henkilöille

1. Kuvaile, mitä potilasturvallisuus mielestäsi tarkoittaa asuessasi kotona?
2. Mistä asioista potilasturvallisuus mielestäsi koostuu?
3. Millaiset asiat ovat aiheuttaneet Sinulle vaaratilanteita asuessasi kotona?
4. Millaiset asiat saattavat aiheuttaa Sinulle vaaratilanteita?
5. Mitkä asiat tekevät kotona asumisesta mielestäsi turvallisempaa verrattuna laitoshoittoon?
6. Millaisilla keinoilla potilasturvallisuutta voidaan mielestäsi kehittää?

LIITE 3

Esimerkki sisällönanalyysistä

Kysymys 2. Mistä asioista potilasturvallisuus mielestäsi koostuu?



Kysymys 6. Millaisilla keinoilla potilasturvallisuutta voidaan mielestäsi kehittää?

