

Päivi Rantonen ja Anna-Maria Suhonen

## **Potilaan osallisuus potilasturvallisuuden edistämisessä**

LAB-ammattikorkeakoulu  
Hyvinvointiala Lappeenranta  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Opinnäytetyö 2020

## Tiivistelmä

Päivi Rantonen ja Anna-Maria Suhonen

Potilaan osallisuus potilasturvallisuuden edistämisessä, 71 sivua, 5 liitettä

LAB ammattikorkeakoulu

Hyvinvointiala Lappeenranta

Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Opinnäytetyö 2020

Ohjaajat: Osaamispäällikkö Niina Nurkka ja lehtori Birgitta Lehto, LAB ammattikorkeakoulu sekä laatu- ja turvallisuuspäällikkö Mari Liukka, Eksote

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaalapotilaiden kokemuksia potilasturvallisuudesta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa potilasturvallisuudesta potilaiden näkökulmasta sekä hyödyntää tuloksia potilasta osallistavien työtapojen ja toimintakulttuurin kehittämisessä. Toimeksiantajana opinnäytetyölle toimi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus (Eksote).

Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Potilasturvallisuuskyselyyn vastasi kaikkiaan 263 potilasta, joista viiden vastauslomake jouduttiin hylkäämään puutteellisten tietojen perusteella. Vastaajat olivat hoidettavana Etelä-Karjalan keskussairaalan neljällä osastolla elo-syyskuussa 2019. Kyselytulokset analysoitiin määrällisesti ja avoimet kysymykset käyttäen induktiivista sisällön analyysia. Tulosten analysoinnin jälkeen kehittämiskohteisiin etsittiin ratkaisuja yhdessä osastojen hoitohenkilöstön kanssa Learning Cafe -menetelmällä.

Potilaiden kokemukset potilasturvallisuuden osa-alueista olivat pääosin positiivisia. Potilaat kokivat, että hoitava henkilöstö antoi heidän osallistua omaan hoitoonsa ja kannusti osallistumaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Hoitohenkilöstöllä koettiin olevan aikaa keskustella potilaiden kanssa hoitoon liittyvistä asioista. Tulosten perusteella on tarve kehittää tiedonkulkua sekä hoidossa tapahtuneiden virheiden käsittelyä. Tärkeä on huomioida anteeksipyyntömerkitys hoitovirheen tapahduttua. Learning cafe -menetelmällä saatiin hyviä käytännön ratkaisuja potilasturvallisuuden ja potilaiden osallisuuden parantamiseksi. Potilasturvallisuuden kehittämistä tulee jatkaa edelleen ja jatkossa olisi hyödyllistä selvittää, miten potilaat käsittävät osallisuuden merkityksen hoidossa ollessaan.

Asiasanat: potilasturvallisuus, potilas, osallisuus

## **Abstract**

Päivi Rantonen, Anna-Maria Suhonen

Patient participation in developing patient safety, 71 pages, 5 Appendices

LAB University of Applied Sciences

Health Care and Social services, Lappeenranta

Master`s Degree Programme in Development and Management of Health Care and Social Services

Master`s Thesis 2020

Instructors: Mrs Niina Nurkka Degree Manager LAB University of Applied Sciences, Mrs Birgitta Lehto, Senior Lecturer, LAB University of Applied Sciences and Mrs Mari Liukka, Manager of quality and safety, South Karelia Social and Health Care District

The purpose of this thesis was to describe patients' experiences in patient safety and involvement in hospital care. The aim of this thesis was to provide information on patient safety from the patients' point of view and to utilize the results in developing patient participatory working methods and culture in the wards. The commissioner was the South Karelia Social and Health District (Eksote).

The data was collected through a structured questionnaire, which was distributed by the nurses to the patients before leaving the hospital. The patient safety questionnaire was answered by 263 patients, five of them had to be rejected due to incomplete information. These patients were at the four wards of the South Karelia Central Hospital in August-September 2019. The quantitative data were analyzed with statistical program and the open-ended questions were analyzed using inductive content analysis. After analyzing the results, solutions were sought for the development targets together with the departmental nursing staff with the Learning Cafe -method.

Patients' experiences of patient safety were largely positive. Patients felt that the nursing staff allowed them to participate in their own treatment and encouraged them to participate in the decision-making process. Patients felt that nurses had time to discuss treatment issues with them. Based on the results, there is a need to further develop the flow of information and the management of treatment errors. It is important to understand the importance of the apologizing to the patient when the error has happened. The Learning Cafe -method provided practical solutions for improving patient safety and patient participation. The development of patient safety should continue, and it would be useful in the future to understand how patients perceive their involvement in care.

Keywords: patient safety, involvement / participation, patient

## Sisällys

1	Johdanto.....	5
2	Potilasturvallisuus.....	6
2.1	Potilasturvallisuuden osa-alueet.....	7
2.2	Potilasturvallisuuden edistäminen muuttuvassa terveydenhuollossa.....	11
2.3	Potilasturvallisuus terveystieteen koulutuksissa.....	12
2.4	Potilasturvallisuus Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä .....	13
3	Potilaan osuus potilasturvallisuuden edistämiseksi.....	14
3.1	Passiivisesta potilaasta aktiiviseksi osallistujaksi.....	15
3.2	Potilaan osallisuus asiantuntijan näkökulmasta .....	16
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kehittämistehtävät .....	17
5	Opinnäytetyön toteutus.....	18
5.1	Opinnäytetyössä käytetty mittari .....	18
5.2	Kyselyaineiston keruu .....	19
5.3	Aineiston analyysi.....	21
5.5	Potilasturvallisuuden kehittämissillapäivä .....	23
6	Tulokset.....	25
6.1	Vastaajien taustatiedot .....	25
6.2	Potilasturvallisuuden taso ja hoidon turvallisuus .....	27
6.3	Laiteturvallisuus.....	27
6.4	Lääketurvallisuus.....	28
6.5	Osallistuminen omaan hoitoon .....	31
6.6	Avointen kysymysten tulokset .....	36
6.7	Kehittämissillapäivän tulokset .....	38
7	Johtopäätökset ja pohdinta.....	47
7.1	Tulosten tarkastelu ja hyödynnettävyys.....	47
7.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	52
7.3	Opinnäytetyön toteutuksen arviointi .....	57
7.4	Jatkotutkimusaiheet.....	58
	Lähteet.....	59

## Liitteet

- Liite 1 Saatekirje hoitohenkilöstölle
- Liite 2 Kutsu Learning Cafe tilaisuuteen
- Liite 3 Suostumuslomake Learning Cafe osallistujille
- Liite 4 Saatekirje potilaalle
- Liite 5 Tietosuojailmoitus

# 1 Johdanto

Potilas on oman hoitokokemuksensa paras asiantuntija. Potilaiden osallisuuden on osoitettu tehostavan potilaan päätöksentekoa ja hoitoa kroonisissa sairauksissa, kuten myös itsehoidon tukemisessa ja ohjeiden vastaanottamisessa erityistilanteissa. On myös perusteltua uskoa, että potilaan osallistuminen ehkäisee virheitä, vaikkei siitä olekaan riittävästi tutkimusnäyttöä. (Shildmeijer ym. 2018, 1.)

Terveysthuollon organisaatioissa tapahtuu potilasturvallisuuteen liittyen erilaisia vaara- ja uhkatilanteita päivittäin. Tutkijoiden mukaan jopa puolet nykyisistä haittatapahtumista voitaisiin estää riskejä ennakoimalla, toiminnan järjestelmällisellä seurannalla sekä vaara- ja haittatapahtumista oppimalla. Potilasturvallisuutta edistämällä voidaan saavuttaa merkittäviä terveydenhuollon säästöjä sekä vähentää inhimillistä kärsimystä. (THL 2019.)

Terveysthuollossa potilasturvallisuus on keskeinen osa hoitoa sekä hoidon laatua (STM 2017). WHO:n (World Health Organization) määritelmän mukaan potilasturvallisuudessa keskeistä on ennaltaehkäisävissä olevien haittojen ehkäiseminen hoitotyössä. Potilaan hoidon turvalliset olosuhteet kytetään takaamaan hyvin organisoidun toiminnan avulla. Tavoitteena on tuottaa jokaiselle potilaalle turvallista hoitoa, aina ja kaikkialla. (WHO 2019.) Suomessa ohjataan ja edistetään potilasturvallisuusstrategian avulla sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin (Helovuori ym. 2012).

Terveysthuollon ammattilaisilla on ollut keskeinen rooli potilasturvallisuuden kehittämisessä. Potilailla ei ole kuitenkaan yhtenäistä käsitystä siitä, mitä potilasturvallisuus tarkoittaa. Heidän tulkintansa ovat myös usein yksittäisiin tilanteisiin liittyviä. Potilaan osallisuus on jäänyt heikoksi terveydenhuollossa. Potilaiden osallistumisesta potilasturvallisuuteen ei ole riittävästi näyttöä ja tutkittua tietoa potilaiden näkökulmasta tarvitaan lisää. Potilaiden näkökulmaan potilasturvallisuuden edistämiseksi on kiinnitetty huomiota vasta viime vuosien aikana, vaikka se on ollut kirjattuna eri laeissa ja strategioissa jo vuosien ajan. (Sahlström 2016;2019.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia potilasturvallisuudesta sairaalahoidon ajalta ja laatia yhdessä osaston henkilöstön kanssa kehittämissuhteita potilasturvallisuuden eri osa-alueista. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa potilasturvallisuudesta potilaiden näkökulmasta ja kehittää potilasta osallistavia työtapoja ja toimintakulttuuria.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksote) laatu- ja turvallisuuspäällikön, potilasturvallisuuskoordinaattorin ja potilaskyselyyn osallistuneiden osastojen palvelupäällikön kanssa. Sairaalaan kotiutetuille potilaille jaettiin potilasturvallisuuskyselylomake neljällä sisätautien ja kirurgian osastolla. Potilaskyselyn tulokset analysoitiin ja tulosten pohjalta nostettiin kehittämiskohteita kyselyyn osallistuneiden osastojen hoitohenkilöstön kanssa marraskuussa 2019 järjestetyssä potilasturvallisuuden kehittämissuhteiden päivässä.

## **2 Potilasturvallisuus**

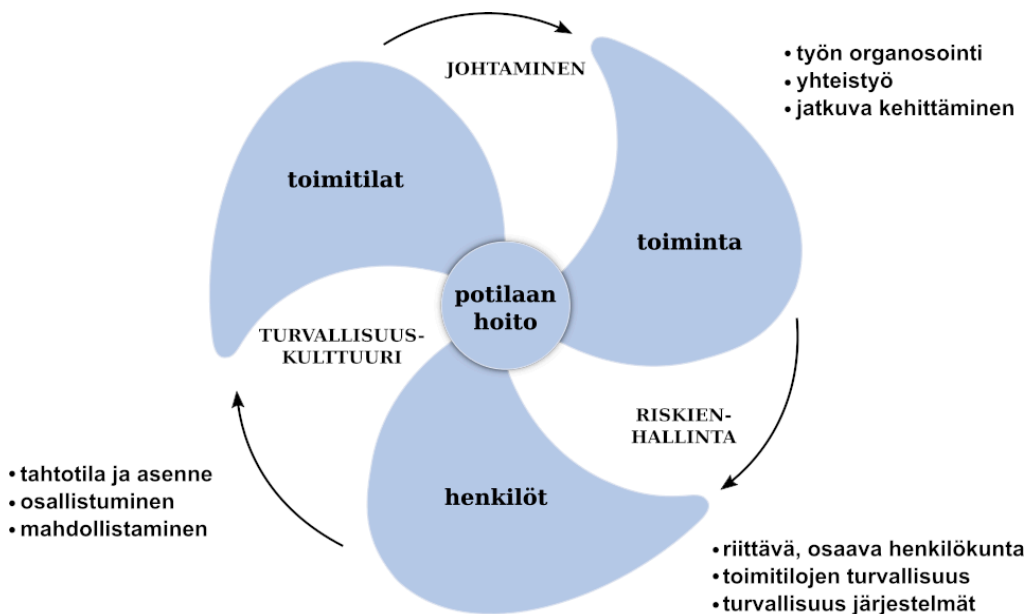
Potilasturvallisuus tarkoittaa yksilöiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus ja estää potilasta vahingoittumasta. Potilasturvallisuus on tärkeä osa hoidon laatua ja sen edistäminen nähdään osana terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaa. (Helovuori ym. 2012; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Potilas- ja asiakasturvallisuuden tavoitteena on, että henkilön saamat palvelut, huolenpito ja vaikuttava hoito edistävät hänen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointiaan. Hoidosta ei tulisi aiheutua haittaa. Potilas- ja asiakasturvallisuus kattaa ennaltaehkäisevät, hoitavat ja korjaavat sekä kuntouttavat sosiaali- ja terveyspalvelut. Potilas- ja asiakasturvallisuuteen vaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollossa toimiva osaava henkilökunta, tilojen ja välineiden turvallisuus ja asianmukaisuus sekä sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamiseen liittyvän dokumentoinnin ja tiedonkulun turvallisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Turvallisuuskulttuuri tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollossa yksilöiden ja ammattilaisten toimintaa, jolla varmistetaan potilaiden ja asiakkaiden saamien palveluiden turvallisuus. Turvallisuuskulttuurin taustalla on turvallista toimintaa tukeva johtaminen, arvot, asenteet ja toimintatavat. Turvallisuuskulttuuria edistäviä

menetelmiä ovat riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. Tämä edellyttää yhteistä vastuuta turvallisuuskulttuurista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Keskeistä potilaan hoidon turvallisuudessa on itse hoitotapahtuman turvallisuus. Kaikki toiminnan turvallisuuteen liittyvät seikat eivät suoraan liity potilasturvallisuuden käsitteeseen vaan voivat kuulua osana laitosturvallisuuden piiriin. Turvallisuuden osa-alueiden ja riskienhallinnan muodostamaa kokonaisuutta laitoksessa kuvataan pelkistetysti potkurin muotoisella mallilla (Kuva 1), jonka keskiössä on potilasturvallisuus ja lapoina laitosturvallisuuden osa-alueet. "Koko potkurin käyttövoimana on omaksuttu turvallisuuskulttuuri ja riskienhallintaprosessi, jota ohjaa laitoksen/organisaation johto". (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009:58.)



Lähde: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009 59

Kuva 1. Potkurimalli (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 59).

## 2.1 Potilasturvallisuuden osa-alueet

Terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava tutkimustoiminnasta saatuun näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadun-

hallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Potilasturvallisuuden määritelmä vaihtelee sen mukaan, kenen näkökulmasta asiaa katsotaan (Helovuo ym.2012).

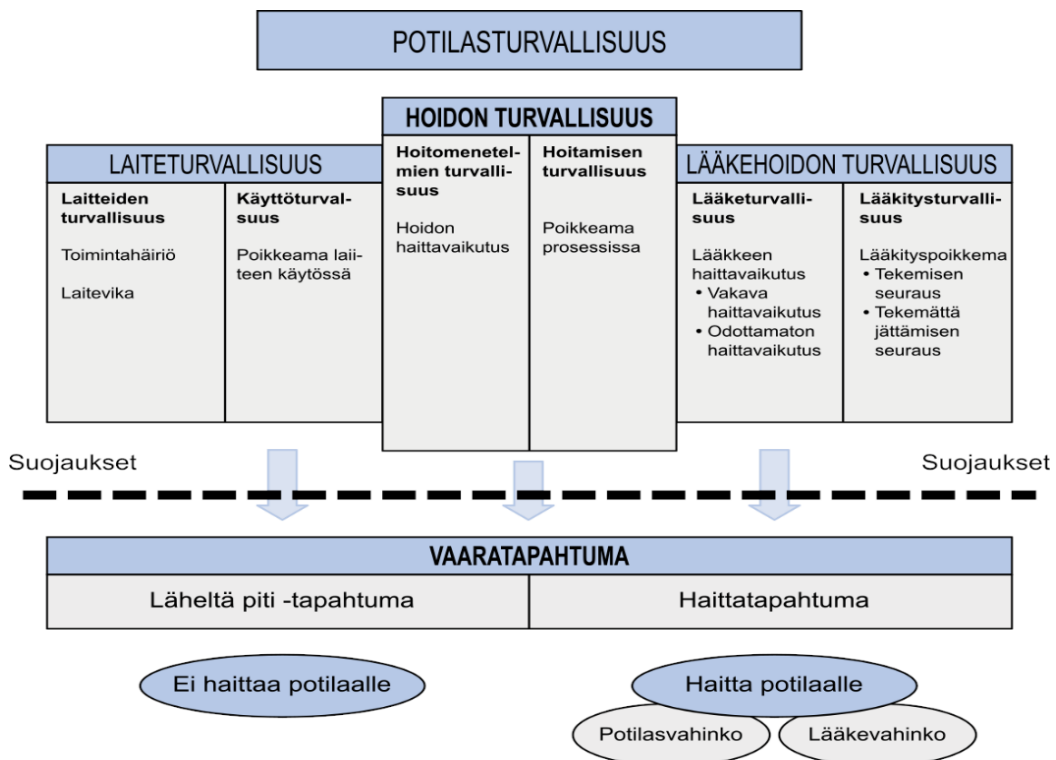
1. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan potilasturvallisuus sisältää terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaatioiden toiminnot ja periaatteet, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus ja potilaan suojaaminen vahingoittumiselta. Toiminnalla, joka sisältää sellaisia menettelytapoja, joiden tehtävänä on saavuttaa tavoitellun hoitotuloksen lisäksi toiminnan sietokyvyn vahvistamista erilaisille poikkeamille, tarkoitetaan hoidon turvallisuuden varmistamista.
2. Potilaan näkökulmasta hoidon turvallisuus on sitä, että hoidosta ei aiheudu haittaa tai mahdolliselta haitalta voidaan välttyä, vaikka toiminta ei olisikaan turvallista edellisen määritelmän mukaan. (Helovuo ym. 2012.)

Suomenkielisen potilasturvallisuussanaston on laatinut aikanaan Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes, nykyisin Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) ja Lääkehoidon kehittämiskeskus (ROHTO). Potilasturvallisuus (Kuva 2) sisältää hoidon turvallisuuden, laiteturvallisuuden ja lääkehoidon turvallisuuden. (Stakes, ROHTO 2006.) Hoidon turvallisuudella tarkoitetaan sekä hoitomenetelmien että niiden toteuttamiseen liittyvien prosessien turvallisuutta (Helovuo ym. 2012, THL2019). Laiteturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa käytettävien laitteiden ja niiden käytön turvallisuutta. Lääketurvallisuudella puolestaan tarkoitetaan lääkkeiden ja lääkityksen turvallisuutta. (Helovuo ym. 2012.) Kaikissa turvallisuuden osa-alueissa voidaan erottaa menetelmän turvallisuus sekä hoitoprosessin turvallisuus. Menetelmän turvallisuuden yhteydessä puhutaan haittavaikutuksesta. Poikkeama suunnitellusta hoitoprosessista voi vaarantaa hoitoprosessin turvallisuutta. (Stakes, Rohto 2006.)

Haittatapahtuma on tilanne, jossa aiheutuu potilaalle joko potilasvahinko tai lääkevahinko. Vaaratapahtumaksi katsotaan tilanteet, joissa potilasturvallisuus vaarantuu, vaikka potilaalle ei aiheutuisikaan haittaa. Tällöin puhutaan myös läheltä



piti-tilanteista. Vaaratapahtumien osalta on hyödyllistä tarkastella, mitä olisivat olleet seuraukset, mikäli vaaratapahtuma olisi toteutunut. Näiden tekijöiden tarkastelu ja arviointi on usein hankalaa ja aikaa vievää. Kuitenkin poikkeamat hoidon turvallisuudessa ovat lähtökohta, jonka jälkeen vasta voidaan tarkastella ja arvioida hoidon riskejä ja puutteita perusteellisesti. (Helovuo ym. 2012, THL 2019.) Suojaukset ovat menettelytapoja, joilla pyritään tunnistamaan, ehkäisemään ja estämään haitalliset poikkeamat sekä niiden johtaminen vaaratapahtumaan (Suomen Potilasturvallisuusyhdistys 2015).



Kuva 2. Potilasturvallisuus ja sen osa-alueet (Stakes ja ROHTO 2007).

**Lääkehoidon turvallisuudella** tarkoitetaan lääkkeiden käyttöön liittyvää turvallisuutta. Potilaan saaman lääkehoidon turvallisuuden varmistamiseksi terveydenhuollossa toimivilla yksiköillä ja organisaatioilla tulee olla selkeät periaatteet ja toimintatavat lääkkeiden käyttöön liittyvien haittatapahtumien ehkäisemiseksi, välttämiseksi ja korjaamiseksi. (THL 2019.)

Kaiken annetun hoidon haitoista merkittävä osa liittyy lääkitykseen. Sairaalahoidon aikana annetuissa lääkemääräyksissä ja lääkehoidon toteutuksessa poikkeamat ja vaaratapahtumat ovat yleisiä. Lääkehoitoprosessin kaikissa vaiheissa

esiintyy lääketurvallisuuteen liittyviä haasteita. Lääkehoitoon liittyvistä haittapahtumista voitaisiin ehkäistä suurin osa suunnitelmallisella potilasturvallisuustyöllä, jossa huomioidaan lääkehoitoprosessin kaikki vaiheet.

Suomalaisessa potilasturvallisuustyössä painotetaan lääkehoitosuunnitelmaa, joka toimii vastuiden jakamisen työkaluna. Tämän lisäksi suunnitelma sovittaa turvallisen lääkehoidon toimintatavat käytännön työhön, hoidettavien potilaiden tarpeiden, käytettävien lääkkeiden ja lääkehoitoa toteuttavien ammattilaisten osaamisen mukaan. Lääkehoidon turvallisuus perustuu osaamiseen ja tämä puolestaan hyvään ammatilliseen peruskoulutukseen, täydennyskoulutukseen ja kokemukseen. Osaaminen ei kuitenkaan yksin riitä. Vaaratapahtumista iso osa johtuu tiedonkulun ongelmista terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja potilaan välillä tai ammattihenkilöiden kesken sekä turvallisuutta vaarantavista toimintatavoista ja suojausten puutteista. Toisaalta lääke saattaa jäädä käyttämättä puutteellisen ohjauksen vuoksi ja haittavaikutukset tai odotetun vaikutuksen puuttuminen saattavat jäädä huomaamatta. Monilääkityksen mahdollisesti aiheuttamiin haitallisiin oireisiin ei välttämättä kiinnitetä riittävästi huomiota. (Inkinen ym. 2015 3, 9-10.)

Terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista annetun lain (629/2010) tarkoituksena on ylläpitää ja edistää terveydenhuollon **laitteiden ja tarvikkeiden turvallisuutta** niiden koko elinkaaren ajan. Laitteiden käyttäjinä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat keskeisiä toimijoita laiteturvallisuuden varmistamisessa muun muassa siksi, että heillä on mahdollisuus arvioida laitteiden ja tarvikkeiden toimivuutta monimuotoisissa arjen tilanteissa. Terveydenhuollossa käytettävän laitteen turvallisen käytön edellytys vaatii tarvittavan koulutuksen ja kokemuksen käyttäjältään. Organisaatiossa tulee riskien arvioinnin perusteella arvioida, mitkä käytössä olevat laitteet ja tarvikkeet hallitaan ammattitutkinnon perusteella ja mitkä laitteet tarvitsevat dokumentoidun laite- tai tarvikekoulutuksen. Seuranta-järjestelmä pitää sisällään laite- ja tarvikekoulutusta koskevat toimintaohjeet ja dokumentoidut koulutukset. (Valvira 2016.)

## 2.2 Potilasturvallisuuden edistäminen muuttuvassa terveydenhuollossa

Potilasturvallisuutta on pyritty kehittämään ja edistämään Suomessa suunnitelmallisesti vuodesta 2005 lähtien. Tuolloin STM:n asettama työryhmä laati valtakunnallisen oppaan lääkehoidosta julkisissa ja yksityisissä sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Vuosien 2006-2009 välillä Suomessa toteutettiin potilasturvallisuushanke, jonka loppuvaiheessa julkaistiin suomalainen potilasturvallisuusstrategia, jonka avulla ohjataan sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin sekä edistämään sen toteutumista. Tavoitteena on, että kaikki organisaatiot ja ammattihenkilöt edistävät potilasturvallisuutta kaikissa toiminnoissaan kaikilla tavoin ja ennaltaehkäisevät vaaratapahtumien syntymistä. (Helovuori ym. 2012.)

Kansainvälisesti potilasturvallisuustyötä on tehty pitkään muun muassa Yhdysvalloissa, Australiassa ja Iso-Britanniassa. WHO:n vuonna 2004 perustaman World Alliance for Patient Safety organisaation tavoitteena on luoda edellytykset maailmanlaajuiselle potilasturvallisuustyölle. Organisaatio tukee jäsenvaltioiden potilasturvallisuuskulttuurien kehittymistä, potilasturvallisuutta edistävien menetelmien käyttöönottoa sekä nostaa potilaat potilasturvallisuuden keskiöön. Potilasturvallisuutta edistävien, näyttöön perustuvien tietojen ja käytäntöjen jakaminen kaikille jäsenmaille sekä yhteisten määritelmien luominen helpottaa hyväksi havaittujen toimintojen käyttöönottoa. Organisaatio pyrkii myös tukemaan ja löytämään tutkimusta, joka paneutuu potilasturvallisuuden kannalta keskeisiin asioihin. (Helovuori ym. 2012.)

Potilasturvallisuuden kehittämisessä on sekä haasteita että mahdollisuuksia. Terveydenhuollon toimintaympäristössä ja palvelujärjestelmissä tapahtuu jatkuvasti erilaisia muutoksia, joilla on vaikutusta potilasturvallisuuteen. Esimerkkeinä muutoksista on sähköisten palvelujen ja sähköisen asiainnoin laajeneminen. Lisäksi terveydenhuollossa pyritään kehittämään työnjakoa, lisäämään avo- ja kotihoitoa ja vähentämään laitoshoitopaikkoja. Rajalliset henkilöstöresurssit, tehokkuusvaatimukset ja työntekijöiden vaihtuvuus lisäävät henkilöstön työpaineita. Valinnanvapauden lisääntyminen ja jatkuva kilpailuttaminen hajauttavat palvelutuotantoa. On syytä kiinnittää huomiota työntekijöiden ammattitaitoon ja osaamiseen

varmistamiseen työhön palkattaessa sekä organisaation omavalvontaankin liittyen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Potilasturvallisuutta edistetään yhteisesti sovituilla toimintatavoilla, riskien arvioinnilla sekä kiinnittämällä huomiota ehkäiseviin ja korvaaviin toimenpiteisiin sekä toiminnan jatkuvuuteen. Johdon sitoutuminen on tärkeässä roolissa potilasturvallisuutta parannettaessa. Sekä omasta että muiden toiminnasta on tärkeää ottaa oppia ja huolehtia toimivasta tiimityöskentelystä. Yksittäinen työntekijä on harvoin yksin vastuussa potilasturvallisuudesta, vaan osin vaaratilanteen taustalla on usein työyhteisössä tai järjestelmässä tapahtuva toiminnan häiriö tai voimavarojen puute. Potilasturvallisuutta uhkaavia, organisaatioon liittyviä tekijöitä ovat esim. kommunikaatio-ongelmat ja hoitohenkilöstön vähäinen määrä. On myös tärkeää antaa potilaalle ja omaiselle mahdollisuus osallistua hoitoon ja siihen liittyvään päätöksentekoon. (Kyngäs 2009, 3.) Potilasturvallisuuden kehittämisen on tärkeää varata riittävästi aikaa. Moniammatillinen ja eri yksiköiden välinen vuorovaikutus tukee kehittämistyön käynnistymistä ja eteenpäin viemistä. (Kanerva 2015, 82.)

Erikssonin (2012) mukaan hoitotyön tulee perustua mahdollisimman pitkälle tutkittuun tietoon. Tutkitun tiedon avulla voidaan edistää potilasturvallisuutta, sen vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Hoitotieteellinen tieto tukee hoitohenkilöstöä päätöksenteossa ja toiminnassa. Tutkittu tieto on tarpeellista myös terveystalouksien käyttäjille ja muille toimijoille. (Eriksson ym. 2012, 41-44.)

### **2.3 Potilasturvallisuus terveysalan koulutuksissa**

Suomalainen potilasturvallisuusstrategia linjaa, että potilasturvallisuus tulee sisällyttää sosiaali- ja terveysalan perus-, jatko- ja täydennyskoulutukseen sekä johtamiskoulutukseen. Potilasturvallisuusasioiden on oltava osa opiskelijoiden harjoitusjaksojen perehdytystä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Wong ym. (2010) mukaan, järjestelmällisellä potilasturvallisuuden koulutuksella on saatu aikaan oppijoiden tiedon lisääntymistä sekä asenteisiin liittyviä muutoksia. Opetus käsitteli pääasiassa yleisesti potilasturvallisuutta, juurianalyysin tekoa ja systeemiajattelua. Katsauksen mukaan opetukseen liittyviä ongelmakohtia

olivat opettavan ja kokemuksellisen opetuksen tasapainon löytyminen, aikataulutus sekä kokeneiden opettajien vähyys. Osallistujat olivat tuoneet esiin myös eroavaisuuksia koulutuksen sisällön ja opetussairaalan kulttuurin välillä. (Wong ym. 2010.)

Tellan (2015) tutkimuksen mukaan potilasturvallisuuden opetusta tulisi edistää yhteistyössä terveysalan koulutuksen ja käytännön työn kanssa. Tällöin eri organisaatioiden rakenteet ja kulttuuri mahdollistaisivat syvällisemmin potilasturvallisuuden järjestelmällisen kehittämisen. (Tella 2015.)

Helovuo ym. (2012) tuovat esiin, että potilasturvallisuusosaamista ei välttämättä ymmärretä samalla tavalla eri toimijoiden parissa, eikä ammattihenkilöiden peruskoulutuksessa nouse esiin inhimillisten tekijöiden, tiimityön ja vuorovaikutus-tekijöiden hallinta. Potilasturvallisuustietoisuuden ja -taitojen kehittäminen jää suurelta osin työnantajaorganisaation vastuulle. Toimintayksiköissä on erilaisia käytäntöjä potilasturvallisuuden hallintaa varten, jolloin myös työympäristöt ja niissä esiintyvät riskit vaihtelevat. Toimintakulttuuri vaikuttaa siihen, minkälaista osaamista työyhteisössä tulee kehittää. Potilasturvallisuuden hallintaan liittyy keskeisesti moniammatillinen yhteistyö ja tämän vuoksi on tärkeää järjestää potilasturvallisuuskoulutusta osana oman työyhteisön kehittämistä. Yhteinen keskustelu muokkaa toimintatapoja sekä asenteita. (Helovuo ym. 2012.)

#### **2.4 Potilasturvallisuus Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteissä**

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitos (Eksote) tuottaa julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut Etelä-Karjalan alueen yhdeksän kunnan noin 130 000 asukkaalle. Toimipisteitä alueella on noin sata ja ne ovat kaikkien eteläkarjalaisten käytössä, riippumatta kotikunnasta. Palveluvalikosta löytyy avoterveydenhuolto, suun terveydenhuolto, mielenterveys- ja päihdepalvelut, laboratorio- ja kuvantamispalvelut, lääkehuolto, kuntoutus, perhepalvelut, aikuisten sosiaalipalvelut ja vammaispalvelut sekä vanhustenpalvelut. Etelä-Karjalan keskussairaala vastaa alueen erikoissairaanhoidosta. (Eksote 2019.)

Eksoten laatu- ja potilasturvallisuusjärjestelmä noudattaa sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetusta (341/2011), joka käsittelee laadunhallinnasta ja potilasturvalli-

suuden täytäntöönpanosta laadittavaa suunnitelmaa. Eksoten toimintaa ohjaavana strategiana on vuosina 2014-2018 ollut "Toimintakykyisenä kotona", jota tukevat arvot; mutkaton vuorovaikutus, yhdessä asiakkaan kanssa, halu ottaa vastuuta ja rohkeus uudistua. (Eksoten strategia 2014-2018.) Toimintaa ohjaavat arvot tukevat sekä potilasturvallisuuden edistämistä, että potilaan osallisuuden lisäämistä omaan hoitoonsa.

### **3 Potilaan osuus potilasturvallisuuden edistämisessä**

Potilaalla tarkoitetaan terveys- ja sairaanhoitopalveluiden käyttäjää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä. Lain perusteella potilaalla on perusoikeus osallistua omaan hoitoonsa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Perinteisesti potilas on määritelty henkilöksi, johon kohdistuu hoitotoimenpiteitä lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta tai joka on hoidettavana hoitolaitoksessa. Terveystieteiden perinteessä potilas on tavallisesti passiivinen hoidon kohde. Sähköiset terveyspalvelut muuttavat potilaan roolia terveyspalveluiden aktiiviseksi etsijäksi ja aiempaa enemmän myös hoitoonsa osallistuvaksi toimijaksi. Perinteiset terveydenhuollon rooliasetelmat ja käytännöt ovat uudistumassa. Potilaan rooli voi laajentua myös kohti "asiantuntijapotilaan" roolia, jolloin hän on hyvin informoitu, aktiivinen ja osallistuva subjekti hoitotilanteessa. Lääkärin asiantuntijuuden rinnalle voi näin muodostua asiakaspalvelijan, kollegan ja sopimuskumppanin toimijuus. (Autio ym. 2012.)

Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian mukaan potilas ja hänen omaisensa kuuluvat keskeisesti mukaan hoitoprosessiin. Heillä on mahdollisuus osallistua hoidon turvallisuuden ja laadun varmistamiseen hoitohenkilöstön tukemina. Hoidon tulee perustua yhteisymmärrykseen ja hoidossa huomioidaan yksilölliset tarpeet ja toiveet. Potilaalle tulee antaa tietoa, kuinka hän voi omalta osaltaan varmistaa ja edistää hoidon laatua ja turvallisuutta. Luottamuksellisessa hoitosuhteessa potilaat tuovat esille hoidon turvallisuudessa tai laadussa havaitsemiaan puutteita ja kehittämistarpeita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Osallisuuden lähikäsitteitä ovat asiakaslähtöisyys, voimaantuminen, itsemääräämisoikeus, autonomia ja sosiaalinen yhteenliittyminen (Laitila 2010, 185). THL:n mukaan osallisuus nähdään eri yhteyksissä syrjäytymisen vastakohtana eikä

osallisuudelle ole vakiintunutta määritelmää. Osallisuuden kokemuksella on kuitenkin merkitys siihen, millaisen osuuden ihminen pystyy ottamaan käyttöönsä mahdollisesta toimintakyvystään. (THL 2018.)

Osallisuus ja asiakaslähtöisyys kuvaavat eri ilmiöitä, vaikka liittyvät toisiinsa. Asiakkaan osallisuus kuvaa asiakkaan kokemusta ja aitoa osallistumista, kun taas asiakaslähtöisyys on enemmän linkittynyt organisaation tai työntekijöiden toimintatapoihin. Osallisuutta voidaan nähdä tapahtuvan palveluiden järjestämisessä ja kehittämisessä sekä osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen. Vaikka osallisuus ”involvement” ja osallistuminen ”participation” käsitteitä käytetään joissakin yhteyksissä samaa tarkoittavina asioina, osallisuutta pidetään osallistumista laajempänä käsitteenä, jolloin palveluiden käyttäjillä on mahdollisuus vaikuttaa palveluprosessiin. (Laitila & Pietilä 2012.) Tässä opinnäytetyössä käytetään osallisuus ja osallistuminen käsitteitä rinnakkaiskäsitteinä.

### **3.1 Passiivisesta potilaasta aktiiviseksi osallistujaksi**

Vaismoradin ym. (2015) mukaan potilaan osallisuuden edistäminen potilasturvallisuudessa edellyttää potilaan huomioon ottamista. Potilaan päätöksentekoon ja osallisuuteen vaikuttavat heidän tietonsa ja aikaisemmat kokemukset sekä terveydentila. Pitkällä tähtäimellä on tärkeää varmistaa, että potilailla on riittävästi tarvittavaa tietoa osallistua päätöksentekoon. Samassa tutkimuksessa tuodaan esille myös tarve hoitohenkilöstön koulutukselle potilaiden osallistamiseen liittyen. Keskeisenä asiana on tukea potilaiden osallistumista potilasturvallisuuteen ja siihen liittyviin käytäntöihin muun muassa rohkaista potilaiden oikeutta ja jopa velvollisuutta tuoda esille haittavaikutuksia ja virheitä. (Vaismoradi ym. 2015.)

Vahdat ym. (2014) ovat tarkastelleet kirjallisuuskatsauksessaan potilaan osallistumista oman hoitonsa päätöksentekoon. Potilaalla tulee olla mahdollisuus ilmaista omat mielipiteensä ehdotetuista hoitomenetelmistä ja ammattilaisten antamasta tiedosta sekä hyväksyä hoitohenkilöstön ohjeet. Potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa terveysvaikutusten lisäämiseen ja palveluiden parantamiseen, jos hän osallistuu hoidon päätöksentekoon. Kirjallisuuskatsauksessa tuotiin myös

esiin, että potilaiden osallistumiseen vaikuttavat monenlaiset tekijät, kuten terveydenhuollon ammattihenkilöstön ja potilaan välinen vuorovaikutus, potilaan tiedon taso sekä riittävä ajankäyttö. Myös potilaisiin liittyvät tekijät, kuten fyysinen ja kognitiivinen kyky, uskomukset, arvot ja potilaiden aikaisemmat kokemukset terveyspalveluista ovat yhteydessä osallistumiseen. (Vahdat ym. 2014.)

Sahlströmin (2016) mukaan potilaiden osallistaminen omaan potilasturvallisuuteen on puutteellista kliinisessä käytännössä, ja siksi tarvitaan järjestelmällisiä toimia sellaisen turvallisuuskulttuurin luomiseksi, jossa potilaita pidetään tasa-puolisina kumppaneina korkealaatuisen ja turvallisen hoidon edistämiseksi. (Sahlström 2016,7.) Potilaan osallisuutta voidaan tukea asiakaslähtöisellä toiminnalla ja rakenteilla. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää riittävään resursointiin, asiakaslähtöisen toiminnan mahdollistavaan johtamiskulttuuriin sekä hoitohenkilöstön asenteiden muokkaamiseen. (Laitila 2010,185.)

### **3.2 Potilaan osallisuus asiantuntijan näkökulmasta**

Sahlström (2016) on tutkimuksessaan selvittänyt Suomen Potilasturvallisuusyhdistyksen asiantuntijaryhmän näkemyksiä potilaiden osallisuuden edistämiseen. Tutkimuksessa todettiin, ettei potilasosallisuus ole vielä lakien ja strategioiden vaatimalla tasolla. Tutkimus toi myös esiin, että potilaan osallisuutta ei pidä painottaa liian suureksi, jotta vältetään toisaalta riskit liian suurista henkisistä paineista ja vastuunkannosta potilaille. Kyky tehdä tietoisia päätöksiä potilaiden osallisuuden lisäämiseksi potilasturvallisuudessa edellyttää luotettavaa, vertailukelpoista ja julkisesti saatavilla olevaa tietoa, jota tällä hetkellä ei vielä ole tarjolla. Potilasturvallisuusasiantuntijat suosittelevat huomioimaan potilasturvallisuuskäytäntöjä eri terveydenhuollon toimintaympäristöissä. (Sahlström 2016.)

Potilasturvallisuusasiantuntijoiden mukaan terveydenhuollon ammattilaisten asenteet ovat ratkaisevan tärkeitä, jotta potilaat voivat osallistua tehokkaasti potilasturvallisuuden edistämiseen ja siksi heidän pitää ajatella potilaskeskeisemmin. Kokemus epäjohtonmukaisuudesta nousi myös esiin tilanteissa, joissa joudutaan käsittelemään potilaiden esiin tuomia vaikeita kysymyksiä. (Sahlström 2016, 4.) Potilasturvallisuusasiantuntijat mainitsivat



useita tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaiden osallistumiseen, kuten potilaiden persoonallisuus, motivaatio, kiinnostus osallistumiseen, luottamus terveydenhuollon ammattilaisiin ja asenne osallistumiseen yleisesti, ikä, puhuttu kieli, terveydentila, kognitiiviset kyvyt ja koulutus. Jossain määrin potilaan oma asennekin voi olla esteenä aktiiviselle osallistumiselle. (Sahlström 2016.)

Kysymällä potilailta palautetta heidän hoitokokemuksistaan voidaan lisätä sekä potilaiden osallisuutta että hoitohenkilöstön kykyä tukea sitä. Potilaiden osallistuminen voi tuottaa myös taloudellista hyötyä organisaatiolle sekä vaikuttaa myönteisesti hoidon tulokseen ja hoitojärjestelmien kehittämiseen. Potilaiden osallistuminen ei ole itsetarkoitus, vaan keino toteuttaa terveydenhuollon laadun parantamista. (The Patient Safety Company 2012,8-9.)

Potilaan omaan hoitoonsa osallistumisen hyötyjä on tutkittu monissa tutkimuksissa. Vahdat ym. (2014) nostavat kirjallisuuskatsauksessa esiin hyötyinä muun muassa lisääntyneen luottamuksen ja potilastyytyväisyyden, potilaiden paremman elämänlaadun kokemisen ja potilaan vaikutusmahdollisuuksien parantumisen. Potilaille voidaan tarjota parempia terveyspalveluita huomioimalla potilaiden esittämiä mielipiteitä. Potilaan osallistuminen terveydenhuollon päätöksentekoon nähdään potilaan inhimillisyyden ja yksilöllisyyden arvostamisena. Potilaan osallistumista pidetään potilaan laillisena oikeutena sekä keinona kehittää kansainvälisesti terveydenhuoltojärjestelmien laatua. Potilaiden tulee osallistua terveydenhuollon suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin liittyviin päätöksiin. Tutkimustulosten ja vastaavien tutkimusten mukaan päätöksentekoon osallistumisen tärkeyden korostaminen motivoi palveluntarjoajaa ja terveydenhuoltoa lisäämään potilaiden osallistumista päätöksentekoon entisestään. (Vahdat ym. 2014.)

#### **4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kehittämistehtävät**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia potilasturvallisuudesta sairaalahoidon ajalta ja laatia yhdessä osaston henkilöstön kanssa kehittämissuhteita potilasturvallisuuden eri osa-alueista. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa potilasturvallisuudesta potilaiden näkökulmasta ja kehittää potilasta osallistavia työtapoja ja toimintakulttuuria hoitohenkilöstön kanssa.

Kehittämistehtävät ovat seuraavat:

1. Selvittää kyselyn avulla potilaiden kokemuksia potilasturvallisuudesta ja heidän osallisuudestaan potilasturvallisuuden edistämisessä.
2. Hoitohenkilöstön osallistaminen potilasturvallisuutta osallistavien työtapojen kehittämisessä.

## **5 Opinnäytetyön toteutus**

Tämän opinnäytetyön kehittämistehtävänä on potilaskyselyn tulosten pohjalta nousseiden potilasturvallisuutta ja osallisuutta lisäävien toimenpiteiden kehittäminen kyselyyn osallistuneiden osastojen henkilöstön kanssa Potilasturvallisuuden kehittämisiltapäivässä marraskuussa 2019. Kehittämistyöhön tarvittava aineisto kerätään ja käsitellään sekä kvantitatiivisin, että kvalitatiivisin menetelmin. Potilasturvallisuuden kehittämisiltapäivä toteutetaan Learning Cafe- menetelmällä, jossa hoitajat saavat oman ammattitaitonsa kautta pohtia potilasturvallisuuden kehittämiseen liittyviä tekijöitä pienryhmissä.

Kyselytutkimus on tehokas ja tarkoituksenmukainen tiedonkeruumenetelmä, kun halutaan tutkia isompaa joukkoa samanaikaisesti. Kyselylomaketutkimuksessa vastaaja lukee itse kysymykset ja vastaa niihin kirjallisesti. Kyselytutkimuksen etuna on mahdollisuus pitää vastaaja anonymiksi. Kyselytutkimuksen riskinä on puolestaan vastausprosentin jääminen alhaiseksi, jolloin puhutaan tutkimusaineiston kadosta. (Vilkkä 2015, 94.) Hoitotieteessä tyypillinen kvantitatiivinen tutkimus on ns. survey-tutkimus eli standartoitu kysely, jolloin kaikilta vastaajilta kysytään samat asiat etukäteen laaditulla kyselylomakkeella (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009).

### **5.1 Opinnäytetyössä käytetty mittari**

Kysely toteutettiin aiemmin käytössä olleella Potilaan arviot potilasturvallisuudesta –mittarilla (PAPT). Mittarin on laatinut terveystieteen tohtori Merja Sahlström vuonna 2011 Itä-Suomen yliopistosta valmistuneeseen pro gradu työhönsä. PAPT-mittarissa on kahdeksan taustamuuttujakysymystä, 36 Likert-as-

teikkoista väittämää, 6 kyllä/ei-kysymystä sekä 2 avointa kysymystä. Taustamuuttujakysymykset ovat: hoitopaikka, sukupuoli, syntymävuosi, koulutustaso, ammattiryhmä, sairaalajakson pituus, sairaalahoidon syy sekä sairaalajaksojen lukumäärä viimeisen vuoden aikana. Väittämien vastausvaihtoehdot ovat 1= täysin eri mieltä, 2= jokseenkin eri mieltä, 3= jokseenkin samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä ja 5= en osaa sanoa.

Kyselylomakkeen väittämät on jaoteltu neljään osioon: kokemukset hoidon turvallisuudesta, laiteturvallisuudesta, lääkehoidon turvallisuudesta sekä potilaan kokemukset omasta osallistumisesta hoitoonsa. Lomakkeen lopussa vastaajilta kysytään myös arviota hoitopaikan potilasturvallisuuden tasosta. Vastausvaihtoehtoina on 1. erinomainen, 2. erittäin hyvä, 3. hyväksyttävä, 4. huono, 5. ei hyväksyttävä.

Lomakkeen lopussa kysytään, onko hoidossa mahdollisesti tapahtunut virheitä ja onko potilas ilmoittanut huomaamistaan virheistä kenellekään sekä kertoiko hoitava taho tapahtuneesta virheestä, pyydettiinkö virhettä anteeksi ja käsiteltiinkö tapahtunutta virhettä yhdessä potilaan kanssa. Lisäksi potilaalta kysytään, oliko potilas tehnyt sattuneesta virheestä vaaratapahtumailmoituksen. Vastausvaihtoehtoina ovat: kyllä, ei ja en tiedä mikä vaaratapahtumailmoitus on. Potilaille on lopussa mahdollisuus ilmaista omia näkemyksiään vastaamalla kahteen avoimeen kysymykseen: kuka tai keitä tapahtuman käsittelyssä oli läsnä ja mitä muuta haluaisitte sanoa potilasturvallisuudesta. (Sahlström 2011.)

## **5.2 Kyselyaineiston keruu**

Opinnäytetyön potilaskyselyn vastaajiksi valittiin Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin keskussairaalan osastoilla K2 (kirurginen vuodeosasto), K3 (ortopedian ja kirurgian vuodeosasto), K5 (sisä-, sydän- ja ihotautien vuodeosasto), sekä K6 (keuhko-, syöpä ja neurologisten sairauksien vuodeosasto) kyselyn toteuttamisajankohtana hoidossa olleet potilaat. Kohderyhmänä ovat osastot valittiin opinnäytetyön toimeksiantajan puolelta.

Kyselyn tavoitteeksi asetettiin 400 palautettua lomaketta. Osastojen palvelupäälliköiltä saatujen tietojen mukaan kotiutuvien potilaiden määrä vaihtelee 7-14 potilasta / osasto / vuorokausi. Vuodepaikkoja kohdeosastoilla on yhteensä noin 120.

Näiden lukumäärien pohjalta päädyttiin laittamaan kyselyn kestoksi yksi kuukausi, mutta mikäli lomakkeita palautuisi niukasti, voi kyselyä jatkaa pitemmälle.

Opinnäytetyöntekijät pitivät ennen potilaskyselyn alkua elokuussa 2019 kyselyyn osallistuvilla osastoilla puolen tunnin mittaiset infotilaisuudet, jossa käytiin läpi opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet. Hoitajille jaettiin toimintaohjeet kyselyn toteuttamiseen ja heillä oli myös mahdollisuus esittää kysymyksiä kyselyyn liittyen. Hoitohenkilöstölle oli laadittu saatekirje (Liite 1), jossa oli yksityiskohtaiset ohjeet kyselyyn liittyen sekä kriteerit tutkimukseen osallistujien valinnasta. Potilaskyselyyn osallistujien tuli täyttää seuraavat kriteerit: vähintään 18 vuoden ikä, vastaajan tulee olla suomenkielinen (kyselylomake on suomenkielinen) ja terveydentilan tulee olla sellainen, että vastaaja kykenee itse täyttämään kyselylomakkeen. Potilaan omainen voi tarvittaessa auttaa ja kyselyn täyttäjän tulee kotiutua omaan kotiinsa. Potilaskysely aloitettiin kaikilla neljällä osastolla yhtä aikaa 18.8.2019.

Osastoille toimitettiin yhteensä 400 kyselylomaketta saatekirjeineen ja palautuskuorineen. Lomakkeita jaettiin 100 kpl/osasto. Jokaiselle osastolle toimitettiin lukittava palautuslaatikko lomakkeita varten. Palautuslaatikoiden yhteyteen laitettiin yleisesti nähtäväksi potilaskyselyn tietosuojailmoitus ja rekisteriseloste, josta löytyi myös opinnäytetyöntekijöiden sekä työelämäohjaajan yhteystiedot.

Jokainen osasto teki omien toimintatapojensa pohjalta suunnitelman, miten lomakkeet jaetaan kotiutuville potilaille. Kotiuttavan hoitajan tai vuoron vastuuhoitajan tehtäväksi jäi kertoa potilaalle vapaaehtoisesta mahdollisuudesta osallistua kyselyyn. Potilaalle annettiin lomake, siihen kuuluva saatekirje sekä palautuskuori. Kun potilas täytti lomakkeen, hän laittoi sen kuoreen ja palautti lukittuun palautuslaatikkoon. Tutkittavien anonymiteetin suojaamiseksi opinnäytetyöntekijät eivät olleet yhteydessä potilaisiin missään vaiheessa tutkimusta. Opinnäytetyöntekijät kävivät kahdesti viikossa hakemassa palautetut lomakkeet osastoilta. Käynnillä keskusteltiin vuorossa olleiden hoitajien kanssa kyselyn sujumisesta. Hoitajilla oli samalla mahdollisuus kysyä tarkennuksia potilaskyselyyn liittyen. Säännöllisillä käynneillä pyrittiin lisäämään tutkimuksen luotettavuutta ja hoitajien motivaatiota ja positiivista suhtautumista kyselyn toteuttamiseen.

Noudettaessa kirjekuoria osastoilta, jokaiseen kuoreen kirjoitettiin osaston numero. Kun kuoret avattiin, lomakkeen vasempaan ylänurkkaan laitettiin osaston numero. Palautetut lomakkeet säilytettiin lukitussa kaapissa. Osastojen palveluesimiehille ja tiimivastaaville lähetettiin potilaskyselyn aikana kolme kertaa sähköpostitse tietoa kyselyn etenemisestä sekä palautuneiden lomakkeiden lukumääristä. Heitä kannustettiin ja kiitettiin hyvästä työstä, jota he olivat tehneet kyselyn toteuttamiseksi omissa yksiköissään.

Lomakkeita palautui osastoilta K2 ja K3 tiiviiseen tahtiin. Näillä osastoilla kysely kesti neljä viikkoa. Osastoilta K5 ja K6 vastauksia tuli hitaammassa tahdissa, joten kyselyä jatkettiin viiteen viikkoon.

Otoksen koko on yksi keskeinen tekijä määrällisessä tutkimuksessa, koska siitä riippuu muun muassa tulosten yleistettävyyden. (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2009). Mitä tarkemmin otoksen avulla saatujen tulosten halutaan vastaavan perusjoukon lukuja, sitä paremmin otos vastaa perusjoukkoa (Hirsjärvi ym. 2009). Perusjoukon ominaisuuksia tulee väistämättä enemmän suureen otokseen kuin pieneen. Otokskokoon vaikuttaa myös se, että vastausprosentti voi jäädä alhaiseksi ja lomakkeissa voi olla puuttuvia tietoja. (Vilka 2007.)

### **5.3 Aineiston analyysi**

Määrällisessä tutkimuksessa on kolme aineistonkäsittelyn vaihetta: aineiston tarkistaminen, tietojen syöttäminen ja tallentaminen tietokoneelle. Saatua tietoa tulee saattaa tietokantaan sellaiseen muotoon, että sitä voidaan käsitellä numeraalisesti tilasto- tai taulukko-ohjelmia käyttäen. (Vilka 2007, 105-106.) Aineistosta tarkistetaan mahdolliset selkeät virheellisuudet ja puuttuvat tiedot, sekä päätetään, joudutaanko joitakin vastauslomakkeita tai -osioita hylkäämään. Aineistoa voidaan kuitenkin täydentää esimerkiksi jatkamalla kyselyn keruuaikaa tai uusintakyselyllä. Tämän jälkeen aineisto järjestetään tiedon tallennusta ja analyysia varten. (Hirsjärvi ym. 2009, 221-222.) Aineiston tarkastamisella voidaan parantaa aineiston laatua ja tutkimustulosten tarkkuutta sekä vähentää aineistossa olevia virheitä (Vilka 2007, 117).

Opinnäytetyön kyselyaineiston tilastollinen analyysi tehtiin IBM SPSS-for Windows 25 ohjelmalla. Ensimmäiseksi kyselylomakkeet numeroitiin ja sen jälkeen

lomakkeilla oleva aineisto tallennettiin SPSS-ohjelmaan. Analysointi aloitettiin tarkistamalla saatu aineisto muun muassa puuttuvien tietojen osalta sekä tarkistettiin muuttujien saamien arvojen vaihteluväli. Tämän jälkeen laskettiin muuttujien frekvenssit ja prosenttiosuudet. Palautuneiden kyselylomakkeiden määrää verrattiin perusjoukon kokoon ja sen jälkeen tarkistettiin, miten kattavasti kyselylomakkeisiin oli vastattu. Tämän jälkeen saatiin selville vastaajien prosenttiosuus eli toteutunut otos suhteessa perusjoukkoon.

Asenteita mitataan usein Rensis Likertin (1932) kehittämällä asteikolla, joka järjestää vastaajat "samanmielisyyden" mukaan. Likert-asteikon vastausvaihtoehdot ovat 'täysin samaa mieltä', 'jokseenkin samaa mieltä', 'jokseenkin eri mieltä', 'täysin erimieltä'. Vastausvaihtoehtoihin voidaan lisätä vaihtoehtoja, jolloin asteikko voi olla esimerkiksi seuraavanlainen: 'täysin samaa mieltä', 'jokseenkin samaa mieltä', 'ei samaa eikä eri mieltä', 'jokseenkin eri mieltä', 'en osaa sanoa', 'en halua sanoa'. Analysointivaiheessa 'en osaa sanoa (eos)' ja 'en halua sanoa' vaihtoehdot voidaan määrittellä puuttuvaksi tiedoiksi. (KvantiMotv 2019.)

Kyselylomakkeessa oli 36 Likert asteikollista väittämää. Analysointivaiheessa opinnäytetyöntekijät määrittelivät "en osaa sanoa" vaihtoehdon puuttuvaksi tiedoksi, eli Likert asteikko muutettiin 4-portaiseksi. Tuloksia esitettäessä yhdistettiin täysin eri mieltä ja jokseenkin eri mieltä luokaksi "eri mieltä" ja täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä luokaksi "samaa mieltä" Opinnäytetyöntekijät nostivat tuloksista opinnäytetyön tarkoitukseen ja tavoitteisiin liittyen kysymyksiä, jotka vastausten perusteella tarvitsevat kehittämistoimenpiteitä. Näitä olivat lääketurvallisuus, hoidossa tapahtuneet virheet ja niiden käsittely sekä potilaan osallisuuden liittyvät kysymykset.

Taustamuuttujien osalta kuvattiin vastausten määriä ja prosenttiosuuksia frekvenssijakauman avulla. Kahden muuttujan välistä yhteyttä tarkastellessa on ensin varmistettava, että muuttujien välisen yhteyden selvittäminen on mielekästä ja että käytetyn menetelmän edellytykset ovat voimassa. Taustamuuttujien ja potilasturvallisuutta koskevien mielipideväittämien välistä tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin Kruskall-Wallis testin sekä Mann-Whitney U-testin avulla. Näitä ei-parametrisiä testejä voidaan käyttää kahden tai useamman riippumattoman ryhmän vertailuun silloin, kun muuttuja ei noudata normaalijakaumaa. (Heikkilä

2014.) Tämä testaustapa valittiin, koska kyselyssä käytettiin säännönmukaisesti järjestystason asteikkoa eikä aineisto noudattanut normaalijakaumaa. Ammattiryhmät luokiteltiin uudestaan kolmeen ryhmään seuraavasti. Toimihenkilöt ja yrittäjät, työntekijät sekä eläkeläiset ja ei-työelämässä olevat.

Kyselylomakkeen avoimien kysymysten vastaukset käsiteltiin laadullisella sisällönanalyysillä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä luokitellaan sanoja niiden teoreettisen merkityksen mukaan ja kategoriat johdetaan aineistosta. Aineiston analyysi etenee vaiheittain pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan siten, että päästään tutkittavan ilmiön käsitteelliseen kuvaukseen. (Kylmä & Juvakka 2009.) Avoimissa kysymyksissä vastaaja saa mahdollisuuden tuoda esiin omia ajatuksiaan ja nostaa arvioitavaksi näkökulmia, joita tutkija ei ole osannut odottaa (Hirsjärvi 2009 ym.199-201).

Avoimien kysymysten vastaukset olivat rakentuneet muutaman sanan lauseista tai yksittäisistä sanoista. Muutama pidempi kirjoitelma vastauksista löytyi. Kaikki avoimet vastaukset kirjattiin sanasta sanaan word-pohjaiseen taulukkoon. Vastaukset käytiin tarkasti ja yksityiskohtaisesti läpi. Tämän jälkeen jokaisesta vastauksesta tehtiin pelkistetty ilmaus. Vastaukset ryhmiteltiin asiasisällöltään samanlaisiin alaluokkiin värikoodien avulla. Kolmannessa vaiheessa saman sisältöiset asiat yhdistettiin omiin yläluokkiin, jotka nimettiin asiasisällön mukaan. Yläluokkien sisältö vastasi kehittämistehtävään. Yläluokkia muodostui yhteensä kaksi ja molemmille yläluokille muodostui kolme alaluokkaa.

## **5.5 Potilasturvallisuuden kehittämisiltapäivä**

Opinnäytetyön kehittämistehtävänä oli potilaskyselyn tulosten pohjalta nousseiden potilasturvallisuutta ja osallisuutta estävien asioiden kehittäminen kyselyyn osallistuneiden osastojen henkilöstön kanssa.

Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan ensisijainen tavoite on konkreettisen asian tai toiminnan kehittäminen. Kehittämistoiminta on rajattua, suunnitelmallista ja vaiheistettua. Kehittämistoiminnassa voidaan käyttää tutkimuksellisia menetelmiä ja tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää myöhemmin kehittämistyössä. (Salonen ym. 2017, 34-35.) Ojasalon (2014) mukaan tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmät tukevat työelämästä nousseiden ongelmien ratkaisua, luovat uutta

tietoa ja uudistavat käytänteitä työelämän tarpeisiin. Käytännön kokemuksista ja teoriasta kerätään tietoa kehittämisen tueksi erilaisten menetelmien avulla. Kehittämistyössä on osallistujien aktiivinen vuorovaikutus merkittävässä roolissa (Ojasalo ym. 2014, 18.)

Opinnäytetyön kehittämistyön osuus toteutettiin järjestämällä potilasturvallisuuden kehittämisiltapäivä potilaskyselyyn osallistuneiden osastojen henkilöstölle marraskuussa 2019. Kehittämisiltapäivään osallistui osastoilta 22 henkilöä, jotka olivat palveluesimiehiä, tiimivastaavia sekä hoitohenkilöstöä. Esimiestason mukana oleminen nähtiin tärkeäksi, jotta kehittämisen vaikuttavuus ja käytäntöön vieminen tehostuisivat. Osastoille laitettiin hyvissä ajoin sähköpostitse kutsu kehittämisiltapäivään (Liite 2), jotta aikaisella työvuorosuunnitelulla pystyttiin vaikuttamaan mahdollisimman hyvään osallistujamäärään.

Kehittämisiltapäivän aluksi käytiin nopea esittelykierros avoimen ja rennon ilmapiiirin edistämiseksi. Osallistujille kerrottiin osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja heitä pyydettiin tilaisuuden alussa allekirjoittamaan suostumuslomake (Liite 3), jossa henkilö ilmoittaa olevansa vapaaehtoisesti mukana kehittämisiltapäivässä. Iltapäivän ohjelmarunko ja aikataulu esiteltiin osallistujille. Potilaskyselyn tuloksia käytiin läpi powerpoint-esityksen avulla ja osallistujilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä tuloksiin liittyen.

Kehittämistyön menetelmänä käytettiin oppimiskahvila eli Learning cafe menetelmää, jonka keskiössä on avoin keskusteleminen aiheesta. Osallistujat kertovat näkemyksistään, perustelevat niitä ja etsivät ryhmän yhteistä näkemystä aiheesta. Menetelmänä oppimiskahvila soveltuu yli 12 osallistujan ryhmille. Osallistuva ryhmä jaetaan pienempiin, 4-6 ihmisen ryhmiin. Ryhmätyöt tehdään ns. kahvilapöydissä, joihin laitetaan käsiteltävä aihe esille kysymysmuodossa. Jokaisessa pöydässä toimii puheenjohtaja, jonka tehtävänä on keskustelun ylläpitäminen ja asioiden kirjaaminen ylös paperille. Kirjaukset voivat olla tekstiä, piirroksia, tai kuvia. Jokaisen kysymyksen äärellä keskustellaan noin 10-20 minuuttia, jonka jälkeen siirrytään seuraavaan aiheeseen ja pöytään. Aikataulussa pysymisestä on tärkeä huolehtia. Puheenjohtaja tekee yhteenvedon uudelle keskusteluryhmälle, joka jatkaa pohdintaa edellisen ryhmän tuotoksien pohjalta. Jokainen



ryhmä käy kaikissa pöydissä. Maksimiaika kokonaistyöskentelylle on 1,5h. Lopuksi pöytien puheenjohtajat esittävät keskusteluista ja kirjauksista yhteenvedon osallistujille ja tuloksia tarkastellaan yhdessä keskustellen. (Esseepankki 2016.)

Osallistujille kerrottiin oppimiskahvila-menetelmän kulku ja heidät jaettiin neljään pienryhmään ottamalla luku neljään, jotta ryhmistä saatiin sekamuotoiset. Tarkoituksena oli sekoittaa neljän eri osaston henkilöstöä jokaiseen pienryhmään, jolloin saatiin eri osastojen ja erikoisalojen ammattilaisten näkökulmia ryhmäkeskusteluun. Oppimiskahvilan kehittämisaiheet sijoitettiin kysymysmuodossa neljään pöytään, joissa jokainen pienryhmä kävi työskentelemässä 10 minuutin ajan. Ryhmiä ohjattiin ajattelemaan laajasti ja kirjaamaan aiheesta syntyneet ideat pöydillä oleviin papereihin. Ryhmien kierrettyä kaikki pöydät, pöytien puheenjohtajat esittivät yhteenvedon kerätyistä kehittämisajatuksista. Yhteenvetotilanteessa virisi hyvää yhteistä pohdintaa ja muutamia uusia kehittämisideoita. Kehittämisiltapäivän ryhmien tuottamista kehittämisajatuksista tehtiin yhteenveto, joka lähetettiin osallistuneiden osastojen palvelupäällikölle ja esimiehille, jotta kehittämisideoita voidaan viedä käytännöntasolle osastoympäristöön.

## **6 Tulokset**

Kyselylomakkeita palautui 263 kpl, joista 5 jouduttiin jättämään aineiston ulkopuolelle. Hylätyistä lomakkeista kokonaan tyhjinä palautettiin kaksi lomaketta. Yhdessä lomakkeessa pyydettiin kyselylomakkeen sijaan mieluummin keskustelua potilasturvallisuudesta, yhdessä lomakkeessa oli ainoastaan vastattu taustamuuttujakysymyksiin ja yhdessä lomakkeessa oli ympyröity pelkästään kysymysten numeroita. Otoksen lopullinen koko oli N = 258. Koko kyselyn vastausprosentti oli 65,8 %. Tulosten esityksessä on yhdistetty ”täysin samaa mieltä”- ja jokseenkin samaa mieltä”- asteikoille samaa mieltä ja ”täysin eri mieltä ja jokseenkin eri mieltä” asteikolle eri mieltä (Taulukot 2-4; 6-7; 9).

### **6.1 Vastaajien taustatiedot**

PAPT-kyselylomakkeessa oli seuraavat taustatietokysymykset: hoitopaikka, sukupuoli, syntymävuosi, koulutus, ammattiryhmä sekä kysymykset, montako päi-

vää olitte sairaalassa viimeisimmällä hoitajaksolla sekä minkä syyn vuoksi henkilö oli hoidossa. Potilaskyselyyn vastanneista naisia oli 128 ja miehiä 127. Potilaskyselyyn vastanneiden keski-ikä oli 63 vuotta. Nuorin vastaajista oli 18-vuotias ja vanhin vastaaja 89-vuotias. Lähes puolet kyselyyn osallistuneista oli yli 65-vuotiaita. Taulukossa 1 esitetään taustatiedot.

Kyselyyn vastanneet N=258	Vastaajien määrä (n)	%-osuus
<b>Sukupuoli</b>		
Nainen	128	50 %
Mies	127	49 %
<b>Ikä</b>		
18-55- vuotiaat	43	17 %
56-64- vuotiaat	70	27 %
65-75-vuotiaat	87	34 %
76-90- vuotiaat	37	14 %
<b>Koulutustaso</b>		
Perus/kansakoulu	87	34 %
Keskiasteen koulutus	112	43 %
Korkeakouluaste	56	22 %
<b>Ammattiryhmät</b>		
Johtava-asema/toimihenkilö	39	15 %
Työntekijä	55	21 %
Yrittäjä	14	5 %
Eläkeläinen	135	52 %
Ei työelämässä	14	5 %

Taulukko 1.Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn osallistuneista noin kolmasosa oli perus- ja kansakoulun käyneitä, keskiasteen koulutuksen omaavia oli vajaa puolet ja korkeakouluasteen koulutus oli viidesosalla vastaajista. Kysymykseen koulutustaustasta jätti vastaamatta 3 %. Vastaajien ammattiryhmiä tarkasteltaessa ilmeni, että eläkeläisiä oli vastaajista yli puolet. Johtavassa asemassa tai toimihenkilönä sekä yrittäjänä toimivia oli viidesosa vastaajista. Työntekijänä toimi viidesosa ja loput vastaajista kertoivat olevansa poissa työelämästä. Viimeisen vuoden aikana potilaat ilmoittivat olleensa hoitajaksilla 0-15 kertaa. Hoitajaksot sairaalassa olivat olleet kestoiltaan vuorokaudesta 25 vuorokautteen. Vastaajien ilmoittamat hoitopäivät sairaalassa olivat yhteensä 245 vuorokautta.

## 6.2 Potilasturvallisuuden taso ja hoidon turvallisuus

Potilaille oli mahdollisuus arvioida hoitopaikan potilasturvallisuuden tasoa hoitojakson ajalta. Vastaajista 82 % piti hoitopaikan potilasturvallisuuden tasoa erinomaisena tai erittäin hyvänä. Hyväksyttävänä potilasturvallisuuden tasoa piti vastaajista 17 % ja huonona 1 %. Kysymykseen potilasturvallisuuden tasosta vastasi 240 henkilöä.

Potilailta kysyttiin hoidon turvallisuuteen liittyvistä kokemuksista hoitojakson ajalta neljällä kysymyksellä (Taulukko 2).

Hoidon turvallisuus	lukumäärä (n)	samaa mieltä	eri mieltä
Koin, että hoitava henkilöstö teki parhaansa turvatakseen hoitoni turvallisuuden	236	98 %	2 %
Sain tietää erilaisista hoitovaihtoehdoista hoidossa ollessani	202	87 %	13 %
Minulle kerrottiin riskeistä, joita hoitoni liittyi	213	83 %	17 %
Koin oloni turvalliseksi hoidossa ollessani	236	97 %	3 %

Taulukko 2. Potilaiden kokemuksia hoidon turvallisuudesta

Enemmistö potilaista koki, että hoitohenkilöstö teki parhaansa turvatakseen heidän hoitonsa turvallisuuden hoitojakson aikana. Tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista kertoi saaneensa suurin osa vastaajista, mutta yksi kymmenestä potilaasta koki, että he eivät olleet saaneet tietoa hoitovaihtoehdoista. Suurin osa potilaista koki, että heille kerrottiin riskeistä, joita heidän hoitoonsa liittyi. Tähän kysymykseen vastanneista potilaista lähes viidesosa oli kuitenkin sitä mieltä, että heille ei kerrottu hoitoon liittyvistä riskeistä. Olonsa turvalliseksi hoidossa ollessaan koki kuitenkin enemmistö potilaista.

## 6.3 Laiteturvallisuus

Potilaiden kokemuksia laiteturvallisuuteen liittyen kartoitettiin kolmella kysymyksellä, jotka esitetään taulukossa 3.

Laiteturvallisuus	lukumäärä (n)	samaa mieltä	eri mieltä
Hoitava henkilöstö kertoi minulle hoidossani käytettävistä laitteista ja niiden toiminnasta	209	87 %	13 %
Hoitava henkilöstö kertoi, miten minun tulee toimia, jos käytössäni oleva laite hälyttää	192	81 %	19 %
Mielestäni hoitava henkilökunta osasi käyttää laitteita oikein ja turvallisesti	222	97 %	3 %

Taulukko 3. Potilaiden kokemuksia laiteturvallisuudesta

Potilaista suurin osa oli sitä mieltä, että hoitava henkilöstö kertoi hoidossa käytävistä laitteista ja niiden toiminnasta. Neljä viidestä potilaasta vastasi, että heille kerrottiin, miten tulee toimia, jos hoidossa käytetty laite alkaa hälyttämään. Viidesosa potilaista oli kokenut jääneensä ilman toimintaohjetta, jos laite alkaa hälyttää. Potilaat arvioivat hoitavan henkilöstön osaamista hoidossa käytettävien laitteiden osalta. Enemmistö potilaista ilmoitti, että heidän mielestään hoitava henkilöstö osasi käyttää laitteita oikein ja turvallisesti, vastaajista ainoastaan pieni osa oli asiasta eri mieltä.

#### 6.4 Lääketurvallisuus

Lääketurvallisuuteen liittyviä kokemuksia tiedusteltiin potilailta kahdentoista kysymyksen avulla (Taulukko 4).

Lääketurvallisuus	lukumäärä (n)	samaa mieltä	eri mieltä
Hoidossa ollessani kipuani hoidettiin hyvin	227	97 %	3 %
Kotiutuessani olin täysin tietoinen lääkityksestäni	213	97 %	3 %
Kotiutuessani minulle annettiin mukaan ajantasainen lääkekortti	141	78 %	22 %
Minulle annettiin sairaalassa suullista tietoa uusista lääkkeistäni	185	84 %	16 %
Minulle annettiin sairaalassa kirjallista tietoa uusista lääkkeistä	167	61 %	39 %
Minulle kerrottiin sairaalassa, miten minun tulee käyttää lääkkeitäni	187	83 %	17 %
Minulle kerrottiin sairaalassa, millaisia sivuvaikutuksia käyttämilläni lääkkeillä on	183	58 %	42 %
Sairaalassa minulle kerrottiin, miksi minulle aloitettiin uusi lääke	178	80 %	20 %
Sairaalassa ollessani otin kaikki minulle annettavat lääkkeet kyselemättä, mitä ne olivat	217	69 %	31 %
Luotin, että sairaalassa ollessani minulle annettiin aina oikeat lääkkeet	216	95 %	5 %
Kyselin lääkityksestäni sairaalassa ollessa	193	87 %	13 %
Minusta tuntui helpolta kysellä lääkityksestäni hoitajilta ja lääkäreiltä	199	92 %	8 %

Taulukko 4. Potilaiden kokemuksia lääketurvallisuudesta

Suurin osa potilaista koki, että heidän kipuaan hoidettiin hoitojakson aikana hyvin. Potilaista enemmistö ilmoitti olevansa tietoisia lääkityksestään kotiutuessaan. Suullista tietoa uusista lääkkeistä kertoi saaneensa suurin osa vastanneista, kun taas reilu kymmenesosa koki olevansa asiasta eri mieltä. Kirjallista tietoa uusista lääkkeistä oli saanut 70 % vastanneista.

Suurin osa potilaista koki saaneensa ohjausta lääkkeiden käytöstä, kun liki viidennes koki jääneensä ilman ohjausta. Lääkkeiden sivuvaikutuksista kerrottiin yli puolelle potilaista ja vajaa puolet vastanneista oli eri mieltä asiasta. Neljä viidestä potilaasta oli saanut perustelut sille, miksi uusi lääke oli aloitettu. Annetut lääkkeet oli kyselemättä ottanut kaksi kolmasosaa vastaajista, kun taas kolmasosa potilaista oli kyseenalaistanut lääkkeenoton. Suurin osa potilaista kuitenkin luotti

siihen, että sai aina oikeat lääkkeet. Kysymyksiä omasta lääkityksestään esitti enemmistö potilaista. Lääkityksestään kysymisen suurin osa koki helpoksi.

Potilaan kokemuksia lääkehoidon turvallisuudesta tarkasteltiin vertaamalla muuttujien keskiarvoja eri ikä-, koulutus- ja ammattiryhmissä sekä sukupuolten välillä. Tilastollinen tarkastelu tehtiin käyttämällä Kruskal-Wallis ja Mann-Whitney U-testiä. Muuttujista valittiin tarkempaan tarkasteluun kysymykset kivunhoidosta, kirjallisen tiedon saamiseen lääkityksestä, lääkkeiden sivuvaikutuksista kertomisen sekä miten potilaat kyselivät lääkityksestään sairaalassa ollessaan.

Vastaajat olivat jokseenkin samaa mieltä siitä, miten heidän kipuaan hoidettiin, miten heille kerrottiin lääkkeiden sivuvaikutuksista ja kuinka helpoksi he kokivat lääkityksestään kysymisen sairaalassa ollessaan. Vastaajien välillä ei näyttänyt olevan eroa sukupuolen, iän, koulutuksen ja ammattiryhmän suhteen näissä kysymyksissä. Vastaajat olivat jokseenkin samaa mieltä myös siitä, miten he saivat kirjallista tietoa lääkityksestään, mutta korkeakouluasteen ( $p=0,03$ ) käyneet sekä yrittäjät ja toimihenkilöt ( $p= 0,01$ ) olivat keskimäärin useammin eri mieltä kirjallisen tiedon saamisesta, kuin vastaajat muista ammattiryhmistä ja koulutusasteilta. (Taulukko 5.)

Taustamuuttujat	Kipuani hoidettiin hyvin			Sain kirjallista tietoa lääkityksestäni			Minulle kerrottiin lääkkeiden sivuvaikutuksista			Kyselin lääkityksestäni sairaalassa ollessa		
	(n)	ka	p	(n)	ka	p	(n)	ka	p	(n)	ka	p
<b>Sukupuoli</b>			0,58			0,17			0,50			0,65
Nainen	113	3,75		75	2,91		83	2,64		91	3,44	
Mies	114	3,80		92	2,70		100	2,71		102	3,38	
<b>Luokiteltu ikä</b>			0,38			0,31			0,20			0,22
18-50 vuotta	41	3,71		31	2,55		36	2,39		40	3,18	
51-65 vuotta	67	3,79		49	2,71		53	2,74		59	3,59	
66-75 vuotta	79	3,77		64	2,89		65	2,89		66	3,44	
76-90 vuotta	26	3,92		15	3,13		18	2,61		21	3,48	
<b>Luokiteltu koulutus</b>			0,77			0,03			0,33			0,74
perus/kansakoulu	75	3,81		51	2,92		53	2,81		52	3,42	
keskiasteenkoulutus	99	3,78		75	2,92		83	2,73		92	3,42	
korkeakouluaste	53	3,74		40	2,37		46	2,50		50	3,38	
<b>Luokiteltu ammattiryhmä</b>			0,40			0,01			0,18			0,34
Toimihenkilöt ja yrittäjät	44	3,75		35	2,23		41	2,44		40	3,18	
Työntekijät	54	3,67		43	2,93		46	2,70		44	3,61	
Eläkeläiset/ei työelämässä olevat	130	3,83		90	2,93		97	2,81		111	3,42	

Taulukko 5. Taustamuuttujat ja lääketurvallisuuteen liittyviä väittämiä (Vastausvaihtoehdot olivat kunkin kysymyksen kohdalla seuraavat: täysin eri mieltä= 1, jokseenkin eri mieltä = 2, jokseenkin samaa mieltä = 3, täysin samaa mieltä = 4)

## 6.5 Osallistuminen omaan hoitoon

Potilaiden kokemuksia omaan hoitoonsa osallistumisesta kartoitettiin 17 kysymyksellä. Tässä luvussa esitetään tuloksia potilaiden osallistumisesta, kommunikation onnistumisesta ja hoitovirheen tunnistamisesta. Vastauksista ilmenee, että suurin osa potilaista koki hoitavan henkilöstön antavan heidän osallistua omaan hoitoonsa sekä kannusti osallistumaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Lääkäreiden ja hoitajien koettiin olevan yhtä kannustavia tukemaan potilaan osallistumista päätöksentekoon. Potilaista suuri osa koki saaneensa tietoa, kuinka he voivat omalla toiminnallaan parantaa hoidon turvallisuutta. Kuitenkin kolmasosa vastaajista koki jääneensä ilman tätä tietoa. Omaan hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon kertoi osallistuneensa kolme neljäsosaa vastaajista, kun neljäsosa vastaajista taas koki, että ei osallistunut omaan hoitonsa päätöksentekoon. Taulukossa 6 esitetään yhteenveto osallistumisen kokemuksista.

Potilaan kokemuksia osallistumisesta omaan hoitoonsa	lukumäärä (n)	samaa mieltä	eri mieltä
Hoitava henkilöstä antoi minun osallistua omaan hoitooni	191	89 %	11 %
Osallistuin omaa hoitoani koskevaan päätöksentekoon	202	74 %	26 %
Hoitajat kannustivat minua osallistumaan hoitoani koskevaan päätöksentekoon	188	71 %	29 %
Lääkärit kannustivat minua osallistumaan hoitoani koskevaan päätöksentekoon	186	73 %	27 %
Minulle kerrottiin, miten voin omalla toiminnallani parantaa turvallisuutta	192	73 %	27 %

Taulukko 6. Potilaan kokemuksia osallistumisesta omaan hoitoonsa

Vastauksista nousee esiin, että suurin osa potilaista koki hoitavalla henkilökunnalla olevan aikaa keskustella heidän hoitoonsa liittyvistä asioista. Potilaista enemmistön mielestä sekä hoitajat että lääkärit puhuivat heille ymmärrettävällä tavalla. Suurin osa koki hoitohenkilöstön rohkaisevan kysymään epäselvistä asioista. Enemmistö potilaista koki saaneensa aina tarvitsemaansa tietoa hoitohenkilöstöltä. Taulukossa 7 esitetään yhteenveto tuloksista.

Potilaan kokemuksia hoitoon liittyvästä kommunikaatiosta	lukumäärä (n)	samaa mieltä	eri mieltä
Hoitavalla henkilöstöllä oli tarpeeksi aikaa keskustella kanssani hoidosta	223	86 %	14 %
Hoitajat puhuivat minulle ymmärrettävällä tavalla	228	96 %	4 %
Lääkärit puhuivat minulle ymmärrettävällä tavalla	225	93 %	7 %
Hoitava henkilöstö rohkaisi minua kyselemään epäselvistä asioista	220	85 %	15 %
Sain hoitavalta henkilöstöltä aina tarvitsemani tietoa	226	92 %	8 %

Taulukko 7. Potilaan kokemuksia hoitoon liittyvästä kommunikaatiosta

Potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa tarkasteltiin vertaamalla vastemuuttujien arvoja eri ikä-, koulutus- ja ammattiryhmissä sekä sukupuolten välillä. Tilastollinen tarkastelu tehtiin käyttämällä Kruskal-Wallis ja Mann-Whitney U-testiä.



Väittämistä tarkasteltiin tarkemmin kysymyksiä, antoiko hoitava henkilöstö potilaan osallistua omaan hoitoonsa ja kannustivatko hoitajat osallistumaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon sekä kerrottiinko potilaalle, kuinka tulee toimia, jos havaitsee hoidossaan virheen tai on joutunut läheltä piti -tilanteeseen. Lisäksi haluttiin selvittää, onko taustamuuttujilla yhteyttä, miten potilaat kokevat olevansa hoidon turvallisuudesta sekä miten he noudattavat sairaalassa saatavia ohjeita.

Vastaajat olivat jokseenkin samaa mieltä siitä, miten he saivat osallistua hoitoonsa, miten hoitajat kannustivat heitä osallistumaan oman hoitonsa päätöksentekoon ja miten he noudattivat sairaalassa saamia ohjeita. Vaikka sukupuoli näytti erottelevan käsitykset näissä kysymyksissä, niin vastausten keskiarvot jakaantuivat jokseenkin tai täysin samaa mieltä vaihtoehdoille. Naiset kokivat hoitohenkilöstön antavan heidän osallistua hoitoonsa miehiä enemmän ( $p=0,002$ ) ja naiset myös kokivat hoitajien kannustavan heitä enemmän osallistumaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon ( $p=0,03$ ). Naiset myös näyttivät noudattavan sairaalassa saamia ohjeita miehiä paremmin ( $p= 0,03$ ). Iän, koulutuksen tai ammatin suhteen ei näyttänyt olevan eroa näiden kysymysten suhteen.

Potilaiden vastausten perusteella keskiarvot jakaantuivat jokseenkin eri mieltä ja jokseenkin samaa mieltä vaihtoehtoihin sen suhteen, miten he saivat ohjeita mahdollisia hoitovirheitä varten. Toimihenkilöt ja yrittäjät näyttivät suhtautuvan asiaan kriittisimmin ( $p= 0,003$ ). Vastaukset olivat samankaltaisia myös siinä, miten potilaat kokivat itse olevansa vastuussa hoidon turvallisuudesta. Vanhin ikäryhmä (76-90- vuotiaat) oli eniten samaa mieltä siitä, että potilaalla on itsellä vastuu oman hoidon turvallisuudesta ( $p=0,03$ ) verrattuna muihin ikäryhmiin. Selkein ero keskiarvon perusteella oli nuorimpaan ikäryhmään verrattuna. (Taulukko 8.)

Taustamuuttujat	Sain osallistua hoitooni			Hoitajat kannustivat päätöksentekoon			Ohjeet mahdollista hoitovirhettä varten			Potilaan vastuu omasta hoidosta			Noudatin sairaalassa saamiani ohjeita		
	(n)	ka	p	(n)	ka	p	(n)	ka	p	(n)	ka	p	(n)	ka	p
<b>Sukupuoli</b>			<b>0,002</b>			<b>0,03</b>			0,29			0,87			<b>0,03</b>
Nainen	87	3,61		94	3,13		92	2,24		99	2,98		103	3,83	
Mies	104	3,27		94	2,86		95	2,39		102	2,94		107	3,66	
<b>Luokiteltu ikä</b>			0,84			0,87			0,27			<b>0,03</b>			0,96
18-50 vuotta	35	3,46		35	3,09		36	2,06		35	2,69		41	3,76	
51-65 vuotta	60	3,45		56	2,96		57	2,25		63	2,97		63	3,73	
66-75 vuotta	65	3,34		64	3,02		65	2,48		72	2,93		70	3,76	
76-90 vuotta	21	3,57		23	2,96		22	2,36		22	3,50		27	3,74	
<b>Luokiteltu koulutus</b>			0,17			0,57			0,24			0,86			0,51
Perus/kansakoulu	61	3,31		59	2,98		57	2,40		60	2,93		66	3,82	
Keskiasteen koulutus	89	3,54		88	3,07		88	2,38		91	2,93		94	3,73	
Korkeakouluaste	42	3,36		42	2,86		42	2,05		51	3,02		50	3,72	
<b>Luokiteltu ammatti</b>			0,88			0,39			<b>0,003</b>			0,52			0,13
Toimihenkilöt ja yrittäjät	38	3,45		36	2,78		38	1,79		43	2,88		46	3,83	
Työntekijät	45	3,42		48	3,00		48	2,42		48	2,83		50	3,80	
Eläkeläiset/ ei työelämässä olevat	110	3,41		106	3,06		103	2,46		112	3,02		115	3,70	

Taulukko 8. Taustamuuttujat ja osallisuuteen liittyviä väittämiä (Vastausvaihtoehdot olivat kunkin kysymyksen kohdalla seuraavat: täysin eri mieltä= 1, jokseenkin eri mieltä = 2, jokseenkin samaa mieltä = 3, täysin samaa mieltä = 4)

Suuri osa potilaista kertoi tunnistavansa, mikäli hoidossa on tapahtunut virhe, viidesosa arvioi, ettei tunnistaisi tapahtunutta virhettä. Lähellä olleen virhetapahtuman pystyisi tunnistamaan 67 % vastaajista, kun taas 33 % ei tunnistaisi läheltä piti tilannetta. Alle puolet vastaajista oli saanut toimintaohjeita hoidossa tapahtuneita virheitä tai läheltä piti tilanteita varten, kun taas hieman yli puolet vastaajista oli jäänyt ilman toimintaohjeita. Taulukossa 9 esitetään yhteenveto hoitovirheiden tunnistamisesta.

Hoitovirheiden tunnistaminen	lukumäärä (n)	samaa mieltä	eri mieltä
Koen, että pystyn tunnistamaan milloin hoidossani on tapahtunut virhe	<b>188</b>	<b>76 %</b>	<b>24 %</b>
Koen, että pystyn tunnistamaan milloin hoidossani on ollut lähellä tapahtua virhe	<b>192</b>	<b>67 %</b>	<b>33 %</b>
Minulle kerrottiin, miten minun tulee toimia, jos havaitsen hoidossani virheen tai jos hoidossani oli lähellä tapahtua virhe	<b>190</b>	<b>41 %</b>	<b>59 %</b>

Taulukko 9. Potilaiden kokemuksia hoitovirheiden tunnistamisesta

Tuloksista kävi lisäksi ilmi, että lähes kolmannes potilaista koki, ettei ole omalta osaltaan vastuussa hoidon turvallisuudesta. Hoitoon liittyviä ohjeita ilmoitti noudattavansa enemmistö vastaajista. Kaksikolmasosaa vastaajista koki, että potilasturvallisuuteen liittyvää kirjallista materiaalia oli esillä osastoilla.

Potilailta tiedusteltiin erillisillä kysymyksillä hoidossa tapahtuneista virheistä, virheiden käsittelyyn liittyvistä asioista sekä vaaratapahtumailmoituksen tekemisestä. Taulukossa 10 esitetään tuloksia näihin kysymyksiin liittyen.

Hoidossa tapahtuneet virheet	lukumäärä (n)	kyllä	ei	en tiedä
Hoidossani on joskus tapahtunut virhe/virheitä	242	42	118	82
Jos huomasitte virheen, ilmoititteko siitä kenellekkään	64	31	33	
Kertoiko hoitava henkilöstö teille tapahtuneesta virheestä	57	15	42	
Pyydettiinkö teiltä anteeksi virheen sattumista	56	14	42	
Käsiteltiinkö tapahtunutta virhettä yhdessä	56	14	42	
Teittekö potilaan vaaratapahtumailmoituksen	60	7	32	21

Taulukko 10. Hoidossa tapahtuneet virheet ja niiden käsittely

Lähes kaikki kyselyyn osallistuneet potilaat olivat vastanneet kysymykseen, onko heidän hoidossaan joskus tapahtunut virhe. Alle puolet vastaajista ei ole koskaan kokenut virheitä hoidossaan. Kolmasosa vastaajista ei tiennyt, onko heidän hoidossaan joskus tapahtunut virheitä.

Virheen havainneista potilaista vain puolet oli ilmoittanut tapahtuneesta jollekin ja puolet vastaajista oli jättänyt ilmoittamatta havainnostaan. Hoitohenkilöstö oli ker-tonut tapahtuneesta hoitovirheestä vain neljäsosalle vastaajista, kun kolme neljäsosaa potilaista oli kokenut, että heille ei kerrottu tapahtuneesta virheestä. Virheen kokeneista potilaista vain 14 kertoi saaneensa anteeksipyynnön tapahtuneesta ja tapahtumaa oli käsitelty yhdessä hoitohenkilöstön kanssa. Kuitenkin 42 potilasta ilmoitti, että virhettä ei käsitelty yhdessä, eikä heiltä pyydetty anteeksi tapahtunutta. Potilaan vaaratapahtumailmoituksen kertoi tehneensä 7 potilasta ja 32 potilasta oli jättänyt vaaratapahtumailmoituksen tekemättä. Potilaista 21 kertoi, että ei tehnyt vaaratapahtumailmoitusta, koska ei tiennyt mikä se on.

## 6.6 Avointen kysymysten tulokset

Kyselylomakkeessa oli kaksi avointa kysymystä ja niihin tuli vastauksia yhteensä 123 kappaletta. Avoimista kysymyksistä saadut vastaukset analysoitiin laadullisella induktiivisella sisällönanalyysilla. Avointen kysymysten vastaukset kirjoitettiin puhtaaksi sanasta sanaan. Tämän jälkeen vastaukset pelkistettiin ja ryhmiteltiin alaluokkiin niiden sisällön mukaan. Lopuksi jokaiselle alaluokalle löydettiin yhteinen yläluokka, joka vastasi kehittämistehtävään. Vastauksista muodostui kaksi yläluokkaa ja niihin molempiin kolme alaluokkaa. Potilasturvallisuutta edistävät tekijät esitetään taulukossa 11.

<b>YLÄLUOKKA: POTILASTURVALLISUUTTA EDISTÄVÄT TEKIJÄT</b>		
<b>Alkuperäinen ilmaisu</b>	<b>Pelkistetty ilmaisu</b>	<b>Alaluokka</b>
<i>"Koin oloni K-3 osastolla erittäin turvalliseksi"</i> <i>"Tärkeä asia, joka minun tapauksessa toimi loistavasti"</i> <i>"On parantunut vuosien kuluessa"</i> <i>"Sairaalassa potilaan turvallisuus on kiitettävää"</i> <i>"Osastolla on käsitykseni mukaan potilasturvallisuus erittäin korkealla tasolla"</i> <i>"Sairaala, missä olen ollut hoidossa, on täysin turvallinen"</i> <i>"Ei ole jätetty pulaan kertaakaan"</i>	Turvallisuuden kokemus  Potilasturvallisuus toimi erinomaisesti Parantunut potilasturvallisuus Potilasturvallisuus on kiitettävää  Potilasturvallisuus on korkealla tasolla Täysin turvallinen sairaala Ei jätetä pulaan	<b>Kokemus hyvästä potilasturvallisuudesta</b>
<i>"Hoitajat kiireessään keskustelivat hermostumatta ja asiallisesti. Kiitos EKKS!"</i> <i>"Hoitajat myös huomasivat milloin potilas yrittää liikaa/olla liian oma-toiminen, vaikka kunto ei sitä olisi!"</i> <i>"Hoitohenkilökunta on ollut kannustavaa ja ystävällistä, määrätietoista, avuliasta kautta linjan. Myös avusta HK avulias, ystävällinen, osallistuva"</i>	Hoitajat olivat asiallisia eivätkä hermostuneet kiireessäkään  Hoitajat tarkkailivat hyvin kuntoutuksen etenemistä ja ohjasivat siinä  Henkilökunta oli ystävällistä, kannustavaa ja määrätietoista	<b>Ammattitaitoinen henkilökunta</b>
<i>"Ihmistä kohdellaan ihmismäisesti, sekä kuunnellaan potilastakin"</i> <i>"Olen ensimmäistä kertaa tässä uudessa sairaalassa. En voi sanoa muuta kuin hyvää oli hoito"</i> <i>"Apua sai aina"</i> <i>"Nykyinen (v 2019) EKKS on todella hyvä paikka sairastaa!"</i>	Potilasta kuunnellaan ja kohdellaan hyvin  Hyvän hoidon kokemus Apua annettiin E-KKS:ssa saa hyvää hoitoa	<b>Hyvä hoito</b>

Taulukko 11. Potilasturvallisuutta edistävät tekijät

Potilasturvallisuutta estävissä tekijöissä alaluokiksi rakentui informaation/kommunikaation ongelmat, huoli henkilöstöresurssien riittävyydestä ja laitosapulaisten aseptiikan ja toiminnan ongelmat. (Taulukko 12)

<b>YLÄLUOKKA: POTILASTURVALLISUUTTA ESTÄVÄT TEKIJÄT</b>		
<b>Alkuperäinen ilmaisu</b>	<b>Pelkistetty ilmaisu</b>	<b>Alaluokka</b>
<p><i>"Kulkeeko tieto hoitajien välillä?"</i>  <i>"Aina kehitettävää löytyy, jonkinlainen tulokansio olisi paikallaan"</i>  <i>"Osaston esittely, vain huone esiteltiin..."</i>  <i>"Hoitaja/Lääkäri voi varmistaa onko kaikki tieto mennyt perille viimeistään ennen poislähtöä, koska asiakkaat ovat eri vaiheessa sairautessaan eikä ehkä alussa kaikki tieto mene perille ensimmäisellä kerralla"</i>  <i>"Potilasta ei uskota, jos on erimielteä lääkeasioista. Eikä edes vaivauduta ottamaan selvää"</i>  <i>"Toivoisin vielä lisää keskustelua siitä, että esim lääkkeitä neuvoteltaisiin potilaan kanssa jos potilaalla on aikaisempia kokemuksia"</i>  <i>"Sairaalassa näkyy monikansallisuus. Se tuo ongelmia kielen/puheenymmärtämisessä"</i>  <i>"Sain tietää tapahtuneesta virheestä omalääkäriä tuuranneelta lääkäriltä, kun kävin kontrollissa"</i>  <i>"Potilasturvallisuusasiassa osastolla voisi lähestyä potilasta aktiivisemmin tietoiskulla"</i></p>	<p>Tiedonkulku hoitajien välillä arvelutetaan            Toivotaan tulokansiota potilaalle</p> <p>Osaston esittelyä kaivataan</p> <p>Hoitajan ja lääkärin on varmistettava tiedonkulku hoidosta ja jatkotoimenpiteistä potilaalle</p> <p>Potilasta ei uskota lääkeasioissa</p> <p>Toivotaan keskustelua lääkkeitä ja potilaan kokemuksista lääkkeestä</p> <p>Monikansallisuus tuo kieli- ja ymmärtämisongelmia</p> <p>Tieto tapahtuneesta virheestä jää kertomatta potilaalle</p> <p>Tietoiskuja potilasturvallisuudesta kaivataan</p>	<p><b>Informaation ja kommunikaation ongelmat</b></p>
<p><i>"Mielestäni potilasturvallisuuteen liitetty myös laitoshuoltajien toiminta. osalla heistä käytännön rutiinit hakuksessa esim logiikan mukaan ensin pyyhitään sängyn vieressä oleva pöytä ja ruokataso- vasta sen jälkeen lavuaarit ja wc. Tässä toimittiin päinvastoin, eikä hanskoja vaihdettu tullessa wc:n siivouksesta"</i>  <i>"...väärät siivousrutiinit vaarantavat potilaan turvallisuuden infektioiden lisäämisriskillä"</i>  <i>"Ruanjakajia pitäisi opettaa lukemaan tarkemmin annettui kirjalliset ohjeet"</i></p>	<p>Laitosapulaisten aseptiikka huolestuttaa</p> <p>Laitosapulaisten aseptiikan puute lisää infektoriskeitä</p> <p>Laitosapulaisilta odotetaan tarkkuutta työhön ja annettuihin ohjeisiin</p>	<p><b>Laitosapulaisten aseptiikan ja toiminnan ongelmat</b></p>
<p><i>"Onko henkilökuntaa riittävästi?"</i>  <i>"Aika kauan piti odottaa, ennen kuin hoitaja tuli. Sovittu lääke tuli parin tunnin päästä."</i>  <i>"Joinakin päivinä osastolla oli tilanne, että hoitajia oli liian vähän"</i>  <i>"Osastolla hosutaan ts osastolla liian vähän henkilökuntaa"</i>  <i>"Niin tietysti mietti, että paheneeko tilanteeni lääkärinpuolan ja hitauden takia."</i>  <i>"Kiire ainakin on"</i></p>	<p>Henkilöstön riittävyys huolestaa            Hoitajakutsussa ja lääkkeentuonnissa kestää kauan</p> <p>Hoitajien määrä on liian vähäinen</p> <p>Osastolla hosutaan, koska hoitajia on liian vähän</p> <p>Pelko sairauden pahenemisesta lääkärinpuolan vuoksi</p> <p>Henkilökunnalla aina kiire</p>	<p><b>Huoli henkilöstöresurssien riittävyydestä</b></p>

Taulukko 12. Potilasturvallisuutta estävät tekijät

Avoimissa vastauksissa korostuivat potilaiden myönteiset kokemukset sairaalahoidosta ja potilasturvallisuudesta. Vastauksista noin kaksi kolmasosaa oli positiivista palautetta osastojen toiminnasta ja potilasturvallisuutta edistävästä teki-  
jöistä. Toisessa kyselylomakkeen avoimista kysymyksistä tiedusteltiin potilasva-  
hinkotapahtuman käsittelyyn osallistuneita henkilöitä. Vastauksissa kerrottiin kä-  
sittelyyn osallistuneen lääkäreitä, hoitajia, sairaanhoidon opiskelijoita sekä omai-  
sia.

## 6.7 Kehittämisisiltapäivän tulokset

Potilasturvallisuuden kehittämisisiltapäivän kysymykset laadittiin potilaskyselyn tu-  
loksista nostettujen teemojen mukaan:

1. Miten potilaat tehdään tietoisiksi potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista ja vaaratapahtumailmoituksesta?
2. Miten varmistat, että tiedonkulku toimii potilaan asioissa, eikä potilas jää epätietoisuuteen asioistaan ja tietokatkosten taakse?
3. Miten varmistetaan, että hoitovirhe tulee käsiteltyä potilaan kanssa ja po-  
tilaalta pyydetään anteeksi tapahtunutta? Mikä on haastavinta hoitovir-  
heen käsittelyssä potilaan kanssa ja miten sen käsittely tehtäisiin helpom-  
maksi?
4. Lääkehoidon ohjauksella lisätään myös potilasturvallisuutta. Miten välität  
potilaalle osastohoidon aikana tietoa heidän lääkkeistään, niiden käytöstä  
sekä käyttöön liittyvistä mahdollisista haittavaikutuksista?

Kehittämisisiltapäivän tehtävistä saatiin käytännönläheistä tietoa siitä, kuinka poti-  
lasturvallisuutta voidaan kehittää osastoilla. Näkökumia ja kehittämisehdotuksia  
saatiin runsaasti kaikkiin kysymyksiin.

**Potilaiden potilasturvallisuustietoisuuden** lisäämiseksi nousi esiin asioita laa-  
jasti ja liittyen erilaisiin tilanteisiin. (Taulukko 13.)

<b>Konkreettinen toiminnan muutos</b>	<p>Henkilökuntaa on perehdytettävä potilasturvallisuuden edistämiseen osastoilla antamalla käytännön ohjeet, kuinka osasto esitellään potilaille ja osastoesite muistetaan antaa potilaille.</p> <p>Havainnollistaminen on tärkeää esim soittokellon käyttö</p> <p>Osastoesitteisiin laitetaan turvallisuusosio, jossa on potilasasiemiehen yhteystiedot</p> <p>Potilaalle tulee antaa perusteltua tietoa hänen omasta vastuustaan hoitoon ja turvallisuuteen liittyen.</p> <p>Käydyt keskustelut kirjataan potilastietoihin</p> <p>Kannustetaan potilasta kysymään ja kyseenalaistamaan hoitoaan, myös lääkärin toimintaa saa epäillä</p> <p>Potilaalle annetaan tietoa vaaratapahtumailmoituksesta ja miten sen kanssa menetellään</p> <p>Hoitovirheen tapahtuessa käsitellään asia heti potilaan kanssa</p> <p>Kannustetaan potilaita antamaan palautetta suullisesti tai kirjallisesti</p> <p>Vahvistetaan potilaan omaa toimintaa</p>
<b>Asenteen muutos</b>	<p>Rohkaistaan hoitohenkilöstöä käsittelemään tapahtuneet hoitovirheet/vaaratapahtumat välittömästi potilaan kanssa</p>
<b>Esimiestasolla tehtävä toimi tai päätös</b>	<p>Vaaratapahtumailmoitus on vaikeasti löydettävissä Eksoten nettisivuilta -&gt; tehtävä selkeä polku ilmoituksen löytämiseksi</p> <p>Osastoesite laadittava jokaiselle osastolle</p> <p>Vaaratapahtumailmoitukset käsitellään esimiehen johdolla osastokokouksessa vastaavien tapausten ehkäisemiseksi ja tilanteesta oppimiseksi</p>

Taulukko 13. Kehittämisehdotuksia potilasturvallisuustietoisuuden lisäämiseksi

Lähtökohdaksi koettiin, että hoitohenkilöstön on saatava riittävästi perehdytystä potilasturvallisuutta ja potilaan osallisuutta lisäävän toimintamallin ottamisessa käytäntöön osastoilla. Yhteisesti laaditut tarkistuslistat auttavat hoitajia muistamaan potilaan kohdalla tehtävät ohjauksen rutiinit.

### *Henkilökunnalle ensin perehdytys asiasta*

Tärkeäksi koettiin, että potilas ymmärtää myös oman vastuunsa potilasturvallisuuden lisäämisessä. Tähän voi vaikuttaa muun muassa potilaalle annettavan tiedon selkeydellä sekä rohkaisemalla potilasta kysymään hoidostaan epäselvissä tilanteissa. Konkreettiseksi toimenpiteeksi nousi avoimen ja kiireettömän kommunikation lisääminen potilaan kohtaamiseen. Potilaalle on annettava aikaa keskusteluun ja kysymyksien esittämiseen.

### *Selitetään asiat potilaalle selkeästi, perustelut*

Potilaan perehdyttäminen hoitoon liittyvissä asioissa vaatii tarkkuutta ja huolellisuutta. Potilaan toimintakyvystä ja kognitiosta riippuen potilas voi tarvita tavallista selkeämpää ohjausta ja asioiden kertaamista esimerkiksi laitteiden käyttöön liittyen. Potilaalta tulee varmistaa, että hän on ymmärtänyt opastetut asiat.

### *Havainnollistaminen, esim soittokellon käyttö, varmistetaan potilaan osaaminen*

Keskusteluissa nousi esiin tarve osastoesitteisiin lisättävästä turvallisuusosioista, jossa kerrotaan lyhyesti vaaratapahtumasta ja kuinka potilaan tulee toimia, jos epäilee, vahingon tapahtuneen. Jos hoidossa on tapahtunut virhe, on se käsiteltävä potilaan ja tarvittaessa myös omaisen kanssa mahdollisimman pian. Potilasta kannustetaan kysymään ja kyseenalaistamaan hoitoon liittyviä asioita sekä pyydetään antamaan palautetta hoidostaan. Palautteen voi antaa sekä kirjallisesti palautelaatikkoon tai suullisesti hoitajalle tai lääkärille. Näillä toimilla vahvistetaan potilaan omaa roolia ja osallistumista omaan hoitoonsa.

### *Kannustetaan potilasta kysymään ja kyseenalaistamaan hoitoa, myös lääkärin toimintaa saa epäillä*

Potilasturvallisuuden lisääminen vaatii hoitohenkilöstöltä myös oman asenteen muutosta ja rohkeutta, jotta hankalat asiat pystytään käymään läpi välittömästi niiden tapahduttua potilaan kanssa sekä työyhteisön kanssa. Esimies on tärkeässä roolissa rohkaisemassa avoimuuden lisäämistä osaston toiminta- ja keskustelukulttuuriin.



Potilaan tulee saada hoitonsa ja sairautensa kannalta riittävästi tietoa oikea aikaisesti. Tietoa on hyvä antaa sekä suullisesti että kirjallisesti. Taulukossa 14 on esitetty yhteenveto kehittämisehdotuksista **tiedonkulun varmistamiseksi**.

<p><b>Konkreettinen toiminnan muutos</b></p>	<p>Varmistetaan, että potilas on ymmärtänyt hoito-ohjeistukset esim lääkärikierron jälkeen. Kirjataan potilastietoihin potilaan vierellä, jolloin on mahdollisuus tarkistaa tiedot ja varmistaa että potilas on ymmärtänyt asiat</p> <p>Potilaalle muistiinpanovälineet, mieltä askarruttavien asioiden ja kysymysten kirjaamista varten</p> <p>Tarvittaessa käytetään tulkkia apuna</p> <p>Selkeät jatkohoito-ohjeet, omaisten tiedottaminen, huolehditaan jatkohoitopaikkaan yhteenveto hoitojaksosta yhteystietoi- neen</p> <p>Ohjaus Oma Kannan käyttöön</p> <p>Potilaiden omahoidon tukeminen hoitajan puhelinkontaktin avulla hoitojakson jälkeen</p> <p>Osastoille tehdään osastoesitteet</p> <p>Tiedottaminen potilaasta ISBAR-ohjeistuksen mukaan, esim potilaan siirto päivystyksestä osastolle</p> <p>Tiedonkulun parantaminen henkilökunnan välillä vuoronvai- doissa</p> <p>Tehdään tarkistuslistat muistin tueksi</p> <p>Kotiutusfraasien käyttäminen kirjaamisessa</p>
<p><b>Asenteen muutos</b></p>	<p>Tiedonkulun tehostaminen ja avoimempi kommunikaatio henki- lökunnan välillä kiireestä huolimatta</p>

Taulukko 14. Kehittämisehdotuksia tiedonkulun varmistamiseksi

Jotta potilas saa tarpeeksi tietoa tilanteestaan, hoidostaan ja hoidon jatkumisesta, on avoin kommunikaatio hoitohenkilöstön ja potilaiden välillä avainasemassa. Potilaalle ja myös tarvittaessa omaiselle on annettava selkeät suulliset ohjeet, tarvittaessa kerrattava ne ja tarjottava mahdollisuus kysyä epäselvistä asioista. Vieraskielisten tai kuulovammaisten potilaiden kohdalla on muistettava tulkin käytön mahdollisuus. Potilaalta on hyvä tarkistaa, osaako hän käyttää Oma Kantaa ja tarvittaessa opastettava sen käyttöön.

*Varmistetaan ohjeiden ymmärtäminen potilaalle esimerkiksi lääkärikierron jälkeen.*

*Potilaan ohjaaminen Oma Kannan käyttämisessä*

Potilastietojen huolellinen ja ajantasainen kirjaaminen toimivat sekä potilaan että hoitajan oikeusturvana myös potilasturvallisuusasioissa. Kirjaamisen laatuun ja riittävyteen on kiinnitettävä huomiota. Kirjaaminen potilaan vierellä vahvistaa hoitotietojen antamista ja helpottaa osaltaan potilaan kysymyksiin vastaamista. Liikkuvien kirjaamispisteiden avulla potilaan vierellä kirjaaminen antaa mahdollisuuden keskusteluun ja tiedonkulun parantamiseen. Potilaspaikalle laitettavat muistiinpanovälineet mahdollistavat sen, että potilas voi kirjata mieltä askarruttavia asioita paperille.

*Kirjataan potilasvuoteen vierellä*

Valmiiden fraasipohjien käyttäminen kirjaamisessa auttaa muistamaan esimerkiksi kotiutustilanteessa mitä asioita on kirjattava potilaskertomukseen. Hoitokertomuksen yhteenvedon lähettäminen jatkohoitopaikkaan on tärkeää oikean jatkohoidon turvaamiseksi. ISBAR-ohjeistuksen noudattaminen sairaalan sisäisissä siirroissa auttaa lisäämään tiedonkulkua ja lisää myös potilasturvallisuutta. ISBAR raportointimenetelmä koostuu viidestä kohdasta; I, (identify eli tunnista), S (situation eli tilanne), B (background eli tausta), A (assessment eli nykytilanne) ja R (recommendation eli toimintaehdotus).

Sairaanhoidossa, kuten kaikessa inhimillisessä toiminnassa tapahtuu **väistämättä vahinkoja ja virheitä**. Taulukossa 15 esitetään kehittämisehdotuksia hoitovirheiden käsittelyyn.

<p><b>Konkreettinen toiminnan muutos</b></p>	<p>Kerrotaan tapahtuneesta potilaalle heti ja pyydetään anteeksi myös työyhteisön puolesta</p> <p>Kirjataan tapahtuma ja se, että asiasta on keskusteltu potilaan ja tarvittaessa omaisen kanssa</p> <p>Otetaan lääkäri ja/tai kollega mukaan virheen käsittelyyn potilaan luo</p> <p>Annetaan aina potilasasiamiehen yhteystiedot potilaalle</p> <p>Tehdään HaiPro-ilmoitus ja kerrotaan sen tekemisestä potilaalle. Ohjataan potilasta muistutuksen tekemisessä</p> <p>Varmistetaan potilaalta, että on ymmärtänyt tapahtuneen, ettei jää väärinkäsityksiä</p> <p>Kotiutustilanteessa muistutetaan potilasta, että mieltä askarruttavista asioista voi ottaa yhteyttä osastolle</p> <p>Sovitaan osastolla yhtenäisistä käytännöistä, kuinka toimitaan ja kerrotaan tapahtuneesta potilaalle</p>
<p><b>Asenteen muutos</b></p>	<p>Lisätä rohkeutta kertoa tapahtuneesta potilaalle heti</p> <p>Tuetaan kollegaa tilanteessa</p>

Taulukko 15. Kehittämisehdotuksia hoitovirheiden käsittelyyn

Tärkeäksi koettiin työyhteisön avoin ja turvallinen ilmapiiri, jossa ymmärretään, että virheitä voi tapahtua. Hoitovirheet on käsiteltävä potilaan kanssa heti tilanteen selvittyä ja anteeksipyyntö on esitettävä, myös koko työyhteisön puolesta. Hoitovirheestä keskusteluun potilaan kanssa on hyvä ottaa mukaan hoidosta vastaava lääkäri tai kollega. Potilaalle tulee selvittää tarkkaan, mitä on tapahtunut ja pyrkiä minimoimaan tai korjaamaan vahingon aiheuttamat haitat. On varmistettava, että potilas, sekä tarvittaessa omainen, on ymmärtänyt tapahtuneen. Tapahtunut virhe ja se, että asia on käsitelty potilaan kanssa, tulee kirjata huolellisesti potilastietoihin.

*Kerrotaan tapahtuneesta heti potilaalle.  
Kirjataan tapahtuma ja se, että asia on läpikäyty potilaan kanssa  
Esitetään anteeksipyyntö välittömästi, myös työyhteisön puolesta  
Myös lääkäri mukaan hoitovirheen käsittelyyn  
Kollega tarvittaessa mukaan*

Potilaalle kerrotaan vaaratapahtumailmoituksen tekemisestä ja annetaan potilas-  
asiamiehen yhteystiedot, sekä neuvotaan potilasta muistutuksen tekemiseen.  
Osastoille tulisi luoda esimiehen johdolla yhteinen suunnitelma hoitovirhetilantei-  
den käsittelyyn. Yhteiset toimintaohjeet antavat selvät raamit jokaiselle tilantee-  
seen joutuvalle. Työyhteisön antama tuki virheen tehneelle hoitajalle on tärkeää,  
sillä virheen tehnyt hoitaja kantaa usein syyllisyyttä ja kärsii itsekkin tilanteesta.  
Haipro-ilmoitusten systemaattinen käsittely osaston yhteisissä palavereissa lisää  
avointa keskustelukulttuuria ja auttaa oppimaan virheistä.

*Yhtenäiset toimintatavat kaikille, kuinka toimitaan virheen tapahduttua  
Tehdään Haipro ja kerrotaan sen tekemisestä potilaalle  
Aina potilasasiamiehen yhteystiedot potilaalle*

Kehittämissuhteita **potilaan lääketurvallisuuden ja lääketietouden lisää-  
miseksi** esitetään taulukossa 16.

<p><b>Konkreettinen toiminnan muutos</b></p>	<p>Lääkelistan tarkistaminen ja pitäminen ajan tasalla potilastietojärjestelmässä</p> <p>Potilaan, omaisen ja hoitopaikan kanssa keskustelu kotilääkityksestä</p> <p>Potilas tietää keneen ottaa yhteyttä epäselvissä tilanteissa</p> <p>Keskustellaan potilaan kanssa lääkityksestä, annetaan potilaalle mahdollisuus kysyä. Potilaan/ omaisen vastuuttaminen heidän roolistaan lääkehoidon toteutumisessa</p> <p>Annetaan potilaalle ajantasainen lääkelista jako-ohjeineen mukaan, sekä kirjalliset ohjeet uusista lääkkeistä ja ja ohjataan luotettaville www-sivuille</p> <p>Kirjallinen ja käytännön ohjaus esim pistoshoidossa</p> <p>Lääkärin/ lääkkeiden ohjeiden kertaus</p> <p>Ammattiryhmäkohtainen vastuu lääkäri vs hoitaja</p> <p>Keskustellaan potilaan kanssa, onko lääkkeen vaikutus haitta vai toivottu vaikutus esim nesteenpoistolääke</p> <p>Puhutaan lääkkeiden vaikuttavista aineista potilaan kanssa ja kirjataan keskustelu potilastietoihin</p> <p>Kokonaislääkityksen arvioinnin ohjaaminen perusterveydenhuoltoon /omalääkärille</p>
<p><b>Asenteen muutos</b></p>	<p>Tuetaan työrauhaa lääkehoitoprosessin eri vaiheissa</p>
<p><b>Esimiestasolla tehtävä toimi tai päätös</b></p>	<p>Selvitetään mahdollisuus osastofarmaseutin käyttöön osastoilla</p> <p>Lääketabletti-tunnistusohjelman hankinta osastoille</p> <p>Työrauhan korostaminen lääkehoitoprosessin eri vaiheissa</p>

Taulukko 16. Kehittämissuhteita potilaan lääketurvallisuuden ja lääketietouden lisäämiseksi

Lähtökohta potilaan lääketurvallisuuden ja lääketietouden lisäämiseksi lähtee avoimesta kommunikaatiosta potilaan ja henkilöstön välillä. Potilasta ja tarvittaessa omaista tai potilaan aikaisempaa hoitopaikkaa on kuultava siitä, miten lääkitys on ennen sairaalaan tuloa toteutunut. Potilaan tullessa osastolle on kotilääkityksen tarkistaminen tärkeässä osassa, jotta lähtökohta osastolääkitykselle olisi mahdollisimman selvä. Lääkelistat on päivittävä ja pidettävä ajan tasalla potilas-tietojärjestelmässä kaikissa hoitojakson vaiheissa.

*Potilaan ja omaisen roolin lisääminen -> listat näyttille, käydään lääkkeet läpi  
Lääkelista oltava aina ajan tasalla potilastiedoissa*

Uusien lääkkeiden aloituksessa on huolehdittava, että potilas saa riittävästi tietoa lääkkeestä, miksi lääke on aloitettu, lääkkeen vaikutusmekanismista sekä haittavaikutuksista. Kirjallisen materiaalin (potilasopas, potilasohje jne), antaminen uudesta lääkkeestä lisää potilaan lääketietoutta ja lääketurvallisuutta, samoin kuin potilaan ohjaaminen turvallisille www-sivustoille lääkitykseen liittyen.

*Kirjalliset ohjeet uusista lääkkeistä ja potilaan ohjaaminen turvallisille www-sivuille (lääketietokanta)*

Lääketurvallisuutta lisäävinä tekijöinä osastohoidon aikana on potilaan suullinen ja kirjallinen ohjaaminen lääkityksasioissa. Potilaan lääkityksen ohjaaminen on kirjattava potilastietoihin. Hoitohenkilöstöltä on löydyttävä riittävästi aikaa potilaan kanssa keskusteluun lääkityksen vaikutuksista ja potilaan kokemista haittavaikutuksista. Potilaan olisi ymmärrettävä myös oma vastuunsa lääkehoidon turvallisuuden edistämiseksi esimerkiksi lääkärin ohjeiden noudattaminen.

Lääkäreiden säännöllinen kannanotto potilaan lääkitykseen koetaan tärkeäksi ja osaston toimintamallissa on lääkärin ja hoitajan työnajako potilaan lääkehoidon osalta on oltava selkeä. Potilaan kokonaislääkityksen tarkistaminen on tärkeää.

Tällä hetkellä potilas ohjataan erikoissairaanhoidosta hoitajakson jälkeen perusterveydenhuoltoon, koska sairaalassa ei ole säännöllistä osastofarmaseutin palvelua, joka tarkistaisi kokonaislääkityksen. Apteekin rooliin luotetaan lääkityksen tarkistamisessa, kun potilas hakee lääkkeensä osastohoidon jälkeen. Potilaalle olisi annettava kotiutuessa yhteystiedot, mihin ottaa yhteyttä osastolla määrätyn lääkityksen ongelmatilanteissa.

Osastofarmaseuttien sekä lääketabletin tunnistusohjelman hankinta koetaan erityisen hyväksi toimenpiteeksi edistämään lääkehoidon potilasturvallisuutta osastoilla. Osastofarmaseutin ja lääketabletin tunnistusohjelmaan liittyvät asiat ovat esimiestasolla tehtäviä päätöksiä ja toimenpiteitä. Asennemuutos toiminnan ja avoimuuden lisäämiseen lähtee myös esimiestahon toimista. Kaikki lääkkeiden käsittelytilanteet osastolla olisi turvattava rauhallisiksi, jotta virheet saataisiin minimoitua jokaisessa lääkehoitoprosessin vaiheissa.

## **7 Johtopäätökset ja pohdinta**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata potilaiden kokemuksia potilasturvallisuudesta sairaalahoidon ajalta sekä potilaiden osallisuutta potilasturvallisuuteen liittyen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa potilasturvallisuudesta potilaiden näkökulmasta ja hyödyntää tuloksia potilasta osallistavien työtapojen ja toimintakulttuurin kehittämisessä potilasturvallisuuskyselyyn osallistuvilla osastoilla. Tässä kappaleessa tarkastellaan kyselyn tuloksia ja niiden hyödynnettävyyttä sekä opinnäytetyön eettisiä näkökulmia ja luotettavuutta. Lopuksi pohdimme lyhyesti opinnäytetyön toteutusta.

### **7.1 Tulosten tarkastelu ja hyödynnettävyys**

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskussairaalan neljällä osastolla tehdyn potilaskyselyn tulosten perusteella potilaista suuri osa arvioi yleisen potilasturvallisuustason vähintään erittäin hyväksi. Vaikka potilasturvallisuuskyselyn tulokset olivat pääosin myönteisiä, niin tämän kyselyn perusteella potilaiden näkemysten mukaan myös kehittämistarpeita löytyy lääketurvallisuuteen, tiedonkulkuun ja virhetapahtumien käsittelyyn liittyen.

Kokemukset hoidonturvallisuudesta ja laiteturvallisuudesta olivat pääsääntöisesti hyviä. Tulokset ovat yhteneväiset Sahlströmin (2016) tutkimustulosten kanssa. Siinä potilaat olivat pääosin samaa mieltä siitä, että hoitava henkilökunta teki parhaansa turvatakseen potilaiden turvallisuuden. Melkein puolet potilaista oli sitä mieltä, että he saivat tietää erilaisista hoitovaihtoehdoista ja riskeistä mitä heidän hoitoonsa liittyi. Suurin osa potilaista oli sitä mieltä, että heille kerrottiin hoidossa käytettävistä laitteista, niiden toiminnasta ja siitä, miten heidän tulee toimia, jos laite alkaa hälyttää. (Sahlström 2016.) Potilaat kokivat, että heidän oli helppo kysyä lääkityksestään ja heille kerrottiin, miksi uusi lääke on aloitettu. Alle 50-vuotiaat näyttivät kysyvän lääkityksestään muita ikäryhmiä vähemmän. Kotiutuessaan lähes kaikki potilaat olivat tietoisia lääkityksestään ja potilaista suuri osa suhtautui myönteisesti kivun hoidon toteutumiseen.

Omalta osaltaan vastuussa koki hoidon turvallisuudesta olevan vajaa kolmannes vastaajista. Potilaan omasta vastuusta hoidon turvallisuuteen liittyen eniten samaa mieltä olivat 76-90 vuotiaat, kun taas eniten eri mieltä asiasta olivat alle 50-vuotiaat. Tulos eroaa Sahlströmin (2016) tutkimuksesta, jossa tulokset olivat juuri päinvastaiset. Tulos herättää erilaisia kysymyksiä. Voidaan pohtia, miten potilaat ovat ymmärtäneen kysymyksen sisällön. Olisi tärkeä tietää, miten potilaat käsittävät potilaan vastuut ja velvollisuudet. Suomessa potilaan oikeudet on turvattu lailla ja potilaat ovat niistä yleensä hyvin tietoisia. Tänä päivänä korostetaan terveydenhuollossa omahoitoa, jolla on mahdollista edistää ihmisten vastuunottoa omasta terveydentilastaan ja hoidostaan. Velvollisuuksien noudattaminen perustuu jokaisen omaan arvomaailmaan ja tapaan toimia. Velvollisuuksien täyttämiseen liittyvät hyvät käytöstavat ja muiden huomioonottaminen opitaan jo lapsuudessa ja nuoruudessa saaduista malleista. Tämä voi näkyä eri ikäryhmissä, kuinka vastuunottaminen omasta hoidosta ja hoitoon sitoutumisessa toteutuu.

Leino-Kilven (2009) mukaan potilaiden pitäisi olla aktiivisia ja ottaa vastuuta omasta terveydestään sekä hoidostaan. Lisäksi potilaan tulisi ilmoittaa hoitohenkilökunnalle havaitsemistaan potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöistä. Potilas voidaan nähdä yhtenä turvallisuustekijänä yhdessä omaisen kanssa. (Leino-Kilpi 2009, 173– 174.)



Potilaan vastuuta omasta hoidostaan tulee jatkossa korostaa entistä enemmän. Potilaiden sitoutuminen hoitoon edistää heidän sairautensa hoitoa ja vaikuttaa myös hoitohenkilöstön ja potilaan vuorovaikutukseen. Onnistunut vuorovaikutussuhde puolestaan edistää potilaan hoitoon sitoutumista.

Potilaat, sukupuolesta, iästä, koulutuksesta ja ammatista riippumatta näyttivät vastausten perusteella kokevan jokseenkin puutteellisena lääkityksen sivuvaikutuksista kertomisen ja kirjallista tietoa uusista lääkkeistä kaivattiin lisää. Samankaltaisia tuloksia tuli esiin Gerlander ym. (2013) tutkimuksessa. Potilaat kokivat tiedonsaannissa puutteellisimpina lääkkeiden vaikutusmekanismeista ja mahdollisista haittavaikutuksista kertomisen sekä opastamisen lisätiedon hankkimiseen. Potilaiden mielestä parhaiten lääkehoidossa toteutui lääkehoidon perustelemisen ja käytössä olevien lääkkeiden läpikäyminen. (Gerlander ym. 2013, 14-21.)

Potilasturvallisuuskyselyn tulosten mukaan potilaat pääsivät osallistumaan omaan hoitoonsa ja siihen liittyvän päätöksentekoon. Tutkimuksessaan Laitila ja Pietilä (2012) tuovat esiin, että asiakkaan osallisuus voi olla monitasoista, jolloin osallisuus voi toteutua osallistumisena omaan hoitoonsa, tarjolla olevaan toimintaan tai asiakkaan palautteen antamiseen. Asiakkaan osallisuuden toteutumiseen vaikuttaa asiakkaiden motivaatio ja taidot olla osallisena ja osallistua esimerkiksi rohkeus, koulutustaso ja terveydentila. (Laitila & Pietilä 2012.)

Naiset kokivat miehiä enemmän, että hoitohenkilöstö antaa potilaan osallistua omaan hoitoon. Naiset myös osallistuivat enemmän omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilaat kokivat, että hoitavalla henkilöstöllä oli aikaa keskustella potilaiden kanssa ja potilaille puhuttiin ymmärrettävällä tavalla. Tätä tulosta tukee Tobianon ym. (2015) tutkimus, jossa todettiin, että tiedon antaminen on potilasta osallistavaa toimintaa ja hoitohenkilöstö rohkaisee potilaita aktiiviseen vuorovaikutukseen heidän ollessa hoidossa. Potilaan osallistuessa hoidon suunnittelu ja arviointi voi edistää hoitoon osallistumista. (Tobiano ym. 2015.) Toisessa tutkimuksessa todetaan, että hoitavan henkilöstön tulee olla osallisuuden mahdollistaja ja kannustaja. Lisäksi organisaation resurssien ja toimintojen tulee olla suunniteltu siten, että ne mahdollistavat asiakkaan osallisuuden. (Laitila & Pietilä 2012.) Myös Sahlströmin (2019) mukaan potilaan osallistumisen edistämi-

nen edellyttää ympäristöä, jossa potilaan osallistuminen mahdollistuu. Hoitoympäristön tulee tukea ja arvostaa potilaan osallisuutta. Potilaan osallisuuden lisääminen tulisi nähdä yhtenä osana turvallisen ja laadukkaan hoidon edistämistä. (Sahlström 2019.)

Useiden tutkimusten mukaan iän, sukupuolen ja koulutustason merkitystä ei nähdä merkityksellisinä potilaan halussa osallistua hoitoonsa. Erityisesti luottamuksellinen hoitosuhde lääkärin kanssa rohkaisee potilasta osallistumaan oman hoitonsa päätöksentekoon. Potilaat olivat halukkaampia osallistumaan potilasturvallisuuden lisäämiseen, kun lääkäri kannusti heitä siihen. On hyvä huomioida, että potilaat saattavat aktiivisesti ja tietoisesti suojata henkilökohtaista turvallisuuttaan ottamalla passiivisen roolin potilaana ja osallistujana. (Doherty ym. 2012.) Tämän työn tuloksissa sukupuoli näytti jakavan käsityksiä muutamissa potilaan osallistumiseen liittyvissä kysymyksissä. Erot olivat kuitenkin hyvin pieniä. Asiaa voi ehkä pohtia klinisen työn näkökulmasta, näkyvätkö erot esimerkiksi suorassa potilastyössä?

Tämän opinnäytetyön potilaskyselyyn vastanneista 42 henkilöä oli kokenut hoidossaan tapahtuneen virheen. Vastaajista 82 ei tiennyt onko heidän hoidossaan tapahtunut virhettä ja loput arvioivat, että heidän hoidossaan ei ole tapahtunut virhettä. Kolme neljäsosaa vastaajista koki pystyvänä tunnistamaan hoitovirheen, kun taas neljäsosa vastaajista oli eri mieltä asiasta. Lähellä olleen hoitovirheen tunnistaminen oli potilaiden kokemuksen mukaan vaikeampaa. Sahlströmin (2016) tutkimuksessa potilaista melkein puolet oli arvioinut pystyvänsä tunnistamaan, milloin omassa hoidossa on tapahtunut virhe. Potilaat pitivät läheltä piti - tilanteiden tunnistamista vaikeampana kuin tapahtuneen virheen tunnistamista. (Sahlström 2016.)

Potilaiden käsitykset hoitovirheistä voivat olla laajoja ja olla sidoksissa huonoon kommunikaatioon potilaan ja hoitavan tahon välillä. Myös hoidon väistämättömiä riskejä voidaan niiden toteutuessa pitää hoitovirheinä. (Lääkärilehti 2016.)

Kyselyn tulosten mukaan hoitohenkilöstö oli kertonut tapahtuneesta virheestä 15 potilaalle, kun 42 henkilöä oli kokenut, että heille ei kerrottu tapahtuneesta. Tut-

kimusten mukaan haittatapahtumista kerrotaan potilaille harvoin. Vain noin kolmasosalle annetaan selvitys haitan tapahduttua. Selvityksen antamatta jättäminen voi ohjata potilaan etsimään tietoa muualta tai hakeutumaan hoitoon toiseen paikkaan. Tällöin asia jää selvittämättä yksikössä, jossa virhe on tapahtunut. Hoitovirheen kärsinyt potilas yleensä toivoo, että hänen kokemastaan opitaan ja muille ei tapahtuisi vastaavaa. Potilaille on tärkeää, että vakavista haitoista kerrotaan myös ulkopuolisille tahoille, kuten valvonta- ja hallintoviranomaisille. (Lääkärilehti 2016.)

Tapahtunutta hoitovirhettä oli pyydetty anteeksi ainoastaan neljäsosalta vastaajista. Lääkärillä ja terveydenhuollon yksiköillä on kuitenkin eettinen velvollisuus myöntää potilaan hoidossa tapahtuneet haitat ja käsitellä niitä avoimesti. Vain tilanteessa, jossa potilas kokee anteeksi-pyyntönsä aidoksi, hänen pettymyksensä sekä vihan ja kaunan tunteensa voivat lievittyä ja luottamus hoitosuhteeseen saattaa palautua paremmin. (Lääkärilehti 2016.)

Potilasturvallisuuden kehittämisiltapäivässä syntyi runsaasti kehittämis ehdotuksia potilasturvallisuuden ja osallisuuden edistämiseksi käytännön tasolle sekä esimiestasolla tehtäviin päätöksiin ja toteuttaviin toimenpiteisiin. Saatuja kehittämis ehdotuksia lähdettiin toteuttamaan osastoympäristössä välittömästi.

Potilasturvallisuuden toteutus edellyttää, että saatavilla on oikeaa tietoa oikeaan aikaan potilaasta ja hänen hoidostaan. Vaaratapahtumien syntyyn myötävaikuttavina tekijöinä on usein dokumentointiin ja tiedonkulkuun liittyvät haasteet ja ongelmat. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (289/2009) on säädetty ohjeet potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä. Potilasasiakirjoissa tulee näkyä hyvän hoidon järjestämiseen, suunnitteluun, toteuttamiseen ja seurantaan liittyvät tarpeelliset ja riittävän laajat tiedot. Huolellinen dokumentointi toimii turvallisuusriskien peruslähtökohtana riskienhallinnassa. (Potilasturvallisuus ja riskien hallintaopas 2015,11.)

Jokaisessa terveydenhuollon yksikössä on oltava sovitut käytännöt, kuinka potilaat ja heidän omaisensa voivat vaikuttaa, edistää ja osallistua potilasturvallisuuden toteuttamiseen. Potilailla ja omaisilla tulee olla mahdollisuus antaa pa-

lautetta, jos huomaavat potilasturvallisuudessa puutteita. Potilaan alentunut toimintakyky vähentää osallistumista omaan hoitoonsa ja lisää riskejä vaaratapah- tumien syntyyn. Hoitohenkilöstö on aina pääasiallisessa vastuussa potilaan tur- vallisesta hoidosta. (Potilasturvallisuus ja riskien hallintaopas 2015, 12.)

Potilaan osallisuudesta omaan hoitoonsa puhutaan yhä enemmän ja oikeus osal- listua omaan hoitoon on potilaan perusoikeus, joka perustuu lakiin. Potilaan osal- lisuutta korostetaan myös Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategiassa. On tärkeä huomioida, että potilaan haluama osallisuuden määrä voi riippua sairauden luon- teesta. Myös potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten sosioekonominen asema, persoonallisuus ja kokemukset, vaikuttavat osallistumiseen. Hoitohenki- löstön ja potilaan välistä luottamusta ei saa unohtaa pohdittaessa potilaan osal- listumista hoitoonsa. Avoin ja molempiin suuntiin toimiva vuorovaikutus tukee osallistumista ja antaa hoitohenkilöstölle mahdollisuuden hyödyntää potilaalta saatuja tietoja esimerkiksi potilasturvallisuuden edistämisessä.

Potilasturvallisuuden kehittäminen muodostuu useista tekijöistä ja erilaisista nä- kökulmista. Tärkeää olisi virheistä oppiminen ja toiminnan jatkuva kehittäminen. Potilasturvallisuuden tärkein tavoite on taata laadukas ja turvallinen hoitotyö, jo- hon voi vaikuttaa organisaatio, hoitotyöntekijä ja potilaat itse. Potilaille on tärkeä rooli potilasturvallisuuden edistämisessä ja osallisuuden lisäämisessä. Potilaiden aktiivista osallistumista omaan hoitoonsa tulee tukea ja kannustaa, koska potilai- den aktiivinen rooli lisää myös potilaan vastuuta hoidostaan.

Opinnäytetyö vastasi tutkimustehtäviin ja tuotti tietoa potilasturvallisuudesta ja potilaiden osallistumisesta potilasturvallisuuden edistämiseen potilaiden näkökul- masta. Kyselyn tuloksia voidaan hyödyntää osastoilla potilasturvallisuuden edis- tämisessä sekä potilaiden osallistumista korostavan hoitotyön kehittämisessä.

## **7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus**

Opinnäytetyön tekijät perehtyivät huolellisesti hyvän tieteellisen tutkimuskäytän- nön lähtökohtiin sekä eri tutkimusmenetelmiin ennen opinnäytetyön aloittamista. Opinnäytetyön eri vaiheissa noudatettiin huolellisuutta ja tarkkuutta sekä haettiin monipuolisesti lähteitä potilaan hoitoon osallistumiseen ja potilasturvallisuuteen liittyen. Teoriatietoa hankittiin kotimaisista ja ulkomaisista lähteistä.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan hyvän tieteellisen käytännön keskeiset lähtökohdat sisältävät muun muassa sen, että tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan, sekä talletetaan tieteelliselle tutkimukselle asetettujen vaatimusten mukaan. Tutkimusaineistoa säilytetään asianmukaisesti ja tutkimustulokset hävitetään tutkimusaineiston käsittelyn jälkeen asianmukaisella tavalla. (TENK 2012, 6-7.)

Eettinen ennakoarvointi tulee tehdä kaikista tutkimuksista ja tutkimussuunnitelmista, jotka kohdistuvat ihmiseen. Ihmistieteiden eettiset periaatteet ovat perusta, jonka pohjalta arvioidaan tutkimuksen mahdollisia haittoja ja riskejä. Pääperiaatteita ovat tutkittavien yksityisyys, tietosuoja, itsemääräämisoikeus ja tutkittavien vahingoittamisen välttäminen. (Eriksson ym. 2012, 30.)

Kun tutkimus kohdistuu ihmiseen, on muistettava, että tutkittavan hyvinvointi on aina tärkeämpi kuin tieteen tai yhteiskunnan etu. Helsingin julistus v. 1964 on kansainvälisesti hyväksytty tutkimuseettikan ohjeistus. Julistuksessa otetaan kantaa myös tutkittaviin ryhmiin, jotka ovat haavoittuvia ja tarvitsevat erityistä suojaa. Tässä korostuu erityisesti, miten heidän suostumuksensa saadaan ja minkälaista tietoa heille annetaan. Tutkimuksen kohteena olevan ihmisen tulee olla kypsä osallistumaan tutkimukseen ja suostumuksen tulee olla tietoinen ja vapaaehtoinen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009.)

Opinnäytetyöstä tehtiin tiedotteet sekä kyselyyn vastaajille (Liite 4) että osastojen hoitohenkilöstölle (Liite 1). Tiedotteessa mainitaan hyvään tutkimuskäytäntöön liittyvät asiat muun muassa osallistumisen vapaaehtoisuus ja tietoinen suostumus.

Tutkimukseen osallistujia tulee informoida tutkimuksesta riittävän hyvin. Lisäksi tulee taata, että tutkittavan anonymiteetti säilyy koko tutkimuksen ajan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014.) Tiedotteesta kävi ilmi, että tutkimuksella on Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden työryhmän puoltava lausunto ja organisaation tutkimuslupa.

Opinnäytetyön kyselyyn vastaajiksi valittiin täysi-ikäisiä potilaita, jotka pystyvät itse vastaamaan paperiseen kyselylomakkeeseen. Opinnäytetyöntekijät ovat ol-

leet vastuussa hoitohenkilökunnan asianmukaisesta perehdytyksestä, jotta hoitohenkilöstö osasi jakaa kyselylomakkeet oikealle kohderyhmälle annettujen kriteerien mukaan. Opinnäytetyössä käytettävässä mittarissa ei kysytä vastaajien tunnistetietoja eli tutkimuksessa säilytetään tutkittavien yksityisyys ja anonymiteetti. Opinnäytetyöntekijät eivät olleet suoraan yhteydessä potilaisiin missään opinnäytetyön vaiheessa.

Tutkijan tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta niin tutkimustyössä kuin tulosten esittelyssä. Tärkeää on myös kunnioittaa sekä toimia vilpittömästi toisia tutkijoita kohtaan, käyttämällä asianmukaisia viittauksia ja lainauksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009.)

Opinnäytetyön tekijät toimivat rekisterinpitäjinä kerätessään henkilötietoja kyselylomakkeella. Henkilötietolain nojalla, rekisterinpitäjän tulee laatia rekisteristä tietosuojaseloste. Potilaskyselyä varten laadittiin tietosuojailmoitus (liite 5). Tämä asiakirja yhdistää henkilötietolain 24 §:ssä säädetyn informointivelvoitteen edellyttämät tiedot ja henkilötietolain 10 §:n mukaisen rekisteriselosteen edellyttämät tiedot. (Tietosuojavaltuutetun toimisto 2019.)

Aineistoa käsittelevät sekä opinnäytetyöntekijät että opinnäytetyötä ohjaavat opettajat. Kyselylomakkeissa ei kysytty henkilötunnistetietoja ja tiedot tallennettiin anonymisti. Kirjallinen aineisto säilytettiin lukitussa kaapissa. Aineisto hävitetään asianmukaisesti tietosuojajätteenä opinnäytetyön valmistuttua.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti tarkoittaa sitä, että teoreettiset käsitteet on pystytty luotettavasti operationalisoimaan muuttujiksi eli ne mittaavat haluttua asiaa. Validius tarkoittaa systemaattisen virheen eliminoimista. (Heikkilä 2014.)

Opinnäytetyön luotettavuuden kannalta kyselylomakkeen laatiminen ja esittäminen ovat kriittisiä vaiheita. Kyselylomakkeen laatija terveystieteiden tohtori Merja Sahlström on käyttänyt kyselylomaketta omassa tutkimuksessaan. Lomakkeen kysymykset oli numeroitu juoksevasti ja samaa aihetta koskevat kysymykset oli ryhmitelty omiksi kokonaisuuksiksi. Vastausohjeet oli kirjoitettu selkeästi. Kyselyn

laatija oli esitelläänut mittarin ennen sen käyttämistä tutkimuksessaan. Kyselylomakkeen pituudesta tuli jonkin verran palautetta, joissa kritisoitiin lomakkeen olevan liian pitkä. Valmiin lomakkeen käyttö tuo haasteena myös sen, että sitä ei voi muokata ilman lupaa. Ainoa kohta, johon oli oikeus tehdä muutoksia, oli kohdeosastojen valikko.

Kyselylomake kattoi useita kysymyksiä liittyen potilasturvallisuuden eri osa-alueisiin ja soveltui tähän tutkimukseen hyvin. Paperisen kyselylomakkeen täyttäminen osastoilla ennen kotiutusta arvioitiin tavaksi saada riittävästi palautuneita vastauksia. Opinnäytetyön suunnitelmaa laadittaessa arvioitiin, että mikäli kyselylomakkeet annetaan potilaille kotiin täytettäväksi, niin todennäköisesti palautuneiden lomakkeiden kato on suurempi. Osastolla täytettävä sähköinen lomake oli yhtenä vaihtoehtona kyselyä suunniteltaessa, tämä katsottiin kuitenkin haastavaksi toteuttaa opinnäytetyön aikataulun suhteen. Tuloksia analysoitaessa huomattiin, että vain 143 henkilöä oli vastannut kysymykseen, annettiin ko kotiutuksessa ajantasainen lääkekortti mukaan. Vastaaajien pieneen määrään vaikutti todennäköisesti se, että potilaat olivat vastanneet kyselyyn ennen kuin kotiutumiseen liittyvät asiat oli käyty yhdessä hoitohenkilöstön kanssa läpi. Potilaskyselyyn asetettiin tarkoituksella korkea tavoite. Otoksesta saatiin erittäin hyvä ja aineiston määrä muotoutui suureksi. Kyselyn kohderyhmä saavutettiin hyvin. Osastoilta palautui lomakkeita yhteensä 263.

Ulkoisen validiteetin merkitys on siinä, kuinka hyvin saadut tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Kyselyn otos oli 258 potilasta, jotka kotiutuivat osastoilta kyselytutkimuksen aikana. Otos vastasi perusjoukkoa. Aineistoin keräämisestä opinnäytetyöntekijät antoivat jokaisella osastolla yhteiset ohjeet lomakkeiden jakamisesta. Opinnäytetyöntekijät eivät olleet tekemisissä kyselyyn osallistuneiden kanssa.

Opinnäytetyön teoreettinen tausta ja tarpeelliset käsitteet on huolellisesti selvitetty ja kuvattu. Reliabiliteettia lisää se, että opinnäytetyön tekijät hallitsevat käyttämänsä aineistonkeruun ja analyysin teon menetelmät mahdollisimman hyvin. (Heikkilä 2014.) Tilastollisten menetelmien käyttö oli opinnäytetyöntekijöille uutta ja vaati opettelemista. Tämän johdosta tehtiin tarkkaa työtä ja käytettiin riittävästi

aikaa. Opettajilta ja työelämäohjaajalta saatavaa ohjausta hyödynnettiin tiiviisti eri opinnäytetyön vaiheessa.

Reliabiliteetti tarkoittaa tulosten tarkkuutta ja mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tätä voidaan arvioida mittamalla tutkimusilmiötä samalla mittarilla eri aineistoissa. Mikäli tulokset ovat samansuuntaisia, voidaan mittaria pitää reliaabelina. Mittarin esitestaaminen on tärkeä huomioida erityisesti käytettäessä uutta, tutkimusta varten kehitettyä mittaria. Mittarin esitestaaminen tarkoittaa sen luotettavuuden ja toimivuuden testausta varsinaista tutkimusotosta vastaavalla, pienemmällä vastaajajoukolla. (Heikkilä 2014; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Opinnäytetyötulokset ovat sekä määrällisiä että laadullisia, joten tutkimuksen uskottavuutta lisää määrällisten tulosten täydentäminen laadullisilla tuloksilla. Tutkimuksessa saadut vastaukset olivat pääosin yksiselitteisiä, joten riski väärille tulkinnoille katsottiin olevan pieni. Avoimien kysymysten analysointi on vaihe, jossa tutkijan tulkinnalla on merkitystä tulosten kannalta. Kysymyksenasetteluilla oli kuitenkin pyritty saamaan mahdollisimman täsmällisiä vastauksia myös avoimiin kysymyksiin.

Avointen kysymysten analyysimenetelmästä ja kriteereistä sovittiin ennen analyysin aloittamista opinnäytetyöohjaajien kanssa. Opinnäytetyöntekijät kävivät keskusteluja ja tekivät havaintoja analyysin edetessä sekä ohjauskeskusteluja hyödynnettiin. Aineisto muodostui laajaksi ja sen analysointiin käytettiin aikaa enemmän kuin oli suunniteltu. Vilkan (2015) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeä, että analysointiin käytetään aikaa. On tärkeää huomata, että joku toinen olisi analysoinut aineiston eri tavalla, koska laadullisella tutkimusmenetelmällä analysoitu aineisto on ainutkertainen. (Vilka 2015).

Koko opinnäytetyöprosessin ajan kirjoitettiin oppimispäiväkirjaa, johon kirjattiin ajatuksia, ideointia, suunnitelmia sekä ohjauskeskustelujen sisältöjä. Päiväkirjan muistiinpanot helpottivat prosessin vaiheiden mieleen palauttamista, työn kirjoittamista ja asioiden tarkka kirjaaminen lisäsi myös opinnäytetyön luotettavuutta.

Tämän opinnäytetyön jokaisessa vaiheissa noudatettiin rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta. Tietosuojaan liittyvät asiat huomioitiin erityisen tarkasti. Hyvää



tieteellistä käytäntöä noudatettiin aina viitattaessa lähteinä oleviin tutkimuksiin ja julkaisuihin.

Opinnäytetyö julkaistaan Theseus-julkaisuarkistossa sekä muissa oppilaitoksen julkaisukanavissa. Opinnäytetyön tulokset tullaan esittämään opinnäytetyön toimeksiantajalle Eksotelle ja kyselyn tuloksista kirjoitetaan myös tieteellinen julkaisu myöhemmin.

### **7.3 Opinnäytetyön toteutuksen arviointi**

Opinnäytetyön lähtökohtana oli tarve selvittää Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskussairaalan potilaiden kokemuksia potilasturvallisuudesta ja osallisuudesta potilaskyselyn avulla sekä laatia yhdessä osaston henkilöstön kanssa kehittämisehdotuksia potilasturvallisuuden eri osa-alueista. Opinnäytetyön ensimmäisenä tavoitteena oli tuottaa tietoa potilasturvallisuudesta ja osallisuudesta potilaiden näkökulmasta. Toisena tavoitteena oli tulosten hyödyntäminen potilasta osallistavien työtapojen ja toimintakulttuurin kehittämisessä kyseisillä osastoilla.

Tutkimusmenetelmäksi valittiin potilaille suunnattu valmis, paperinen potilasturvallisuus kyselylomake. Sähköistä kyselyä mietittiin yhtenä vaihtoehtona. Se kuitenkin hylättiin sekä aikataulu- että järjestelysyistä. Suunnitteluvaiheessa heräsi ajankohtainen kysymys yhdenvertaisuudesta. Olisiko nykyajan kyselyissä hyvä huomioida sukupuolen moninaisuus lisäämällä sukupuolikysymykseen vaihtoehtoksi muun sukupuolinen.

Näyttää siltä, että osastojen toiminnan luonne, kirurgia ja sisätaudit, vaikuttivat jonkin verran täytettyjen lomakkeiden palautumisen määrään. Kyselylomakkeita käytiin hakemassa osastoilta viikoittain ja hoitajien kanssa keskustellessa kävi ilmi, että potilasvaihtuvuudessa oli eroja. Joillakin osastolla kävi samoja potilaita tietyn väliajoin ja heille ei jaettu enää lomaketta uudelleen. Palautuneita lomakkeita tarkastettaessa ennen tilastointia huomattiin, että annettuja kriteereitä oli noudatettu hyvin lomakkeita jaettaessa potilaille. Työn edetessä havaittiin, että on tärkeää rajata esitettävää materiaalia. Haasteeksi muodostui uhka työn kasvamisesta liian laajoihin mittoihin.

Tilastollisen aineiston käsittelyn lisäksi avointen kysymysten analysointi vei paljon aikaa ja oli laaja kokonaisuus, samoin kuin kehittämisiltapäivän toteutus ja tulosten yhteenvedon laatiminen. Tämän vuoksi opinnäytetyön aikataulua jouduttiin venyttämään suunniteltua pidemmälle ja ajalliset resurssit olivat mittavammat kuin odotettiin. Opinnäytetyön kustannukset olivat hyvin pienet. Kustannukset koostuivat tulostuskuluista sekä potilasturvallisuuden kehittämisiltapäivässä käytetyistä materiaaleista. Kulut kohdentuivat pääasiassa Eksotelle.

Oppimiskahvila valikoitui kehittämistyön menetelmäksi sen monipuolisuuden ja jokaista osallistujaa osallistavan otteensa vuoksi. Kehittämisiltapäivään saatiin luotua lämminhenkinen tunnelma ja huomattavissa oli osallistujien innokkuus keskustella aihepiireistä. Kehittämisiltapäivän koettiin onnistuneen erityisen hyvin. Kehittämisiltapäivän tehtävistä saatiin hyviä näkökulmia, käytännönläheistä tietoa ja ehdotuksia siitä, kuinka potilasturvallisuutta voidaan osastoilla kehittää.

#### **7.4 Jatkotutkimusaiheet**

Uudenlaisen toimintamallin omaksumisessa on tärkeää oikea asennoituminen. Kehittämistyössä nousi esiin, että hoidossaan virheen kohdanneista potilaista moni jäi ilman anteeksipyyntöä. Tämä aiheuttaa usein luottamuspulaa potilaan ja hoitohenkilöstön välille. Lisäksi potilas voi olla huolissaan virheen seurauksista terveydentilaansa. Vilpitön anteeksipyyntö voi vähentää sekä potilaan että hoitohenkilöstön kärsimystä virheestä ja auttaa sen seurauksista selviämisessä. Anteeksipyyntöön olennaisten osien määrittelemisen ja hoitovirheiden käsittelyyn liittyvän mallin suunnittelu käytännöntasolle olisi tärkeää.

Potilaat kaipasivat kirjallista tietoa lääkkeistä sekä lääkkeiden sivuvaikutuksista. Hyödyllistä olisi jatkossa selvittää, kuinka osastojen lääkehoitosuunnitelmaa voidaan kehittää lääkehoidon turvallisuuden ja potilaan lääkityksiin liittyvän tiedonkulun parantamiseksi.

Osallisuus on käsitteenä laaja ja aika tuore, eikä ole välttämättä kovinkaan tuttu kaikille. Siksi jatkotutkimusaiheena olisi tärkeä selvittää, miten potilaat ymmärtävät osallisuuden käsitteenä ja käytännössä potilaan rooliin ja hoitoon liittyen. Selvityksen tulosten perustella osallisuuden kehittäminen ja sen käytäntöön ottaminen voisi olla tuloksellisempaa.

## Lähteet

Aaltonen, L-M. & Lahtinen, P. & Kinnunen, M. & Mustajoki, P. & Roine, P. 2016. Anteeksi- tärkeä sana. Lääkärilehti 6, 426-427.

Autio, M., & Helovuori, S., & Autio, J. 2012. Potilaskuluttajan ja lääkärin muuttuvat roolit sähköistyvillä terveystietomarkkinoilla. [http://www.kulutustutkimus.net/nyt/wp-content/uploads/2013/01/4\\_Autio\\_etal\\_KTS\\_2\\_2012.pdf](http://www.kulutustutkimus.net/nyt/wp-content/uploads/2013/01/4_Autio_etal_KTS_2_2012.pdf) Luettu 10.4.2019.

Doherty, C. & Stavropoulou, C. 2012. Patients' willingness and ability to participate actively. Soc Sci Med jul;75(2) 257-63. DOI 10.1016/j.socsci-med.2012.02.056. Luettu 21.1.2020.

Eksote 2014. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Etelä-Karjalan hyvinvointistrategia 2014–2018. [http://www.eksote.fi/eksote/strategia-ja\\_johtaminen/Sivut/default.aspx](http://www.eksote.fi/eksote/strategia-ja_johtaminen/Sivut/default.aspx) Luettu 17.4.2019.

Eksote 2019. <http://www.eksote.fi/eksote/Sivut/default.aspx> 20.3.2019

Eriksson, K. & Isola, A. & Kyngäs, H. & Leino-Kilpi, L. & Lindström, U. & Paavilainen, E. & Pietilä, A-M. 2012. Hoitotiede. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Gerlander, M. & Kivinen, T. & Isotalus, P. & Kettunen, T. 2013. Potilaan osallistuminen lääkehoidosta keskustelemiseen. Tutkiva Hoitotyö 2013;11(2):14–22.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Edita Publishing oy.

Helovuori, A. & Kinnunen, M. & Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2012. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.

Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino oy.

Inkinen, R. & Volmanen, P. & Hakoinen, S. & toim. THL. 2015. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tampere: Juvenes Print Suomen Yliopistopaino oy.

Kanerva, A. 2015. ”Minusta potilasturvallisuus on potilaan oikeus ja meidän velvollisuus”-Potilasturvallisuuden kehittäminen systeeminäkökulmasta psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta.

Kankkunen, P. & Vehviläinen - Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

KvantiMOTV 2010. Mittaaminen. Menetelmäopetuksen tietovaranto. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/ominaisuudet.html>. Luettu 1.8.2019

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Kyngäs, H. 2009. Potilasturvallisuus. Tutkiva Hoitotyö. nro 3, 3-4.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Itä-Suomen yliopisto Terveystieteiden tiedekunta, väitöskirja.

Laitila, M. & Pietilä, A-M. 2012. Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys ja päihdetyössä. Tutkiva hoitotyö.10.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> Luettu 17.2.2019

Leino- Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka tutkimustyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Leino-Kilpi, H. 2009. Tieto edistää potilaan turvallisuutta. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto, 173–180.

Ojasalo K., & Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät-uudenlaisista osaamista liiketoimintaan Helsinki: Sanomapro.

Proakatemia 2016. Learning Cafe- oppimismenetelmään tutustuminen <http://esseepankki.proakatemia.fi/learning-cafe-oppimismenetelmaan-tutustuminen/> Luettu 20.4.2019.

Sahlström, M. & Partanen P. & Rathert C. & Turunen H. 2016. Patient participation in patient safety still missing: Patient safety experts views. International Journal of Nursing Practice.

Sahlström, M. 2011. Potilaiden arviot potilasturvallisuudesta– kyselytutkimus yleisistä näkemyksistä ja viimeisimmästä hoitajaksosta. Pro gradu-tutkielma, Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Sahlström, M. 2019. Patient participation in promoting patient safety - Finnish patients' and patient safety experts' views Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta, väitöskirja.

Salonen, K. & Eloranta, S. & Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.

Schildmeijer, K. & Nilsen, P. & Ericsson, C. & Broström, A. & Skagerström, J. 2018. Determinants of participation for safer care: A qualitative study of physicians' experiences and perceptions. Wiley Health Science Reports.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009. Terveysturvallisuuden kehittäminen. Työryhmämuistio. Helsinki. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72842/URN%3ANBN%3Afi-fe201504222887.pdf?sequence=1> Luettu 23.4.2019.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021  
[http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09\\_2017\\_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021\\_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Luettu 9.4.2019.

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Helsinki: Valopaino Oy.

Suomen potilasturvallisuusyhdistys ry 2015. Potilasturvallisuus ja riskien hallinta. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle.  
[http://spty.fi/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/RH-opas\\_nettiin\\_korjattu.pdf-02112015.pdf](http://spty.fi/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/RH-opas_nettiin_korjattu.pdf-02112015.pdf). Luettu 5.5.2019.

Tella, S. 2015. Learning about patient Safety in Pre-registration Nursing Education. Comparing Finnish and British Nursing Students' Educations. University of Eastern Finland. Helsinki: Kopioniini Oy.  
Terveysturvallisuuslaki 1326/2010.

Terveysturvallisuuslaki 1326/2010. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Luettu 28.2.2019.

The Patient Safety Company 2012. Patient Participation. How do you turn regular care into excellent care. Netherlands.

THL 2018. Osallisuus. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus>. Luettu 9.4.2019

THL 2019. Potilasturvallisuus. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus> Luettu 9.4.2019.

Tietosuojavaltuutetun toimisto 2019. <https://tietosuoja.fi/organisaatiot>. Luettu 8.4.2019.

Tobiano, G. & Marshall, A. & Bucknall, T. & Chaboyer, W. 2012. Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review. *Int J Nurs Stud.* 2015 Jun;52(6):1107-20. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.010. Luettu 20.1.2020

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. <https://www.tenk.fi/fi>. Luettu 15.3.2019.

Vahdat, S. & Hamzehgardeshi, L. & Hessam, S. & Hamzehgardeshi, Z. Patient Involvement in Health Care Decision Making: A Review. *Iranian Red Crescent Medical Journal.* 2014. Jan; 16(1): e12454. Published online 2014 Jan 5. doi: 10.5812/ircmj.12454. Luettu 27.12.2019

Vaismoradi, M. & Jordan, S. & Kangasniemi, M. Patient participation in patient safety and nursing input – a systematic review J Clin Nurs.2015 Mar, 24 (5-6): 627-39. doi: 10.1111 / jocn.12664. Epub 2014 syyskuu 2. Luettu 20.4.2019.

Valvira. 2016. Terveystuon laitteiden ja tarvikkeiden seurantajärjestelmä kuntoon kattavasti.<https://www.valvira.fi/-/terveydenhuollon-laitteiden-ja-tarvikkeiden-seurantajarjestelma-kuntoon-kattavasti> Luettu 15.4.2019.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS- Kustannus.

Vilka, H.2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

WHO 2019. Patient Safety. <https://www.who.int/patientsafety/en/>. Luettu 11.4.2019.

Wong, Bm & Etchells, EE. & Kuper, A. & Levinson W. &Shojania KG. Teaching quality improvement and patient safety to trainees: a systemic review. Academic Medicine. 2010. DOI:10,1097 / ACM.0b013e3181e2d0c6 Luettu 11.4.2019.

## **Kuvat**

Kuva 1. Potkurimalli (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 59) s.7

Kuva 2. Potilasturvallisuus ja sen osa-alueet (Stakes ja ROHTO 2007) s.9

## **Taulukot**

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot s.26

Taulukko 2. Potilaiden kokemuksia hoidon turvallisuudesta s.27

Taulukko 3. Potilaiden kokemuksia laiteturvallisuudesta s.28

Taulukko 4. Potilaiden kokemuksia lääketurvallisuudesta s.29

Taulukko 5. Taustamuuttajat ja lääketurvallisuuteen liittyviä väittämiä s.31

Taulukko 6. Potilaiden kokemuksia osallistumisesta omaan hoitoonsa s.32

Taulukko 7 Potilaiden Kokemuksia hoitoon liittyvästä kommunikaatiosta s.32

Taulukko 8. Taustamuuttajat ja osallisuuteen liittyviä väittämiä s.34

Taulukko 9 Potilaiden kokemuksia hoitovirheiden tunnistamisesta s.34

Taulukko 10. Hoidossa tapahtuneet virheet ja niiden käsittely s.35

Taulukko 11. Potilasturvallisuutta edistävät tekijät s.36

Taulukko 12. Potilasturvallisuutta estävät tekijät s.37

Taulukko 13. Kehittämisehdotuksia potilasturvallisuustietoisuuden lisäämiseksi s.39

Taulukko 14 Kehittämisehdotuksia tiedonkulun varmistamiseksi s.41

Taulukko 15 Kehittämisehdotuksia hoitovirheiden käsittelyyn s.43

Taulukko 16. Kehittämisehdotuksia potilaan lääketurvallisuuden ja lääketietouden lisäämiseksi s.45

### **Ohje hoitohenkilökunnalle kyselylomakkeiden jakamisesta**

Osastollanne alkaa opinnäytetyöhön liittyvä potilasturvallisuuskyselytutkimus. Kyselytutkimuksen tarkoituksena on kerätä potilaiden kokemuksia potilasturvallisuudesta ja sen eri osa-alueista. Tavoitteena on tuoda esiin potilaiden näkökulmia ja osallisuutta potilasturvallisuuden edistämiseen osastohoidon aikana. Tutkimustulokset tuodaan myös osastoille ja niiden avulla pyritään edistämään ja kehittämään potilasturvallisuutta.

Tutkimukseen on saatu organisaatioltanne tutkimuslupa ja eettisen toimikunnan puoltava lausunto.

Tutkimusaineisto kerätään potilailta kyselylomakkeella. Pyydämme teitä ystävällisesti antamaan potilaille kyselylomakkeen saatekirjeineen ennen heidän kotiutumistaan sekä ohjaamaan potilasta palauttamaan täytetty kyselylomake osastolla olevaan lukittuun laatikkoon.

#### **Potilaiden, joille kyselylomake annetaan, tulee täyttää seuraavat kriteerit:**

- vastaajan tulee olla vähintään 18-vuotias
- hänen tulee olla suomenkielinen, koska kyselylomake on suomenkielinen
- terveydentilan tulee olla sellainen, että potilas kykenee itse täyttämään kyselylomakkeen, omainen voi tarvittaessa auttaa.
- potilaan tulee kotiutua omaan kotiinsa. Jos potilas asuu pysyvästi hoitokodissa, katsotaan tämä hänen omaksi kodikseen.

#### **Pyydämme teitä kertomaan potilaille seuraavat asiat opinnäytetyöhön liittyen:**

- opinnäytetyön tarkoitus on saada tietoa potilaiden kokemuksista potilasturvallisuudesta, jota voidaan hyödyntää potilasturvallisuuden edistämässä.
- kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja vastaaminen tapahtuu nimettömästi
- potilaan antamat tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja tilastollisesti siten, ettei yksittäinen potilas ole tunnistettavissa



-kyselyn mukana on saatekirje, jossa on kerrottu tarkemmin opinnäytetyön tarkoituksesta sekä yhteystiedot, johon potilas voi ottaa yhteyttä tarvittaessa

-kyselyyn vastaamiseen menee aikaa n. 20 min

-potilas palauttaa kyselylomakkeen osastolla olevaan lukittuun laatikkoon.

Vastaamme mielellämme opinnäytetyöhön liittyviin kysymyksiin!

Ystävällisin terveisin

Saimaan ammattikorkeakoulun YAMK-opiskelijat

Päivi Rantonen

[paivi.ylitalo@student.saimia.fi](mailto:paivi.ylitalo@student.saimia.fi)

Anna-Maria Suhonen

[anna-maria.suhonen@student.saimia.fi](mailto:anna-maria.suhonen@student.saimia.fi)

Ohjaajat: yliopettaja Niina Nurkka ja lehtori Birgitta Lehto, Saimaan ammattikorkeakoulu

Työelämäohjaaja Mari Liukka, laatu- ja turvallisuuspäällikkö, Eksote

Liite 2. Kutsu Learning Cafe-tilaisuuteen

*Kutsu potilasturvallisuuden kehittämisiltapäivään*  
*25.11.2019 klo 14-16 Eksoten rantasaunalle*

Hyvä hoitoalan ammattilainen osastoilta K2, K3, K5 ja K6

Teimme osastonne potilaille kyselyn potilasturvallisuudesta ja osallisuudesta YAMK-opinnäytetyöhömme liittyen 18.8.-23.9.2019.

Kyselyaineisto on nyt analysoitu ja kyselyn tulokset on vedetty yhteen. Olemme nostaneet tuloksista tärkeimpiä kehittämiskohteita, joita haluamme lähteä työstämään kanssanne Learning Cafe- menetelmällä kaikkien neljän kyselyyn osallistuneen osaston yhteisessä kehittämisiltapäivässä.

Pyydämme teitä valitsemaan jokaiselta osastolta 5-6 osallistujaa mukaan. Lisäksi työelämäohjaajamme laatu- ja turvallisuuspäällikkö Mari Liukka, potilasturvallisuuskoordinaattori Petteri Alavahtola sekä palvelupäällikkö Kirsi Tapiola- Huomo osallistuvat iltapäivään.

Ryhmätyön jälkeen käymme tuotokset läpi ja keskustelemme yhdessä kehittämisideoista ja täydennämme tuloksia, jos ajatuksia ja ideoita vielä syntyy. Osallistumiseen on erittäin arvokasta osastojenne potilasturvallisuuden kehittämisen kannalta.

Tilaisuudessa juomme kahvit ja teet leivonnaisten kera ja siksi osallistujien erityisruokavalioista toivoisimme laitettavan viestiä sähköpostitse osoitteeseen:

[anna-maria.suhonen@student.saimia.fi](mailto:anna-maria.suhonen@student.saimia.fi)

**Tervetuloa mukaan kuulemaan potilaskyselyn tuloksista ja kehittämään osastojenne potilasturvallisuutta!**



Ystävällisin terveisin: Anna-Maria Suhonen ja Päivi Rantonen

### Liite 3. Suostumusasiakirja hoitohenkilöstölle



## Suostumuslomake

Olen saanut tietoa YAMK-opiskelijoiden Päivi Rantosen ja Anna-Maria Suhosen opinnäytetyöstä ja siihen liittyvästä kehittämistehtävästä, jonka tarkoituksena on osallistaa potilaskyselyssä mukana olleiden osastojen hoitohenkilökunta kehittämään osastojen potilasturvallisuutta Learning Cafe-menetelmän avulla. Kehittämistehtävä pohjautuu elo-syyskuussa 2019 tehtyyn potilaskyselyyn, jossa kartoitettiin potilaiden omia kokemuksia potilasturvallisuudesta ja osallistumisesta hoitoon.

Kehittämisisiltapäivässä kerättävää aineistoa käytetään potilasturvallisuutta koskevan opinnäytetyön kehittämisosuuteen. Osallistuminen Learning Cafe-pajaan on vapaaehtoista.

Learning Cafessa tuotetut kirjalliset materiaalit liitetään opinnäytetyöhön kuvina, sekä niistä kirjoitetaan yhteenveto opinnäytetyön tuloksiin.

Materiaalia ei luovuteta ulkopuolisille, eikä sitä käytetä muuhun kuin tähän opinnäytetyöhön.

Vahvistan allekirjoituksellani suostumukseni ja vapaaehtoisen osallistumiseni kehittämisisiltapäivään ja Learning Cafe-työskentelyyn.

Osallistujan nimi:

Paikka:

Päivämäärä: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Suostumuksen vastaanottajan nimi:

Paikka:

Päivämäärä: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

## ARVOISA POTILAS

Suoritamme Saimaan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa ja teemme parhaillaan opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on saada tietoa potilaiden kokemuksista potilasturvallisuudesta. Potilaana sinulla on kokemusta ja näkemystä, joita voidaan hyödyntää potilasturvallisuuden kehittämisessä.

Opinnäytetyömme toimeksiantajana on Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tiede- ja tutkimuskeskus.

Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja vastaaminen tapahtuu nimettömästi. Antamasi tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja tilastollisesti siten, ettei yksittäinen potilas ole tunnistettavissa. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tätä opinnäytetyötä varten ja hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Eksoten eettinen työryhmä on antanut opinnäytetyölle puoltavan lausunnon ja organisaatiolta on saatu tutkimuslupa. Opinnäytetyötä varten on laadittu tietosuojailmoitus. EU:n yleinen tietosuoja-asetus (2016/679) artiklat 13 ja 14. Tietosuojailmoitus on nähtävissä osaston hissiaulassa olevan infopöydän ilmoitustaululla palautuslaatikon vieressä.

Pyydämme Sinua vastaamaan kyselylomakkeen kaikkiin kysymyksiin ja palauttamaan lomakkeen osastolla olevaan lukittuun palautuslaatikkoon ennen kotiutumistasi. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa n.20 minuuttia. Opinnäytetyön valmistuu loppuvuodesta 2019. Tämän jälkeen opinnäytetyö on luettavissa Theseus- julkaisuarkistossa sekä tieteellisenä julkaisuna. Opinnäytetyö toimitetaan myös Eksotelalle.

Vastaamme mielellämme opinnäytetyöhön liittyviin kysymyksiin.

[anna-maria.suhonen@student.saimia.fi](mailto:anna-maria.suhonen@student.saimia.fi)  
[paivi.ylitalo@student.saimia.fi](mailto:paivi.ylitalo@student.saimia.fi)

Kiitokset osallistumisesta!

Opiskelijat Anna-Maria Suhonen ja Päivi Rantonen

## **OPINNÄYTETYÖTÄ KOSKEVA TIETOSUOJAILMOITUS**

**EU:n yleinen tietosuoja-asetus (2016/679) artikkelat 13 ja 14**

**Laatimispäivämäärä: 21.4.2019**

### **Mitä tarkoitusta varten henkilötietoja kerätään?**

Henkilötietoja kerätään Saimaan ammattikorkeakoulun YAMK-tutkinnon suorittamiseen liittyvään opinnäytetyöhön, jonka aiheena on potilaan kokemukset potilasturvallisuudesta sekä potilaiden osallisuus potilasturvallisuuden edistämisessä. Opinnäytetyöhön liittyy potilaille tehtävä potilasturvallisuuskysely Etelä- Karjalan keskussairaalan neljällä osastolla.

### **Mitä tietoja keräämme?**

Keräämme sinusta henkilötietoina sukupuolen, syntymävuoden, koulutuksen sekä ammattiryhmän tiedot.

### **Millä perusteella keräämme tietoja?**

Keräämme tiedot Sinusta vapaaehtoiseen suostumukseesi perustuen.

### **Mistä kaikkialta henkilötietoja keräämme?**

Keräämme henkilötietoja ainoastaan kyselyyn vastanneilta henkilöiltä. Kyselyyn osallistuvat Etelä- Karjalan keskussairaalan K2, K3, K5 ja K6 osastoilta kotiutuvat täysi-ikäiset potilaat ajalla 15.8- 1.10.2019.

### **Kenelle tietoja siirretään?**

Henkilötietojasi ei siirretä ulkopuolisille tahoille.

### **Minne tietoja siirretään?**

Kerättyjä henkilötietoja ei siirretä EU:n tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle.

## **Kerättyjen tietojen turvallinen säilyttäminen**

Opinnäytetyön laatijoita on ohjeistettu salassapitovelvollisuudesta koskien opinnäytetyön laatimisen yhteydessä kerättyä tietoa.

Potilaat vastaavat kyselytutkimukseen anonymisti ja vastaajien anonymiteetti säilyy koko tutkimuksen ajan.

Kerättyä paperista aineistoa säilytetään lukitussa kaapissa, jonne ainoastaan opinnäytetyön laatijoilla on pääsy. Lomakkeista tiedot tallennetaan ainoastaan opinnäytetyöntekijöiden henkilökohtaiseen tiedostoon. Tietoihin pääsy on mahdollista ainoastaan opinnäytetyön tekijöillä Päivi Rantosella ja Anna-Maria Suhosella, sekä tarvittaessa ohjaavilla opettajilla Niina Nurkalla ja Birgitta Lehdolla.

## **Kuinka kauan kerättyä aineistoa säilytetään?**

Kerätty aineisto arkistoidaan henkilötunnistetiedoin. Kerättyaineisto säilytetään, kunnes opinnäytetyö on valmis. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen kyselylomakkeet tuhoetaan tietosuojasetuksen mukaisesti ja syötetty data poistetaan tietokoneohjelmasta tutkimuksen valmistuttua.

## **Millaista päätöksentekoa?**

Aineistoa käsiteltäessä ei tapahdu automaattista päätöksentekoa.

## **Oikeutesi**

Rekisteröidyllä on oikeus peruuttaa antamansa suostumus, milloin henkilötietojen käsittely perustuu suostumukseen. Tutkimuksen keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää osana tutkimusaineistoja.

Rekisteröidyllä on oikeus tehdä valitus Tietosuojavaltuutetun toimistoon, mikäli rekisteröity katsoo, että häntä koskevien henkilötietojen käsittelyssä on rikottu voimassa olevaa tietolainsäädäntöä.

Rekisteröidyllä on seuraavat EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen mukaiset oikeudet:

- a) Rekisteröidyn oikeus tarkistaa itseään koskevat tiedot.
- b) Rekisteröidyn oikeus tietojensa oikaisemiseen.
- c) Rekisteröidyn oikeus tietojensa poistamiseen. Oikeutta henkilötietojen poistamiseen ei sovelleta, jos tietojen käsittely on tarpeen yleisen edun mukaisia arkistointitarkoituksia taikka tieteellisiä tai historiallisia tutkimustarkoituksia tai tilastollisia tarkoituksia varten, jos oikeus tietojen poistamiseen estää tai suuresti vaikeuttaa henkilötietojen käsittelyä
- d) Rekisteröidyn oikeus tietojen rajoittamiseen.
- e) Rekisteröidyn oikeus siirtää tiedot toiselle rekisterinpitäjälle.

### **Tutkimusrekisterin tiedot**

Saimaan ammattikorkeakoulu YAMK-opinnäytetyö/ opinnäytetyöhön liittyvä potilasturvallisuuskysely.

Tutkimus on kertatutkimus ja tutkimus tehdään ajalla 15.8-1.10.2019. Tutkimukseen kerättävät henkilötiedot säilytetään 1.8 2020 asti.

### **Rekisterinpitäjän ja yhteys henkilön tiedot**

Päivi Rantonen, [paivi.ylitalo@student.saimia.fi](mailto:paivi.ylitalo@student.saimia.fi)

Anna-Maria Suhonen, [anna-maria.suhonen@student.saimia.fi](mailto:anna-maria.suhonen@student.saimia.fi)