

**TURVALLINEN LÄÄKEHOITO KOTISAIRAALAN TOIMIN-  
TAYMPÄRISTÖSSÄ**  
Helsingin kaupungin kotisairaalan perehdytysvideo

Jaana-Kaisa Zambrana Näsänen

Opinnäytetyö  
Hoitotyö  
Digitaaliset terveyspalvelut ja terveyden edistäminen  
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

2022

Digitaaliset terveystalvet ja terveyden edistäminen  
Sairaanhaitaja (ylempi AMK)

---

<b>Tekijä</b>	Jaana-Kaisa Zambrana Näsänen	Vuosi	2022
<b>Ohjaaja</b>	Soili Vesterinen		
<b>Toimeksiantaja</b>	Helsingin kaupungin kotisairaala		
<b>Työn nimi</b>	Turvallinen lääkehoito kotisairaalan toimintaympäristössä- Helsingin kaupungin kotisairaalan perehdytysvideo		
<b>Sivu- ja liitesivumäärä</b>	44 + 3		

---

Opinnäytetyö tehtiin työelämän kehittämishankkeena Helsingin kaupungin kotisairaalaan. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää lääkehoidon perehdytystä tuottamalla perehdytysvideo turvallisesta lääkehoidosta kotisairaalassa. Tavoitteena oli vahvistaa sairaanhoitajien lääkehoidon osaamista toteuttaessa vaativaa lääkehoitoa potilaan kotona.

Kehittämällä turvallista lääkehoitoa varmistetaan laadukas ja hyvä hoito potilaille. Potilasturvallisuuden edistämällä ja kehittämällä on tärkeä merkitys hoitoalalle ja se vaatii jatkuvaa yhteistyötä eri organisaatioiden välillä yhteiskunnallisella tasolla. Sosiaali- ja terveyshuollon lait sekä säädökset ohjaavat hoitoalalla toimijoita ja terveydenhuollon organisaatioiden tulee noudattaa valtakunnallisia ohjeita. Potilasturvalliseen lääkehoitoon sisältyy lääkehoidon erityspiirteiden tunteminen, aseptinen toiminta, lääkkeen antaminen ja lääkkeen vaikutuksen seuranta. Sairaanhaitajilta vaaditaan työyksikön lääkehoidon osaamista.

Opinnäytetyössä tietoperusta rakentui potilasturvallisen lääkehoidon ympärille. Lisäksi käsiteltiin perehdytyksen ja osaamisen kehittämistä hoitoalalla. Tietoperustaa hyödynnettiin perehdytysvideon sisällön rakentamiseen. Toiminnallisen opinnäytetyön menetelmäksi valikoitui palvelumuotoilu ja tilastollinen tutkimus. Prosessin aikana toteutettiin ideariihityöskentely, jossa kysyttiin sairaanhoitajilta mielipiteitä perehdytysvideon sisällöstä ja käytiin avointa keskustelua esityksen sisällöstä. Opinnäytetyön prosessissa syntyi turvallisen lääkehoidon perehdytysvideo. Palaute henkilökunnalta oli positiivista ja perehdytysvideo koettiin tärkeäksi osaksi perehdytystä. Palautteen perusteella tehtiin pieniä muutostöitä perehdytysvideoon.

Opinnäytetyöprosessissa nousi esille, että potilasturvallisuuden edistäminen parantaa hoidon laatua ja turvallista lääkehoitoa noudattamalla pystytään ehkäisemään virheitä. Jatkokehitysideana voidaan toteuttaa yksittäisiä tarkempia ohjeita liittyen niin lääkehoitoon kuin palliatiiviseenkin hoitoon kotisairaalan toimintaympäristössä. Lisäksi perehdytysvideon toimivuutta ja onnistumista perehdytysmateriaalina voitaisiin tutkia tulevaisuudessa.

**Avainsanat** Kotisairaala perehdytys turvallinen lääkehoito  
**Muita tietoja** Opinnäytetyön tuotoksena tuotettu perehdytysvideo  
Helsingin kaupungin kotisairaalan sisäiseen käyttöön

Digital Health Services and Health Promotion  
Master of Health Care

---

<b>Author</b>	JaanaKaisa Zambrana Näsänen	Year	2022
<b>Supervisor</b>	Soili Vesterinen		
<b>Commissioned by</b>	Home hospital of the City of Helsinki		
<b>Subject of thesis</b>	Safe pharmacotherapy at home hospital – An Orientation video for home hospital of the City of Helsinki		
<b>Number of pages</b>	44 + 3		

---

The thesis was carried out as a working life development project at the home hospital of the City of Helsinki. The purpose of the thesis was to develop the orientation to pharmacotherapy by producing an orientation video on safe pharmacotherapy at home hospital. The goal was to strengthen the nurses' skills in pharmacotherapy when working with pharmacotherapy in the patient's home.

By developing safe pharmacotherapy, high-quality and good care of patients can be ensured. The promotion and development of patient safety plays an important role in the care sector and requires continuous cooperation between different organisations. Healthcare and social welfare legislation and statutes guide operators in the care sector. Healthcare organisations must follow national guidelines. Patient-safety pharmacotherapy includes knowledge of the special characteristics of pharmacotherapy, aseptic behaviour, administering medicines and monitoring the effects of medicines. Nurses are required to have skills in pharmacotherapy at the work unit.

In this thesis, the theory part was built around patient safety in pharmacotherapy. In addition, development of orientation and competences in the care sector were addressed. The theoretical data was used to build the content of the orientation video. Service design and survey were selected as the methods used in the thesis. During the service design process, a brainstorming session was carried out to ask nurses for their opinions on the content of the orientation video and open discussion was carried out to give ideas about the content of the video. The process of the thesis produced an orientation video for safe pharmacotherapy. The feedback from the staff was positive and the orientation video was considered an important part of an orientation. Based on the feedback, minor changes were made to the orientation video.

This thesis process revealed that the promotion of patient safety improves the quality of care and that errors can be prevented by following safe pharmacotherapy. As a further development idea, individual, more detailed instructions related to both pharmacotherapy and palliative care in the home hospital can be implemented. The functionality and success of the orientation video could also be studied in the future.

<b>Key words</b>	home hospital, orientation, safe pharmacotherapy
<b>Special remarks</b>	the thesis includes an orientation video for home hospital of the City of Helsinki

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	POTILASTURVALLINEN LÄÄKEHOITO KOTISAIRAALASSA .....	7
2.1	Potilasturvallinen hoitotyö .....	7
2.2	Turvallinen lääkehoito .....	8
2.3	Haattatapahtumat ja niiden ehkäisy .....	10
2.4	Sairaanhoidajan lääkehoidon osaaminen .....	11
2.5	Lääkkeen antaminen turvallisesti .....	12
2.6	Infektioiden torjunta .....	12
2.7	Verisuonikatetrit ja niihin liittyvät infektiot .....	14
2.8	Lääkkeiden vaikutusten seuranta .....	15
3	SAIRAAHOITAJIEN PEREHDYTTÄMINEN JA OSAAMISEN KEHITTÄMINEN TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOSSA .....	17
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA KYSYMYKSENASETTELU .....	20
5	TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	21
5.1	Toiminnallinen kehittämishanke .....	21
5.2	Palvelumuotoilu menetelmänä .....	22
5.3	Ideariihä kehittämispöressissa .....	24
5.4	Videon teko tuotantovaiheessa .....	27
5.5	Palautteen keruu ja analysointi .....	28
5.6	Palautteen tulokset .....	29
5.7	Muutostyöt ja tuotoksen julkaisu .....	32
6	OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS .....	34
7	POHDINTA .....	35
7.1	Johtopäätökset .....	35
7.2	Opinnäytetyöprosessi .....	36
7.3	Jatkokehittämissaiheet .....	37
	LÄHTEET .....	39
	LIITTEET .....	44

## 1 JOHDANTO

Kotisairaalahoitoa on pyritty lisäämään Suomessa, koska hoidon kannalta sen on todettu olevan potilaalle yhtä turvallista ja tehokasta kun sairaalassa saatu hoito. Potilaat ovat usein tyytyväisiä kotona saatuun hoitoon. Akuuttien infektiopotilaiden hoidossa voidaan puhua kustannustehokkaasta hoidosta, kun potilas voi olla kotona sairaalan tai päivystyksen sijaan. Kotisairaalassa hoidetaan laaja-alaisesti monia potilasryhmiä, mutta suurimmat potilasryhmät ovat infektiopotilaat sekä palliatiiviset potilaat. (Poukka 2018, 36–37.)

Potilaan koti on erilainen toimintaympäristö sairaanhoitajalle. Kotisairaalassa työskentely edellyttää sairaanhoitajalta itseohjautumista ja itsenäistä päätöksentekoa (Ollila 2018, 11–12). Hoidon laatu ja potilasturvallisuus on kotisairaalassa otettu huomioon valtakunnallisten toimintojen sekä periaatteiden mukaan. Sairaanhoitaja saattaa kuitenkin kokea haasteita aikataulujen ja osaamistaitojen takia työskennellessään suurimmaksi osin yksin potilaiden kotona (Skarp 2018, 266). Hyvällä perehdytyksellä luodaan laadukasta hoitotyötä. Perehdytyksen onnistuessa virheet vähenevät ja kustannuksia sekä aikaa säästyy (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 190–193).

Potilasturvallisuuden parantaminen on tärkeää maailmanlaajuisesti. Hoitoon liittyvät haittatapahtumat ovat maailmassa yksi suurin kuolleisuutta lisäävä syy. Maailman terveysjärjestö (WHO) arvion mukaan noin joka kymmenelle potilaalla tapahtuu hoitoon liittyvä haittatapahtuma. (Maailman terveysjärjestö 2021.) Turvallisen lääkehoidon toteutus on sairaanhoitajan ammatillinen velvollisuus. Sairaanhoitajan tulee noudattaa työssään sovittuja ohjeita ja säännöksiä. (Laukkanen & Ruokonieniemi 2021.) Infektioiden torjunta on osa turvallista lääkehoitoa. Hoitoon liittyvät infektiot ovat maailman isoimpia terveysriskejä. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunnassa on tärkeää henkilökunnan ohjeistaminen ja kouluttaminen. Toimintayksikön hygienia-avoilla on suuri vaikutus potilasturvallisuuteen. (Peters ym. 2022.)

Opinnäytetyön merkitys työyhteisölle on tuoda lisää materiaalia perehdytyksen tueksi. Perehdytysvideon avulla voidaan lisätä uusien työntekijöiden lääkehoidon osaamista ja sujuvoittaa tutustumista kotisairaalan toimintatapoihin. Perehdytyksessä tukena käytettävä video voi toimia myös osaamisen kertauksena jo työssä

oleville sairaanhoitajille sekä oppimateriaalina kotisairaалassa harjoittelussa oleville sairaanhoitajaopiskelijoille.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena kehittämishankkeena Helsingin kaupungin kotisairaalaan. Toiminnallisen kehittämistutkimustyön tueksi hyödynnettiin palvelumuotoilun prosessia ja määrällistä tutkimusta. Tutkimuksellinen osuus opinnäytetyössä tuotiin esille opinnäytetyön raportissa.

## 2 POTILASTURVALLINEN LÄÄKEHOITO KOTISAIRAALASSA

### 2.1 Potilasturvallinen hoitotyö

Potilasturvallisuus määritellään oikeanlaisena ja turvallisena potilaan hoitona, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa potilaalle (Anttila ym. 2018, 114). Laajempina käsitteenä siihen liittyy toimintayksiköiden ja henkilöstön periaatteet sekä käytännöt (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 7). Euroopan komissio on ollut mukana parantamassa potilasturvallisuutta ja antanut vuonna 2009 ohjeistuksen edistää Euroopan unionin jäsenmaiden potilasturvallisuutta. Komissio on mukana kehitystyössä sekä rahoittaa erilaisia hankkeita, joilla kehitetään ja edistetään Euroopan kansalaisten saamaa hoitoa. Euroopan komission tavoitteena on niin kansalaisten terveys, turvallinen hoito ja kustannukset. (Euroopan komissio 2014.)

Potilasturvallisuutta alettiin tutkia tarkemmin 1900-luvun lopulla ja siihen kiinnitettiin enemmän huomiota 2000-luvun alussa (Kinnunen & Peltomaa 2009, 15–20). Sosiaali- ja terveysministeriö on Suomessa laatinut ensimmäisen potilasturvallisuuteen liittyvän strategian vuonna 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon vastuulla on edistää potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuusstrategian tavoitteena on, että palvelut ovat turvallisia ja vaikuttavia. Tavoitteisiin kuuluu huomioida suunnittelussa ja palveluiden toteutuksessa asiakkaat ja potilaat sekä lisätä heidän osallisuuttansa päätöksenteossa. (Valtioneuvoston periaatteet 5,11.)

Sairaanhoitajan tulee tuntea lait ja asetukset, jotka määrittelevät hoitotyötä. Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö on korkein viranomainen, joka johtaa ja valvoo lääkehoitoa yhteistyössä muiden organisaatioiden kanssa. Näitä ovat lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (Fimea), Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Globaalilla tasolla Maailman terveysjärjestö (WHO) antaa ohjeita ja linjauksia. WHO julkaisee potilasturvallisuuteen liittyvää tietoa vuosittain ja on tehnyt suunnitelman vuodelle 2030, jossa tavoitteena on vähentää potilasvahinkoja maailmanlaajuisesti. Tämä tavoite vaatii organisaatioiden ja hoitohenkilökunnan sekä potilaiden yhteistyötä paremman potilasturvallisuuden saavuttamiseksi lääkeshoidon aikana. (Maailman terveysjärjestö 2021.)

Yhtenä tärkeänä kulmakivenä potilaan hoidossa on ammattitaitoinen hoitohenkilöstö, joka ylläpitää osaamistaan. Riittäväillä osaamistaidoilla ja kehittyvällä työyhteisöllä taataan parempi hoito potilaille. Potilasturvallisuus-näkökulmasta katsoen asenteiden muutoksella ja vastuullisella toiminnalla on vaikutusta hoitoalalla tapahtuviin virheisiin. (Aaltonen & Rosenberg 2014.) Kotisairaalassa potilasturvallisuuteen on kiinnitetty huomiota toiminnoilla ja periaatteilla, joilla ehkäistään vaaratilanteiden syntyä silloin, kun hoitaja työskentelee potilaan kotona. Haasteita hoitotyön toteutuksessa voi muodostaa erilainen toimintaympäristö ja hoitajalla saattaa olla aikataulullisesti paineita toteuttaa hoitotyötä sekä osaamisen taidot voivat olla puutteelliset. (Skarp 2018, 266.)

Sairaanhoitajan eettisiin ohjeisiin kuuluu, ettei omalla toimellaan aiheuta turhaa kärsimystä tai kipua potilaalle (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 60). Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja se edellyttää vastuullista toimintaa kaikilta terveydenhuollon organisaatioilta. Sairaanhoitajan velvollisuuteen kuuluu ylläpitää ja kehittää omaa ammattitaitoaan. Hyvän hoidon ytimessä on osaava ja ammattitaitoinen hoitohenkilöstö. (Etene 2001.) Inhimillisiä virheitä ei pystytä kokonaan poistamaan, vaikka panostettaisiin potilasturvallisuuteen ja hoitohenkilöstö olisi valvutunut, ammattitaitoinen ja kiinnostunut kehittämään omaa toimintaansa. Oikeanlaisilla menetelmillä pystytään kuitenkin vähentämään virheiden syntyä ja vaikuttamaan järjestelmien kehitykseen sekä pienentämään virheistä syntyviä kustannuksia. (Ahonen ym. 2020, 61.)

Potilasturvallisuuden edistäminen on tärkeä osa laadukasta hoitoa. On huomattu, että moniammatillisten tiimien johtamilla interventioilla voidaan saada näkyvää tulosta potilasturvallisuuteen, kun tiimi on pyrkinyt parantamaan hoitoa käyttämällä erilaisia menetelmiä. Näitä menetelmiä ovat koulutusohjelmat, ohjeet, julkiset, suositukset sekä palautteen antaminen henkilökunnalle. (Anttila ym. 2018, 25, 61.)

## 2.2 Turvallinen lääkehoito

Turvallinen lääkehoito on osa potilasturvallisuutta, jossa tulee huomioida niin lääkkeen määrääminen, lääkkeen antaminen potilaalle kuin lääkehoitoon liittyvä seuranta. Lääkityksen turvallinen käyttö tulisi olla tehokasta eikä sen tulisi aiheuttaa haittaa potilaalle. (Palva 2014.) Turvallisen lääkehoidon lähtökohtia, joita



sairaanhoitaja tarvitsee, ovat aseptiikka, lääkkeiden käsittely ja antamisen taito. Lääkehoidon osaamisessa korostuu teoreettinen tieto ja turvallisen lääkehoidon toteuttaminen perustuu sairaanhoitajan osaamiseen sekä kykyyn toimia erilaisilla tilanteissa. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Buure, Ekola, Partamies & Sulosaari 2020, 60–65.)

Lääkkeitä käsitellessä tulee noudattaa toiminta- ja työyksikön lääkehoitosuunnitelmaa. Lääkehoitosuunnitelman teolle on annettu ohjeet sosiaali- ja terveystieteiden ministeriöstä (Laukkanen & Ruokoniemi 2021). Lääkehoitosuunnitelmaa voidaan käyttää myös perehdytyksessä, kun uusi työntekijä tutustuu yksikön lääkehoitoon. Suunnitelmaa tehdessä tulee tuntea yksikön toimintatavat ja tunnistaa myös mahdolliset riskit yksikön toiminnassa. Lääkehoitosuunnitelmaa on tärkeä päivittää ja ylläpitää, koska sen avulla pystytään parantamaan turvallista lääkehoitoa. (Ahonen & Hartikainen 2014.) Ajantasainen lääkehoitosuunnitelma on osa turvallisen lääkehoidon toteutumista (Laukkanen & Ruokoniemi 2021).

Yksikön lääkehoidon tulee perustua lääkehoitosuunnitelmaan. Työyksikön johtaja vastaa suunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä. Jokaisen työntekijän vastuulla on tutustua lääkehoitosuunnitelmaan ja toteuttaa siihen kirjattuja ohjeita. Lääkehoitosuunnitelma kertoo yksikön lääkehoidosta, tarvittavista lääkehoitoluvista, sairaanhoitajan työtehtävistä sekä miten lääkehoitoa käytännössä tehdään yksikön sisällä. (Saana & Taam-Ukkonen 2020, 55–60.)

Toiminta- ja työyksikön vastuulla on varmistaa jokaisen riittävä osaaminen ja vastata lääkehoidon tavoitteisiin. Yksikön vastuulla on varmistaa, että oma osaamistaso vastaa ammatin asettamia laatuvaatimuksia sekä yhteisiä linjauksia (Laukkanen & Ruokoniemi 2021.) Pitkänen ym. (2014) tutkimuksessa tuodaan esille, että lääkehoidossa on monta vaihetta ja se aiheuttaa erilaisia syitä virheiden syntyyn. Osaamisen puute, rauhaton ympäristö, inhimilliset tekijät, työnjako, organisointi ja puutteellinen tiedonkulku aiheuttavat kaikki lääkehoidossa virheiden syntymistä. Kuitenkin lääkehoidossa tapahtuvia vaaratilanteita voidaan ehkäistä oikeanlaisella johtamisella, ympäristön ja lääkehoidon osaamisen kehittämisellä. (Pitkänen ym. 2014.) Kreesin ym. (2013) tutkimuksessa tuotiin esille yhtenä vaikuttavana tekijänä virheiden syntyyn hoitajien taitojen puute. Se liittyy niin uuden hoitajan taitoihin, kuin uuteen ympäristöön, uuteen lääkeaineeseen tai uuteen tapaan tehdä töitä. Lisäksi koulutus voi olla puutteellista ja se voi olla korvautunut

hoitajien keskinäisellä opetuksella organisaation sisällä työpaikalla. (Krees, Williams, Cooke & Ashcroft 2013.)

### 2.3 Haittatapahtumat ja niiden ehkäisy

Haittatapahtuma tapahtuu noin joka kymmenelle potilaalle (Ahonen ym. 2020; Maailman terveysjärjestö 2021). Yleisimmät potilasturvallisuuteen liittyvät haittatapahtumat ovat lääkehoitoon liittyviä (Ahonen ym. 2020, 60–65) ja suurin osa haittatapahtumista olisi estettävissä (Ahonen & Hartikainen 2014). Mitä enemmän potilaalla on lääkkeitä, sen suurempi riski virheen tapahtumiselle on. Potilaan siirtyessä toiselle osastolle tai kotiin kasvaa riski lääkehoidossa tapahtuvaan virheeseen. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 77–88.) Potilaalle aiheutuva haitta voi aiheuttaa lisäkustannuksia, pitkittyneitä sairaalajaksoja tai pahimmillaan potilaan vammautumisen tai kuoleman. Toimintayksikössä tulisi tunnistaa turvallisuusrisikit ja ennaltaehkäistä niiden syntymistä kehittämällä omaa toimintaa. (Ahonen ym. 2020, 60–65.)

Maailman terveysjärjestö on tehnyt listan potilasturvallisuuden heikentävistä kohdista. Kun huomioidaan jo ennalta tiedetyt riskit ja pyritään estämään niiden syntyä, voidaan vähentää lääkehoidossa tapahtuvia virheitä. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 342.) Seurantajärjestelmien avulla pystytään ymmärtämään toimintayksikön toimintaa ja sitä kautta ehkäisemään riskien syntymistä (Ahonen ym. 2020, 62).

Lääkehoidon virheiden ehkäisemiseksi on hyvä luoda toimintaohjeet vaaratilanteita varten. Vaaratilanteita voi tapahtua missä tahansa hoitotyön prosessissa. Hyvillä hoitokäytännöillä pystytään vaikuttamaan inhimillisten virheiden syntyyn. Jos virheitä tapahtuu, on osattava toimia oikein ja raportoida niistä eteenpäin. Virheistä oppimalla voidaan ehkäistä tulevia virheitä. Haipro-järjestelmä on otettu käyttöön terveydenhuollon raportointimenetelmänä edistämään vaaratilanteiden käsittelyä ja kehittämään sekä ehkäisemään uusien tilanteiden syntymistä. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 333–340.) Virheistä tulisi oppia koko organisaation tasolla. Syyllisten etsinnän sijasta tulisi keskittyä luomaan sellaista työilmapiiriä, jossa virheistä opitaan ja niitä on turvallinen käsitellä. Tärkeä kehittämisen osa-alue on tarjota riittävästi suunnitelmallista koulutusta yhdessä sovitulla

termeillä. THL on linjannut potilasturvallisuusstrategian tavoitteiksi turvallisen ja vaikuttavan hoidon. (Anttila ym. 2018, 115–116.)

## 2.4 Sairaanhoitajan lääkehoidon osaaminen

Työntekijä voi omalla työskentelyllään vaikuttaa siihen, minkälaista hoitoa tarjoaa potilaille. Sairaanhoitajan tulisi tutustua organisaation lääkehoitosuunnitelmaan, hygieniaohteisiin, potilaan tunnistamiseen liittyviin ohjeisiin, työ- ja tarkistuslistoihin ja muihin ohjeisiin. Esimerkiksi potilaan tunnistamisessa tapahtunut virhe saattaa pahimmillaan johtaa potilaan kuolemaan ja potilas tulisi aina tunnistaa siitäkkin huolimatta, että potilas olisi tuttu. (Anttila ym. 2018, 118.)

Sneck ym. (2013) tutkimuksessa tuotiin esille, että sairaanhoitajat arvioivat omaa osaamistaan lääkehoidon kannalta hyväksi. Sairaanhoitajat, jotka annostelevat suonensisäisiä lääkkeitä viikoittain, pitävät omaa ammattitaitoaan vähintään melko hyvänä. Lääkehoidon tentti ja verkkokurssit vahvistivat osaamista ja niissä käyneet sairaanhoitajat kokivat osaamistaitonsa vielä parempana. Tutkimuksessa nousi esille, että alle viisi vuotta sairaanhoitajana työskennelleet kokivat iv-tentin ja osaamisen varmistamisen tärkeämmäksi, kuin yli 10 vuotta alalla työskennelleet. Jatkuvasti suonensisäistä lääkehoitoa toteuttavat ja lääkehoidon tentin käyneet sairaanhoitajat kokivat tärkeämpänä osaamisen varmistamista, kuin sairaanhoitajat, jotka toteuttivat suonensisäistä lääkehoitoa harvemmin tai eivät olleet käyneet iv-tenttiä. Lääkkeen annossa ja potilaan tilan arvioimisessa lääkehoidon tentin tai verkkokurssin käyneet sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa paremmaksi. (Sneck, Saario & Isola 2013.)

Luokkamäki ym. (2016) tutkimuksessa nousi esille sairaanhoitajien arviot omasta lääkehoidon osaamisestaan. Pieni osa sairaanhoitajista arvioi kouluasteikoilla lääkehoidon osaamisen tyydyttäväksi, vaikkakin keskimäärin vastaajat antoivat kouluarvosanoin lääkehoidon osaamiselleen hyvän arvosanan. Tutkimuksessa kysyttiin lisäksi lääkehoidon koulutuksesta. Osa vastaajista ei ollut osallistunut koulutukseen osastolla, organisaatiossa tai organisaation ulkopuolella. Koulutusta pidettiin kuitenkin tärkeänä ja lisäkoulutusta toivottiin lääkkeiden käytöstä, ajankohtaisista tiedoista ja lääkkeiden haittavaikutuksista. (Luokkamäki, Vehviläinen-Julkunen, Saano & Härkänen 2016.)

## 2.5 Lääkkeen antaminen turvallisesti

Turvallisen lääkehoidon toteutus vaatii sairaanhoitajan tietämystä lääkehoidon kaikista osa-alueista. Lääkehoitoa toteutettaessa tulee tuntea käytettävät lääkkeet ja välineistöt. Lääkehoitoa tehdessä tulee osata seurata potilaan tilaa sekä toimia erilaisissa toimenpiteissä ja tilanteissa. (Saana & Taam-Ukkonen 2020, 288–294) Laskimoon annettavat lääkkeet alkavat vaikuttamaan elimistössä nopeasti ja niitä ei saa otettua pois enää verenkierrosta. Lääkkeen antoon laskimon kautta liittyy isommat riskit, koska mahdolliset haittavaikutukset ja allergiset reaktiot ilmaantuvat pian annon jälkeen. (Saana & Taam-Ukkonen 2020, 167.)

Lääkkeenantajan tulisi tietää lääkehoitoa toteuttaessaan lääkehoitoon liittyvät vaaratilanteet. Lääkkeenantajan tulee osata valmistella lääke oikein potilaalle sekä annostella lääke oikealla annoksella, oikeaan aikaan ja oikealle potilaalle. Lääkkeenantajan tulisi myös osata arvioida potilaan vointia lääkkeen annon aikana ja toimia erilaisissa tilanteissa. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen 2006, 120–145.)

Tehdyt toimintaohjeet, muistilistat, tarkistuslistat, tiimityö sekä lääkehoitosuunnitelma edistävät potilasturvallisuutta. (Saana & Taam-Ukkonen 2020, 333.) Tarkistuslistat on otettu käyttöön terveydenhuollossa tukemaan muistia ja monet listat ovat muotoutuneet nykyään yksikön omien tarpeiden mukaan. Tarkistuslistat tukevat hoitotyötä, kun työtahti on nopeatempoista ja vaativaa. (Blomgren & Pauniahho 2014.) Vuonna 2009 julkaistussa tutkimuksessa ilmeni tarkistuslistojen käytön hyöty. Potilaskuolleisuus väheni tarkistuslistan käytön jälkeen käytönotetuissa yksiköissä. (Haynes ym. 2009.) Maailman terveysjärjestö on julkaissut kansainvälisen leikkaussalin tarkistuslistan ja kannustaa myös tarkistuslistan muokkaukseen yksikön toimintaa vastaavaksi (Blomgren & Pauniahho 2014).

## 2.6 Infektioiden torjunta

Turvallisesti toteutettuun lääkehoitoon liittyy olennaisesti hyvä käsihygienia. Henkilökunnan oikeaoppisella ja riittävällä käsihuuhteen käytöllä pystytään vähentämään hoitoon liittyviä infektioita. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunnalla pystytään parantamaan potilasturvallisuutta ja samalla myös olemaan

kustannustehokkaita sekä ehkäisemään pitkittyneitä hoitjaksoja ja välttämään potilaalle aiheutuvaa haittaa. (Anttila 2014.) Arvioiden mukaan 5–10 prosenttia potilaista saa hoitoon liittyvän infektion sairaalahoidon aikana (Ahonen ym. 2020, 63).

Suomessa on jokaisessa organisaatiossa erikseen nimetty hygieniahoitaja, joka ohjeistaa ja seuraa alueensa toimintaa. THL seuraa ja antaa ohjeistuksia valtakunnallisella tasolla. Suomessa ei julkaista tarkkoja hoitoon liittyvien infektioiden vaikutusta kuolleisuuteen. Lisäksi on huomioitava, että hoitoon liittyvien infektiot aiheuttavat kustannuksia ja yksittäiset hoitokustannukset saattavat nousta kymmeneen tuhansiin euroihin. (Anttila 2014, 24.)

Aseptinen työskentely on yksi tärkeä pilari turvallisen lääkehoidon toteutuksessa (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen 2006, 120–145). Aseptiikalla tarkoitetaan toimintatapaa, jolla ehkäistään ja estetään infektion syntyä ja, jonka tavoitteena on suojata potilasta mikrobeilta (Karhumäki, Jonsson & Saros 2021, 65). Aseptisellä työskentelyllä voidaan ehkäistä verisuonikatetreihin kohdistuvia infektiota. Oikeanlainen toiminta vähentää myös muita komplikaatioita, joita voi ilmetä verisuonikatetrien hoidossa (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen 2006, 120–145). Sairaanhoidajan tulisi osata tunnistaa riskit ja osata toimia oikein erilaisissa tilanteissa. Hoitohenkilöstön ymmärrys verisuonikatetrien infektioiden syntyyn pienentää infektioiden riskiä. (Saana & Taam-Ukkonen 2020, 183.)

Hyvä hygienia on peruslähtökohta aseptiselle toiminnalle. Hyvä käsihygienia ehkäisee infektioiden leviämistä niin hoitohenkilöstöön kuin potilaisiin. Jokaisen potilastyötä tekevän tulisi tietää käsien ongelmakohdat ja huolehtia niiden puhtautesta. (Anttila ym. 2018, 122–127.) Hoitotyössä rannekellot ja käsikorut keräävät mikrobeja ja niitä ei suositella käytettäväksi. Lisäksi lävistyksset ja kaulakorut sekä korvakorut voivat kerätä mikrobeja. (Karhumäki, Jonsson & Saros 2021, 67.) Hoitotyössä käsienpesua ennen käsien desinfiointia suositellaan vain, kun kädet ovat näkyvästi likaiset (Anttila ym. 2018, 122–127.) Maailman terveysjärjestö on julkaissut hoitoalan ammattilaisille käsien desinfiointiohjeet, joita noudatetaan myös Suomessa (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2022).

Englannissa tehdyn kansallisen infektion torjunta-ohjeessa esitetään käsien desinfiointia tehokkaana tapana vähentää hoitoon liittyviä infektioita. Käsien hygienian ohjeistus tulisi olla jatkuvasti esillä ja siihen tulisi kiinnittää huomioita yksikön toiminnassa. Lyhyillä interventioilla on yleensä vain lyhyt vaikutus. Käsidesinfiointiaineen sijoittaminen potilaan lähetyville lisää käsidesinfiointiaineen käyttöä. Muistutus käsien desinfiointista toimii, jos sitä tehdään jatkuvasti. Yhdistämällä monta menetelmää saadaan lisättyä käsien desinfiointia ja samalla laskemaan hoitoon liittyvien infektioiden riskiä. (Lovedaya ym. 2014, 17–21.) Useissa tutkimuksissa nousee esille interventioiden ja koulutuksen vaikutus hoitoon liittyviin infektioihin. Sairaaloissa, joissa interventioita oli käytössä, ilmeni vähemmän hoitoon liittyviä infektioita. (Peters ym. 2022.)

Suojakäsineiden käyttö tehostaa käsihygieniaa. Oikealla tavalla käytetyt suojakäsineet ehkäisevät mikrobien siirtymistä käsiin. Sairaanhoidajan tulee tietää, milloin suojakäsineitä käytetään ja mihin tarkoitukseen. Valitessa suojakäsineitä täytyy myös ymmärtää suojakäsineiden ja steriilien hanskojen käytön ero. Suojakäsineitä käytetään työvaihekohtaisesti ja ne on riisuttava heti työvaiheen jälkeen. (Lovedaya ym. 2014, 24–25.) Potilastyössä tulisi käyttää kertakäyttöisiä suojakäsineitä eritteiden, veren, eri katetrien, limakalvojen, sekä rikkiäisen tai kontaminoituneen ihon koskettamiseen. Suojakäsineillä ei tule koskea esimerkiksi tietokoneeseen kirjauksen aikana tai reppuun tavarantoiminnan vuoksi. Käsien desinfiointia ei saa laiminlyödä, vaikka käytetään suojakäsineitä. (Anttila ym. 2018, 131–132.)

## 2.7 Verisuonikatetrit ja niihin liittyvät infektiot

Verisuonikatetreja asennetaan potilaille neste- ja lääkehoidon vuoksi. Katetreja voidaan asentaa perifeeriseen laskimoon tai keskuslaskimoon. Katetrit asennetaan potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan ja katetreja voidaan asentaa lyhyt- tai pitkäaikaiseen käyttöön. Verisuonikatetreihin liittyvät infektiot aiheuttavat potilaalle kipua ja pidentävät hoitoaikaa sekä aiheuttavat kustannuksia sekä kuolleisuutta. (Anttila ym. 2018, 214–224.) Aseptinen toiminta verisuonikatetrien laitton ja käsittelyn yhteydessä vaikuttavat verisuonikatetrien infektion syntyyn. Yhdysvalloissa tehdyssä kansallisessa ohjeessa nousee esille, että kokemattomuus

käsitellä katetreja voi lisätä riskiä verisuonikatetrin tulehduksen syntyyn. (O'Grady ym. 2011, 24–25.)

Infektiot voivat syntyä monella eri tavalla, mutta yleisimmin katetrin infektio alkaa pistokohdasta tai katetrin tyviaukosta. Ihon pinnalla oleva bakteerifloora on suurin riski katetriperäiselle tulehdukselle. (O'Grady ym. 2011, 26–27.) Katetrin kärki voi kontaminoitua pistovaiheessa. Kontaminoituneet infuusionesteet voivat aiheuttaa infektion sekä ihon puhdistuksessa kontaminoituneet desinfiointiaineet. Kaikissa katetrityypeissä on riski verisuoni-infektioon, sitä kuitenkin suurentaa keskuslaskimokatetrien luumenien määrä sekä suoraan ihon läpi asennettu keskuslaskimokatetri. Suurin riski kuitenkin liittyy pidempi aikaiseen katetrien käyttöaikaan. (Anttila ym 2018, 214–224.)

Verisuonikatetrien käsittelyssä tulisi aina noudattaa annettuja ohjeita ja aseptista tekniikkaa. Verisuonikatetrin infektion torjunnassa korostuu hoitohenkilöstön toiminta ja myös potilasta tulisi ohjata suojaamaan katetria asianmukaisesti. Katetrin tarvetta tulisi arvioida päivittäin ja tarpeettomat verisuonikatetrit tulisi aina poistaa. Visuaalista ohjetta (VIP SCORE) voidaan käyttää apuna pistokohdan ihon arvioinnissa. (Anttila ym. 2018, 220–221.) Varmistamalla henkilökunnan osaamistaidot ja ylläpitämällä sairaanhoitajien verisuonikatetrien käsittelyä vähennetään riskejä verisuonikatetri-infektioihin. (O'Grady ym. 2011, 24–25.)

## 2.8 Lääkkeiden vaikutusten seuranta

Sairaanhoitaja tulee tunnistaa lääkehoitoon liittyvät vaaratilanteet. Lääkeaineet saattavat aiheuttaa potilaalle allergisen reaktion ja pahimmillaan anafylaktisen shokin. Potilaan voinnissa voi tapahtua myös muita yllättäviä muutoksia. Infektiota hoidettaessa potilaan vointi saattaa äkillisesti mennä huonompaan suuntaan ja potilaan hoitoa voi joutua muuttamaan tai potilas täytyy siirtää jatkotutkimuksiin sairaalaan. Lääkkeen vaikutuksen seurannassa tulisi tarkkailla potilaan vointia mittausrakenteiden ja omien havainnointi taitojen avulla. (Saano & Taam-Ukkonen 2020, 311–312.)

Potilaan voinnin seuranta on tärkeä vaihe lääkehoitoa. Potilaan kanssa keskustelu ja potilaan ohjaus parantaa lääkkeen annon turvallisuutta (Saano & Taam-Ukkonen 2021, 307; 319). Potilaan voinnin seurannassa voi käyttää apuna

NEWS-pisteytysjärjestelmää, mikä on kehitetty potilaan voinnin seurannan tueksi ja sen tarkoituksena on kiinnittää huomiota potilaan vointiin, ennen kun potilaan vointi romahtaa. NEWS-pisteytys on tutkimusten mukaan tällä hetkellä tarkin ja herkin pisteytysjärjestelmä. (Smith, Prytherch, Meredith, Schmidt & Featherstone 2013.) NEWS-pisteytysjärjestelmää käyttämällä pystytään havaitsemaan potilaan muutokset jo varhaisessa vaiheessa ja se antaa lisää aikaa hoitohenkilöstölle päätöksentekoon. Tämä edesauttaa potilaan saamaa hoitoa, kun tilanteisiin puututaan oikeaan aikaan. (Roberts & Djärv 2017.)

Potilas voi saada lääkaineesta allergisen reaktion ja sairaanhoitajan tulisi tunnistaa allergisen reaktion oireet. Joskus oireet voivat olla hitaasti eteneviä tai ne voivat pahentua minuuteissa jopa anafylaktiseksi shokiksi. (Saana & Taam-Ukkonen 2020, 185.) Anafylaktinen reaktio tarvitsee välitöntä reagointia sairaanhoitajalta. Adrenaliini tulisi aina olla saatavilla, kun toteutetaan lääkehoitoa. Oireita on useita erilaisia ja ne vaihtelevat potilailla. Tämän vuoksi sairaanhoitajan on tunnistettava potilaan oireet ajoissa ja osata toimia nopeasti. (Ahonen ym. 2020, 779–781.)

Sairanhoitajan tulee tehdä nopea arvio elvytyksen aloituksesta reagoimattomalle potilaalle, jonka hengitys ei ole normaalia. Elvytyksen aloitukseen voi vaikuttaa potilaan hoitotahto ja hoidonrajaus. Sairanhoitajan toimintaa elvytystilanteessa ohjaa toimintayksikön ohjeet sekä Hätäkeskus (Käypä hoito -suositus). Kamikura ym. (2015) tutkimuksessa ilmeni, että potilaalla on parempi mahdollisuus selvitä, jos paineluelvytys aloitetaan heti. (Kamikura ym. 2015). Elvytyksen aloituksessa ja sen vaikutuksesta potilaan toipumiseen ei ole merkitystä sairaanhoitajan uran pituus vaan enemmänkin harjoittelu ja kokemus aikaisemmista tilanteista (Bray, Nehme, Nguyen, Lockey & Finn. 2020).



### 3 SAIRAANHOITAJIEN PEREHDYTTÄMINEN JA OSAAMISEN KEHITTÄMINEN TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOSSA

Hoitotyössä kollegoiden tulisi myös tukea toisiaan sekä kannustaa kehittymään ammatillisesti. Kaikilla hoitoalalla työskentelevillä on vastuu pyrkiä toteuttamaan laadukasta ja hyvää hoitoa potilaille. Sairaanhoidajalla on sen lisäksi lain mukaan velvollisuus kehittää omaa osaamistaan ja ylläpitää opittua tietoa ja taitoa. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2020, 24.) Henkilöstön osaamiseen kannattaa kiinnittää huomiota ja laadukkaassa toiminnassa tulisi varmistaa, että henkilöstö pystyy suoriutumaan monipuolisista hoitotyön tehtävistä (Skarp 2018, 269).

Organisaation toiminnan perustana ovat osaavat työntekijät. Hyvään ja laadukkaaseen palveluun tähtäävät organisaatiot luovat hyvällä perehdyttämällä pohjan motivoituneelle ja alasta kiinnostuneelle työntekijälle. Systemaattisen perehdytyksen avulla voidaan vähentää virheiden määrää ja virheisiin kuluvan ajan käyttö vähenee. Kun työntekijä pystyy itsenäiseen työntekoon nopeammin, muiden työntekijöiden työtaakka helpottuu ja se parantaa kaikkien työmotivaatiota. Henkilöstön kehittäminen lisää työtyytyväisyyttä ja työnhallintaa sekä parantaa laadukasta palvelua potilaille. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 190–193.) Perehdytys kuuluu niin uusille kuin vanhoille työntekijöille. Perehdytys on jatkuva prosessi, jossa kartutetaan jokaisen osaamista. Perehdytyksen voi jakaa käytännön asioihin organisaatiossa, jossa tutustutaan yritykseen ja työkuultuuriin sekä työn toteutukseen, jossa tutustutaan työtehtäviin ja työtapoihin. (Ahokas & Mäkeläinen 2013.)

Uusien työntekijöiden kohdalla tulisi miettiä, millä tavalla henkilö perehdytetään työyhteisöön ja työhön. Aittovaara ym. (2022) tutkimuksessa nousi esille uusien työntekijöiden toiveet perehdytyksestä. Osa toivoi nimettyjä perehdyttäjiä ja suunniteltua perehdytystä, joka etenee sopivalla tahdilla. Tutkimuksessa ilmeni, että osa koki oman vastuun perehdytyksestä liian suurena. Perehdyttäjien kokemusta ja asiantuntijuutta kiiteltiin ja se koettiin tärkeänä. Myönteinen ilmapiiri ja uuden henkilön vastaanottaminen työyhteisöön vaikutti uuden työntekijän perehdytykseen. Esteitä perehdyttämislle koettiin kommunikaation puutteessa, huonossa ilmapiirissä sekä resursseissa. Uuden oppiminen koettiin positiivisena perehdyttäjän toiminnan ansiosta, työyhteisön ollessa tukena. Erilaiset ja

monimuotoiset oppimistilanteet kannustivat oppimaan. (Aittovaara ym. 2022.) Oulun yliopiston tehdyssä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa nousee esille samoja teemoja. Uuden sairaanhoitajan perehdytyksen onnistuminen riippuu niin perehdyttäjän antamista neuvoista, työyhteisön tuesta, erilaisista oppimistilanteista kuin riittävästä resursseista (Pasila, Elo & Kääriäinen 2017).

Perehdytyksen onnistuminen vaikuttaa organisaation toimintaan ja lisäksi organisaatio luo hyvällä perehdytyksellä hyvän maineen toimintatavoistaan. Perehdytyksellä tulisi tähdätä uuden työntekijän pysymiseen organisaatiossa. Hyvällä kommunikaatiolla uuden työntekijän ja työyhteisön kanssa varmistetaan perehdytyksen onnistuminen. Perehdytyksen tavoitteena tulisi olla, että työntekijä oppii työtehtävät ja pystyy toimimaan itsenäisesti työssä. (Peltokoski 2016, 26–28.) Suunnitelmallinen perehdytys vahvistaa positiivisesti uuden työntekijän tyytyväisyyttä, tuen saamista sekä adoptoitumista uuteen työpaikkaan. Tutkimuksessa ilmeni, että uudet työntekijät olivat tyytyväisempiä, kun perehdytyksessä käytettiin tiettyä suunnitelmallisuutta ja nimetyt perehdyttäjät koettiin hyväksi. (Strauss, Ovnat, Gonen, Lev-Ari & Mizrahi 2016.)

Organisaation voi pitää työntekijöiden motivaatiota korkealla tarjoamalla riittävästi haasteita työhön. Hyvämaineisessa organisaatiossa työntekijä on motivoitunut, voi hyvin ja kokee työn mielekkäänä. (Juuti & Vuorela 2015.) Työhön liittyvä motivaatio ja työtyytyväisyys on useassa tutkimuksessa löydetty kytkeytyvän työntekijälle annettujen työtehtävien tarkoitukseen ja tavoitteisiin. Samat tavoitteet tuovat ihmisiä yhteen ja saavat tiimit työskentelemään yhdessä tavoitteen eteen tuottamalla paremman lopputuloksen. (Mitchell 2017, 25–28.)

Organisaation sisällä tapahtuu jatkuvaa oppimista ja kehittymistä. Työssä tapahtuva oppiminen on jatkuva prosessi, jossa tulisi ottaa huomioon laaja-alaisesti kaikki työhön liittyvä oppiminen. Suunnittelemalla ja organisoinnilla pystytään luomaan tavoitetta niin yksilö- kuin organisaatiotasolla. Kaikkia oppimista tukevia prosesseja ja työkaluja tulisi tukea. Oppimista tulisi tukea osaavan johtavan avulla, joka on osana älykästä ja oppivaa organisaation toimintaa. (Sydänmaalakka 2007, 74–79.)

Osaamisen kehittämisessä tulisi ottaa huomioon organisaation työyhteisön kyvyt ja ohjata henkilöstöä niin sanotusti oikeaan suuntaan. Hyvällä johtamisella on iso

merkitys osaamisen kehittämisessä. Organisaatiossa ilmentyvät ristiriidat tai haasteet kehittämisessä voidaan usein ratkaista johdon määrätietoisilla päätöksillä, joilla on selvä päämäärä myös henkilöstön mielestä. (Toivanen, Leppänen & Kovalainen 2012, 13–19.) Hyvällä johtamisella pystytään organisoimaan ja vahvistamaan organisaation toimivuutta. Jokaisen esihenkilön tulisi tunnistaa organisaation ydinosaminen ja valjastaa henkilöstön resurssit oikein. Osaava johtaja ohjaa henkilöstöä oikeaan suuntaan ja huolehtii koulutusten järjestämisestä sekä muista oppimisen tavoista organisaatiossa. (Juuti & Vuorela 2015.)

#### 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA KYSYMYKSENASETELU

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää kotisairaalan lääkehoidon perehdytystä tuottamalla perehdytysvideo turvallisesta lääkehoidosta kotisairaalan toimintaympäristössä. Tavoitteena on vahvistaa sairaanhoitajien lääkehoidon osaamistaitoja toteuttaessa vaativaa lääkehoitoa potilaan kotona.

Tutkimuskysymykset ovat;

1. Millainen perehdytysvideo toimii turvallisen lääkehoidon perehdytysmateriaalina?
2. Miten perehdytysvideon sisällössä on otettu huomioon kotisairaalan sairaanhoitajien tarpeet ja toiveet?

## 5 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

### 5.1 Toiminnallinen kehittämishanke

Työelämän kehittämismenetelmäksi valikoitui toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisessa tutkimustyössä tehdään tiivistä yhteistyötä organisaation kanssa ja opinnäytetyö etenee projektin tavalla eteenpäin. Tuotoksen ja opinnäytetyöraportin on tarkoitus yhdistää ammatillinen osaaminen ja tutkimuksellinen ote. (Vilkkä 2021.) Toiminnallisissa opinnäytetyön prosesseissa tavoitteena on vastata käytännöllisellä tavalla kehittämisongelmaan (Ojasalo, Moilanen & Ritakoski 2015, 59).

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön yhdistetään teoreettista tietoperustaa. Teoriaviitekehystä rakentaessa tulee pohtia, millä tavoin se yhdistyy tuotokseen ja mihin näkemykseen tieto rajataan sekä valitaan. Hyvä tietoperusta luo pohjan opinnäytetyölle ja auttaa prosessin eteenpäin viemisessä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 41–43.)

Tuottamalla tutkimuksellista tietoa tuetaan työelämässä tapahtuvaa kehitystä. Tutkimukselliset kehityshankkeet pystyvät vastaamaan myös tavoitteisiin, kun pystytään käymään keskusteluita työelämän tarpeista prosessin aikana. (Vilkkä 2021.) Yksikön työntekijät tuntevat oman työnsä parhaiten, he osaavat antaa käytännön esimerkkejä työn ongelmakohdista ja haasteista. (Ojasalo, Moilanen & Ritakoski 2015, 59.) Koska tähän kehittämistyöhön osallistuu kotisairaalan henkilökuntaa, pystytään vaikuttamaan opinnäytetyön lopullisen tuotoksen käyttöön toimintayksikössä.

Kotisairaalan sairaanhoitajien työ painottuu suurimmaksi osin lääkehoitoon. Tässä kehittämisssessä kohderyhmäksi valikoitui kotisairaalan hoitotyötä tekevät sairaanhoitajat. Tarkka kohderyhmän rajausta auttaa myös rajaamaan työn laajuutta (Vilkkä & Airaksinen 2003, 30–40). Tämä huomioiden kotisairaalan sairaanhoitajat osallistuivat vapaaehtoisesti ideariihityöskentelyyn. Lisäksi perehdytysvideon valmistuttua kerättiin vapaaehtoisesti vastattava palautekysely, jolla pyrittiin Vilkkä ja Airaksisen (2003) ohjeen mukaan selvittämään tuotoksen käytettävyyttä, onnistumista ja selkeyttä.

Opinnäytetyöprosessissa hyödynnettiin palvelumuotoilun menetelmää tukemaan toiminnallisen opinnäytetyön onnistumista. Prosessin vaiheet tukivat toiminnallisen opinnäytetyön prosessia. (Ojasalo, Moilanen & Ritakoski 2015,74.) Palautekyselyn toteuttamisessa hyödynnettiin tilastollista tutkimusmenetelmää. Siihen kuuluu suunnitteluvaihe ja ongelman määrittely, strategian laadinta, aineiston keruu ja analysointi, tulosten johtopäätökset ja arviointi sekä raportointi. (Nummenmaa, Holopainen & Pulkkinen 2019, 14.)

## 5.2 Palvelumuotoilu menetelmänä

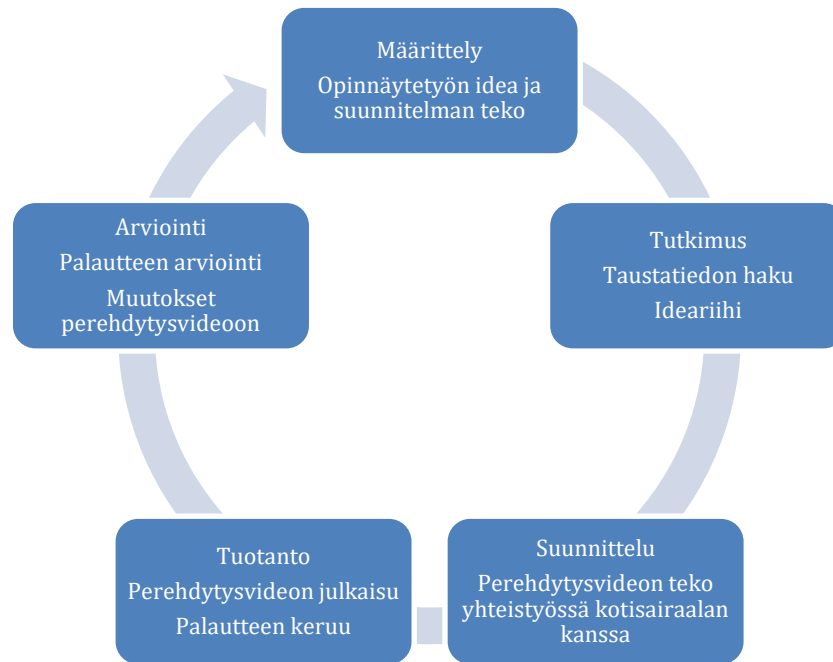
Palvelumuotoilu on muotoiluajattelua, joka auttaa toteuttamaan ratkaisuja ja siinä hyödynnetään henkilöstön mielipiteitä sekä kokemuksia. Tavoitteena on luoda uusia innovaatioita. Muotoiluajattelu on parhaimmillaan luovaa työtä, jossa otetaan huomioon oma osaaminen, henkilöstön ydinosaaminen sekä saadaan luotua uusia ideoita, palveluita ja tuotteita. (Miettinen 2014, 10–11, 19–21.) Palvelumuotoilua hyödyntäen voidaan kehittää osaamistaitoja ja samalla tuottaa toimintaympäristöön paremmin toimivia palveluita (Tuulaniemi 2011, 25).

Palvelumuotoilu on lisännyt suosiotaan julkisen sektorin kehittämistyössä. Tähän vaikuttaa arvomaailmojen muutokset ja julkisella sektorilla pohditaan nykypäivänä palveluita asiakkaan näkökulman kautta. (Ojasalo, Moilanen & Ritakoski 2015, 71.) Palvelumuotoilun avulla organisaatio voi luoda uusia ideoita käyttöön ja kehittää jo aikaisempia palveluita tai tuotteita paremmiksi. Jatkuva kehittyminen on palvelumuotoilun tavoite. (Tuulaniemi 2011, 25.)

Työntekijöiden huomioiminen ja ottaminen mukaan palveluiden suunnitteluun lisää kiinnostusta uuden palvelun käyttöönottoon. Tämä vahvistaa lopullisen palvelun käyttöönottoa toimintayksikössä. Palvelumuotoilun tuntemattomuus sekä vastuun jakaminen loppukäyttäjille voi lisätä haasteita prosessin aikana. Innovatiivisilla palvelumuodon prosesseilla voidaan kuitenkin saada aikaan organisaatioissa uusia keskusteluja sekä uusia innovatiivisia projekteja. (Kurronen 2015, 32–36.) Palvelumuotoilun prosessiin osallistuminen vahvistaa palveluiden kehittämiseen tarvittavia osaamistaitoja. Tällä tavoin voidaan lisätä innovatiivisuutta organisaatiotasolla ja saada jatkossa tuotettua isompia kehittämishankkeita, kun palvelumuotoilun osaamistaidot ja ymmärrys erilaisten projektien myötä kasvavat. (McNabola ym. 2013, 16–17.)

Palvelumuotoilu tarjoaa kehittämistyölle selkeän prosessin ja helppokäyttöisiä menetelmiä. Palvelumuotoilun keskiössä on asiakas ja prosessia tulee katsoa asiakkaan silmin (Ojasalo, Moilanen & Ritakoski 2015, 71). Asiakaslähtöisesti suunnitteleamalla tuotetaan palvelu tai tuote, jota oikeasti asiakkaat käyttävät. Prosessin aikana tulee ottaa huomioon myös asiakkaan todelliset käyttötilanteet ja arkeen liittyvät haasteet. (Tuulaniemi 2011, 70–80.) Onnistuneessa palvelumuotoilun prosessissa yhteistyö toimii asiakkaiden kanssa ja vie eteenpäin hanketta (Kuusisto, Yli-Viitala & Kuusisto 2013, 3–4). Tässä opinnäytetyön prosessissa asiakkaina olivat tulevaa perehdytysvideota katsovat sairaanhoitajat.

Opinnäytetyössä hyödynnettiin Tuulaniemen (2011, 130) kuvaamaa palvelumuotoilun prosessia. Hyödyntämällä samalla erilaisia menetelmiä, voidaan vahvistaa tavoitteisiin pääsyä. Jakamalla prosessi eri vaiheisiin voidaan keskittyä olennaisen asian selvittämiseen jokaisen vaiheen aikana. (Kuusisto, Yli-Viitala & Kuusisto 2013, 10–11.) Prosessi alkoi hahmottamalla kotisairaalan tarpeet ja omat ideat. Idea perehdytysvideosta syntyi omien työkokemusten kautta ja idea kehittyi syksyllä 2021 yhteistyössä kotisairaalan kanssa. Idea hahmottui potilasturvallisen lääkehoidon ympärille, koska kotisairaalassa ei ole vielä perehdytysvideota aiheesta, mutta se koettiin tärkeäksi aiheeksi. Tutkimustyötä tehtiin jo opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa keräten tietoperustaa opinnäytetyön suunnitelmalle. Tutkimustyö oli tärkeä vaihe sen antaessa aiherajauksen perehdytysvideon sisällölle. Tutkimustyö jatkui koko opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyöhön valittiin tutkimustyön tueksi ideariihityöskentely, jotta saadaan kerättyä tietoa kotisairaalan toimintaympäristön hoitotyötä tekeviltä sairaanhoitajilta. Suunnitteluvaiheessa tuotettiin perehdytysvideo ja tämän jälkeen se jaettiin kotisairaalan sairaanhoitajille palautekyselyn kanssa. Lopullinen versio muodostui palautekyselyyn liittyvien muutostöiden jälkeen. Palvelumuotoilun prosessi on kuvattu kuviossa 1. (Tuulaniemi 2011, 130.)



Kuvio 1. Opinnäytetyönprosessi hyödyntäen palvelumuotoilun prosessia (Tuulaniemi 2011, 130.)

### 5.3 Ideariihi kehittämisprosessissa

Toiminnallisen opinnäytetyön kehittämistyökaluna käytetään ideariihityöskentelyä. Tämän on tarkoitus viedä opinnäytetyöprosessia eteenpäin helpottaen kehittämistyötä (Vilka 2021). Ideariihin tarkoitus on tuoda opinnäytetyöprosessi lähemmäksi asiakkaita eli kotisairaalan sairaanhoitajia sekä yhdistää samalla palvelumuotoilun menetelmää tutkimukselliseksi kehityshankkeeksi (Kuure 2020, 122–124). Palvelumuotoilun prosessissa asiakkaan tarpeiden selvittäminen kuuluu prosessin alkuun ja se vahvistaa tuotoksen vastaamista aitoihin tarpeisiin (Tuulaniemi 2011, 27).

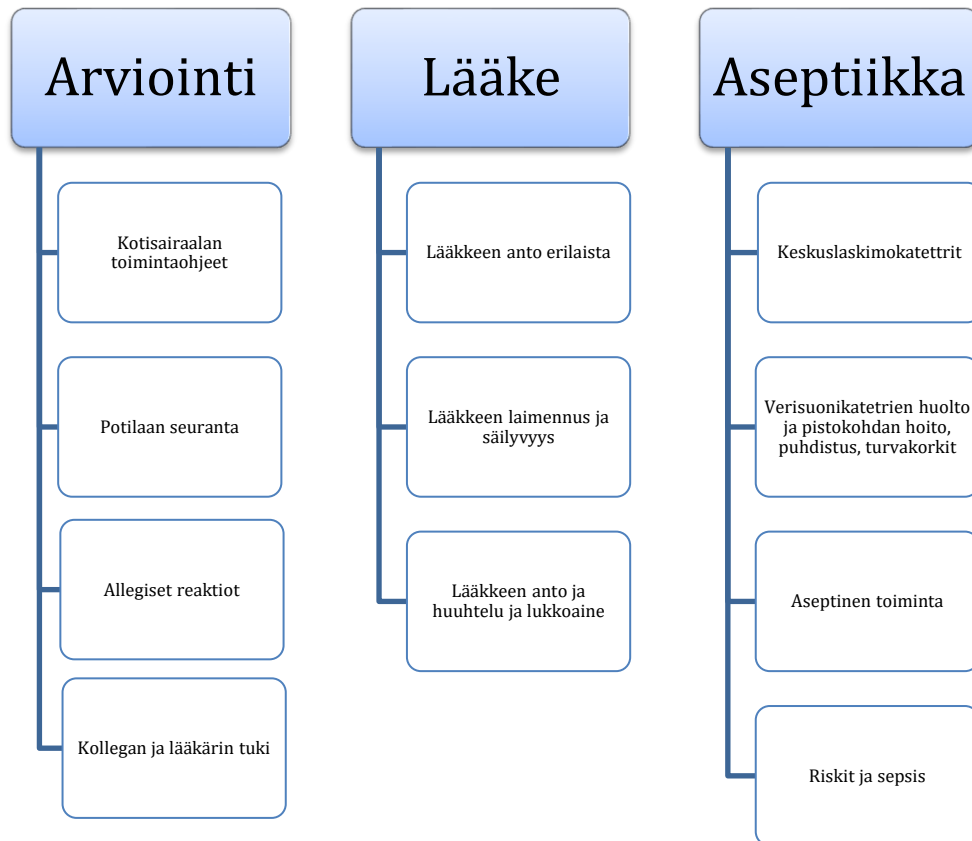
Ideariihityöskentelyyn valmistauduttiin lähettämällä etukäteen ideariihityöskentelyä koskeva tiedote kotisairaalan sairaanhoitajille. Sovittua päivämäärää jouduttiin sairastapauksen takia siirtämään yhden kerran. Kyseisen kotisairaalan osastonhoitajan kanssa oli etukäteen sovittu, että työskentelyyn saa osallistua vapaaehtoisesti. Ideariihin lähtökohta on hyvä rakentaa Vilka (2021) ohjeen mukaan kehittämisidean ympärille. Työskentelyn aikana ideoitiin turvalliseen lääkehoitoon liittyviä aiheita kotisairaalan toimintaympäristö huomioiden. (Vilka 2021.)



Ryhmän kooksi suositellaan 6–12 henkilöä ja sen vetäjä pyrkii ohjaamaan ideointia sekä antamaan erilaisia näkökulmia ongelman ratkaisemiseksi (Ojasalo, Moilanen & Ritakoski 2015, 160). Tähän työskentelyyn kokoontui 7–12 henkilön ryhmä. Osa osallistujista joutui poistumaan kiireisten työtehtävien takia etukäteen ja kaksi osallistujaa tuli ryhmätyöskentelyyn mukaan myöhemmin. Ideariihen tarkoituksena oli antaa jokaiselle osallistujalle mahdollisuus tuoda omia ideoita ja ajatuksia esiin, joten kaikille halukkaille annettiin mahdollisuus osallistua työskentelyyn.

Onnistunut ideariihi tuottaa useita ideoita, jos se on etukäteen suunniteltu. Keskustelu tulisi myös vetää takaisin ongelman ratkaisuun, jos se karkaa liian kauas. Ideariihen valmistuminen voidaan aloittaa harjoittelemalla ideointia (Osterwalder & Pigneur 2010, 169). Työskentely aloitettiin ideoimalla potilasturvalliseen lääkehoitoon mieleen tulevia asioita. Tämä vaihe auttoi osallistujia innostumaan aiheesta (Ojasalo, Moilanen & Ritakoski 2015, 161; Osterwalder & Pigneur 2010, 169). Ideointi johdatettiin pohtimaan turvallisen lääkehoidon osioita, joita voisi esittää uusille työntekijöille. Tässä vaiheessa osallistujat heittelivät ideoita ja taululle kirjattiin vuorollaan kaikkien osallistujien toivomia asioita. Sairaanhoidajat kokivat perehdytysvideon teon hyvänä kehittämiskohteena. Turvallisen lääkehoidon toteutusta purettiin osiin ja se jaettiin aseptiikkaan, lääkkeisiin ja vaaratilanteisiin. Keskustelun edetessä ryhmä koki, ettei vaaratilanteet liity kokonaisuuteen ja nimi vaihdettiin arviointiin, jotta ideointi toimii jouhevasti.

Ideariihityöskentelystä muodostettiin ajatuskartta kuvaamaan aihealueittain sairaanhoidajien tuomia ideoita. Lääkkeen annossa koettiin tärkeänä tuoda esille kotisairaalan toimintaympäristöä ja huomioida erilaiset toimintatavat. Aseptiikka ja verisuonikatetri nousivat esille useasti ja verisuonikatetreihin liittyvät asiat tuotiin jokaisessa aihealueessa esiin. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Ideariihityöskentelyssä muodostettu ajatuskartta

Ideariihen lopuksi pohdittiin yhdessä videon visuaalista ilmettä. Videon toivottiin olevan selkeä, yksinkertainen ja visuaalinen. Videosta toivottiin myös tulevan rauhallinen, niin ettei videolla tapahdu asioita vauhdilla. Suurin osa osallistujista koki yli 20 minuutin videot liian pitkiä. 15 minuuttia sai eniten hyväksyttäviä näkökäsityksiä kaikilta osallistujilta.

Ajatukset koottiin vielä lopuksi yhteen kirjoitustaululle ja käytiin yhdessä läpi (Vilka 2021). Kaiken kaikkiaan ideariihessä nousi esille osallistujien tunne, että turvallisen lääkehoidon kehittäminen on tärkeää. Osallistujat kokivat, että toimintaympäristön toiminnassa on kehityskohteita ja video esityksen toivottiin tuovan tukea lääkehoidon perehdytykseen. Ideariihessä esiin tulleita ideoita hyödynnettiin videon suunnitteluvaiheessa. Tavoitteena oli tuoda mahdollisemman monta näkökulmaa videon sisältöön ja rakenteeseen (Ojasalo ym. 2015, 161).

#### 5.4 Videon teko tuotantovaiheessa

Perehdytysvideon suunnittelu aloitettiin rakentamalla alustava versio (prototyyppi), jota muokattiin työn edetessä. Alustavan version valmistuttua, se lähetettiin kotisairaalan sairaanhoitajille katsovaksi. (McNabola ym. 2013, 20–21, 26–27.) Ideariihen pohjalta videon tekoon tuli monta hyvää ehdotusta. Kokonaisuutta ajatellen videon sisältö hahmottui paremmin ja asioiden toistoa pystyi välttämään paremmin, kun esitys rakennettiin yhtenäiseksi yhdeksi esitykseksi. Suunnitteluvaiheessa tuli ottaa huomioon, että sisältö vastaa opinnäytetyön tavoitteita.

Videon teossa täytyy ottaa huomioon hyvä suunnittelu, jotta video on laadukas ja katsojan kiinnostus pysyy katsomassaan videossa alusta loppuun asti. Videon suunnitteluun on hyvä käyttää aikaa. Se auttaa videon julkaisuun saatossa. (Ailio 2015, 4–7.) Kohdeyleisö valitaan tarkoin rakentaessa perehdytysvideota. Kohdeyleisön tunteminen ja mielenkiintoinen esitystapa ovat tärkeitä kiinnekohtia videota tehdessä. (Leponiemi 2010, 54–60.) Esitystä rakentaessa käytiin avointa keskustelua toimintaympäristössä työskentelevien sairaanhoitajien kanssa. Keskustelut antoivat suuntaviivoja esityksen rakenteelle ja tarvittaville muutoksille. Suunnittelutyöhön sekä perehdytysvideon viimeistelyyn antoi ohjeita myös osastonhoitaja.

Rauhallinen ja pelkistetty esitys vahvistaa videon tavoitteiden onnistumista varmistuen, että sanoma ymmärretään (Leponiemi 2010, 54–60). Ideariihessä nousi esille, että videon esitysmuoto haluttiin pitää selkeänä ja ytimekkäänä ilman ylimääräisiä tehosteita. Tämän vuoksi päädyttiin rakentamaan video rauhalliseen esitysmuotoon hyödyntäen Microsoft Officen PowerPoint -pohjaa.

Videon sisältö (taulukko 1.) muodostui teoreettisen viitekehyksen asiasisällön avulla. Sisältöön hankittiin myös kuvamateriaalia toimintayksikön toimistotiloista. Kotisairaalan ydinosaaminen haluttiin tuoda videolla näkyviin ja keskittyä kotisairaalan vaativan lääkehoidon toteutukseen potilasturvallisesti.

Taulukko 1. Esityksen rakentaminen

Tietoperusta	Miten tuodaan esille videolle
Potilasturvallisuus ja lääkehoito	Yleisesti tietoa potilasturvallisuuden merkityksestä hoitoalalla, lait ja säädökset, Haiprot, lääkehoito-suunnitelma
Lääkkeen antaminen	Oikein sääntö, huomioitavaa kotisairaalan lääkähoidossa, tarkistuslistat
Infektioiden torjunta	Aseptiikka ja hygienian merkitys osana turvallista lääkehoitoa, infektioiden ehkäisy, vip score verisuonikatetrien arvioinnin tukena, WHO ohjeet käsihygieniaan
Lääkkeen vaikutusten seuranta	Kotisairaalan toimintaohjeet, potilaan tilan seuranta ja siinä huomioitavat asiat
Osaamisen kehittäminen	Työyhteisön panostus, kannustus omaan aktiiviseen rooliin, hyödylliset verkkosivustot
Muut	Kansilehti, lähteet

### 5.5 Palautteen keruu ja analysointi

Kyselytutkimuksen yhdistäminen toiminnalliseen kehittämishankkeeseen lisää luotettavuutta ja tuo määrällistä tutkimusta kehittämistyöhön (Ojasalo, Moilanen & Ritakoski 2015, 122). Myös palvelumuotoilun prosessiin kuuluu arvioida valmistuvan palvelun tai tuotteen hyödyllisyys, saatavuus, käytettävyys, kokemus ja palvelun erottuminen muista. (Tuulaniemi 2011, 109.)

Verkkokyselyn avulla haluttiin selvittää, vastaako perehdytysvideo asetettuihin tavoitteisiin ja samalla toivottiin vastaajilta kehitysehdotuksia videon kehitykseen (Vilka & Airaksinen 2003, 157; Ojasalo, Moilanen & Ritakoski 2015, 121). Vilka ja Airaksinen (2003) ohjaavat, että kyselyn on hyvä antaa tietoa tutkijalle muun muassa käytettävyydestä, toimivuudesta, visuaalisesta ilmeestä, luettavuudesta ja onnistumisesta (Vilka & Airaksinen 2003, 157). Palautekyselyssä otettiin huomioon ammatillinen merkittävyys ja kyselyssä kysyttiin videon tarpeellisuutta yksikön toimintaan.

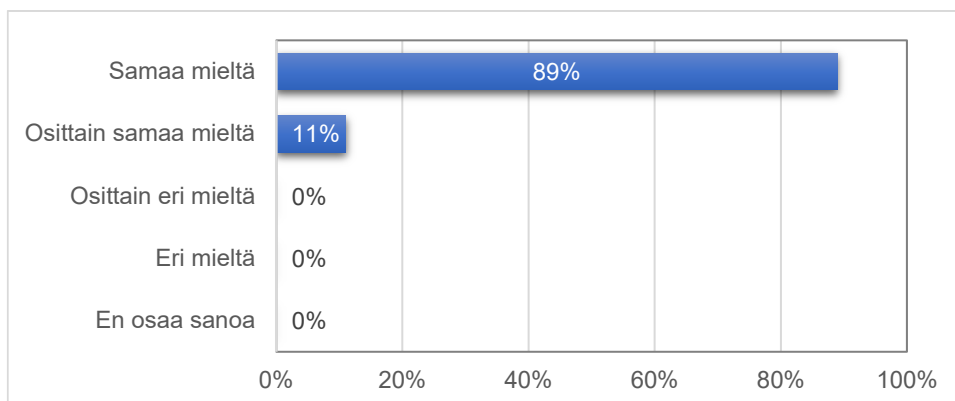
Kysely onnistuu halutulla tavalla, kun noudatetaan annettuja ohjeita kyselyn toteutukseen (Ojasalo, Moilanen & Ritakoski 2015, 133). Kysely lähetettiin kaikille Helsingin kotisairaalassa työskenteleville sairaanhoitajille, jotta saatiin kerättyä mahdollisemman paljon vastauksia (Nummenmaa, Holopainen & Pulkkinen

2019, 26). Palautekyselyssä noudatettiin henkilötietolakia ja tutkimuksellisia piirteitä luotettavuuden lisäämiseksi. Palautekysely toteutettiin anonyymisti ja vastaajille kerrottiin kyselyn tarkoitus verkkokyselyn alussa (liite 2). Verkkokysely suunniteltiin lyhyeksi ja helppolukuiseksi, mikä kannusti siihen vastaamista. Vastaaminen oli vapaaehtoista. Palautteen kutsutextissä kerrottiin lyhyesti aihe ja tavoite. Vastaajille kerrottiin palautteen kerääjän yhteystiedot. (Kananen 2017, 92–96; Ojasalo, Moilanen & Ritakoski 2015, 133.) Palautekyselyn lisäksi sairaanhoitajille lähetettiin perehdytysvideo, pituudeltaan 15 minuuttia, joka tuli katsoa ennen kyselyyn vastaamista. Palautekyselyyn vastaamiseen annettiin aikaa 1 viikko, päivää ennen palautekyselyn loppumista muistutettiin palautekyselyyn vastaamisesta (Ojasalo, Moilanen & Ritakoski 2015, 133).

## 5.6 Palautteen tulokset

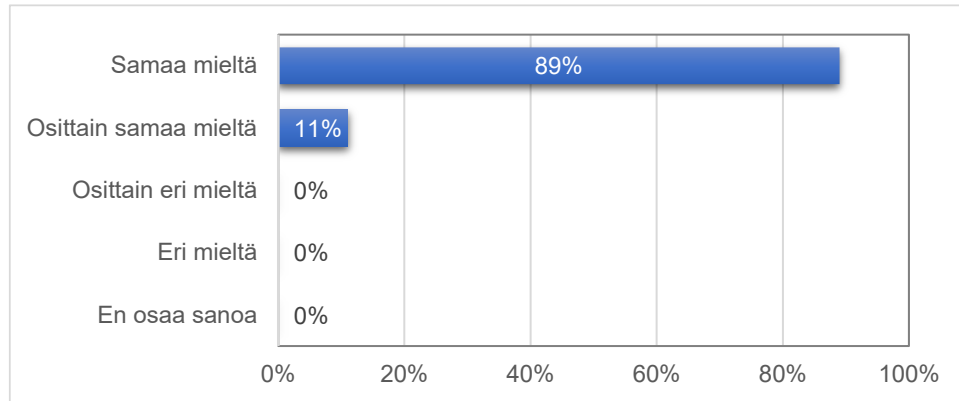
Palautekyselyyn osallistui yhteensä 18 sairaanhoitajaa. Kotisairaalassa työskentelee 75 sairaanhoitajaa. Palautekyselyssä esitettiin ensin neljä väittämää ja sen jälkeen neljä avointa kysymystä. Kyselyn ensimmäisestä neljästä kysymyksestä saadut tulokset purettiin kuvioihin. Avointen kysymyksien vastauksia avattiin sanallisesti.

Ensimmäiseen väittämässä selvitettiin esityksen sisällön toimivuutta perehdytyksen tukena. Vastauksia saatiin 18 eli kaikki kyselyyn osallistujat antoivat vastauksen. Samaa mieltä vastaajista oli 89 % eli 16 vastaajaa. Osittain samaa mieltä oli 11 % eli 2 vastaajaa. (Kuvio 3.)



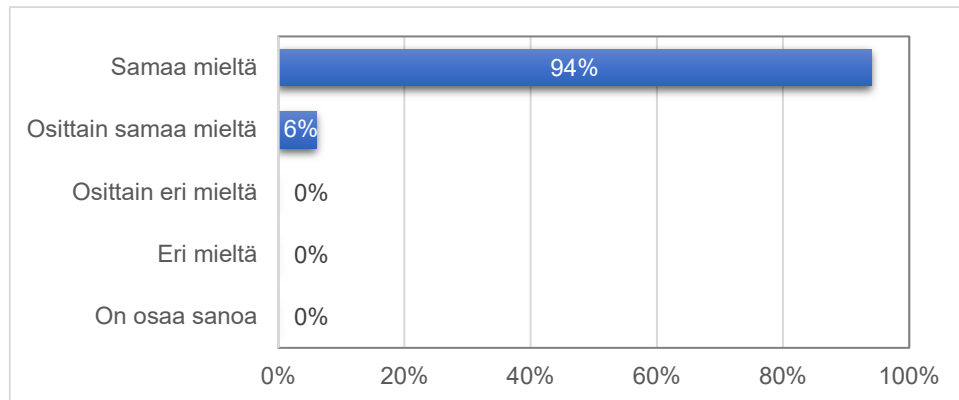
Kuvio 3. Vastaajien näkemykset esityksen sisällön toimivuudesta perehdytyksen tukena (n = 18)

Toisessa väittämässä selvitettiin, kuvaako perehdytysvideo turvallista lääkehoitoa kotisairaalan toimintaympäristössä. Vastauksia saatiin 18 eli kaikki kyselyyn osallistujat antoivat vastauksen. Samaa mieltä vastaajista oli 89 % eli 16 vastaajaa. Osittain samaa mieltä oli 11 % eli 2 vastaajaa. (Kuvio 4.)



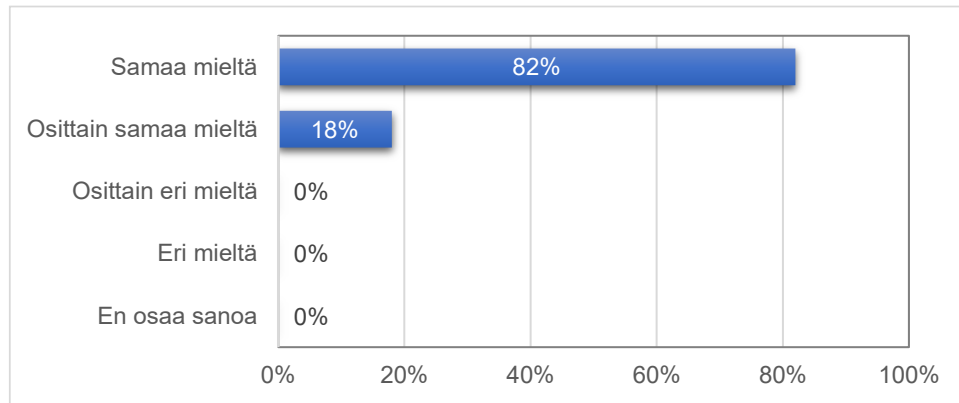
Kuvio 4. Vastaajien näkemykset sisällön toteutuksesta kotisairaalaissa (n = 18)

Kolmannessa väittämässä selvitettiin perehdytysvideon etenemistä ja asiasisältöä. Vastauksia saatiin 16. Samaa mieltä vastaajista oli 94 % eli 15 vastaajaa. Osittain samaa mieltä oli 6 % eli 1 vastaaja. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Vastaajien näkemykset esityksen loogisuudesta ja lääkehoidon ydinasioista (n = 16)

Neljännessä väittämässä selvitettiin perehdytysvideon tarpeellisuutta. Vastauksia saatiin 17. Samaa mieltä vastaajista oli 82 % eli 14 vastaajaa. Osittain samaa mieltä oli 18 % eli 3 vastaajaa. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Vastaajien näkemykset esityksen sisällön tarpeellisuudesta kotisairaalan perehdytysmateriaalina (n = 17)

Väittämien jälkeen selvitettiin sairaanhoitajien mielipiteitä perehdytysvideosta avointen kysymysten avulla. Vastaajilta kysyttiin, miten esitys onnistui kokonaisuudessaan visuaalisesti ja sisällöltään. Tähän kysymykseen tuli 17 vastausta. Vastauksista nousi esille, että esitys koettiin selkeäksi, rauhalliseksi ja ytimekkääksi. Seitsemässä (7) vastauksessa kommentoitiin esityksen olevan selkeä. Kolmen (3) vastauksen mukaan esitys oli mielenkiintoinen. Lisäksi yksi (1) vastaaja kommentoi videon sopivan kotisairaalan toimintaympäristöön ja yksi (1) vastaaja kommentoi esityksen olevan toimiva kokonaisuus. Yksi (1) vastaaja kommentoi videon olevan tiivistä asiaa rauhallisesti esitettynä. Kolmessa (3) vastauksessa kommentointiin esityksen pituutta. Esityksen koettiin olevan lyhyt ja sopivan pituinen.

Kehitettäviä asioita vastaajilta tuli muutamia. Yksi (1) vastaaja oli huomannut 12 dian otsikkopohjan ja kertoi kuvan olevan epäselvä. Yhdessä (1) vastauksessa toivottiin Helsingin kaupungin esityspohjaa. Yksi (1) vastaaja ei ollut saanut esityksessä olevia linkkejä auki. Yhdessä (1) vastauksessa tuotiin ilmi, että sisältö on asioiden toistoa, joita jokaisen sairaanhoitajan tulisi jo tietää.

Seuraavassa kysymyksessä paneuduttiin tarkemmin esityksen kehityskohteisiin. Vastaajilta kysyttiin, mitä asioita esityksessä voisi kehittää. Tähän kysymykseen tuli vastauksia 11. Kahdessa (2) vastauksessa tuotiin esille, että selostusääni oli heikko ja vaihteleva. Yksi (1) vastaaja toivoi videon alkua tiiviimmäksi. Yksi (1) vastaaja pohti DNR-päätöksen yhteyttä anafylaktiseen reaktioon. Kahdessa (2) vastauksessa toivottiin lisää ohjeita ja tarkennuksia verisuonikatetreihin. Kaksi (2) vastaajaa toivoi kotisairaalan lääkehoitoon tarkennuksia, kotisairaalan

lääkehoidon monipuolisuutta toivottiin lisää videoon. Yksi (1) vastaaja toivoi, että videossa korostettaisiin yhteistyötä kollegoiden välillä. Kaksi (2) vastausta oli kirjoitettu neutraaliin sävyyn. Toinen vastaaja kommentoi videon olevan lähes valmis ja toinen vastaaja kommentoi videon olevan toimiva kokonaisuus.

Seuraavaksi haluttiin selvittää, toimisiko valmis video paremmin selostettuna vai ilman selostusta. Tähän kysymykseen tuli 18 vastausta. Kymmenen (10) vastauksen mukaan video toimii paremmin selostettuna. Kaksi (2) vastaaja antoi tarkemman vastauksen, miksi selostuksen kanssa video toimii paremmin. Toinen vastaaja kertoi selostuksen auttavan omaksumaan videon asiaa. Toinen vastaaja koki, että selostuksen kanssa video oli selkeä. Viiden (5) vastauksen mukaan video toimisi paremmin ilman selostusta. Kaksi (2) vastaajaa tarkensi valintaansa. Molemmat vastaajat olivat lukeneet diat ensin ilman ääntä ja kokivat etteivät tarvinneet selostusta lukemisen jälkeen. Kolmen (3) vastauksen mukaan video toimii hyvin äänellä tai ilman.

Viimeisenä kysymyksenä toivottiin avointa palautetta kyselyyn osallistujilta. Tähän kysymykseen tuli vastauksia 13. Osallistujat antoivat positiivista palautetta perehdytysvideon sisällöstä, käytettävyydestä ja visuaalisuudesta. Yksi (1) vastaaja kertoi videon olevan hyvä paketti. Kaksi (2) vastaajaa koki, että videon asiat ovat oikeita toimintaohjeita, joita sairaanhoitajien tulisi noudattaa. Yksi (1) vastaaja pohti perehdytysvideon hyödyntämistä opiskelijoiden tullessa kotisairaalaan. Yksi (1) vastaaja toivoi, että materiaali otetaan käyttöön kaikissa kotisairaaloissa.

## 5.7 Muutostyöt ja tuotoksen julkaisu

Palvelumuotoilun prosessin tärkein vaihe on palvelun tuottaminen. Samalla se on myös kriittinen vaihe, missä korostuu aikaisemmat ideat, suunnitelmat ja päätökset. Lopullisen tuotoksen kehittämistyö on ollut riittämätöntä, jos ei ole kyetty huomioimaan prosessin aikana ilmenneitä muutostarpeita. (Tuulaniemi 2011,247.) Palvelumuotoilun prosessin mallin mukaan palautekyselyn pohjalta tehtiin vastaajien ehdottamia muutoksia. Tällä haluttiin varmistaa, että lopullinen perehdytysvideo vastaa asiakaslähtöiseen tarpeeseen. (McNabola ym. 2013, 6–7.) Kaikkia toiveita ei pystytty ottamaan huomioon niiden rajautuessa opinnäytetyön



aiheen ulkopuolelle. Toiveet käsiteltiin kehitysehdotuksina ja muutostyöt tehtiin resurssien antamissa rajoissa. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Muutoskohdat perustuen annettuun palautteeseen

Perehdytysvideo ennen muutostöitä	Palaute	Muutostyöt perehdytysvideossa
Anafylaktia reaktio diassa kerrottu elvytystilanteessa tulee huomioida potilaan DNR	DNR päätös ei liity anafylaktiseen reaktioon	Otettu pois DNR päätös, jottei se hämmennä katsojaa
Yksittäiset hoitotoimenpiteet rajattu perehdytysvideosta pois, ohjattu videon lopussa duodecim oppiportin kurssit, joissa tarkempia ohjeita	Tarkennuksia verisuonikatetri osioihin,  Sidokset ja erilaiset katetrit	Ei muutostöitä perehdytysvideoon, pohdittu kehitysehdotuksena opinnäytetyön pohdinnassa
Ei tietoa kotisairaalan sairaanhoitajan tekemästä kanyloinnista uä-laitteen avulla	Voidaan tehdä ultraääni ohjauksessa kanylointi	Lisätty ultraäänellä kanylointi vinkiksi haasteita kanyloinnissa kohtaan
Kahdessa diassa ohjattu kysymään apua jos ongelmia	Avun pyytäminen, yhteistyö kollegan kanssa	Lisätty avun kysyminen useampaan diaan, jotta tulee enemmän esille esityksessä
Kipupumppu on rajattu tästä perehdytysvideosta pois	Puuttuu kipupumpun käyttö ja ohjeistus	Otetaan yleisesti kipupumpussa käytössä oleva lääkintälaitte pois hämmennämästä katsojaa
Aihe rajattu turvalliseen lääkehoitoon	Ei kata kaikkea kotisairaalan lääkehoitoa	Ei muutoksia videoon, kehitysehdotuksia pohdittu opinnäytetyön pohdinnassa
Esityksessä maininta Helsingin kaupungin kotisairaalan kanssa tehdystä yhteistyöstä	Helsingin kaupungin esityspohja videoon	Selvitystyön alla
Äänitetty omilla osaamistaidoilla	Selostuksen äänenlaatu ja taso	Äänitetään videon osia uudestaan, annetaan myös videon materiaalit luettavassa muodossa

Valmis tuotos luovutettiin Helsingin kaupungin kotisairaallalle ja samalla luovutetaan käyttöoikeudet perehdytysvideoon sekä perehdytysvideon materiaaliin. Tulvaisuudessa perehdytysvideon päivittäminen jää toimeksiantajan vastuulle. Video pyrittiin rakentamaan helposti muokattavaan muotoon.

## 6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyöprosessin vaatimukset haastoivat oppimaan oikeanlaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Muiden tutkijoiden tekemät työt otettiin huomioon kunnioittavalla ja asianmukaisella tavalla. Tässä auttoivat myös opinnäytetyön ohjaajan neuvot sekä laadittujen ohjeiden noudattaminen. (Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2020, 5–6; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 7–9.) Tutkimustyö on toteutettu omien osaamistaitojen sallimissa rajoissa rehellisesti ja huolellisesti sekä tarkasti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 7–9.)

Opinnäytetyö ei käsitellyt missään työvaiheessa henkilötietoja. Ideariihityöskentelyyn osallistujien nimiä ei kerätty sekä osallistujien henkilöllisyys pidettiin salassa. Palautekysely tehtiin nimettömänä, joten kenenkään henkilötietoja ei kerätty. Jotta vastaajien henkilöllisyys pysyi suojattuna, sovittiin osastonhoitajan kanssa, että kotisairaalan osastonhoitajat jakavat perehdytysvideon ja siihen liittyvän palautekyselylinkin. (Aineistonhallinnan käsikirja 2021.)

Opinnäytetyössä ei tehty kyselylomakkeen testaamista aikataulullisten haasteiden ja palautekyselyn rakenteen vuoksi. Testaamalla palautekyselyn olisi nousut esille luotettavuutta parantavia seikkoja (Ojasalo, Moilanen & Ritakoski 2015, 133). Oletuksena palautekyselylle oli, että ennen palautteen antamista vastaaja katsoo perehdytysvideon. Kyselyn luotettavuutta olisi voinut parantaa varmistamalla, että vastaaja on katsonut perehdytysvideon. Annettuja vastauksia olisi voinut vertailla toisiinsa, kysymällä sairaanhoitajien työkokemuksesta kotisairaalassa. Tällä tavoin olisi voinut arvioida esimerkiksi yli viisi vuotta työskennelleiden vastauksia alle viisi vuotta työskennelleiden vastauksiin. (Nummenmaa, Holopainen & Pulkkinen 2019, 20–26.)

Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi tutkitun tiedon hyödyntäminen sekä henkilökunnan osallistaminen kehittämishankkeeseen. Luotettavuutta voidaan mitata myös sillä, oliko osattu kysyä oikeat kysymykset ja saatu vastaukset ratkaistaviin ongelmiin (Nummenmaa, Holopainen & Pulkkinen 2019, 20). Opinnäytetyöprosessin eri työvaiheissa saatiin tarvittavia vastauksia, jotta prosessi pystyi eteneämään suunnitellusti.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Johtopäätökset

Maailman terveysjärjestö (2021) on asettanut tavoitteeksi parantaa potilasturvallisuutta maailmanlaajuisesti. Potilasturvallinen hoitotyö on jatkuvasti edistettävä asia ja sen kehittäminen kuuluu kaikille hoitoalan ammattilaisille. Turvallisen lääkehoidon tavoitteena on parantaa potilasturvallisuutta. Kun hoitoalan ammattilaiset noudattavat sovittuja ohjeita tehden vähemmän virheitä, voidaan sillä vaikuttaa positiivisesti potilasturvallisuuteen. Turvallisen lääkehoidon toteutuksen onnistuessa sairaanhoitaja tietää ja osaa toimintayksikön ohjeet.

Opinnäytetyön prosessin tuotoksena syntyi perehdytysvideo turvallisesta lääkehoidosta kotisairaalan toimintaympäristöön. Jotta opinnäytetyön tavoitteisiin päästäisiin, otettiin perehdytysvideon kehittämistyöhön mukaan lopulliset käyttäjät eli kotisairaalan sairaanhoitajat. Ideariihityöskentely ja palautekysely varmistivat opinnäytetyön prosessin aikana, että kotisairaalan sairaanhoitajien tarpeet ja toiveet otettiin huomioon.

Ideariihityöskentelyssä osallistujat toivat esille aseptiikan, lääkkeen annon ja potilaan voinnin seurannan. Ideariihityöskentelyn pohjalta lähdettiin rakentamaan tarkempaa pohjaa perehdytysvideolle. Sairaanhoitajien esittämät toiveet ja vinkit pyrittiin viemään perehdytysvideoon. Ideariihityöskentely toteutui kaiken kaikkiaan suunnitellulla tavalla ja osallistujat kokivat työskentelyn mielekkääksi.

Perehdytysvideon palautekyselyssä ilmeni, että sairaanhoitajien toiveita on kuunneltu. Palautekyselyssä vastaajat kiittivät perehdytysvideon teosta. Lähes kaikki vastaajat olivat samaa mieltä videon tarpeellisuudesta perehdytyksen tueksi. Palautekyselyssä nousi esille, että vastaajat olivat tyytyväisiä perehdytysvideon sisältöön ja kokivat sen tukevan perehdytystä. Perehdytysvideolla oli kuvattu kotisairaalan toimintaympäristössä tapahtuvaa lääkehoitoa, muutama vastaaja jäi kaipaamaan vielä tarkempia ohjeita ja yksityiskohtaisempaa tietoa.

Palautekyselyn toteuttamisessa hyödynnettiin kyselytutkimusta. Päivää ennen palautekyselyn sulkeutumista lähetettiin muistutusviesti, jonka jälkeen vastaajien määrää lisääntyi yli puolella. Kyselyyn olisi voinut antaa enemmän vastausaikaa

ja kyselyn suunnittelu jäi lyhyeksi. Tämä saattoi olla osasy syy vastaajien vähäiseen määrään. Palautekyselyn analysointi pidettiin lyhyenä ja analysoinnissa keskityttiin perehdytysvideon kehittämiseen. Palautekyselyn avulla saatiin perehdytysvideon tärkeitä muutosehdotuksia. Palautekyselystä nousi esille positiivinen palaute perehdytysvideota kohtaan.

Perehdytysvideon tavoitteena oli lisätä lääkehoidon osaamistaitoja kotisairaalan toimintaympäristössä. Videon sisältö koottiin näyttöön perustuvasta tiedosta ja lähteet jaettiin perehdytysvideon lopuksi. Videoon koottiin myös kotisairaalan toimintaohjeita sekä sairaanhoitajien esiin tuotuja vinkkejä. Uusi työntekijä voi tutustua kotisairaalan toimintaympäristöön perehdytysvideon avulla. Samalla se yhdistää yksiköiden toimintaa, kun kaikki uudet työntekijät saavat samat ohjeet. Kun kaikki sairaanhoitajat toteuttavat sovittuja ohjeita parantaa se hoidonlaatua sekä näyttäytyy potilaille ammattimaiselta toiminnalta. Systemaattinen perehdytys vähentää myös virheiden määrää (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 190–193).

Turvallisen lääkehoidon kehittäminen on tärkeää, vaikka tutkimuksissa (Sneck ym. 2013; Luokkamäki ym. 2016) nousi esille, että sairaanhoitajat kokevat lääkehoidon taidot hyväksi. Ahonen ym. (2020) tuo esille, miten oikeanlaisilla menetelmillä voidaan vähentää virheiden syntyä. Toimintayksikössä, jossa on käytössä mahdollisen monta menetelmää, vähennetään tavoitteellisesti virheiden syntyä.

## 7.2 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyön prosessin aikana tutkijan vahvuuksia olivat periksiantamattomuus, luovuus ja rohkeus. Toimeksiantajan ja opinnäyteohjaajan tuki antoivat voimaa saattaa prosessi alusta loppuun saakka. Perheen sekä ystävien antamat neuvot ja tuet tulivat tarpeen, kun prosessi tuntui ajoittain kulkevan paikallaan. Heikkouksia opinnäytetyöprosessissa voidaan todeta olevan aloittelevan tutkijan kokemattomuus. Tämä näkyi niin aikataulullisissa haasteissa kuin aiheen rajaamisessa sekä tutkitun tiedon käytössä. Oppimiskokemuksena opinnäytetyöprosessi oli kokonaisuudessaan tutkimuksellisia osaamistaitoja kehittävä prosessi, joka opetti hyödyntämään tutkittua tietoa työelämän kehittämishankkeissa.

Palvelumuotoilun prosessi vei opinnäytetyötä eteenpäin ja toi esille toiminnallisen opinnäytetyön eri vaiheet. Palvelumuotoilun prosessi oli helppo ymmärtää, mutta vei aikaa sekä vaati suunnittelua. Opinnäytetyön prosessin haastavin osuus oli koota kotisairaalan sairaanhoitajien toiveet, tietoperusta ja toimintaympäristön erityispiirteet toimivaksi kokonaisuudeksi. Prosessin eteenpäin viemistä olisi helpottanut tarkempi suunnitelma sekä erilaisten menetelmien tunteminen entuudestaan. Oppimiskokemuksena palvelumuotoiluun tutustuminen opinnäytetyössä oli järkevää ja opeteltuja menetelmiä voi hyödyntää työelämässä.

Työyhteisön työntekijöiden osallistuminen pienempiin palvelumuotoilun projektien kehittää työntekijöiden valmiuksia ymmärtää ja osallistua isompiin julkisen sektorin hankkeisiin (McNabola ym. 2013, 16–17). Julkisen puolen sektorilla on vielä hyödyntämättä palvelumuotoilun tuomat edut palveluiden kehittämisessä. Osasyys palvelumuotoilun vähäiseen hyödyntämiseen on, ettei ole riittävästi tietämystä sekä tuntemusta prosesseista. Kuitenkin julkisen puolen sektorilla voitaisiin tehdä halvalla ja nopealla pilottikokeilulla palveluita asiakaslähtöisimmiksi. Potilailla ja hoitoalalla työskentelevillä on runsaasti asiakaslähtöistä kokemusta, kun kehitetään uusia palveluita tai tuotteita. Loppujen lopuksi potilaat sekä hoitoalan ammattilaiset ovat palveluiden lopullisia käyttäjiä. (Tuulaniemi 2011, 315; Kurronen 2015, 32–36.)

### 7.3 Jatkokehittämisaiheet

Jatkossa ideariihityöskentelyä voisi hyödyntää hoitohenkilökunnan vapaaseen ideointiin. Ideariihityöskentely sai positiivista palautetta osallistujilta ja se koettiin mukavaksi tavaksi lähestyä aihetta. Työskentely oli helppo järjestää ja ei vaatinut resursseja. Ideariihityöskentely järjestettiin kirjaamalla posterille ideoita ja ajatuksia. Jatkossa ideariihityöskentelyn voisi järjestää Ojanen ym. (2015) tarkempien ohjeiden mukaan, jolloin se voisi tuoda vielä enemmän tiimityöskentelyä mukaan ideariihityöskentelyyn.

Niin ideariihityöskentelyssä kuin palautekyselyssä toivottiin kipupumppuihin liittyvää ohjeistusta. Tämä voisi olla tulevaisuudessa kehitysidea uudelle perehdytysvideolle, koska tässä opinnäytetyössä rajattiin palliatiivinen lääkehoito työn ulkopuolelle. Palliatiivinen hoito on isossa roolissa kotisairaalaissa ja tulevaisuudessa olisikin tärkeää myös tähän aiheeseen perehtyä ja tuottaa lisää

perehdytysmateriaalia. (Guldogan 2018, 18–21.) Palautekyselyssä nousi esille lisäksi sairaanhoitajien toiveet yksityiskohtaisimmista toimintaohjeista. Yksityiskohtaisiin toimintaohjeisiin esimerkiksi kanyylien käsittelyyn liittyvät ohjeistukset ei tässä opinnäytetyössä riittänyt resurssit. Tämä idea esitetäänkin jatkokehitysideana toimeksiantajalle.

Perehdytysvideon valmistuttua toivotaan, että perehdytysvideo otetaan suunnitellusti käyttöön sekä materiaalia hyödynnetään kotisairaalan toiminnassa tulevaisuudessa. Perehdytysvideon toimivuutta osana perehdytystä voitaisiin jatkossa seuranta mahdollisesti seurantatutkimuksen avulla.

## LÄHTEET

- Ahokas, L. & Mäkeläinen, J. 2013. Perehdyttäminen ja työnopastus - Ennakoivaa työsuojelua. Työturvallisuuskeskus. Digijulkaisu. Viitattu 14.6.2022 [https://ttk.fi/oppaat\\_ja\\_ohjeet/digijulkaisu/perehdyttaminen\\_ja\\_tyonopastus\\_-\\_ennakoivaa\\_tyosuojelua](https://ttk.fi/oppaat_ja_ohjeet/digijulkaisu/perehdyttaminen_ja_tyonopastus_-_ennakoivaa_tyosuojelua).
- Ahonen, O, Blek-Vehkaluoto, M, Buure, T, Ekola, S, Partamies, S. & Sulosaari, V. 2020. Kliininen hoitotyö. E-kirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Ahonen, R. & Hartikainen, S. 2014. Lisää turvaa lääkehoitoon ja lääkehuoltoon. Teoksessa Aaltonen, L.-M. & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim: Oppiportti. E-kirja. <https://www.oppiportti.fi/op/opk04593>
- Ailio, J. 2015. Vähän parempi video. Oppimateriaali. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 25.1.2022 <https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165831.pdf>.
- Aineistonhallinnan käsikirja 2021. Tietoarkisto. Tampereen yliopisto. Viitattu 24.10.2021 <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/aineistonhallinta/tunnisteellisuus-ja-anonymisointi/>.
- Aittovaara, A, Kylmä, J, Rauta, S, Meriö, A, Junntila, K, Paavilainen, E. & Haapalainen, T. 2022. Uusien työntekijöiden kokemukset perehdytyksestä ja sen aikasesta oppimisesta leikkaus- ja teho-osastoilla-laadullinen tutkimus. Tutkiva hoitotyö. 20(1), 20–29. Viitattu 28.6.2022 <https://www-emagz-fi.ez.la-pinamk.fi/reader/issue/10228/308121/20>.
- Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2020. Arene ry. 2019. Viitattu 24.10.2021 [https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-JEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?\\_t=1578480382](https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-JEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382).
- Anttila, V.-J. 2014. Infektoriskit terveydenhuollossa. Teoksessa Aaltonen, L.-M. & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Viitattu 22.9.2022 Duodecim: oppiportti. E-kirja. <https://www.oppiportti.fi/op/opk04593>
- Anttila, V.-J, Kanerva, M, Kuronen, M, Kurvinen, T, Lyytikäinen, O, Rantala, A, Vuento, R. & Ylipalosaari, P. (toim.) 2018. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Juvenes Print.
- Blomgren, K. & Pauniahho S-L. 2014. Terveydenhuollon tarkistuslistat. Teoksessa Aaltonen, L.-M. & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim. E-kirja.
- Bray, J, Nehme, Z, Nguyen, A, Lockey, A. & Finn, J. 2020. A systematic review of the impact of emergency medical service practitioner experience and exposure to out of hospital cardiac arrest on patient outcomes. Julkaisussa Resuscitation 2020, Vol.155, p.134–142. Viitattu 21.9.2022 <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.07.025>.

Käypä hoito -suositus 2021. Elvytys. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Puolalaisen Ristin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 21.9.2022 <https://www.kaypahoito.fi/hoi17010>

Etene 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriön. Viitattu 30.9.2022 <https://etene.fi/documents/66861912/66865199/ETENE-julkaisu+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468/ETENE-julkaisu+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf?t=1439804775000>.

Euroopan komissio 2014. Potilasturvallisuus. Viitattu 1.7.2022 <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/7793a6d7-9b41-4a6d-a6b7-0ff8c685c327/language-fi>.

Guldogan. E. 2018. Helsingin kotisairaala -suuren kaupungin kunnallinen organisaatio. Teoksessa Pöyhiä. R, Guldogan. E & Vanhanen. A (toim.) Kotisairaala. Helsinki: Duodecim.

Hakala, J. T. 2004. Opinnäyteopas ammattikorkeakouluille. E-kirja. Helsinki: Gaudeamus.

Haunes. A, Weiser. T, Berry. W. & Lipstiz. S. 2009. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *New England Journal of Medicine* 360(5):491-9. DOI:10.1056/NEJMs0810119.

Juuti, P. & Vuorela, A. 2015. Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi. Jyväskylä: PS-kustannus. E-kirja.

Kamikura. T. Iwasaki. H, Myojo. Y, Sakagami. S, Takei. Y. & Inaba. H. 2015. Advantage of CPR-first over call-first actions for out-of-hospital cardiac arrests in nonelderly patients and of noncardiac aetiology. *Julkaisussa Resuscitation* 2015, Vol.96, p.37–45. 2015. Viitattu 21.9.2022 <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.06.027>.

Kananen, J. 2017. Kehittämistutkimus interventiotutkimuksen muotona. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Karhumäki. E, Jonsson. A. & Saros. M. 2021. Mikrobit hoitotyön haasteena. Helsinki: Edita.

Keers. R, Williams. D. S, Cooke. J. & Ashcroft. M. D. 2013. Causes of Medication Administration Errors in Hospitals: a Systematic Review of Quantitative and Qualitative Evidence. *Drug Safety* 36(11) Viitattu 1.7.2022 DOI:10.1007/s40264-013-0090-2.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.



- Kurronen. J. 2015. Muotoilu osana julkisen sektorin innovointia. Teoksessa Jymärä. A. & Mattelmäki. T. (toim.) Palvelumuotoilu saapuu verkostojen kaupunkiin. Aalto-yliopisto. Helsinki: Unigrafia Oy. Viitattu 25.10.2022 <https://aalto-doc.aalto.fi/bitstream/handle/123456789/15106/isbn9789526060606.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Kuure. E. 2020. Service Design Workshops in Design Practice. Väitöskirja. Lapin yliopisto. Viitattu 17.10.2022 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-235-1>.
- Kuusisto. J, Yli-Viitala. P. & Kuusisto. A. 2013. Service development tools in action. Service Industries Journal 33 (3–4). Viitattu 25.10.2022 DOI:10.1080/02642069.2013.747520.
- Laaksonen. H, Niskanen. J. & Ollila. S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. E-kirja. Helsinki: Edita.
- Laukkanen. E. & Ruokonieni. P. 2021. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Helsinki. Viitattu 23.9.2022 [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162847/STM\\_2021\\_6.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162847/STM_2021_6.pdf?sequence=3&isAllowed=y).
- Leponiemi. K. 2010. Videokuvaus taitoa ja tekniikkaa. Jyväskylä: WSOYpro Oy.
- Lovedaya. H.P, Wilsona. J.A, Pratta. R.J, Golsorkhia. M, Tinglea. A, Baka. A, Brownea. J, Prietob. J. & Wilcox. M. 2014. National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. Journal of Hospital Infection 86S1 (2014) S1–S70. Viitattu 25.10.2022 <https://www.journalofhospitalinfection.com/action/showPdf?pii=S0195-6701%2813%2960012-2>.
- McNabola. A, Moseley. J, Reed. B, Bisgaard. T, Jossiasen. A, Melander. C, Whicher. A, Hytönen. A. & Schultz. O. 2013. Design For Public Good. Design Council. United Kingdom. Viitattu 25.10.2022 <https://www.designcouncil.org.uk/fileadmin/uploads/dc/Documents/Design%2520for%2520Public%2520Good.pdf>.
- Mitchell, S. 2017. The Authority guide to engaging your people. United Kingdom: Authority Guide.
- Nummenmaa. L, Holopainen. M. & Pulkkinen. P. 2019. Tilastollisten menetelmien perusteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy. E-kirja.
- O’Grady. N, Alexander. M, Burns. L, Dellinger. P, Garland. J, Heard. S, Lipsett. P, Masur. H, Mermel. L, Pearson. M, Raad. I, Randolph. A, M.D, Rupp. M. & Saint. S. 2012. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections. Department of health and human services; Yhdysvallat. Viitattu 19.10.2022 <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/bsi-guidelines-H.pdf>.
- Ojasalo. K, Moilanen. T. & Ritakoski. J. 2015. Kehittämistyön menetelmät; Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy. E-kirja.

Ollila. M. 2018. Kotisairaala ja sen rooli terveydenhuollossa. Teoksessa Pöyhiä. R, Guldogan. E. & Vanhanen. A (toim.) Kotisairaala. Helsinki: Duodecim.

Osterwalder. A. & Pigneur. Y. 2010. Business Model Generation. A handbook For Visionaries, Game Changers, and Challengers. Yhdysvallat: John Wiley & Sons, Inc.

Palva. E. 2015. Lääkkeiden haittavaikutukset ja riskit. Teoksessa Aaltonen. L-M. & Rosenberg. P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim: oppiportti. E-kirja. <https://www.oppiportti.fi/op/opk04593>

Pasila. K, Elo. S. & Kääriäinen. M. 2017. Newly graduated nurses' orientation experiences: A systematic review of qualitative studies. International Journal of Nursing Studies. 71 (2017). Viitattu 29.6.2022 <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.021>.

Peltokoski. J. 2016. The Comprehensive Hospital Orientation Process in Specialised Health Care Settings Views of newly hired nurses and physicians. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto: Kuopio. Viitattu 28.6.2022 [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/16456/urn\\_isbn\\_978-952-61-2095-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/16456/urn_isbn_978-952-61-2095-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Peters. A, Schmid. M, Parneix. P. Lepowitz. D, Kraker. M, Sauser. J, Zingg. W. & Pittet. D. 2022. Impact of environmental hygiene interventions on healthcare-associated infections and patient colonization: a systematic review. Antimicrobial Resistance & Infection Control volume 11, Article number: 38 (2022). Viitattu 27.10.2022 <https://aricjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13756-022-01075-1>.

Pitkänen. A, Teuho. S, Ränkimies. M, Uusitalo. M, Oja. K. & Kaunonen. M. 2014. Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien taustalla olevat tekijät. Hoitotiede 2014, 26 (3), 177–189.

Poukka. P. 2018. Kotisairaala – kustannustehokasta hoitoa? Kotisairaalan kustannusten arviointi. Teoksessa Pöyhiä. R, Guldogan. E. & Vanhanen. A (toim.) Kotisairaala. Helsinki: Duodecim.

Rautava-Nurmi. H, Westergård. A, Henttonen. T, Ojala. M. & Vuorinen. S. 2020. Hoitotyön taidot ja toiminnot. E-kirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Roberts. D. & Djärv. T. 2017. Preceding national early warnings scores among in-hospital cardiac arrests and their impact on survival. Julkaisussa The American journal of emergency medicine 2017, Vol.35 (11), p.1601-1606. Viitattu 21.9.2022 <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.04.072>.

Skarp. T. 2018. Potilasturvallisuus kotisairaalassa. Teoksessa Pöyhiä. R, Guldogan. E. & Vanhanen. A (toim.) Kotisairaala. Helsinki: Duodecim.

Smith. G, Prytherch. D, Meredith. P, Schmidt. P. & Featherstone. P. 2013. The ability of the National Early Warning Score (NEWS) to discriminate patients at risk of early cardiac arrest, unanticipated intensive care unit admission, and death. Viitattu 21.9.2022 DOI: 10.1016/j.resuscitation.2012.12.016.

Sneck. S, Saarnio. R. & Isola. A. 2013. Sairaanhoidajien arvio omasta laskimosisäisen neste- ja lääkehoidon osaamisestaan ja osaamisen varmistamisesta. *Hoitotiede* 2013-10-01, Vol.25 (4), p.253.

Strauss. E, Ovnat. C, Gonen. A, Lev-Ari. L. & Mizrahi. A. 2016. Paper Do orientation programs help new graduates? *Nurse education today* 2016, Vol.36, p.422–426. Viitattu 28.6.2022 DOI:10.1016/j.nedt.2015.09.002.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Potilasturvallisuusopas. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 1.2.2022 <https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf> .

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022. Käsihygieniaohteet ammattilaisille. Viitattu 27.10.2022 <https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/taudit-ja-torjunta/infektioiden-ehkaisy-ja-torjuntaohjeita/kasihygieniaohteet-ammattilaisille>.

Toivanen. M, Leppänen. A. & Kovalainen. A. 2012. Osaamisen kehittäminen työorganisaatiossa. *Työelämäntutkimus* Vol 10 Nro 1. Viitattu 19.6.2022 <https://journal.fi/tyoelamantutkimus/article/view/87295/46190>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Viitattu 24.10.2021 [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).

Tuulaniemi. J. 2011. *Palvelumuotoilu*. Helsinki: Alma talent. E-kirja.

Valtioneuvoston periaatepäätös 2017. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. Sosiaali- ja terveysministeriö. *Julkaisuja* 2017:9. Viitattu 1.2.2022 [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09\\_2017\\_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021\\_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Veräjänkorva. O, Huupponen. R, Huupponen. U, Kaukkila. H.-S. & Torniainen. K. 2006. *Lääkehoito hoitotyössä*. Helsinki: Wsoy.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2021. *Näin onnistut opinnäytetyössä ratkaisut tutkimuksen umpikujiin*. E-kirja. Jyväskylä: PS-kustannus.

Maailman terveysjärjestö 2021. *Global Patient Safety Action Plan*. Viitattu 25.10.2022 Ladattavissa osoitteessa <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>.

## LIITTEET

1. Saatekirje idearivihityöskentelyyn
2. Webropol palautekysely

## 1. Liite 1. Saatekirje ideariihityöskentelyyn



### **Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja (YAMK) - Perehdytysvideo turvallisesta lääkehoidosta kotisairaalan toimintaympäristössä**

#### **Pyyntö osallistua sairaanhoitaja/terveydenhoitaja (YAMK) -tutkintoon liittyvän opinnäytetyön ideariiheseen**

Teitä pyydetään mukaan sairaanhoitaja/terveydenhoitaja (YAMK) -tutkintoon liittyvän opinnäytetyön kehitystyöhön. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa perehdytysvideo turvallisesta lääkehoidosta kotisairaalan toimintaympäristössä.

Ideariihessä voidaan yhdessä pohtia minkälainen videon sisältö palvelisi parhaiten kotisairaalan perehdytystä. Ideariihi työskentelyssä jokaisella osallistujalla on mahdollisuus tuoda omia ideoita ja ajatuksia esiin. Ajatukset kootaan lopuksi yhteen ja käydään ryhmässä yhdessä läpi.

Ideariihi järjestetään Pohjoisen kotisairaalan tiloissa, tarvittaessa etäyhteyksien avulla.

#### **Osallistuminen on vapaaehtoista**

Opinnäytetyön palautekyselyyn osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää siihen osallistumisen koska tahansa. Ideariihessä ei kerätä henkilötietoja.

#### **Opinnäytetyön päättymisen ja tuloksista tiedottaminen**

Opinnäytetyön päättymisestä ja sen tuloksista ei erikseen tiedoteta palautekyselyyn osallistuville. Opinnäytetyön sähköinen versio säilytetään YKSA-arkistopalvelussa <https://yksa.darchive.fi/YKSA3/public/archive/LapinAMK/search.jsp>. Opinnäytetyön tuloksia voidaan julkaista myös laajemmin hyvän tieteellisen käytännön ja tutkittavien anonymiteetin säilyttämisen vaatimuksia noudattaen. Jos opinnäytetyö joudutaan keskeyttämään sen suorittajan taholta, ei opinnäytetyön tuloksia julkaista.

#### **Opinnäytetyön tekijän yhteystiedot**

**Jaana-Kaisa Zambrana Näsänen**  
**Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja (YAMK) -opiskelija**  
**Terveysalan koulutus**  
[jaana-kaisa.zambrananasanen@edu.lapinamk.fi](mailto:jaana-kaisa.zambrananasanen@edu.lapinamk.fi)

#### **Ohjaajan tiedot (Lapin AMK)**

**Soili Vesterinen**  
**044-xxxxxxx**  
[soili.vesterinen@lapinamk.fi](mailto:soili.vesterinen@lapinamk.fi)

## 2. Liite 2. Webropol palautekysely

### **Palautekysely - kotisairaalan perehdytysvideon materiaali**

Kiitos, kun katsoit powerpoint esityksen -turvallisesta lääkehoidosta Helsingin kotisaira-  
lassa.

Perehdytysvideon teko ja palautekysely on osa opinnäytetyötä. Opinnäytetyön tavoitteena  
on kehittää lääkehoidon perehdytystä kotisairaalamme.

Kyselyyn vastaaminen vie 2-5 minuuttia. Palautekysely sulkeutuu 25.10 klo 23.59 asti.

Osallistuminen on vapaaehtoista:

Opinnäytetyön palautekyselyyn osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää  
siihen osallistumisen koska tahansa. Palaute ei kerää henkilötietoja ja siihen vastataan ni-  
mettömästi.

Opinnäytetyön päättymisen ja tuloksista tiedottaminen:

Opinnäytetyön päättymisestä ja sen tuloksista ei erikseen tiedoteta palautekyselyyn osallis-  
tuville. Opinnäytetyön tuloksia voidaan julkaista myös laajemmin hyvän tieteellisen käytän-  
nön ja tutkittavien anonymiteetin säilyttämisen vaatimuksia noudattaen. Jos opinnäytetyö  
joudutaan keskeyttämään sen suorittajan taholta, ei opinnäytetyön tuloksia julkaista.

Opinnäytetyön tekijän yhteystiedot:

Jaana-Kaisa Zambrana Näsänen  
Sairaanhoidaja/terveydenhoitaja (YAMK) -opiskelija  
Terveysalan koulutus  
[jaana-kaisa.zambrananasanen@edu.lapinamk.fi](mailto:jaana-kaisa.zambrananasanen@edu.lapinamk.fi)

Ohjaajan tiedot (Lapin AMK):

Soili Vesterinen  
044-xxxxxxx  
[soili.vesterinen@lapinamk.fi](mailto:soili.vesterinen@lapinamk.fi)

1. Esityksen sisältö toimii perehdyksen tukena

Samaa mieltä  
Osittain samaa mieltä  
Osittain eri mieltä  
Eri mieltä  
En osaa sanoa

2. Sisältö kuvaa turvallisen lääkehoidon toteutusta kotisairaalassa

Samaa mieltä  
Osittain samaa mieltä  
Osittain eri mieltä  
Eri mieltä  
En osaa sanoa

3. Esitys etenee loogisesti ja tuo esille turvallisen lääkehoidon ydinasiat

Samaa mieltä  
Osittain samaa mieltä  
Osittain eri mieltä  
Eri mieltä  
En osaa sanoa

4. Esityksen sisältö on tarpeellinen kotisairaalan perehdytysmateriaalina

Samaa mieltä  
Osittain samaa mieltä  
Osittain eri mieltä  
Eri mieltä  
En osaa sanoa

5. Miten esitys onnistui kokonaisuudessaan visuaalisesti ja sisällöllään?

6. Mitä asioita esityksessä voisi kehittää?

7. Toimisiko valmis video paremmin selostettuna vai ilman selostusta?

8. Avoin palaute