

OPINNÄYTETYÖ

Lappalainen Jonna, Parviainen Pyry
2013

MEILLE, TEILLE VAI ERI TEILLE Kotiuttamisen ja jatkohoidon tarkistuslista Rovaniemen terveyskeskussairaalalle



Rovaniemen
ammattikorkeakoulu
University of Applied Sciences
LUC

HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA

ROVANIEMEN AMMATTIKORKEAKOULU

TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA

Opinnäytetyö

MEILLE, TEILLE VAI ERI TEILLE

Kotiuttamisen ja jatkohoidon tarkistuslista Rovaniemen
terveyskeskussairaalalle

Lappalainen Jonna, Parviainen Pyry

2013

Toimeksiantaja Rovaniemen terveystalokeskus, terveyskeskussairaala

Ohjaaja Outi Tieranta

Hyväksytty

Tekijät	Jonna Lappalainen Pyy Parviainen	Vuosi	2013
Toimeksiantaja Työn nimi	Rovaniemen terveyspalvelukeskus, terveyskeskussairaala Meille, teille vai eri teille – Kotiuttamisen ja jatkohoidon tarkistuslista Rovaniemen terveyskeskussairaalalle		
Sivu- ja liitemäärä	41 + 2		

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tarkistuslista Rovaniemen kaupungin terveyskeskuksen vuodeosastoille koskien potilaan kotiuttamista sekä jatkohoidon järjestämistä. Tavoitteena on edistää potilasturvallisuutta hoidon siirtymävaiheissa, yhdenmukaistaa käytäntöjä ja parantaa hoidon laatua. Tarkistuslistan avulla on mahdollista taata riittävä tiedonkulkua hoitavien yksiköiden välillä sekä varmistaa, että potilaan jatkohoitoa valmisteltaessa kaikki olennaiset asiat on huomioitu.

Opinnäytetyömme koostuu Rovaniemen kaupungin tilaamasta tuotteesta eli tarkistuslistasta ja siihen liittyvästä ohjeesta sekä opinnäytetyöraportista. Raportti muodostuu potilasturvallisuuden lähtökohdista ja potilasturvallisuudesta hoidon siirtymävaiheissa sekä tuotekehitysprosessin kuvauksesta.

Opinnäytetyömme toiminnallisessa osuudessa on sovellettu sosiaali- ja terveysalan tuotekehitysprosessia. Tarkistuslista on kaksipuoleinen, värillinen, laminoitu A4-arkki, joka on toimitettu toimeksiantajalle myös doc. tiedostona. Tarkistuslistan sisällössä on huomioitu potilasturvallisuuden kannalta keskeiset tekijät potilaan hoidon siirtymävaiheissa sekä kohdeorganisaation käytänteet. Tarkistuslistan liitteenä on kirjallinen ohjeistus sen käytön tueksi.

Avainsanat potilasturvallisuus, jatkohoito, kotiuttaminen, tarkistuslista

Muita tietoja työhön liittyy tarkistuslista sekä ohje sen käytön tueksi

Authors	Jonna Lappalainen Pyy Parviainen	Year	2013
Commissioned by	City of Rovaniemi, Health Centre Hospital		
Subject of thesis	My Place, Your Place Or Separate Ways – A Checklist for Discharging A Patient for The Rovaniemi Health Centre Wards		
Number of pages	41 + 2		

The goal of this thesis was to create a checklist for the Rovaniemi city's health centre hospital wards regarding patient discharge and follow-up care. The aim is to improve patient safety during the transition of care, standardize practices and improve the quality of treatment. The checklist guarantees a sufficient information flow between the different treatment units, and ensures that all the necessary facts have been taken into account considering the patient's follow-up care.

Our thesis consists of a product ordered by the city of Rovaniemi: a checklist, documentation on how to use it, and a research report. The report is composed of the fundamentals of patient safety, patient safety during the transition of care, and of a description of the product development process.

The functional part of our thesis has been carried out by applying the product development processes of the health care and social sector. The checklist is a two-sided, coloured, and laminated A4-sheet that has been delivered to the client as a doc. file. The checklist has been constructed by considering the key factors of patient safety during the transition of care and the standard procedures of the target organization. The checklist is accompanied by written guidelines to assist with its use.

Key words	patient safety, follow-up care, discharging a patient, checklist
Special remarks	the thesis includes a checklist and written guidelines on how to use the list

Sisällys

1 JOHDANTO	1
2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	3
3 POTILASTURVALLISUUDEN LÄHTÖKOHTIA HOITOTYÖSSÄ.....	4
4 POTILASTURVALLISUUS HOIDON SIIRTYMÄVAIHEISSA	9
4.1 VAARATAPAHTUMAT HOIDON SIIRTYMÄVAIHEISSA	9
4.2 HOIDON JATKUVUUDEN TURVAAMINEN.....	10
4.3 POTILASTURVALLISUUTTA EDISTÄVIÄ KÄYTÄNTÖJÄ.....	13
4.3.1 <i>Tarkistuslistat</i>	<i>13</i>
4.3.2 <i>Potilaan tunnistaminen ja potilasranneke</i>	<i>14</i>
4.3.3 <i>Hoitotyön yhteenveto.....</i>	<i>14</i>
4.3.4 <i>Suullinen raportointi.....</i>	<i>15</i>
4.4 TURVALLISESTI KOTIIN.....	16
5 TARKISTUSLISTAN TUOTTEISTAMISPROSESSI.....	19
5.1 ONGELMAN TUNNISTAMINEN JA IDEAVAIHE	19
5.2 LUONNOSTELU JA KEHITTELYVAIHEET	21
5.3 VIIMEISTELY	28
5.4 VALMIIN TUOTTEEN TARKASTELUA	29
6 POHDINTA	34
LÄHTEET.....	37
LIITTEET.....	42

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuuden kehittäminen on yksi tämän hetken keskeisimpiä asioita hoitotyössä niin kansainvälisesti kuin kotimaassakin. Vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki (1326/2010) on huomionnut potilasturvallisuuden ja toiminnan laadun omana pykälänään. Myös ensimmäinen suomalainen potilasturvallisuusstrategia ”Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä” on julkaistu vuosille 2009-2013. Strategian tarkoituksena on ohjata sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin ja edistää sen toteutumista. Ohjelman päätavoitteena on potilasturvallisuuden juurruttaminen toiminnan rakenteisiin ja toimintatapoihin, jolloin hoito on vaikuttavaa ja turvallista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a, 3-11.) Potilasturvallisuusstrategia sekä Terveydenhuoltolaki ja sen johdosta annettu asetus luovat yhdessä perustan potilasturvallisuustyölle Suomessa.

Potilasturvallisuus on terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden, toimintayksiköiden ja organisaatioiden periaatteita sekä toimintakäytänteitä, joiden tarkoituksena on varmistaa potilaiden terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen turvallisuus (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 7). Potilasturvallisuuden parantamiseksi tarvitaan tietoa haitta- ja vaaratapahtumista sekä läheltä piti –tilanteista, sillä jopa puolet kliinisessä työssä sattuvista haittatapahtumista on ehkäistävissä (Helovuokä Kinnunen–Peltomaa–Pennanen 2011, 16-20).

Hoitopaikan vaihtuminen on tunnustettu yhdeksi suurimmaksi kehitettäväksi osa-alueeksi hoitotyön laadun ja potilasturvallisuuden takaamiseksi (Boiling 2009). Yleisiä haittatapahtumien syitä hoitoprosessin rajapinnoilla, esimerkiksi potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen, on väärin ymmärtäminen sekä tiedonkulun katkeaminen. Yksi perustekijä laadukkaan ja hyvän hoidon mittarina onkin tiedonkulun varmistaminen. (Helovuokä ym. 2011, 72.) Hoitoprosessia ja toimintaedellytyksiä tulee kehittää siten, että hoidon toteutuminen suunnitelmallisesti voidaan taata. Yksinkertainen keino tähän ovat erilaiset tarkistuslistat. Niiden avulla voidaan varmistaa, että unohduksia ei pääse syntymään. (Helovuokä ym. 2011, 20.)

Rovaniemen kaupunki päivittää potilasturvallisuussuunnitelmansa tänä vuonna ja haluaa tarkistuslistan varmistamaan hoitoprosessin turvallisuutta jatkohoidon osalta. Rovaniemen kaupunki tuottaa kuntalaisille sairaalatoimintaa omana toimintana kahdella akuuttiosastolla, sekä kuntoutusosastolla. Lisäksi kaupungilla on kotisairaala, joka toimii yhteistyössä akuuttiosastojen kanssa. Keskimääräinen hoitoaika akuuttiosastoilla on 10 vrk, kuntoutusosastolla vastaava luku on 16 ja potilaiden vaihtuvuus on osa päivittäistä toimintaa.

Opinnäytetyömme vastaa Rovaniemen kaupungin tarpeeseen saada luotettava ja tutkittuun tietoon perustuva käytännön työväline potilaan turvallisen jatkohoidon varmistamiseen. Tarkistuslista varmistaa tiedon siirtymistä ja helpottaa työn tekoa, koska työntekijän ei tarvitse luottaa vain omaan muistiinsa tai tarkkavaisuuteensa (Helovuo ym. 2011, 208). Tarkistuslistassa huomioidaan potilaan kotiuttaminen Rovaniemellä toimiviin vanhusten palveluasumisen yksiköihin sekä kotiin kotihoidon että kotisairaalan turvin. Jatkohoidon osalta sisällytämme työhömmme potilassiirrot kaupungin omien yksiköiden välillä, Lapin keskussairaalaan, Lapin kuntoutus Oy:lle sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon päivystyksiin.

Opinnäytetyömme on toiminnallinen, se koostuu Rovaniemen kaupungin tilaamasta tuotteesta eli tarkistuslistasta sekä opinnäytetyöraportista. Raportti muodostuu potilasturvallisuuden lähtökohdista ja potilasturvallisuudesta hoidon siirtymävaiheissa sekä tuotekehitysprosessin kuvauksesta. Tarkistuslistan liitteenä on sen käytön tueksi kirjallinen ohjeistus.

2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tarkistuslista Rovaniemen kaupungin terveyskeskuksen vuodeosastoille koskien potilaan kotiuttamista sekä jatkohoidon järjestämistä. Tavoitteena on edistää potilasturvallisuutta hoidon siirtymävaiheissa, yhdenmukaistaa käytäntöjä ja parantaa hoidon laatua. Tarkistuslistan avulla on mahdollista taata riittävä tiedonkulku hoitavien yksiköiden välillä sekä varmistaa, että potilaan jatkohoitoa valmisteltaessa kaikki olennaiset asiat on huomioitu.

Tulevina sairaanhoitajina tavoitteenamme on lisätä omaa osaamistamme potilasturvallisuuden edistäjinä sekä kartuttaa tietämystämme potilaan hoitotyön siirtymävaiheista.

3 POTILASTURVALLISUUDEN LÄHTÖKOHTIA HOITOTYÖSSÄ

Potilasturvallisuus on terveydenhuollon organisaation periaatteita ja toimintatapoja, jotka suojaavat potilasta epätarkoituksenmukaisilta hoitotoimenpiteiltä ja mahdollisilta vaaratilanteilta. Käytännössä tämä tarkoittaa potilaan näkökulmasta hänen saavan oikean, tarvittavan hoidon, josta aiheutuu hänelle mahdollisimman vähän haittaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013; Yli-Villamo 2008, 8-9.) Potilasturvallisuuteen kuuluu hoitoyksikön hyviä prosesseja ja käytäntöjä joilla voidaan ennakoida ja näin estää mahdollisia vaaratilanteita. Hyvä potilasturvallisuus mahdollistaa hoidon, josta on eliminoitu vaaratilanteet jotka syntyisivät erehdyksen, unohduksen tai muun lipsahduksen vuoksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Potilasturvallisuus voidaan jakaa kolmeen eri osa-alueeseen (Taulukko 1), jotka ovat ”lääkehoidon turvallisuus”, ”hoidon turvallisuus”, ja ”lääkinnällisten laitteiden turvallisuus”. Periaatteessa kaksi viimeistä sisältyvät hoidon turvallisuuteen, mutta ne on haluttu eriyttää omiksi osa-alueikseen niiden tärkeyden vuoksi. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2006, 5.)

Taulukko 1. Potilasturvallisuuden osa-alueet (ks. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2006, 5).

Potilasturvallisuus		
Lääkehoidon turvallisuus <ul style="list-style-type: none"> • Lääkitysturvallisuus • lääkkeiden käyttö, lääkehoidon toteuttaminen, lääkehaittojen ehkäiseminen • Lääkkeiden turvallisuus • farmakologiset ominaisuudet, lääkkeiden ominaisuuksien tunteminen, lääkkeiden haittavaikutukset 	Hoidon turvallisuus <ul style="list-style-type: none"> • Hoitomenetelmien turvallisuus • työn edellyttämä koulutus, näyttöön perustuva hoitotyö, koulutuksen täydentäminen • Hoitamisen turvallisuus • hoitoympäristön vaarojen tunnistaminen, ennaltaehkäisy ja poisto, turvallisten työtapojen tarkkailu ja varmistaminen 	Lääkinnällisten laitteiden turvallisuus <ul style="list-style-type: none"> • Laitteiden käytön turvallisuus • laitteiden käyttötavan ymmärtäminen, riskien ennaltaehkäisy • Laitteiden toiminnan turvallisuus • laitteelle asetettujen vaatimusten täytyminen (laki 1994/1505), käyttötarkoituksen mukainen toimivuus ja toimintakyky

Potilasturvallisuuden edistämiseksi jokaisen terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta siten, että se, yhdessä sosiaalihuollon kanssa edistää potilasturvallisuutta (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 8§). Tämän, niin sanotun potilasturvallisuussuunnitelman tulee ottaa huomioon toimintayksiköiden fyysinen ympäristö, lääkehoito, henkilöstö ja tietojärjestelmät, potilasasiakirjamerkintöjen tekeminen, henkilökunnan perehdyttäminen sekä tiedonkulku toimintayksikön sisällä ja eri toimintayksiköiden välillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 341/2011.) Lisäksi Sosiaali ja terveysministeriö on muistiossaan todennut, että koska vaaratapahtumat tapahtuvat usein potilaan hoitopaikan muutosten yhteydessä, potilasturvallisuussuunnitelmassa on erityisesti kiinnitettävä huomiota muiden terveydenhuollon yksiköiden ja sosiaalihuollon palvelujen kanssa tehtävän yhteistyön tavoitteisiin ja keinoihin. Turvallisuus on taattava noudattaen sovittuja käytäntöjä, joilla estetään potilaan hoitopolun tai tiedonkulun katkeaminen esimerkiksi silloin, kun potilas siirtyy perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon tai terveydenhuollon avopalvelujen piiriin. (Sosiaali ja terveysministeriö 2011, 5.)

Kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta on organisaation johdolla, jonka tulee varmistaa työolosuhteet sellaisiksi, että hoito voidaan toteuttaa turvallisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevällä ammattihenkilöllä on osaltaan oma vastuu hoidon laadusta ja turvallisuudesta, johon kuuluu keskeisesti sitoutuminen potilasturvallisuuden edistämiseen arvioimalla ja kehittämällä omaa työtään, osaamistaan ja toimintaansa turvallisemmaksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a, 15.) Sairaanhoidtaja on laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on lakiin perustuen velvollisuus ottaa huomioon hoidosta potilaalle koitua hyöty ja sen mahdolliset haitat. Sairaanhoidtajan työn tavoitteena on sairauksien ehkäiseminen, terveyden ylläpitäminen ja edistäminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Työssä tulee soveltaa yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 1§ ja 15§.)

Kliiniset taidot ovat tärkeitä potilasturvallisuudelle, mutta yksistään ne eivät riitä takaamaan, että kaikki potilasturvallisuutta edistävät toiminnot otetaan potilaan hoidossa huomioon. Potilasturvallisuustaidot ovatkin kokonaan oma osaamisalueensa. (Aaltonen–Rosenberg 2013, 8-9.) Potilasturvallisuustaitojen ydinosamisalueet hoitotyössä sisältävät eettisen osaamisen sekä menetelmien ja prosessien turvallisuuden osaamisen (Kuvio 1), nämä alueet muodostavat perustan terveydenhuollon ammattihenkilön laillistamiselle ja ammattitoiminnalle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 11-12.)



Kuvio 1. Potilasturvallisuustaitojen ydinosamisalueet hoitotyössä (ks. Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 11-12)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toteuttaa Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelmaa vuosina 2011-2015 tavoitteenaan edistää terveydenhuollon ammattilaisten potilasturvallisuustaitoja ja sitä kautta parantaa potilasturvallisuutta. Ohjelman tarkoituksena on luoda terveydenhuollon ammattilaisille potilasturvallisuutta edistävä työympäristö ja mahdollistaa laadukkaiden ja helppokäyttöisten potilasturvallisuutta edistävien välineiden saatavuus siten, että terveydenhuollon ammattilaiset osallistuvat itse niiden suunnitteluun ja jakamiseen. Ohjelmaan liittyy Potilasturvallisuutta taidolla -verkkopalvelu, joka tarjoaa ajantasaista ja käytännönläheistä tietoa potilasturvallisuudesta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 12.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on todennut muistiossaan potilasturvallisuuden yhdeksi tärkeimmäksi tekijäksi yksittäistä potilasta koskevan tiedon asianmukaisen merkitsemisen ja tiedonkulun varmistamisen toimintayksikön sisällä ja toimintayksikköjen välillä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 5). Potilaan hoidon dokumentointi onkin hoitotyön osaamisen ydinaluetta. Kun se hallitaan, toteutuu sekä potilaan että hoitajan oikeusturva. Voidaan katsoa, että hoidon hyvän dokumentaation käytäntöön kuuluvat oleellisten tietojen kirjaaminen, totuudenmukaisuus, luottamuksellisuus tietojen käsittelemisessä sekä asiallinen kielenkäyttö. (Haho 2009.) Potilaan hoitoa dokumentoidaan potilaskertomukseen, joista yhdessä muiden potilastietojen kanssa muodostuu lain tarkoittamat potilasasiakirjat. Potilasasiakirjoihin saavat tehdä merkintöjä potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt. Osastohoidossa olevasta potilaasta tulee tehdä osana potilaskertomusta hoitajaksokohtaisesti päivittäin merkinnät hänen tilaansa liittyvistä huomioista, hoitotoimista ja vastaavista seikoista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 298/2009.)

Potilastiedot ovat salassa pidettäviä, arkaluontoisia henkilötietoja, joiden laatimista ja käsittelyä ohjaavat useat eri lait ja asetukset. Lait täydentävät toisiaan ja niitä sovelletaan tilanteen mukaan rinnakkain. Potilastiedot kuuluvat oikeudellisesti yksityiselämän suojan ydinalueeseen, jota turvaavat useiden lakien lisäksi Euroopan unionin direktiivit, kansainväliset ihmisoikeussopimukset sekä perustuslaki. Pelkästään tieto siitä, että henkilö

on potilas, on salassa pidettävää tietoa, jota ei saa ilmaista sivullisille ilman laissa säädettyä perustetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b, 15.) Potilasturvallisuuden takaamiseksi potilasta koskevan tiedon tulee kuitenkin siirtyä potilaan mukana yksiköstä toiseen, noudattaen ennalta sovittuja käytäntöjä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 5). Terveystietolain 9§ (1326/2010) mahdollistaa potilastietojen siirron kunnallisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä siinä laajuudessa, kun se kulloisenkin tilanteen vuoksi on tarpeellista. Samaa sovelletaan myös yksityisen terveydenhuollon ylläpitämiin potilasasiakirjoihin silloin, kun kunta tai kuntayhtymä on tehnyt sopimuksen palvelun tuottajan kanssa. (Heiliö 2013).

4 POTILASTURVALLISUUS HOIDON SIIRTYMÄVAIHEISSA

4.1 Vaaratapahtumat hoidon siirtymävaiheissa

Vaaratapahtumana potilasturvallisuudelle pidetään joko haittatapahtumaa tai niin sanottua läheltä piti-tilannetta. Läheltä piti-tilanne eroaa haittatapahtumasta sillä, että uhka huomataan ajoissa, eikä siitä aiheudu haittaa potilaalle. Haittatapahtumassa vastaavasti potilaalle aiheutuu tapahtuman luonteesta riippuvaa hoitoon kuulumatonta eriasteista haittaa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013.) Terveidenhuollossa on vaaratapahtumia varten olemassa oma raportointijärjestelmä HaiPro, joka on käytössä yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä kautta maan, myös Rovaniemen kaupungilla. HaiPro-raportointijärjestelmä on tarkoitettu toiminnan kehittämiseen yksiköiden sisäisessä käytössä, raportointimenettelyn avulla käyttäjät voivat hyödyntää vaaratapahtumista saatavat opit ja terveydenhuollon johto saa tietoa varautumisen riittävydestä ja toimenpiteiden vaikutuksista. (HaiPro 2013.)

Tuula Kokkola on Pro gradu -tutkielmassaan analysoinut 287 HaiPro - ilmoitusta potilasturvallisuuden vaaratapahtumista hoidon siirtymävaiheissa. Tutkimuksessa siirtymävaiheet on määritelty kolmeksi erilaiseksi vaiheeksi. Nämä ovat potilassiirrot eri yksiköiden välillä ja kotiutuminen, jaetun vastuun tilanteet ja vastuunsiirto sekä yhteistyö tukipalveluiden kanssa. Kokkola toteaa tutkimuksessaan, että hoidon siirtymävaiheissa oli potilasturvallisuuden vaaratapahtumia eniten jaetun vastuun tilanteissa ja vastuunsiirrossa, 129 kpl. Toiseksi eniten niitä oli potilassiirroissa ja kotiutumisessa 104 kpl. sekä vähiten yhteistyössä tukipalveluiden kanssa, 54 kpl. (Kokkola 2010, 50-51.)

Kokkolan mukaan potilassiirroissa ja kotiutuksessa selvästi suurin vaaratapahtumia aiheuttava tekijä oli puutteelliset tai epäselvät hoito-ohjeet ja tiedot potilaasta sekä hoito-ohjeiden toteuttamatta jättäminen. Näistä HaiPro-ilmoituksia oli 65 %. Muut vaaratapahtumien aiheuttajat olivat potilaan puutteellinen ohjaus sairaalaan tullessa ja kotiutuessa, siirrosta ilmoittamatta jättäminen vastaanottavaan yksikköön sekä epätarkoituksenmukainen

hoitopaikan valinta. Nämä yhteensä aiheuttivat 35 % vaaratapahtumista. (Kokkola 2010, 51.)

Tutkimuksessaan Kokkola on nostanut esille neljä seikkaa, joihin tulisi kiinnittää huomiota suunniteltaessa potilasturvallisuutta edistäviä toimintatapoja hoidon siirtymävaiheisiin: tiedonkulun turvaaminen, vakioitujen toimintakäytäntöjen luominen, oppimista tukeva työympäristö sekä ikuinen kysymys resursseista. Kokkola toteaa, että potilaan hoidon siirtymävaiheeseen saattaisi olla mielekästä luoda yli yksikkörajojen ohjeet potilaan siirtotilanteiden turvallisuuden varmistamiseksi, esimerkiksi luomalla tilanteeseen tarkistuslista. (Kokkola 2010, 91)

Hoitopaikan vaihtuminen on tunnustettu myös kansainvälisesti yhdeksi suurimmaksi kehitettäväksi osa-alueeksi hoitotyön laadun ja potilasturvallisuuden takaamiseksi. Tutkimusten mukaan suurimmat ongelmat ovat hoito-ohjeiden puutteellisuus sekä virheet lääkityksessä. Huomattuja ongelmia tapahtuu jopa yli puolessa tapauksissa jatkohoidon järjestämisessä ja haitallisia seurauksia tapahtuu 15–25% potilaista. Nämä tapahtumat lisäävät sairaalahoitoon palaamisen riskiä 60 päivän sisällä sieltä poistumisesta, joka on USA:ssa 20–30%. Hyvällä ja tehokkaalla jatkohoidon varmistamisella tätä voitaisiin vähentää kolmannekseen tai jopa puoleen riippuen käyttöön otetuista työkaluista ja käytännöistä. (Boiling 2009.)

4.2 Hoidon jatkuvuuden turvaaminen

Hoidon jatkuvuus on yksi hoitotyön periaatteista. Sen turvaaminen on tärkeää potilaan kokonaisvaltaisen hoidon sekä hoitotyön onnistumisen kannalta. Potilaan hoidon jatkuvuus siirtyessä hoitopaikasta toiseen turvataan suullisella tiedottamisella ja hyvällä kirjaamisella. Näiden avulla potilaan hoidosta tulee yhtenäistä ja jatkuvaa. (Kassara ym. 2006, 15; Mykkänen–Huovinen 2011, 34.) Yhdysvalloissa on kuvattu hoidon siirtymävaiheissa huomioon otettavia toimintoja lähettävän ja vastaanottavan yksikön näkökulmasta (Kuvio 2). Näissä ydintoiminnoissa korostuvat potilaskeskeisyys, suunnittelu, arviointi, yhteistyö, hyvä kommunikointi ja tiedonsiirto. (HMO 2004; Jauhiainen 2009, 14.)

Lähtävien ja vastaanottavan yksikön tehtävät

- Muuttaa käsitys potilaan siirrosta potilaan hoidonjatkuvuuden järjestämiseksi
- Potilaan jatkohoidon järjestämisen aloittaminen jo ennen potilaan saapumista tai välittömästi sen jälkeen.
- Potilaiden tarpeiden tunnistaminen ja niiden liittäminen hoitosuunnitelmaan
- Potilaan tukiverkon ja siirron jälkeisen toimintakyvyn hoitoon sitoutumisen määrittely
- Yhteisen hoitosuunnitelman luominen siirtoon liittyvien tahojen kanssa
- Tehokas tiedonvälittäminen eri osapuolille

Lähtävien yksikön on otettava huomioon

- Potilaan tilan on oltava tarpeeksi vakaa jatkohoitopaikkaan
- Osapuolet ymmärtävät syyn siirtoon
- Vastaanottava yksikkö kykenee toteuttamaan vaadittavan hoidon
- Kaikki oleellinen tieto siirron osa-alueista on siirretty
- Hoitosuunnitelma lääkärin määräykset ja yhteenveto hoidosta siirtyy ennen potilasta. Yhteenvedossa tulisi huomioida fyysinen ja psyykinen toimintakyky sekä suositukset muilta hoitoon osallistuneilta ammattiryhmiltä
- Potilaalla on tiedossa seurantakäynti sopivan hoitoalan ammattilaisen kanssa
- Potilas ja omaiset ymmärtävät hyödyt, joita siirtoon liittyy

Vastaanottavan yksikön on otettava huomioon

- Kaikki saadut potilastiedot on käyty läpi ennen potilaan saapumista
- Potilaan tavoitteet ja tarpeet sisällytetään hoitosuunnitelmaan
- Sekaannukset ja poikkeavuudet potilaan hoitosuunnitelmassa, lääkityksessä tai potilaan tilassa käydään läpi lähtävien yksikön kanssa

Kuvio 2. Hoidon siirtymävaiheen toiminnot (mukaillen HMO 2004)

Tiedonsiirron yksiköstä toiseen tulisi sisältää potilaan hoidon tarpeet ja tavoitteet, tiedot lääkityksestä, potilaan kliinisen tilan ja fyysisten sekä psyykkisten ongelmien kuvauksen, tiedot omaista, tiedot lääkinnällisten laitteiden tarpeista ja tiedot itsehoitovalmiuksista (HMO 2004; Jauhiainen 2009, 14). Tiedot tulisi välittää sekä suullisesti, että kirjallisesti (Kokkola 2010, 91).

Hoidon jatkuvuus tulee turvata myös kuljetuksen aikana potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Potilassiirrot tulee tehdä suunnitelmallisesti, harkiten resurssien oikeaa käyttöä. Suurin osa potilassiirroista on kiireettömiä, jolloin tulee erottaa valvottu ja valvomaton potilassiirto. Lähtävien hoitajan tulisi olla tietoinen kuljetusten eroista, koska yleisesti hoidon taso ei saa laskea kuljetuksen aikana. Vastuu potilaan hoidosta siirron aikana on lähtävällä lääkärillä. (Kurola 2000, 1105–1106; Puolakka 2008, 545–546.) Valvomattomia potilassiirtoja voi toteuttaa mm. paari- ja pyörätuolitaksit.

Tällaisen kuljetustavan valinta on hyvin monesti tarkoituksenmukaisin, mutta edellyttää kuitenkin harkintaa ja varovaisuutta hoitohenkilökunnalta. Valvoton kyyti edellyttää, että potilaan tila on täysin stabiili mutta hän on kykenemätön käyttämään julkisia kulkuneuvoja tilansa vuoksi. Koska siirrot paritaksilla toteutetaan yleensä yhden henkilön toimesta, mm. portaikot ja ahtaat hissit muodostavat esteen tämän kuljetustavan valinnalle. Valvottuja potilassiirtoja suorittavat yleisesti vain ambulanssit. Tämä tulee kyseeseen silloin, kun potilas mahdollisesti tarvitsee elintoimintojen tukemista kuljetuksen aikana. (Kurola 2000, 1105–1106; Puolakka 2008, 545–546; Suomen paritaksit ry. 2013.)

4.3 Potilasturvallisuutta edistäviä käytäntöjä

Erilaiset toimintamallit ja prosessit ovat käytännön potilastyössä potilasturvallisuuden perustana. Tärkeänä tekijä on myös riskien tunnistaminen ja niiden ehkäisy etukäteen. (Mäkijärvi 2013, 320.) Suomalaisessa potilasturvallisuusstrategiassa mainitaan, että terveydenhuollossa on tärkeää ottaa käytännön oppia muilta turvallisuuskriittisiltä aloilta, kuten ilmailusta, josta löytyy helposti terveydenhuollon käyttöön sovellettavia toimintatapoja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a, 18). Koska molemmilla aloilla työtä tekevät ihmiset, mahdollisuus inhimilliseen virheeseen on olemassa.

4.3.1 Tarkistuslistat

Unohtaminen on inhimillistä, samoin erehtyminen. Näiden välttämiseksi on kehitetty tarkistuslistoja, joiden juuret ovat Yhdysvaltojen Ohiossa. Tuolloin, vuonna 1935, ryhmä testilentäjiä alkoi kehittämään lentäjien tueksi tarkistuslistoja, joiden tarkoituksena oli huomioida keskeiset asiat ennen lentoa, lennon aikana ja laskeutuessa. Nykyisin listat ovatkin rutiinikäytäntöjä lentokoneiden ohjaamoissa. (Blomgren–Pauniahho 2013, 273.)

Terveydenhuoltoon tarkistuslistat ovat rantautuneet vuosien saatossa, lähinnä yksittäisten ammattilaisten tai sairaaloiden omaan käyttöön. (Blomgren–Pauniahho 2013, 273–274.) Hoitotyössä ehkä tunnetuin esimerkki tästä varmuusrutiinista on WHO:n asiantuntijaryhmän vuonna 2007 kehittämä leikkaussalin tarkistuslista. Tarkistuslistan avulla leikkauskomplikaatioiden määrä on vähentynyt jopa yli kolmanneksella. (Haynes ym. 2009.)

Uuden tarkistuslistan tavoitteena on yleensä virheiden määrän väheneminen, toiminnan yhdenmukaistaminen, turvallisuuden lisääminen ja laadun parantaminen. Lista yhdenmukaistaa käytäntöjä ja varmistaa tiedonsiirtoa sekä helpottaa työtä, koska työntekijän ei tarvitse luottaa vain omaan muistiinsa. Uuden tarkistuslistan kehittäminen jokapäiväisten toimintojen tueksi on todettu olevan tehokas ja edullinen tapa edistää potilasturvallisuutta. (Helovuo ym. 2011, 208–209.)

4.3.2 Potilaan tunnistaminen ja potilasranneke

Potilaan virheellinen tunnistaminen on katsottu myös olevan yksi yleinen syy potilasturvallisuuden ongelmiin. Tämän vuoksi WHO suosittelee systemaattista tapaa potilaiden tunnistamiseen. Hyvällä ja varmalla potilastunnistamisella voidaan ehkäistä erilaisia haitta- ja vaaratapahtumia kuten väärin lääkkeiden antoa, väärin toimenpiteiden tekoa ja väärän potilaan siirtämistä yksiköstä toiseen. (Peltomaa 2011; The Joint Commission 2007a.)

WHO suosittelee, että potilaan tunnistaminen tapahtuu jokaisen toimenpiteen aikana kahta eri lähdettä käyttäen, joista kummankaan ei tulisi olla potilaan huoneen tai paikan numero. Suullisesti potilaan henkilöllisyyttä varmistettaessa ei myöskään tulisi käyttää johdattelevia ”olethan sinä...?” tai ”onhan syntymäaikasi...?”-kysymyksiä. Jos potilas ei itse kykene kertomaan nimeään tai syntymäaikaansa, tulisi potilaan tunnistamisessa pyytää apua omaiselta, saattajalta tai toiselta hoitohenkilökunnan jäseneltä. (Peltomaa 2011; The Joint Commission 2007a.)

Suomen sairaaloissa on yleisesti käytössä WHO:n suosittelemat potilasrannekkeet, jotka tulisi olla kaikilla potilailla riippumatta potilaan iästä tai sairauksista. Rannekkeessa tulisi lukea nimen lisäksi myös henkilötunnus mahdollisten sekaannusten välttämiseksi. Tällaista ranneketta voidaan pitää luotettavana tunnistamiskeinona, kun se on kertaalleen laitettu oikealle potilaalle. Tällöin sitä voidaan pitää toisena kahdesta tunnistamislähteestä. (Peltomaa 2011; The Joint Commission 2007a.)

4.3.3 Hoitotyön yhteenveto

Hoitotyön tiedonkulkua kehittämällä pystytään parantamaan myös potilasturvallisuutta. Yksi hyväksi todettu esimerkki näyttöön perustuvasta hoitotyön kehittämisestä on rakenteinen hoitotyön yhteenveto, jolla on vaikutusta potilaan hoidon jatkuvuuteen. (Mykkänen–Huovinen 2011, 34.) Yhteenveto sisältää potilaan hoitajakson kannalta keskeiset hoitotyön tiedot, jossa kuvataan hoitotyön ydintietojen mukaisesti hoidon kannalta olennaiset hoidon tarpeet ja tavoitteet, millä toiminnoilla niihin on vastattu ja millaiset

olivat hoidon tulokset sekä tilanne lähtötilanteessa. Tarvittaessa siihen lisätään jatkohoitosuunnitelma ja tieto siitä, onko potilas saanut lähtöpäivänä lääkkeitä ja mihin aikaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b, 201.) Yhteenvedo toimii hoitotyön lähetteenä jatkohoitopaikkaan ja sen tarkoituksena on parantaa hoidon jatkuvuutta (Kuusisto–Nykänen–Viitanen 2010, 16).

Rakenteinen hoitotyön yhteenvedo on pilotoitu mm. Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2011. Tämä on jälkeenpäin koettu tärkeänä potilaan hoidon jatkuvuudelle ja potilasturvallisuudelle. Kokemuksien mukaan hyvä yhteenvedo antaa selkeän kokonaiskuvan potilaan voinnista, toimintakyvystä ja sen haasteista sekä jatkohoidon tarpeista. Tämän pilotoinnin myötä myös yhteydenotot jatkohoitopaikoista olivat vähentyneet. (Mykkänen 2012.)

4.3.4 Suullinen raportointi

Kirjallisen raportoinnin tukena käytetään yleisesti suullista tiedonsiirtoa. Vaikka suullinen tiedonsiirto koetaan usein epä johdonmukaiseksi ja sekavaksi, hoitajat kokevat sen kuitenkin tärkeäksi. Tällaisissa raportointitilanteissa on mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä ja selventää kirjatun tiedon sisältöä. (Jauhiainen 2009, 48.)

Suullisen raportoinnin mahdollisen sekavuuden vuoksi, Yhdysvaltalainen The Joint comission sekä Maailman terveysjärjestö suosittelevat raportoinnissa käytettäväksi yhdenmukaistettua, strukturoitua SBAR-raportointimallia. Mallilla on onnistuttu sekä vähentämään potilasvahinkoja että luomaan raporteista mielekkäämpiä ja tehokkaampia. Suomessa kyseinen malli on jo käytössä paikoitellen ja se on sovellettu Sairaanhoidajaliiton toimesta Suomen olosuhteisiin ISBAR-raportointimallina sekä kiireettömiin että kiireellisiin tilanteisiin. (Helovuo ym. 2011, 207; The Joint Comission 2007b; Sairaanhoidajaliitto 2013.) Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitos on luonut ISBAR-raportointimallin pohjalta tarkistuskortin tiedonsiirron tueksi päivystyksen ja jatkohoidon välille (Nummelin 2013). Tästä mallista on muokattu muistilista suulliseen raportointiin Rovaniemen kaupungin terveyskeskussairaualalle potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen (Kuvio 3).

Tunnista

- Ilmoittajan ammatti ja nimi
- Ilmoittava osasto
- Potilaan nimi ja henkilötunnus

Tausta

- Tulosyy ja oireet
- Oleelliset perussairaudet, allergiat
- Eristystarve

Tilanne

- Lääkärin tekemä diagnoosi
- Keskeiset tutkimustulokset
- Keskeiset ja erityistä tarkkailua vaativat asiat esim. verensokeri, vitaaliarvot, tajunta, kipu, aggressiivisuus, muistihäiriöt
- Annettu hoito esim. lääkehoito, tehdyt toimenpiteet
- Annetun hoidon vaikutukset
- Jatkohoito-ohjeet, hoitolinjaukset
- Tiedot lääkityksestä (erityisesti mikäli käytössä on "harvinaisempi" lääke)
- Liikkumislupa (vuodepotilas jne.)

Toiminta

- Siirrosta sopiminen
- Omaisten informointi, ovatko tietoisia siirrosta

Tarkista

- Onko kysyttävää?

Kuvio 3. Muistilista suulliseen raportointiin (soveltaen Nummelin 2013)

4.4 Turvallisesti kotiin

Aivan kuten jatkohoidon järjestäminen, myös kotiuttamisen suunnittelu tulisi aloittaa mahdollisimman aikaisin, mieluiten jo potilaan siirtyessä osastolle. Riittävän ajoissa aloitettu kotiuttamisen suunnittelu, sekä potilaan oma kokemus siitä, että hänellä on mahdollisuus vaikuttaa kotiutusajankohtaan parantavat kotiutumisen onnistumista. Mahdollisia puutteita potilaan kotiutumisprosessissa on yleensä tiedonkulussa ja yhteistyössä sekä sairaalan sisällä, erityisesti sairaalan ja avohoidon välillä että sairaalan ja omaisten välillä. Potilaan kotiutuminen liian huonokuntoisena ja kuntoon nähden riittämätön apu kotona heikentävät kotiutumisen onnistumista. (Keskinen 2008, 10-14.)

Potilasohjaus on yksi tärkeä osa onnistunutta ja turvallista kotiuttamista, jonka saamiseen potilaalla on lain mukainen oikeus ja hoitajalla sen antovelvollisuus. Potilaiden nopean kotiuttamisen ja hoitoaikojen lyhentymisen vuoksi hoitohenkilökunnalla kuitenkin jää entistä vähemmän aikaa ohjauksen toteuttamiseen, jonka vuoksi hoitajan ohjaustaidot korostuvat. Potilasohjauksessa ohjaus tulisi toteuttaa suunnitellusti siten, että potilaan tarpeet tiedostettaisiin ja itsehoito-ohjeet tulisivat ymmärretyksi. Hyvällä ohjauksella potilaan oma aktiivisuus lisääntyy omassa hoidossaan ja hän kykenee ottamaan omasta toipumisestaan vastuuta sekä saavuttamaan hoidon tavoitteet. Tällöin saadaan aikaan positiivisia vaikutuksia potilaan hoitoon ja sairauteen liittyvän tiedon ymmärtämiseen, hoitoon sitoutumiseen ja itsehoitoon sekä arjessa selviytymiseen. Potilaan lisäksi myös hänen läheiset tulisi ottaa ohjauksessa huomioon voimavarana ja heitä tulisi tukea sekä heidät tulisi ottaa huomioon ohjauksen toteutuksessa (Kyngäs–Kääriäinen–Lipponen 2006, 1.) Potilasohjauksen vaiheisiin kuuluvat tarpeen määrittely, jonka kautta suunnitellaan ohjauksen kulku ja ohjaustavat. Tämän jälkeen toteutetaan ohjaus suunnitelman mukaan. Viimeisenä arvioidaan ohjauksen onnistuminen ja vaikutukset. Potilasohjauksen tulisi siis edetä prosessinomaisesti hoidon kaikissa eri vaiheissa, jolloin tarpeen määrittelyn myötä ohjauksen sisältö voi muuttua opitun asian mukaan. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10-15.)

Yksi potilasohjauksen keskeisistä osa-alueista on turvallinen lääkehoito. Tämä korostuu eritoten kotiutumistilanteessa, jolloin lääkehoito jää yleisesti potilaan ja omaisten vastuulle. Tällöin haittatapahtumien riski kasvaa mm. mahdollisten lääkemutoksien myötä. On arvioitu että 12–17% kotiutuvista potilaista kokee lääkehoidon haittavaikutuksia kotiutumisen jälkeen ja näistä noin puolet olisi ollut ehkäistävissä. Takaisin osastohoitoon potilaista voi päätyä noin 5 %. (Härkönen 2013, 8, 38.) Lääkehoidon ohjauksen tulisi myös olla hyvin suunniteltua ja se tulisi aloittaa tarpeeksi ajoissa ennen kotiutumista, jotta potilas ja mahdollinen omainen ehtivät omaksua uudet asiat. Lääkehoidon ohjauksessa tulisi käydä läpi lähes aina lääkeannos ja lääkkeen tyyppi; hyvin usein lääkkeenottotekniikka, lääkkeen antoreitti, lääkehoidon vaikutus, lääkkeen tarkoitus, lääkehoidon aloitus ja mihin ottaa tarvittaessa yhteyttä; harvoin lääkehoidon kustannukset ja luotettavat tiedonlähteet lääkityksestä.

Tällainen potilasohjaus vaatii henkilökunnalta lääkehoito-osaamista, tietoa monipuolisista ohjausmenetelmistä ja kykyä tunnistaa potilaalle sopivin ohjausmenetelmä. Tämän lisäksi ohjaustilannetta varten tulisi työyksikön tarjota mahdollisuus rauhalliseen tilaan, joka mahdollistaa häiriöttömän ja keskeytyksettömän ohjaustilanteen (Härkönen 2013, 13, 20–26; Juuti 2012, 14.)

Kotiutuvan potilaan matkustustavassa noudatetaan samoja turvallisuuden periaatteita kuin potilaan siirroilla hoitolaitosten välillä (ks. luku 4.2). Lisäksi on huomioitava, että potilaalla on oikeus saada matkakorvaus sairauden hoitoon liittyvistä matkakustannuksista, kun matka tehdään julkiseen terveydenhuollon yksikköön tai yksityiseen yksikköön, jos siellä annettu hoito on korvattavaa (Sairausvakuutuslaki 1224/2004, 4 luku). Matkakorvauksen saamiseksi kotiutujalle tulee kirjoittaa Kelan todistus matkakorvausta varten (Kansaneläkelaitos 2013).

5 TARKISTUSLISTAN TUOTTEISTAMISPROSESSI

5.1 Ongelman tunnistaminen ja ideavaihe

Teimme työelämälähtöisen, hankkeistetun opinnäytetyön Rovaniemen kaupungin terveyskeskussairaalalle. Valmistimme osana opinnäytetyöprosessia tarkistuslistan koskien potilaan jatkohoitoa ja kotiuttamista. Koska työmme tarkoituksena oli tuottaa materiaallinen tuote, opinnäytetyömme toiminnallisessa osuudessa sovelsimme Jämsän ja Mannisen sosiaali- ja terveysalan tuotekehitysprosessia, jonka kautta on mahdollista saada laadukas, kilpailukykyinen ja elinkaareltaan pitkäikäinen tuote (Jämsä–Manninen 2000, 16).

Tuotteilla on yleisesti tarkoitettu konkreettisia tavaroita ja esineitä, kuten erilaisia laitteita. Nykyisen käsityksen mukaan näin ei tule enää ajatella, vaan myös palvelu tai materiaalisen tuotteen ja palvelun yhdistelmä voi olla tuote. Sosiaali- ja terveysalan tuotteita kehitettäessä on tärkeää ottaa huomioon kohderyhmän erityispiirteet ja niiden luomat tarpeet sekä eettiset vaatimukset tuotteelle. Luomamme tuotteen on tarkoitus omalta osaltaan edesauttaa myös kansallisen potilasturvallisuusstrategian (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a) toteutumista käytännössä. (Jämsä–Manninen 2000, 13–14.)

Opinnäytetyön ideaa pohtiessamme meille molemmille oli selvää, että haluamme tehdä mielenkiintoisen ja haastavan työn, jolle olisi todellinen tarve olemassa. Päädyimme siten ottamaan yhteyttä Rovaniemen terveyskeskussairaalan akuuttiosastojen palveluesimieheen. Kerroimme hänelle toiveestamme tehdä aidosti työelämälähtöinen opinnäytetyö, jota voitaisiin hyödyntää käytännön työelämässä. Tarjouksemme otettiin vastaan avoimin mielin ja sovimme ensimmäisen yhteistyötapaamisen toimeksiantajan kanssa.

Tuotekehitysprosessin ensimmäinen vaihe on ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen. Kehittämistyön tavoitteena on yleensä palvelumuodon parantaminen ja kehittäminen tai uuden tuotteen tuottaminen vastaamaan nykypäivän tarpeita. Keskeistä on selvittää kehittämistarpeen laajuus eli

kuinka yleinen ongelma on ja ketä se koskettaa. Ideointiprosessi voi käynnistyä kun on saatu varmuus kehittämistarpeesta ja otettu huomioon toimeksiantajan toiveet ja mielipiteet. (Jämsä–Manninen 2000, 28–35.)

Aloitimme keskustelut toimeksiantajan kanssa joulukuussa 2012. Tavoitteemme oli alusta asti kehittää potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta yli yksikkörajojen. Ensimmäinen ajatuksemme oli parantaa yhteistyötä ja kommunikaatiota akuuttiosastojen ja yhteispäivystyksen hoitajien välillä. Keskusteluissa tuli kuitenkin ilmi muita keskeisempiä ongelmia joihin tarttua. Yksi näistä oli kirjavat ja dokumentoimattomat käytännöt jatkohoidon järjestämisessä. Tämä oli todettu potilasturvallisuutta heikentäväksi tekijäksi yksiköissä ja siihen toivottiin muutosta. Koimme aiheen ajankohtaiseksi sekä sopivan haasteelliseksi ja otimme tehtävän vastaan.

Kun ongelma ja kehittämistarve oli täten tunnistettu, siirryimme tuotteistamisprosessin mukaisesti ideavaiheeseen ja lähdimme etsimään eri ratkaisukeinoja tilanteeseen (Jämsä–Manninen 2000, 35). Ideavaihe alkoi tiedonhaulla. Etsimme tietoa eri lähteistä liittyen potilasturvallisuuteen hoidon siirtymävaiheissa sekä kartoitimme mahdollisesti jo olemassa olevia vastaavia tuotteita. Pian huomasimme, että potilasturvallisuus ja erinäiset tarkistuslistat ovat tällä hetkellä erittäin ajankohtaisia ja kovan kehittämisen alla. Ongelmamme ei tulisi olemaan tiedon puute, vaan valinnan vaikeus. Kuinka löytää olennainen ja pitää siitä kiinni.

Löysimme kaksi vuoden sisällä julkaistua asiantuntijakirjaa opinnäytetyömme pohjaksi. Toinen Fiocalta, joka on Sairaanhoidtajaliiton omistama koulutus- ja kustannusyhtiö ja toinen Duodecimilta, joka julkaisee lääkäreille ja muille terveydenhuollon ammattilaisille suunnattuja oppi- ja käsikirjoja sekä tietokantoja päivittäisen työnteon tueksi. Lisäksi löysimme Tuula Kokkolan pro gradu -tutkielman, jota olemmekin käyttäneet itse tarkistuslistan ”punaisena lankana” sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämän Potilasturvallisuutta taidolla -verkkopalvelun. Löysimme toki monia muitakin, mutta edellä mainitut valikoituivat pääasiallisiksi lähteiksemme ajankohtaisuutensa, tarkkuutensa ja luotettavuutensa perusteella.

Muille lähdeteoksille asetimme seuraavia vaatimuksia: lähde ei saa olla 10 vuotta vanhempi, mielellään tältä vuosikymmeneltä; tutkielmien tulee olla vähintään pro gradu-tasoisia tai niiden tulee olla altistettu muulle vertaisarvioinnille, huomioimme myös YAMK-opinnäytteet soveltuvin osin; mikäli lähteenä on laki, asetus tai viranomais määräys, sen tulee olla riittävän selkeä tai sen tueksi tulee löytyä tarvittava ohjeistus; suositusten tulee olla luotettavien kansallisten ja kansainvälisten järjestöjen hyväksymiä (Joint comission, Sairaanhoidtajaliitto) ja/tai lähteen tulee olla viranomaisen julkaisema.

Tiedonhaun ja aihealueeseen tutustumisen jälkeen päädyimme esittämään toimeksiantajalle idean tarkistuslistasta, koskien potilaan jatkohoitoa ja kotiuttamista. Tarkistuslistan avulla on mahdollista yhdenmukaistaa käytäntöjä ja varmistaa tiedonsiirtoa sekä helpottaa työtä, koska työntekijän ei tarvitse luottaa vain omaan muistiinsa. Uuden tarkistuslistan kehittäminen jokapäiväisten toimintojen tueksi on todettu olevan tehokas ja edullinen tapa edistää potilasturvallisuutta. (Helovuola ym. 2011, 208–209.) Myös Blomgren ja Pauniahon (2013, 274-285) toteavat uuden tarkistuslistan kehittämisen olevan tarkoituksenmukaista työtehtävissä, jotka ovat alttiita virheille. Lista toimii muistin tukena ja standardoi erilaisia toimenpiteitä. Kokkola (2010, 91) kannattaa uuden tarkistuslistan luomista erityisesti potilaan hoidon siirtymävaiheisiin potilaan turvallisuuden varmistamiseksi.

Ideamme hyväksyttiin tulevan toimeksiantajan puolelta tammikuussa 2013 ja esitimme sen ideaseminaarissa 16.1.2013. Kun opinnäytetyön aihe oli hyväksytty myös Rovaniemen ammattikorkeakoulun puolelta, kirjoitimme toimeksiantosopimuksen 27.2.2013, toimeksiantajana Rovaniemen terveystalokeskus/Terveystalokeskussairaala.

5.2 Luonnostelu ja kehittäminen

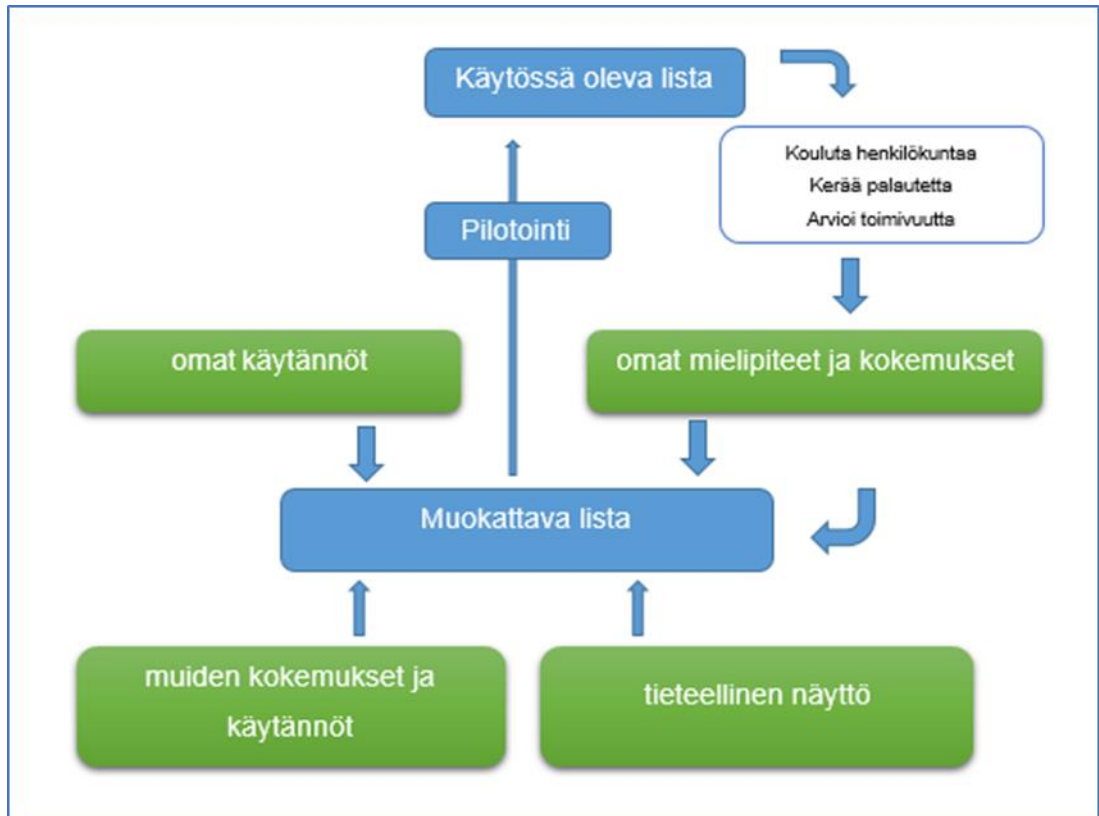
Seuraavaksi siirryimme Jämsän ja Mannisen (2000) tuotteistamisprosessin mukaisesti luonnosteluvaiheen kautta kehittäminen vaiheeseen. Tuotekehitysprosessille on ominaista se, että seuraavaan vaiheeseen

siirtyminen ei edellytä edellisen vaiheen päättymistä. (Jämsä–Manninen 2000, 28.)

Luonnosteluvaihe aloitetaan, kun on päätetty tuotteen luonteesta. Tuolloin analysoidaan mitkä tekijät ja näkökohdat säätelevät tuotteen kehittämistä ja tuottamista. Tuotekehittelyn kannalta on suotavaa selvittää eri osa-alueiden ydinkysymykset, mm. tuotteen asiasisältö, palvelun tuottaja, rahoitusvaihtoehdot, asiantuntijatieto, arvot ja periaatteet, toimintaympäristö, säädökset ja ohjeet, sidosryhmät sekä asiakasprofiili ja pyrkiä niiden keskinäiseen synteisiin. (Jämsä–Manninen 2000, 43.)

Kehittelyvaiheessa huomioidaan luonnosteluvaiheessa valitut ratkaisuvaihtoehdot, periaatteet, rajaukset sekä asiantuntijayhteistyö ja edetään näiden mukaisesti tuotteen luomisessa. Monesti tämän vaiheen ensimmäinen vaihe on ns. työpiirustusten laatiminen. Kuitenkin, koska luomamme tuotteen keskeisin tarkoitus on informaation välittäminen, työpiirustuksiamme vastasi tuotteen asiasisällön kirjallinen jäsentely. (Jämsä–Manninen 2000, 43, 54.)

Etenimme tarkistuslistan valmistamisessa Blomgrenin ja Pauniahon (2013) tarkistuslistan teko ja ylläpito –prosessimallin mukaisesti (kuvio 4). Mallin mukaan muokattava lista luodaan koostaen aiheesta omia kokemuksia ja mielipiteitä, omia käytäntöjä, muiden kokemuksia ja käytäntöjä sekä tieteellistä näyttöä. Ei riitä, että itsellä on selkeä ajatus listan sisällöstä, vaan sen on aina perustuttava hoitokäytäntöihin ja kirjallisuuteen. On myös hyödyllistä ottaa selvää onko vastaavaa listaa jo tehty jossain muualla. (Blomgren-Pauniaho 2013, 287-291).



Kuvio 4. Tarkistuslistan luomisen prosessimalli (ks. Blomgren-Pauniahho 2013, 291)

Tarkistuslistan sisältö tulee koostaa sellaisista asioista, joiden laiminlyönti aiheuttaa haittaa potilaalle. Listaa suunniteltaessa tulee selvittää, milloin listaa käytetään, kuka sitä käyttää ja tehdäänkö listasta elektroninen vai paperinen versio. (Blomgren–Pauniahho 2013, 287). Kokkola (2010, 91) suosittaa hyödyntämään eri yksiköiden työntekijöiden asiantuntemusta listan suunnittelussa. Tarkistuslista kannattaa suunnitella siten, että se mukautuu mahdollisimman hyvin yksiköiden prosesseihin ja toimintatapoihin (Helovuo ym. 2011, 209). Hyvä tarkistuslista on helppolukuinen ja lyhyt, se ei saa olla liian pikkutarkka ja sen soveltuvuus tilanteeseen on mietittävä perusteellisesti. Listassa käytettävän termistön tulee olla käyttäjälle tuttua ja listan läpikäymisen tulee olla nopeaa, jolloin se ei hidasta työntekoa. (Blomgren–Pauniahho 2013, 286-288.)

Aloitimme tuotteen luonnosteluvaiheen välittömästi toimeksiantosopimuksen syntymisen jälkeen. Kartoitimme osastoilla olemassa olevia käytäntöjä potilaan kotiuttamiseen ja jatkohoitoon liittyen haastatteleamalla osastoilla työskenteleviä sairaanhoitajia sekä etsimällä mahdollisesti olemassa jo olevia

ohjeita mm. osastoiden perehdytyskansioista. Peilasimme osastoilla jo olevia käytänteitä suhteessa potilasturvallisuuden ydinosaamisalueisiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 11-12) sekä tutkittuun tietoon potilaan siirtymävaiheen riskitekijöistä (Kokkola 2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 5). Etsimme internetistä tietoa vastaavissa tilanteissa käytössä jo olevista tarkistuslistoista. Samalla kartoitimme sähköpostitse yhteistyötahojen tarpeita ja toiveita potilaan hoidon siirtymätilanteisiin. Tarkastelimme myös sosiaali ja terveysalaa ohjaavia säädöksiä ja viranomaisohjeita suhteessa kotiuttamiseen ja jatkohoidon järjestämiseen. Käytimme teorian tiedon käytäntöön soveltamisessa myös useita eri alojen asiantuntijoita. Esimerkiksi potilastietojen siirtoon pyysimme tarkennuksia sosiaali ja terveysministeriöstä, potilaan kuljetustavoista konsultoimme Lapin sairaanhoitopiirin ensihoitokeskuksen vastaavaa sairaanhoitajaa ja potilaan kuljetuskustannuksia tarkensimme sekä Kansaneläkelaitokselta että Kuntaliitolta.

Potilaan hoitopaikan vaihtuessa on tärkeää, että hoito jatkuu turvallisena ja olennainen tieto siirtyy jatkohoitopaikkaan (Jauhiainen 2009, 48). Haasteen tiedonsiirrolle luovat hoitoketjussa mukana olevien yksiköiden erilaiset potilastietojärjestelmät. Rovaniemen kaupunki käyttää sähköisenä potilastietojärjestelmänä Efficaa, joka on käytössä kaikissa kaupungin terveystuolien yksiköissä. Tiedonsiirto kaupungin omien yksiköiden välillä tapahtuukin pääasiassa sähköistä potilastietojärjestelmää käyttäen. Yksityisistä sosiaali- ja terveyspalveluyrityksistä Efficaa käyttää vain muutama ja niissäkin oikeudet sen käyttöön ovat rajalliset. Lapin sairaanhoitopiirillä on käytössään Esko, poikkeuksena yhteispäivystys ja ensihoito, joilla on mahdollisuus käyttää myös Efficaa. Tiedonsiirron yksityisiin sekä Lapin sairaanhoitopiirin yksiköihin täytyy siis pohjautua muuhunkin kuin sähköiseen järjestelmään.

Kun olimme saaneet mielikuvan tuotteen sisällöstä, aloitimme tuotteen visuaalisen rakenteen suunnittelun. Heitimme ilmoille ideoita ja ajatuksia, osa niistä oli jopa teoriassa mahdollista toteuttaa. Kolme vahvinta ja toteuttamiskelpoisinta ideaa olivat: A4 kokoinen kirjekuori, johon olisi painettu

tarkistuslista ja tilaa vapaalle tekstille; taskukokoinen tarkistuslista sekä laminoitu A4 kokoinen lista, jossa on yksilöity siirrot eri yksiköihin.

Valitessamme eri vaihtoehtojen välillä jouduimme harkitsemaan jokaisen kolmen vaihtoehdon hyviä ja huonoja puolia, ottaen huomioon tarkistuslistan kohderyhmän tarpeet. Kirjekuorivaihtoehdon hyvinä puolina oli mm. tuttuus vastaaville hoitajille, koska he nykyäänkin tekevät kirjekuoren johon kirjoitetaan huomioitavat asiat. Emme kuitenkaan saaneet ideoitua mallia, joka olisi riittävän käytännöllinen ja sopisi muuttuviin tilanteisiin. Taskukokoisen tarkistuslistan hylkäsimme koska vaikka se olisikin helppo pitää mukana, olisi sen visuaalinen muotoilu haastavaa pienen kokonsa vuoksi, mahdollisesti siitä tulisi vaikeaselkoinen ja niitä jouduttaisiin uusimaan ajoittain kulumisen vuoksi. Taskukokoisen listan muokkaaminen tarpeiden muuttuessa olisi myös haastavaa. Pohdittuamme asiaa muutaman hetken, päädyimme esittämään toimeksiantajalle suunnitelman A4 kokoisesta, laminoidusta tarkistuslistasta sekä sen liitteeksi jatkohoidon järjestämistä ja kotiuttamista koskevat keskeiset ohjeet. Laminoidun, A4 kokoisesta tarkistuslistan hyvinä puolina pidimme kohtalaisia tulostus/painatuskustannuksia, luettavuutta ja selkeyttä, laminoinnin luomaa suojaa, jolloin kulumisvaara on pieni sekä muokkausmahdollisuutta, koska listoja tuotettaisiin vain muutamia kappaleita per osasto. Lista toteutettaisiin Word-tekstinkäsittelyohjelmalla, jolloin toimeksiantajan mahdollisuudet päivittää sitä olisivat hyvät. Liitteeksi tuleva ohjeistus toteutettaisiin myös Word-ohjelmalla ja annettaisiin toimeksiantajalle sähköisenä doc. tiedostona, jolloin toimeksiantaja voi itse valita joko tiedoston Intranetissä, paperiversiona vai Effic-kansiossa.

Toimeksiantaja hyväksyi suunnitelmamme ja aloimme tarkentamaan toimeksiantajamme tarpeita työmme suhteen. Tällöin päätimme myös yhdessä tarkistuslistan sisältämistä jatkohoitopaikoista. Toimeksiantajalle oli tärkeää, että lista perustuu tutkittuun tietoon ja noudattaa tämän hetkisiä hyviä käytäntöjä ja hoitotyön suosituksia. Saimmekin vapaat kädet etsiä ratkaisuja mahdollisesti eteen tuleviin turvallisuusriskeihin.

Tarkistuslista ja tietoperusta hahmottuivat kevään kuluessa ja esitimme opinnäytetyön suunnitelman opinnäytetyöseminaareissa toukokuussa 2013. Saimme palautetta siitä, olisiko tarkistuslista käytännöllisempää tehdä taskukokoisena. Koska olimme jo aikaisemmin käyneet läpi pohdinnan tarkistuslistan käytännöllisestä koosta, emme tehneet palautteen johdosta muutoksia suunnitelmaamme. Työllemme koettiin olevan selkeä tarve myös opiskelijoiden keskuudessa.

Tarkistuslistan ja ohjeen sisältö muotoutuivat helmi-heinäkuussa 2013. Koko tämän kehittelyn ajan kysimme itseltämme jo ideavaiheessa esiin tulleita kysymyksiä. Erityisesti mietimme kuinka paljon tarkistuslista muuttaa olevassa olevaa toimintaa ja miten käyttäjät suhtautuvat siihen. Emme halunneet muuttaa tarpeettomasti jo vakiintuneita kotiuttamisen ja jatkohoidon järjestämisen käytänteitä, vaan halusimme yhdenmukaistaa ja tehostaa niitä potilasturvallisuuden valossa. Ajatuksenamme oli, että yhdistämällä jo olemassa olevia toimintoja ja käytänteitä tarkistuslistassamme, se otettaisiin helpommin vastaan työyksiköissä.

Tarkistuslistan sisältöä tuotettaessa esiin nousi potilasturvallisuudelle erittäin keskeinen alue – kirjallinen tiedonsiirto, yhdeksi keskeiseksi kehittämiskohteeksi potilaan hoidon siirtymävaiheessa. Tästä syystä päätimme sisällyttää myös tarkistuslistaan lyhyen ohjeen hoitotyön yhteenvetoa varten. Aikaisemmin osastoilla on ollut hyvin kirjavia toteuttamiskäytänteitä esimerkiksi päivystykseen lähtevän potilaan potilaspaperien osalta: osa hoitajista on tulostanut lähes kaikista Effican sivuista uusimman lehden ja toinen ääripää on tulostanut potilaan mukaan vain lääkelistan ja luottanut päivystykseen annettavaan puhelinraporttiin. Koska osastoilla yleisesti on ohjeistettu hoitajan tiedotteen/lähetteen laittamisesta myös kirjallisena potilaan mukaan, halusimme kiinnittää siihen erityistä huomioita. Hoitotyön yhteenvedon pohjana käytimme monta pilottia läpi käyntyä ja tehokkaaksi todettua valtakunnallisen kanta-hankkeen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b, 201) mukaista hoitotyön yhteenvetoa ja sovelsimme siitä Effican HOSUOU-sivulle sopivan mallin. Päädyimme HOSUOU pohjaiseen malliin, koska lomakkeella on valmiiksi jo paljon tietoa potilaasta,

eikä sitä tarvitse erikseen sinne siirtää. Päätimme kuitenkin jättää tarkistuslistaan mahdollisuuden tehdä perinteinen hoitotiedote siihen tarkoitukseen laaditulle lomakkeelle. Hoitotiedote -lomakkeen etuna on tallennettavuus keskeneräisenä, jolloin sen voi tehdä hyvissä ajoin valmiiksi.

Tarkistuslistaan valitsimme tarkistettaviksi kohteiksi potilaan hoidon siirtymävaiheissa ja potilaan kotiutuessa potilasturvallisuuden sekä osastojen toiminnan kannalta välttämättömät tekijät, joiden laiminlyönti voi heikentää potilasturvallisuutta tai aiheuttaa haittaa osaston toimintojen sujuvuudelle. Kokkola (2010, 91) on tutkimuksessaan todennut, että seuraavat tiedot tulisi siirtää sekä kirjallisesti että suullisesti hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi.

- ✓ Henkilötiedot
- ✓ Tulosyy
- ✓ Tehdyt tutkimukset ja toimenpiteet
- ✓ Diagnoosi
- ✓ Hoito-ohjeet ja niiden toteuttaminen
- ✓ Ajantasainen lääkitys ja nesteohjelma
- ✓ Taustasairaudet
- ✓ Riskitiedot
- ✓ Potilaan tämänhetkinen vointi ja tiedot omaisista

Tarkistuslistassamme potilasrannekkeen tarkistus, sekä PER-lehti varmistavat potilaan henkilötietojen siirtymisen potilaan mukana, PER-lehdeltä löytyvät myös tiedot omaisista. Hoitotyön yhteenveto, hoitotiedote ja puhelinaraportti varmistavat tiedon siirtymisen tulosyystä, tehdyistä tutkimuksista ja toimenpiteistä, diagnoosista, taustasairauksista, riskitiedoista sekä tämän hetkisestä voinnista. LÄÄKEL sekä ANTIKO yhdessä reseptien ja potilasohjauksen kanssa muodostavat pohjan lääkehoidon turvalliselle jatkumolle. Effican SEURANTA-lehdet päädyimme jättämään lähettävän hoitajan harkinnan varaan, koska oleellisten tietojen tulisi näkyä myös hoitotyön yhteenvedossa tai hoitotiedotteessa, jolloin papereiden tulostaminen olisi tarpeetonta. Osaston käytäntöjen mukaisesti sisällytimme listaan lääkärin lähetteen erikoissairaanhoidon, potilaan siirtokuljetukseen liittyvät kuljetusmääräyksen ja taksikortin sekä Kelan todistuksen matkakorvausta

varten, huomioimme myös potilaan henkilökohtaisten tavaroiden siirtymisen potilaan mukana. Koska toimeksiantajamme potilastietojärjestelmänä on Effica, käytimme tarkistuslistassa sen mukaisia lomakkeiden lyhenteitä.

Tuotekehittelyn seurauksena saimme heinäkuussa 2013 valmiiksi testikappaleen, jonka koimme riittävän hyväksi annettavaksi ammattilaisille arviointia varten.

5.3 Viimeistely

Tuotekehittelyn viimeinen vaihe on viimeistelyvaihe (Jämsä–Manninen 2000, 80). Blomgrenin ja Pauniahon (2013) mallin mukaisesti teorian tiedon ja käytäntöjen koostamisen jälkeen lista tulee pilotoida testausta varten. Testivaihe kannattaa toteuttaa potilasturvallisuuteen myönteisesti suhtautuvilla työntekijöillä. Pilottikäytön palautteen perusteella voidaan listan toimivuutta arvioida ja sitä voidaan muokata käyttäjäystävällisemmäksi ja toimivammaksi ennen suurempaa käyttöönottoa. (Blomgren-Pauniaho 2013, 287-291). Viimeistelyvaihetta varten annoimme tarkistuslistan koekäyttöön osastoille. Toimitimme jokaiselle osastolle yhden värillisen tarkistuslistan sekä 10 kpl. mustavalkoisia. Liitteeksi laitoimme kirjeen, jossa pyysimme ”myönteisesti potilasturvallisuuden kehittämiseen suhtautuvia, potilaan kotiuttamisesta ja jatkohoidosta vastaavia sairaanhoitajia sekä sairaanhoitajien sijaisina toimivia hoitotyön opiskelijoita testaamaan tarkistuslistan toimivuutta käytännössä.” Pyysimme vastauksia seuraaviin aiheisiin: tuotteen ulkonäkö, sisältö, mahdolliset puutteet ja muut mieleen tulleet asiat.

Palautetta saimme sekä suullisesti että kirjallisesti. Kirjallisessa palautteessa tuotteen ulkonäköä kommentoitiin seuraavasti: selkeä, ihan kiva, fontti selkeä, värit ok, eri kohdat erottuvat hyvin toisistaan. Sisältöä kommentoitiin seuraavasti: tarkasti asiat huomioitu, hyvin huomioitu olennaiset asiat, olennaiset asiat löytyvät. Lisäksi ehdotettiin: PER-lehti potilaan mukaan sekä hoitolinjausten selkeä tiedottaminen jatkohoitopaikkaan. Muita mieleen tulleita asioita olivat toive tarkistuslistan muuttamisesta monisivuiseksi sekä kuljetuksiin liittyvien puhelinnumeroiden poistaminen listalta. Palautteen

johdosta poistimme potilaan kuljettamiseen liittyvät puhelinnumerot, lisäsimme PER-lehden potilaan mukana kulkeviin asiakirjoihin ja lisäsimme maininnan hoitolinjauksista hoitotyön yhteenvedon ohjeeseen. Kun palaute listan käyttäjiltä oli saatu ja tarvittavat muutokset tehty lähetimme tarkistettavat kohdat myös vastaanottaviin yksiköihin arvioitaviksi. Yksiköissä koettiin, että listastamme löytyivät olennaiset tiedot heidän toimintojen kannalta potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

Kun uusi tarkistuslista on luotu ja sitä on paranneltu testausvaiheen palautteen mukaan sekä se on hyväksytty työyksikön johdolla, se tulisi implementoida, eli ottaa käyttöön. Tässä vaiheessa tulisi panostaa henkilökunnan koulutukseen ja motivointiin listan käytön suhteen. Listan mahdollisten käyttäjien tulisi ymmärtää miten sitä käytetään ja miksi se on luotu. Erittäin toimiva ja hyväkin lista menee hukkaan, jos sitä ei käytä kukaan. Implementointi vaiheessa esimiesten tulisikin antaa julkinen tuki ja hyväksyntä listaa ja sen luojia kohtaan. Esimiesten tuen lisäksi olisi hyödyllistä saada joku työpaikan arvostetuista ja luotetuista jäsenistä, jonka mielipiteisiin ja työtapoihin muut ovat tottuneet luottamaan, vetämään listan käyttöönottoa. Onnistuneen käyttöönoton jälkeen henkilökunta haluaa itse käyttää tarkistuslistaa omaksi ja potilaiden parhaaksi, eikä miellyttääkseen esimiehiä. (Blomgren-Pauniahho 2013, 287-291).

Toimeksiantaja on hyväksynyt tarkistuslistan 23.8.2013 ja se on tarkoitus implementoida toimeksiantajan järjestämässä tilaisuudessa akuutti- ja kuntoutusosastojen henkilökunnalle myöhemmin syksyllä 2013. Tilaisuudessa käytämme hyväksi Pohjois-Suomen hoitotiedepäiville tehtyä posteria työstämme. Esimiesten lisäksi listan käyttöönottoa osastoilla kannattavat useat kokeneet sairaanhoitajat.

5.4 Valmiin tuotteen tarkastelua

Toimeksiantajamme toiveena oli saada luotettava ja tutkittuun tietoon perustuva työväline edistämään potilasturvallisuutta hoidon siirtymävaiheessa ja potilaan kotiutuessa. Päädyimme valmistamaan tarkistuslistan potilaan jatkohoitoa ja kotiuttamista turvaamaan. Lopuksi tarkastelemme valmiin

tarkistuslistan sisältöä kohta kohdalta suhteessa potilasturvallisuuteen ja osaston käytänteisiin.

Virka-aikana osaston lääkärin lähete erikoissairaanhoidon: Terveystieteiden lain (1326/2010, 52§) mukaan kiireetöntä sairaanhoitoa varten tarvitaan lääkärin lähete. Lähete turvaa lääketieteellisten tietojen siirtymisen hoidon tarpeen arviointia ja/tai tutkimuksia varten jatkohoitopaikkaan. Virka-aikana lähete on välttämätön perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon siirryttäessä. Virka-ajan ulkopuolella puhelinkonsultaatio päivystykseen, hoitotyön yhteenveto ja yleislääketieteen viimeinen kirjaus korvaavat osaston lääkärin lähetteen.

Hoitotyön yhteenveto ja hoitotiedote: Kokkolan (2010, 91) mukaan potilasta koskevat tiedot tulee potilasturvallisuuden kannalta välittää sekä kirjallisesti, että suullisesti. Mykkänen ja Huovinen (2011) ovat todenneet, että hoitotyön yhteenveto on hyvä keino turvata potilaan hoidon jatkuvuus hoitotyön siirtymävaiheissa. Vaikka varsinaisen loppulausunnon annettua hoidosta ja jatkohoitohjeista laatii aina lääkäri (Valvira 2013), hoitotyön yhteenvedolla tai hoitotiedotteella pystytään turvaamaan potilaan tietojen siirto hoidon siirtymävaiheessa potilaan mukana. Loppulausunto lähetetään yleensä jälkikäteen vastaanottavaan yksikköön, jolloin tietojen siirtymisessä voi kestää muutamia päiviä. Mielestämme hoitajakson ajalta koostettu yhteenveto on helppo tapa varmistaa, että vastaanottavassa yksikössä huomataan potilaan hoidon kannalta olennaiset asiat silloinkin kun käytössä on yhteinen potilastietojärjestelmä, tiedot ”hukuvat” helposti Effican jatkuvan hoitokertomuksen sivuille.

Effican lomakkeet paperisena: Kuten edellä on mainittu, potilaan tiedot tulisi siirtää sekä kirjallisesti että suullisesti. Vaikkakin lääkäri vastaa potilaan lääketieteellisten tietojen siirrosta, käytännössä hoitaja huolehtii Efficalta ennalta sovitut lomakkeet mukaan, mikäli vastaanottavalla yksiköllä ei ole Efficaa käytössä. Tällä pystytään turvaamaan potilaan hoidon kannalta keskeisimpien tietojen siirtyminen yksiköstä toiseen yhdessä potilaan kanssa. Erityisen tärkeää lääkähoidon jatkumisen turvaamiseksi.

Potilasrannekkeen tarkistus: Potilaan oikea tunnistaminen luo pohjan potilasturvallisuustyölle. Potilas tulee tunnistaa kahta eri lähdettä käyttäen jokaisessa hoitotyön eri vaiheessa, potilaan henkilöllisyys tulee varmistaa aina potilaan siirtyessä yksiköiden välillä (Joint Commission 2007a). Peltomaan (2011) mukaan kaikilla sairaalassa hoidossa olevilla potilailla on oltava tunnistusranneke. Rannekkeen tarkistaminen potilaan siirtyessä toiseen yksikköön mahdollistaa potilaan oikean tunnistamisen myös vastaanottavassa yksikössä. Yleensä potilas on tuttu lähettävälle yksikölle joten lähettävä hoitaja pystyy tarkistamaan, että potilaalla on potilasranneke jossa on oikeat tunnistetiedot.

Henkilökohtaiset tavarat: Käytännön toimenpide jolla varmistetaan potilaan omaisuuden kulkeminen hänen mukanaan silloinkin, kun hän ei itse pysty siitä huolehtimaan. Helpottaa myös osaston toimintaa, koska säilytystiloja sairaalaan jääneelle omaisuudelle ei ole. Voi olla merkityksellistä potilaan kokemalle turvallisuudelle, kun omat tavarat kulkevat mukana.

Ilmoitus omaiselle: Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992 13§) määrittää, että potilasta koskevia tietoja saa antaa omaiselle potilaan suostumuksella tai tilanteessa, jossa potilas itse ei tajuttomuuden tai siihen verrattavissa olevan syyn vuoksi kykene itse siitä päättämään, mikäli voidaan olettaa, että hän ei sitä kieltäisi. Tulohaastattelussa potilaalta kysytään lupa mahdolliseen yhteydenottoon omaiselle ja päivitetään samalla yhteystiedot. Potilaan omainen voi halutessaan olla yhteydessä jatkohoitopaikkaan ja antaa tarvittaessa potilasta koskevia tarkentavia tietoja uuteen yksikköön. Usein omainen tulee itse saattamaan potilaan, jolloin siirtyminen yleensä koetaan turvallisemmaksi.

Kuljetusmääräys ambulanssille tai taksikortti: Lääkärin määräämä sairaankuljetusajoneuvolla tapahtuva sisäänkirjoitetun potilaan kuljetus terveyskeskuksen tai sairaalan sairaansijalta toiseen hoitolaitokseen tai kotihoitoon on potilaalle maksutonta (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992, 5§). Yleisesti lähettävä yksikkö maksaa potilaan siirron myös muulla kuin sairaankuljetusajoneuvolla, esimerkiksi paari-, tai

invataksilla. Käytännön toimintojen sujuvuuden kannalta on tärkeää, että potilaan mukaan huolehditaan tarvittaessa joko kuljetusmääräys ambulanssille tai taksikortti taksille.

Puhelinraportti: Mahdollistaa tarkentavien kysymysten esittämisen ja selventää kirjatun tiedon sisältöä (Jauhiainen 2009, 48) edistää potilasturvallisuutta (Kokkola 2010, 91). Vastaanottava yksikkö osaa varautua uuden potilaan vastaanottamiseen ja saa aikaa valmistella uuden potilaan hoitoa huolehtimalla mm. tarvittavat välineet ja lääkkeet valmiiksi.

Reseptit: Potilaan siirtyessä muuhun kuin toiseen laitokseen, lääkehoidon jatkuvuuden turvaamiseksi hän tarvitsee reseptit uusista lääkkeistä.

Pneumokokkirokote-info + resepti: Lapin sairaanhoitopiirin sisäinen ohjeistus terveyskeskuksille, jossa ohjeistetaan antamaan info pneumokokkirokotteesta kaikille yli 65 vuotiaalle sekä riskiryhmiin kuuluville, halutessaan potilaalle kirjoitetaan resepti. Koska asia on uusi ja tavoitteena on hyvä rokotekattavuus vanhusväestössä, päätimme toimeksiantajan kanssa sisällyttää maininnan rokote-infosta ja reseptistä myös tarkistuslistaan. Rokotteella voi olla välillistä vaikutusta potilasturvallisuuteen mm. vakavien pneumokokki-infektioiden väheneminen.

Lupa potilastietojen siirtoon: Terveystietolaki (1326/2010, 9§) mahdollistaa potilastietojen siirron kunnallisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä siinä laajuudessa, kun se kulloisenkin tilanteen vuoksi on tarpeellista. Samaa sovelletaan myös yksityisen terveydenhuollon ylläpitämiin potilasasiakirjoihin silloin, kun kunta tai kuntayhtymä on tehnyt sopimuksen palvelun tuottajan kanssa (Heiliö 2013). Lapin sairaanhoitopiirin alueen yhteiseen potilastietorekisteriin kuuluvat Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymän lisäksi jäsenkuntien perusterveydenhuollon yksiköt sekä kuntien työterveyshuollon yksiköt, joten potilaan tietoja voidaan siirtää yksiköiden välillä melko vapaasti, mikäli potilas ei sitä erikseen kiellä. Lapin kuntoutus ja OYS eivät kuulu yhteiseen rekisteriin, joten potilaalta tulee pyytää lupa tietojen siirtoon, mikäli hän pystyy itse päättämään hoidostaan (Laki

potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 13§). Potilasta koskevan tiedon siirron mahdollistaminen on merkityksellistä potilasturvallisuuden kannalta.

Oma kyyti tai taksi Kelan numerosta: Matkakorvauksen saamiseksi kotiutujalle tulee kirjoittaa Kelan todistus matkakorvausta varten (Kansaneläkelaitos 2013). Samalla Kelan kyydillä saa kotimatkan aikana käydä myös apteekissa, jolloin tällä voi olla välillistä vaikutusta myös lääkehoidon turvallisuuteen.

Ajanvarauskortti: Kokemuksen mukaan helpottaa potilasta muistamaan tulevat kontrollit ja jatkohoito-ohjeet. Toimii potilasohjauksen tukena varmistamassa kirjallista tiedonsiirtoa potilaan kotiutuessa.

Potilasohjaus: Potilasohjaus on yksi tärkeä osa turvallista kotiuttamista, jonka saamiseen potilaalla on lain mukainen oikeus ja hoitajalla sen antovelvollisuus (Kyngäs–Kääriäinen–Lipponen 2006, 1). Vahvistaa myös turvallisen lääkehoidon jatkuvuutta kotona.

Efficia-viesti: Käytetään vain potilaan siirryessä kotisairaalaan. Käytännön kannalta helppo tapa varmistaa, että kotisairaala avaa oikean potilaan hoitokertomuksen.

Mielestämme tuote täyttää sille asetetut vaatimukset, niin sisällön kuin käytettävyytensä puolesta.

6 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa tarkistuslista Rovaniemen kaupungin terveyskeskuksen vuodeosastoille koskien potilaan kotiuttamista sekä jatkohoidon järjestämistä. Työmme tarkoitus saavutettiin osana opinnäytetyöprosessia. Valmistimme tuotekehitysprosessin mukaisesti uuden tuotteen eli tarkistuslistan. Tarkistuslistan lisäksi päädyimme kirjoittamaan sen sisältöä auki, josta muodostui sen käytön tueksi kirjallinen ohjeistus. Ohjeistuksen on tarkoitus toimia käyttöohjeena tarkistuslistalle, jotta uudenkin työntekijän olisi helppo ymmärtää tarkistuslistan sisältöä.

Opinnäytetyömme tavoitteena on edistää potilasturvallisuutta hoidon siirtymävaiheissa, yhdenmukaistaa käytäntöjä ja parantaa hoidon laatua. Tarkistuslistan avulla on mahdollista taata riittävä tiedonkulku hoitavien yksiköiden välillä sekä varmistaa, että potilaan jatkohoitoa valmisteltaessa kaikki olennaiset asiat on huomioitu. Teoriassa tavoitteet on mahdollista saavuttaa tarkistuslistan avulla. Tavoitteisiin pääseminen on kuitenkin suoraan verrannollinen siihen, kuinka aktiivisesti sitä hyödynnetään osastoilla. Toivomme, että saamme implementoitua tuotteen osastoille niin hyvin, että ihmiset kokevat sen omaa työtään helpottavaksi apuvälineeksi.

Tulevina sairaanhoitajina tavoitteenamme oli lisätä omaa osaamistamme potilasturvallisuuden edistäjinä, sekä kartuttaa tietämystämme potilaan hoitotyön siirtymävaiheista. Omat tavoitteemme saavutimme luontevana osana opinnäytetyöprosessia. Tiedostamme paremmin omat vahvuutemme ja heikkoutemme potilasturvallisuusosaajina ja siten meidän on mahdollista kehittää omaa ammattitaitoamme tulevissa työtehtävissä etenkin potilasturvallisuuden osalta. Omat taitomme tuottaa tekstiä ovat myös kehittyneet prosessin aikana, tarvitsemme silti vieläkin paljon aikaa tekstin prosessointiin, emmekä aina huomaa asiayhteyksiä siten, että teksti olisi helposti luettavaa ja etenisi johdonmukaisesti.

Prosessina opinnäytetyömme eteni aika reippaalla aikataululla, vaikka välillä tuntuikin, että ikuisuus, äärettömyys ja loputtomuus ovat liian laimeita vertauksia kuvaamaan prosessin kestoa. Aloitimme prosessin joulukuussa

2012 ja nyt syyskuussa 2013 olemme saattamassa sen päätökseen. Aikataulutimme prosessin omaan kalenteriimme vastaamaan perheellisen ja kolmivuorotyötä tekevän parin elämää. Pysyimme hyvin aikataulussa, asetimme prosessille vain muutaman takarajan, joista yksi oli suunnitelman valmistumiselle, toinen tarkistuslistan pilotoinnille ja kolmas koko työn loppuun saattamiselle. Tätä kirjoitettaessa vaikuttaa siltä, että myös tämä raportti valmistuu määräaikaan mennessä. Myös budjetti pysyi suunnitellussa, suurin yksittäinen menoerä oli Microsoft Office -lisenssi jonka jouduimme hankkimaan myös kotikoneelle.

Suurin haaste projektissa meille oli lukukelpoisen tekstin tuottaminen. Onneksi saimme ohjausta niin tekstin sisältöön kuin rakenteeseenkin. Tällä hetkellä pystymme tuottamaan luettavaa tekstiä vaikka sujuvuudessa ja lähteiden käytössä onkin parannettavaa. Prosessin edetessä jouduimme myös usein tarkentamaan työmme aihealueen rajausta. Olisimme halunneet perehtyä syvällisesti jokaiseen osioon potilaan jatkohoitoon ja kotiuttamiseen liittyen. Yritimme kuitenkin pitää työn ”punaisena lankana” potilasturvallisuutta ja peilasimme jokaista vaihetta tutkittuun tietoon potilasturvallisuuden vaaranpaikoista hoidon siirtymävaiheissa ja pyrimme löytämään keinoja varmistaa potilaan turvallisuus prosessin eri vaiheissa. Lopputuotetta tarkasteltaessa voimme todeta, että tarkistuslistan osalta onnistuimmekin siinä.

Opinnäytetyöprosessia jälkikäteen tarkasteltaessa voimme todeta, että lähteiden taulukointi ydinsisältöjen osalta olisi voinut auttaa hallitsemaan kokonaisuuksia paremmin, jolloin tiedon jäsentely ja johdonmukaisuus raportissa voisi olla sujuvampaa. Lisäksi raportin kirjoittaminen olisi sen avulla voinut edetä tehokkaammin. Emme kuitenkaan lähtisi varsinaisesti muuttamaan mitään prosessissamme. Tämä on ollut opettavaista, vaikka välillä olemmekin menneet niin sanotusti perä edellä puuhun ja miettineet, kuinka päästä tyveä pidemmälle. Hyvin usein tilanteessa on auttanut toisen apu tai uuden toimintatavan pohtiminen.

Työmme eettisyyttä ja luotettavuutta arvioitaessa voimme todeta, että olemme noudattaneet *hyvää tieteellistä käytäntöä* (Hirsjärvi–Remes–Sajavaara 2010, 23). Käytimme työmme perustana vain luotettavaa, tutkittua ja ajankohtaista tietoa. Etsimme uusimpia tutkimuksia potilasturvallisuudesta ja huomioimme ne tarkistuslistaa suunniteltaessa. Perehdyimme potilasturvallisuuteen ja potilaan hoitoprosessiin riittävän syvällisesti, jotta pystyimme varmistamaan hyvän ja luotettavan lopputuloksen työllemme. Emme plagioineet muiden töitä.

LÄHTEET

- Aaltonen, M-L. – Rosenberg, P. 2013. Primum est non nocere. Teoksessa Potilasturvallisuuden perusteet (toim. L-M. Aaltonen ja P. Rosenberg) 8-9. Helsinki: Duodecim
- Blomgren, K – Pauniahho S-L. 2013. Terveystuollon tarkistuslistat. Teoksessa Potilasturvallisuuden perusteet (toim. L-M. Aaltonen ja P. Rosenberg) 275. Helsinki: Duodecim
- Boiling, P. 2009. Care Transitions and Home Health Care. Department of Medicine, Virginia Commonwealth University. Tiivistelmä artikkelista Osoitteessa [http://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(08\)00071-2/abstract](http://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(08)00071-2/abstract) 30.12.2012
- Haho, A. 2009. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. Sairaanhoidaja-lehti 12/2009. Osoitteessa: http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisu/sairaanhoidaja-lehti/12_2009/etiikka/hoitotietojen_kirjaamisen_etiikk/ 24.7.2013
- Haipro. Terveystuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Osoitteessa <http://www.haipro.fi/fin/default.aspx> 21.4.2013
- Haynes, A. ym. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. NEJM 2009. Osoitteessa: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs0810119> 4.7.2013
- Heiliö, P-L. 2013. Sosiaali ja terveysministeriön neuvottelevan virkamiehen haastattelu 17.7.2013.
- Helovu, A. – Kinnunen, M. – Peltomaa, K. – Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. 2. painos. Helsinki: Fioca
- Hirsjärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Helsinki: Tammi
- HMO 2004. One Patient, Many Places: Managing Health Care Transitions. A Report from the HMO Workgroup on Care Management. AAHP-HIAA Foundation. Washington DC. 2.2004
- Härkönen, S. 2013. Tarkistuslista - sairaanhoidajan työkalu potilaan kotiutustilanteen lääkehoidon ohjauksen kehittämisessä. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu: Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
- Iso-Kivijärvi, M – Keskitalo, O – Kukkola, K – Ojala, P – Olsbo, A – Pohjola, M – Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. – Teoksessa Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyöhön

soveltuvat ohjausmallit (toim. K. Lipponen, H. Kyngäs ja M. Kääriäinen), 10-18. Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoidopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopisto

Jauhiainen, V. 2009. Organisaation sisäiset potilassiirrot teho- ja vuodeosastojen sairaanhoitajien kuvaamina. Pro Gradu. Tampereen yliopisto: Hoitotieteen laitos

Joint Comission 2007a. Patient Identification. Patient Safety Solutions 2/1, 2007. Osoitteessa <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf> 27.7.2013

Joint Comission 2007b. Communication During Patient Hand-Overs. Patient Safety Solutions 3/1, 2007. Osoitteessa <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf> 14.7.2013

Juuti, H. 2012. Sairaanhoidaja lääkehoidon ohjaajana – Tutkimustuloksia ja työkaluja. Lääketietokeskus Oy. Osoitteessa <http://www.slideshare.net/Laaketietokeskus/sairaanhoidaja-lkehoidon-ohjaajana-tutkimustuloksia-ja-tykaluja-lkeinformaatioproviisori-hanne-juuti-lketietokeskus> 20.7.2013

Jämsä, K – Manninen, E. 2000. Osaamisen tuoteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Kansaneläkelaitos 2013. Matkakorvaukset. Osoitteessa <http://www.kela.fi/matkakorvaukset> 23.6.2013

Kassara, H. – Paloposki, S. – Holmia, S. – Murtonen, I. – Lipponen, V., Ketola, M-L. – Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY

Keskinen, P. 2008. Hyvä kotiutuminen terveyskeskussairaalaista – katkeamaton hoitoketju. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Kokkola, T. 2010. Potilasturvallisuus hoidon siirtymävaiheissa. Pro gradu. Helsingin yliopisto: Käyttäytymistieteiden laitos

Kurola, J. 2000. Siirtokuljetukset – unohdettu osa hoitoketjua? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 10/2000, 1105-1106 . Osoitteessa <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo91535.pdf> 23.6.2013

Kuusisto, A. - Nykänen, P. - Viitanen, J. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos: verkkojulkaisu. Osoitteessa: <http://www.sis.uta.fi/cs/reports/dsarja/D-2010-7.pdf> 1.6.2013

- Kyngäs, H – Kääriäinen, M – Lipponen, K. 2006. Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoidopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopisto.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P5> 1.8.2013
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992. Osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734> 3.9.2013
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559> 23.6.2013
- Mykkänen, M. 2012. Hoitotyön yhteenvedon käyttöönotto Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Osoitteessa http://www.uef.fi/documents/1084483/1438202/Minna+Mykk%C3%A4nen+Hoitoty%C3%B6n+yhteenvedo+KYS_280212.pdf/4ea84acb-00ef-4bea-9c53-eca61c38158a 11.8.2013
- Mykkänen, M. – Huovinen, H. 2011. Hoitotyön yhteenvedo – osana potilaan turvallista jatkohoitoa. Tehohoito 29 (1), 34.
- Mäkijärvi, M. 2013. Sairaalan turvallisuustekijät. Teoksessa Potilasturvallisuuden perusteet (toim. L-M. Aaltonen ja P. Rosenberg) 8-9. Helsinki: Duodecim
- Nummelin, M. 2013. Ensihoidon ja päivystyksen välinen suullinen raportointi. Osoitteessa: http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/39716/Nummelin_Ensihoidon%20ja%20p%C3%A4ivystyksen%20v%C3%A4linen%20suullinen%20raportointi%20.pdf 25.7.2013
- Peltomaa, K. 2011. Kuukauden työkalu 11/2011: Potilaan tunnistaminen oikein – Back to basics. Osoitteessa http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilaan-tunnistaminen 27.7.2013
- Puolakka, J. 2008. Hoitolaitosten väliset potilassiirrot. – Teoksessa Ensihoito (toim. M. Holmstöm, P. Kuisma ja K. Porthan) 545-552. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Sairaanhoidajaliitto 2013. ISBAR - menetelmä turvallisempaan tiedonkulkuun. Osoitteessa http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_ty_o_ja_hoitoty_o/hoitoty_o_kehittaminen/potilasturvallisuus/ 12.7.2013
- Sairausvakuutuslaki 1224/2004. Osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224>

- Sosiaali- ja terveysalan turvallisuus- ja kehittämiskeskus 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakesin työpapereita 28/2006.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 298/2009 Asetus potilasasiakirjoista. Osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298#P8> 17.7.2013
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. Osoitteessa: http://www.kanta.fi/documents/10180/3441111/Ydintiedot_otsikot_nakymat_opas_uusi.pdf/d295681d-ec50-4e8d-9586-df69580e244e 10.7.2013
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 341/2011. Asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. Osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341> 26.5.2013
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Muistio 3.4.2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a. Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota. 2012:7.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b. Potilaskirjojen laatiminen ja käsittely. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4.
- Suomen paaritaksit ry. Suomen esteettömät ja Suomen paaritaksit ry. info. Osoitteessa <http://www.paaritaksit.com/cms/fi/info/paaritaksit/> 1.6.2013
- Terveydenhuoltolaki. 1326/2010. Osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> 1.1.2013
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Potilasturvallisuutta taidolla – ohjelmasuunnitelma. Osoitteessa <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e28ead9c-eab6-4d67-b5e3-b12b1a9b0adf> 23.6.2013
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Mitä on potilasturvallisuus?. Osoitteessa http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus 15.3.2013
- Valvira, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2013. Potilasasiakirjat. Osoiteessa

http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilas_asiakirjat

Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Pro Gradu. Tampereen yliopisto: Hoitotieteen laitos

LIITTEET

Tarkistuslista
Ohje tarkistuslistan tueksi

Liite 1
Liite 2